

DIONE VIÉGAS DE ALMEIDA RIBEIRO

Significações Psicológicas Sobre a Adesão ao Tratamento
Ambulatorial de Mulheres Dependentes de Substâncias Psicoativas -
Um Estudo Clínico-Qualitativo

CAMPINAS - SP
2009

DIONE VIÉGAS DE ALMEIDA RIBEIRO

**Significações Psicológicas Sobre a Adesão ao Tratamento
Ambulatorial de Mulheres Dependentes de Substâncias Psicoativas -
Um Estudo Clínico-Qualitativo**

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-
Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas, para a obtenção do título de
Mestre em Ciências Médicas, área de Ciências Biomédicas.*

*Orientador: Professor Doutor Egberto
Ribeiro Turato e co-orientação da prof.
Renata Cruz Soares de Azevedo.*

**CAMPINAS - SP
2009**

FICHA CATALOGRÁFICA

ELABORADA PELA BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

R354s Ribeiro, Dione Viégas Almeida
Significações psicológicas sobre a adesão ao tratamento
ambulatorial de mulheres dependentes de substâncias psicoativas –
Um estudo clínico - qualitativo / Dione Viégas Almeida Ribeiro.
Campinas, SP : [s.n.], 2009.

Orientadores : Egberto Ribeiro Turato, Renata Cruz Soares
Azevedo

Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. 2. Adesão.
3. Serviços de saúde para mulheres. 4. Saúde da mulher. 5.
Pesquisa qualitativa. 6. Psicanálise. I. Turato, Egberto Ribeiro.
II. Azevedo, Renata Cruz Soares. III. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

**Título em inglês : Psychological meanings associated with outpatient
treatment adherence by psychoactive substance-dependent women – A
clinical – qualitative study**

Keywords: • Substance-related disorders
• Adhesion
• Women's health services
• Women's health
• Qualitative research
• Psychoanalysis

Titulação: Mestre em Ciências Médicas
Área de concentração: Ciências Biomédicas

Banca examinadora:

Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato
Profa. Dra. Rosana Teresa Onocko Campos
Prof. Dr. Bruno José Barcellos Fontanella

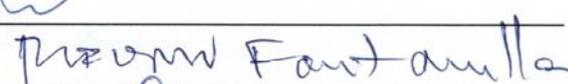
Data da defesa: 12-08-2009

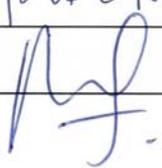
Banca examinadora da Tese de Mestrado
Dione Viégas Almeida Ribeiro

Orientador: Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato

Membros:

1. Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato - 

2. Prof. Dr. Bruno José Barcellos Fontanella - 

3. Profa. Dra. Rosana Onocko Campos - 

Curso de pós-graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 12/08/2009

DEDICATÓRIA

Ao Marcelo, companheiro verdadeiro, que divide, incentiva e valoriza.

Aos meus filhos, Rafael, Davi e Pedro, que dão sentido crucial à minha existência.

Aos meus pacientes que são a razão de meus questionamentos e de minha dedicação.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, que me ensinaram a valorizar os estudos; e à minha irmã Carla, que me mostrou o prazer de aprender.

À Prof.^a Renata Azevedo que acreditou em meu trabalho desde 2001, quando eu ainda era estagiária. Desde lá sua influência em minha vida deixou marcas profundas e fundamentais.

Ao Prof. Egberto Turato que tornou possível meu desejo de fazer pesquisa juntando minha experiência com a dependência química e com a psicanálise. Agradeço por sua delicadeza e cuidado com que trata seus pupilos e as suas produções.

Aos membros da banca, por sua paciência e grande colaboração.

Aos colegas do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa, que ajudaram a dar forma e corpo a este trabalho, sempre disponíveis e atenciosos.

À Lilian, sempre presente e resolutiva.

À Giovana, por sua ajuda na transcrição das entrevistas e seu incentivo no momento de fazer minhas escolhas.

A Sara, grande incentivadora, por me fazer acreditar sempre.

À Marília, Marisa, Celina, os residentes de psiquiatria, e todos os colegas do ASPA, por toda ajuda a mim dispensada.

À 'Benê', companheira fiel, sempre disposta ao trabalho, redobrando, amorosamente, os cuidados com minha casa e filhos, em minhas constantes ausências, até a conclusão deste trabalho.

À Capes pelo apoio financeiro.

RESUMO

Neste estudo foi contemplada uma amostra de mulheres dependentes de substâncias psicoativas em tratamento em ambulatório universitário especializado no município de Campinas, SP. Nossa *hipótese inicial* era que a adesão de mulheres dependentes de substâncias psicoativas ao tratamento, seria diretamente influenciada pelo significado da droga em suas vidas, ou pelo significado que o atendimento e acolhimento no serviço especializado têm para essas mulheres dependentes de substâncias. Partindo desse pressuposto, delineamos como *objetivo geral* conhecer e discutir os significados psicológicos da adesão de mulheres dependentes de substâncias psicoativas ao tratamento, considerando para tanto as suas vivências no serviço de atendimento e em relação a sua própria vinculação com a droga. Para atingir nossos objetivos lançamos mão do *método clínico-qualitativo*, que nos permite discutir sobre as relações entre os significados simbólicos atribuídos pelos sujeitos ao tratamento e à droga. A *amostra de sujeitos* foi construída pelo critério da intencionalidade do pesquisador, sendo usada para o fechamento amostral, a estratégia da saturação de dados coletados, usual em pesquisas qualitativas, sendo definido, portanto, em campo o número de sujeitos estudados. A *técnica de coleta de dados* empregada foi a entrevista semidirigida de questões abertas, que permite o estabelecimento de uma relação mais profunda entre o entrevistador e o entrevistado, aliada a uma observação global do sujeito, bem como suas reações do tipo transferencial e as impressões contratransferenciais do pesquisador. Os *procedimentos* consistiram na anotação das informações colhidas em um Roteiro/Diário de Campo que contemplou três partes: dados de identificação do sujeito; questões sobre as percepções da dependente sobre seu tratamento, a droga e o significado dela em sua vida; e anotações do comportamento global do sujeito durante a entrevista e dados de auto-observação. A *técnica de tratamento dos dados* colhidos foi a da Análise Qualitativa de Conteúdo, propiciando a categorização/subcategorização a partir de leituras do conjunto das entrevistas transcritas. A *discussão/interpretação dos resultados* foi feita à luz de referenciais teóricos provenientes da psicologia médica e da psicodinâmica. Como *resultado* desta pesquisa foram formuladas as categorias: motivação para o tratamento; desmotivação para o tratamento e dificuldade de adesão; o significado simbólico da droga. *Concluiu-se* que os motivos que levaram as mulheres dependentes entrevistadas a procurar tratamento, são múltiplos, mas percebemos que isso ocorre quando a droga usada passa a ser percebida como algo que oferece grande desprazer, ou traz perdas significativas.

ABSTRACT

In this study a sample of psychoactive substances-dependent women was observed while in treatment at a specialized university outpatient clinic in the city of Campinas, State of São Paulo. Our *initial hypothesis* contemplated that the adherence to the treatment by psychoactive substances-dependent women would be directly influenced by the meaning of the drug in their lives, or by the meaning that the service and welcome found at the specialized service have for these substance-dependent women. Based on this, we outlined as our *general purpose* to know and discuss the psychological meanings of the adherence to the treatment by psychoactive substance-dependent women, considering their experience at the outpatient service and their own attachment to the drug. To reach our goals we used the *clinical-qualitative method*, which allows us to discuss the relationships between the symbolic meanings assigned by the subjects both to the treatment and to the drug. The *subjects sample* was built by using the gathered data saturation strategy, commonly used in qualitative researches, and the number of participants was defined in the field. The *data gathering technique* used was the semi-directed interview with open questions, which allows the establishment of a deeper rapport between the interviewer and the interviewee, combined with a global observation of the subject, as well as her reactions of the transference type and the countertransference impressions of the researcher. The *procedures* consisted of annotations of the gathered information in a Field Script/Diary, which encompassed three parts: identification data of the professional; questions about the addicted women's perception of their treatment, the drug and its meaning in their life; and annotations of the subject's global behavior during the interview and self-observation data. The *technique used to treat the gathered data* was the Qualitative Content Analysis, providing the categorization/subcategorization from the readings of the set of transcribed interviews. The *discussion/interpretation of the results* was made based on theoretical referentials from medical psychology and psychodynamics. As a *result* of this research the following categories were formulated: motivation for the treatment; demotivation for the treatment and difficulty to adhere; the symbolic meaning of the drug. It was *concluded* that there were multiple reasons why the interviewed substance-dependent women sought out treatment, but we noticed that this used to happen with the perception of the drug as the source of great displeasure or significant loss.

LISTAS

Lista de ilustrações

Quadro 1 (pág 54)

Lista de abreviaturas

APA - American Psychiatric Association

ASPA – Ambulatório de Substâncias Psicoativas (Parte do ambulatório de psiquiatria do Hospital das Clínicas da Unicamp)

CID – Classificação Internacional de Doenças

Cebrid - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Integra o departamento de psicobiologia da Unifesp)

DSM – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

SPA – Substância Psicoativa

Criad – Centro de Referência em Alcoolismo e Drogadição (Serviço da Prefeitura Municipal de Campinas, hoje com o nome de Caps AD – Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas)

Nadeq – Núcleo de Atenção à Dependência Química (Parte do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira da cidade de Campinas)

SUMÁRIO

RESUMO	XI
ABSTRACT	XIII
LISTAS	15
Lista de ilustrações.....	15
Lista de abreviaturas	15
INTRODUÇÃO.....	20
Aspectos referentes à conceituação e ao histórico do uso de substâncias psicoativas	20
Aspectos psicodinâmicos da dependência de substâncias psicoativas	24
Aspectos referentes aos tipos de tratamentos especializados para dependentes de substâncias psicoativas	29
A adesão ao tratamento especializado em dependência de substâncias psicoativas.....	31
Sobre a adesão de mulheres ao tratamento especializado em dependência de substâncias psicoativas	33
Justificativas para a realização da presente pesquisa.....	39
HIPÓTESES DE TRABALHO E OBJETIVOS DO PROJETO	39
Hipóteses iniciais	39
Objetivo geral.....	39
Objetivos específicos	40
RECURSOS METODOLÓGICOS	40
O método Clínico-Qualitativo na pesquisa em dependência.....	40
Método científico da pesquisa e técnicas para coleta de dados	44
Descrição do campo e modo de construção da amostragem.....	45
Tratamento dos dados e referenciais teóricos para a discussão dos resultados.	49
Cuidados éticos	49
Recursos utilizados na execução da pesquisa	50
RESULTADOS	50
Observações do processo de aculturação e ambientação	50
Resultados da pesquisa	53

DISCUSSÃO	60
CONCLUSÃO.....	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXO 1 - ROTEIRO/DIÁRIO DE CAMPO	78
ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO.....	80
1 – ARTIGO I	82
2 – ARTIGO II.....	100

INTRODUÇÃO

Aspectos referentes à conceituação e ao histórico do uso de substâncias psicoativas

Este trabalho se propôs a compreender as significações atribuídas por mulheres dependentes de substâncias sobre a adesão ao tratamento especializado. Para tanto foi utilizado o método clínico-qualitativo de pesquisa e buscou-se uma compreensão da dependência química e das vivências dessas mulheres quanto ao tratamento a partir de um referencial psicodinâmico. Em função da multiplicidade de concepções e ideologias ligadas a dependência de substâncias psicoativas (SPAs), várias nomenclaturas são utilizadas como sinônimos para indicar essa situação clínica. Neste trabalho, utilizamos os seguintes termos: dependência química, toxicomania e drogadição, todos como sinônimos.

Para tanto, começamos a contextualização do assunto, mencionando que o uso de substâncias psicoativas, com maior repercussão social, é um fenômeno relativamente recente. Embora o consumo de drogas psicoativas seja milenar, seu uso só se tornou um problema social amplo, na maior parte dos países ocidentais, a partir do quarto final do século XIX, com a criminalização e a medicalização dessas drogas. Tal ocorreu inicialmente nos Estados Unidos, em função de movimentos religiosos e sociais, e principalmente por interesses de ordem econômica (1).

Atualmente, tem havido interesse no meio acadêmico e da sociedade em compreender este fenômeno do uso e dependência de substâncias por constatar-se, a partir da segunda metade do século XX, o uso de drogas a se expandir, chegando a se configurar certo fenômeno de massa. Esclarecimentos provenientes da medicina, da sociologia, da antropologia, da psicologia e da psicanálise permitem uma compreensão da dependência de

substâncias, enriquecendo a análise de tais ocorrências e endossando diversos modelos de tratamento (2).

Observa-se que a relação do sujeito com a droga é complexa e com diferenças pessoais, podendo compreender as categorias: uso comum, uso nocivo e dependência. Esta última é chamada por vários autores de *adicação* - ou *adição* - por se referir a um tipo de ação impulsiva, sem limites no modo humano de agir e, do latim, um “escravo por dívidas”. A dependência não deve ser considerada apenas como um ‘tipo’ de uso de drogas, mas também como um ‘modo’ particular de *adicação*, uma compulsão que tem como objeto a droga, o que torna o dependente escravo da substância de escolha. (3)

Recorde-se que a dependência de Substâncias Psicoativas (SPA) é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um transtorno mental e do comportamento, sendo descrita na Classificação Internacional das doenças (CID-10) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais norte-americano (DSM-IV). Os dois manuais discriminam os principais quadros relacionados ao uso de SPA, bem como a dependência, caracterizada de forma semelhante em ambos, a saber: um desejo pronunciado de tomar a substância; dificuldade em controlar o uso; estado de abstinência fisiológica; tolerância; relegar a um segundo plano outras necessidades, interesses e atividades prazerosas; e uso persistente, não obstante os danos causados à própria pessoa e aos outros (4,5).

No CID-10 diferencia-se Intoxicação Aguda, Uso Nocivo, Síndrome de Abstinência, bem como os quadros induzidos ou precipitados pelo consumo da droga. Sendo que o Uso Nocivo denota um dano à saúde física e/ou mental (6). No Já o DSM-IV apresenta o termo Abuso sem codificar o uso nocivo. Abuso estaria relacionado a um padrão de consumo que acarreta prejuízos não exclusivamente físicos ou mentais, como a

incapacidade de cumprir obrigações profissionais ou escolares, consumo da droga em situações que ofereçam algum tipo de risco (7).

O informe mundial sobre as drogas entregue pela ONU em 2004, afirmava que 225 milhões de pessoas em todo o mundo consumiam algum tipo de droga ilícita, sendo que 150 milhões usavam maconha, 38 milhões estimulantes anfetamínicos, 15 milhões usavam opiáceos e 13 milhões a cocaína. Estes dados se mantiveram mais ou menos estáveis desde 1997 até o ano de 2004, apresentando apenas um leve aumento (8).

O Relatório Mundial do United Nations Office on Drugs and Crimes (9) mostrou que no mundo todo, a proporção de usuários de drogas entre a população de 15 a 64 anos permaneceu estável por quatro anos consecutivos. Em 2008 o índice girava em torno de 4,7% a 5,0% no caso das drogas ilícitas, tendo se estabilizado no fim da década de 1990. Aproximadamente 208 milhões de pessoas, ou 4,9% da população entre 15 a 64 anos usaram drogas ilícitas pelo menos uma vez em 2008. A dependência desse tipo de substância permanece em aproximadamente 0,6% da população mundial entre 15 a 64 anos.

Um artigo pesquisado apontou que 14,7% da população dos Estados Unidos com mais de 12 anos experimentaram cocaína. No Reino Unido, a prevalência do ‘uso na vida’ dessa substância seria de 5,2%. No Brasil, 10% das pessoas entre 18 e 28 anos usaram cocaína no ano de 2006, destacando-se um forte aumento do uso dessa droga sob a forma de crack. Achados dessa pesquisa sugerem também uma associação entre o uso dual – cocaína inalada e crack – com um início precoce de uso, maior comprometimento social, uso mais problemático e envolvimento com a criminalidade (10).

No Brasil, o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, realizado em 2005 pelo Cebrid (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas), apontou que 12,3% das pessoas pesquisadas, com idades entre 12 e 65 anos,

preenchem critérios para a dependência do álcool, e cerca de 75% já beberam pelo menos uma vez na vida (11).

Segundo os dados da pesquisa, o uso na vida de álcool, nas 108 maiores cidades de nosso país, teve porcentagem inferior a de outros países como o Chile com 86,5% e Estados Unidos com 82,4%. Em todas as regiões, observaram-se mais dependentes de álcool do sexo masculino. Já quando se considerou qualquer droga, (exceto tabaco e álcool) tal uso foi de 22,8%. Essa porcentagem é, por exemplo, próxima ao Chile (23,4%) e quase metade dos Estados Unidos (45,8%). No caso de solventes foi de 6,1%, prevalência superior à verificada na Colômbia (1,4%) e Espanha (4,0%). Em contrapartida, a prevalência do uso na vida de solventes nos Estados Unidos foi de 9,5% (11).

O uso na vida de maconha, nas 108 maiores cidades, foi de 8,8%, resultado este próximo aos da Grécia (8,9%) e da Polônia (7,7%), porém abaixo dos Estados Unidos (40,2%) e do Reino Unido (30,8%). Quanto à cocaína a prevalência foi de 2,9%, sendo próxima à da Alemanha (3,2%), porém bem inferior a dos Estados Unidos (14,2%) e do Chile (5,3%). Por fim, O uso na vida de *crack* foi de 1,5%, cerca de duas vezes menor que no estudo norte-americano (11).

Os dados do levantamento supracitado também indicam o consumo de álcool em faixas etárias cada vez mais precoces e sugerem a necessidade de revisão das medidas de controle, prevenção e tratamento. Constatou-se ainda que o uso na vida de tabaco em tais cidades foi de 44,0%, com ligeira predominância do sexo masculino, e a taxa de dependência era de 10,1% (11).

Considerando apenas os problemas com o álcool, uma pesquisa feita a partir dos dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde do Brasil, no ano de 2002, a síndrome de dependência ao álcool (F10.2 do CID-10)

representou 92,6% das mortes por distúrbios mentais masculinas e 88,2% das femininas em nosso país (12).

Em outra pesquisa realizada entre estudantes da cidade de Campinas, o álcool surge como a droga mais usada (11,9%), seguido de perto pelo tabaco (11,7%). Depois, a maconha (4,4%) e os solventes (1,8%) aparecem em segundo e terceiro lugares, sendo seguidos pela cocaína (1,4%). Esta última, além de ocupar o terceiro lugar entre as drogas ilícitas mais usadas, teve aumentado seu uso freqüente, particularmente sob a forma de crack (13).

O problema da dependência de drogas tem aparecido cada vez mais em grandes discussões nos mais variados segmentos do conhecimento. No caso da cocaína e do crack, por exemplo, existe ainda uma grande preocupação com a questão da violência que envolve seu consumo, com o tráfico, roubo, etc. Uma pesquisa na Grande São Paulo demonstrou, através do número de internações hospitalares por dependência, que o uso de drogas é um grave problema de saúde pública (14).

Aspectos psicodinâmicos da dependência de substâncias psicoativas

Um modo de compreensão teórica da dependência é a psicodinâmica, chamada nessa concepção de drogadicção ou adicção, ou ainda, toxicomania. Apesar de encontrarmos um grande número de pacientes dependentes de drogas em análise psicoterápica, pouco temos observado na literatura psicanalítica sobre esse tema, tal como revela um estudo de Ramos (15) que revisou as principais contribuições psicanalíticas no considerável período dos últimos cem anos acerca da dependência de drogas.

Ramos (16) descreve os casos clássicos da literatura freudiana, Anna O. e Bertha Pappenheim, apontando uma possível dependência de hidrato de cloral e morfina, e discutindo a dificuldade de se fazer um diagnóstico diferencial no processo psicanalítico.

Acredita-se que os principais sentidos atribuídos por Freud às toxicomanias já estavam presentes em sua obra no chamado período pré-psicanalítico (anterior a 1900). Freud aponta a masturbação como sendo a primeira “toxicomania”, a “pulsão sexual adictiva” na base das transformações das adicções em geral. A função psíquica da masturbação é o auto-erotismo, o que ocorre em uma fase de narcisismo primário. Portanto, seria um excesso do narcisismo auto-erótico a função psíquica comum na base das sexualidades adictivas (17, 18, 19). Podemos entender que o dependente de substâncias deseja manter um prazer auto-erótico primitivo por não ter conseguido seguir adequadamente no desenvolvimento da sua sexualidade.

Outro autor aponta a possibilidade da dependência de SPA vir a expressar componentes psicopatológicos ditos profundos, tal como nas tipologias clássicas que incluem: funcionamentos psicóticos, eufórico-depressivos, perversos, obsessivo-compulsivos e, digamos, um componente da própria normalidade. Essas formas de funcionamento mental, numa visão psicodinâmica, derivariam de desenvolvimentos específicos da psicosexualidade e das chamadas relações objetais. Estariam associadas à dependência de SPA, havendo diferenças no modo de sua expressão clínica. Na dependência química ocorreria uma vinculação exacerbada ao chamado objeto psicanalítico com suposta finalidade de atingir prazer peculiar, o qual, na realidade, corresponderia à certa busca do primitivo prazer advindo da função psicológica materna (20).

Embora controversa, devemos cogitar a hipótese arrojada de que o dependente de drogas sentir-se-ia psiquicamente órfão, não tendo sido assim objeto de desejo dos pais. Tal condição levaria à tentativa constante de suprir a falta através da droga (21).

Portanto, a psicanálise destaca a presença de uma relação objetal simbiótica em um funcionamento mental narcisista, sendo que a droga proporcionaria um prazer que independe de objeto ou um controle onipotente daquela “falta” primitiva. O estabelecimento de tal funcionamento mental é resultado de como se deram as primeiras relações de objeto com pai e mãe, podendo-se ressaltar também o comprometimento da função paterna como fator fundamental (15).

Gianesi (22), afirma diversamente que não existe uma estrutura toxicômana, não sendo possível descrever uma figura singular do sujeito toxicômano. Segundo ela, cada sujeito dito toxicômano apresenta sua particular relação com o objeto droga dentro de sua estrutura (em termos psicanalíticos: psicose, neurose, perversão). E, na verdade, quando se referem ao uso de drogas na psicoterapia psicanalítica, estão tentando lidar com sua já constituída relação com a castração, no caso dos neuróticos e perversos ou buscam uma função de suplência para aquilo que não é simbolizado ou simbolizável, como ocorre com os psicóticos.

Em função disso, deve-se ter cautela diante da tendência geral de vincular o fenômeno da drogadicção a uma estrutura de personalidade – na maioria das vezes, a estrutura perversa – o que poderia prejudicar a escuta do sujeito sob observação e estudo (23).

Não se pode descrever uma infância específica de um dependente de substâncias. Mas, Olievenstein (24) propõe a existência de uma “fase do espelho quebrado” que seria algo intermediário entre o estágio do espelho bem-sucedido e um estágio do

espelho impossível da teoria lacaniana. O estágio do espelho nessa concepção é quando ocorre a formação da identidade da pessoa, a criança descobre-se como outro, separado de sua mãe. A partir daí também poderá ocorrer o aprendizado das leis. Quando este estágio do espelho fica impossibilitado de se realizar, o indivíduo mantém-se no estágio fusional com a figura materna, formando, o que se considera nessa concepção teórica, uma estrutura mental psicótica.

“Se retomarmos e admitirmos, nesse momento, a metáfora do espelho, esta passagem onde deve se constituir um eu diferente do eu fundido-mãe, tudo acontece como se, simultaneamente, existisse este face-a-face com o espelho, esse “flash” da descoberta de si e da descoberta da imagem de si, e nesse instante preciso o espelho se quebrasse, devolvendo uma imagem, mas uma imagem fraturada e uma incompletude, lá mesmo onde as brechas deixadas pelas ausências do espelho só podem remeter àquilo que havia anteriormente: a fusão, a indiferenciação” (24).

O toxicômano busca, através da droga, juntar os pedaços do espelho, não para ver-se como indivíduo constituído, separado e castrado, mas para reviver a ilusão da completude. Até mesmo a experiência da falta da droga torna possível a completude desejada. No momento de abstinência o sujeito se alimenta com a esperança de que atingirá o prazer primitivo, e deixa de se dar conta de sua grande falta primitiva – insuportável a ele (25).

Bergeret (26), afirma que não se pode prender o sujeito dependente de drogas dentro de uma estrutura própria à toxicomania; mas que esta se desenvolveria em qualquer tipo de estrutura mental, em qualquer momento de sua evolução, se determinadas condições forem preenchidas. É sobre esta estrutura de personalidade que se sobrepõem, de forma

meramente funcional, alguns elementos comuns às diferentes manifestações toxicomaníacas.

O mesmo autor destaca três fatores que parecem dominar o quadro clínico apresentado pelas personalidades toxicomaníacas: as carências imaginárias, as manifestações comportamentais e as carências identificatórias. No caso do funcionamento imaginário não funcionar adequadamente, o indivíduo torna-se incapaz de adotar comportamentos para suportar a espera pela recompensa, não consegue internalizar a antecipação da realização de seus desejos, só consegue perceber o ambiente como frustrante por não lhe oferecer a imediata ajuda exterior, a única que preenche seu vazio interior. Também a exacerbação do funcionamento comportamental é muito freqüentemente encontrada em toxicômanos, estes reagem através de atuações, a fim de compensar suas carências afetivas e a pobreza de seu universo imaginário. Por fim, o autor aponta as carências identificatórias como causadas por uma provável ausência ou distância de modelos parentais sólidos. Isso acarretaria uma dificuldade em integrar as qualidades dos pais e se colocarem no lugar deles para atingirem o desenvolvimento de sua própria identidade. Esta carência identificatória leva o indivíduo a apresentar-se mais passivo frente às pressões do grupo social, bem como causa uma falha na interiorização das instâncias morais, que são percebidas como externas, sádicas e apenas de ordem formal (26).

Retomando a reflexão sobre a necessidade dos dependentes químicos de suprir certa falta através da droga, pode-se pensar que ela seria, devido a uma complexidade de fatores psicoculturais e históricos, sinal de uma geração que está rotineiramente em busca de um grande prazer, tal como um não-castrado, que representaria o próprio poder fálico da mãe em sua impossibilidade de aceitar a castração. Dessa forma, a geração contemporânea, preocupada em romper com certos interditos morais, teria criado condições para uma

apologia do monopólio do gozo, um ideal de sociedade na qual os jovens tudo podem realizar, propiciando, por sua vez, entre outros fenômenos, o aumento do consumo de drogas (27).

A dependência de SPA, como um problema humano contemporâneo, decorreria assim da solidão psicológica do indivíduo na busca de ideais e de identificações que lhes dessem sentidos profundos à existência, muitas vezes procurando-os em bens de consumo. Como uma resposta a esse apelo, surgiria a drogadicção, na qual o próprio sujeito se “consume” na relação com seu objeto ao buscar escapar a uma falta constitutiva, inerente ao ser humano (28).

Por fim, verificamos que vários psicanalistas vêem a dependência química também como um fenômeno característico de nossos dias, buscando entender o que seria o chamado “imperativo do ato”, determinada necessidade de “nunca parar” e impossibilidade de postergar o prazer (29).

Aspectos referentes aos tipos de tratamentos especializados para dependentes de substâncias psicoativas

Da mesma forma que há diversas concepções do que se condicionou chamar de dependência de substâncias, há uma variedade de alternativas terapêuticas e se faz imprescindível conhecer bem cada caso clínico, incluindo avaliações de ordem da clínica geral, psiquiátrica, psicológica e social. Verificando o grau de dependência da droga, os sintomas de abstinência e o suporte social e emocional existentes, faz-se então a indicação das formas mais adequadas de intervenção para cada indivíduo.

Algumas possibilidades terapêuticas podem ser utilizadas – isoladamente ou associadas – conforme as características da personalidade e do momento de vida de cada

indivíduo. Há abordagens baseadas na compreensão psicodinâmica das dependências e, por outro lado, abordagens que entenderiam a dependência química passando por um aprendizado, tratando-a, com técnicas cognitivas, tal como a prevenção da recaída e a entrevista motivacional; abordagens medicamentosas; e abordagens de auto-ajuda ou ajuda mútua (como os Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, Amor Exigente e outras), que visam a manutenção de abstinência, utilizando-se de recursos de fortalecimento da rede social e modelos identificatórios (30).

Outra forma de abordagem terapêutica relevante é a chamada *redução de danos*, que consiste na aplicação de medidas preventivas contra conseqüências nocivas do consumo das substâncias psicoativas. Pode incluir ou não a proposta de abstinência ou de redução do uso, mas preocupa-se precipuamente em minimizar os prejuízos causados pelo uso de SPA. Esse modelo geraria uma relação profissional-paciente menos hierárquica, na qual se procura respeitar certas escolhas do indivíduo (31).

Como vimos, faz-se necessária a existência de um enfoque abrangente, que leve em consideração a diversidade de usos e de comportamentos tanto em relação aos produtos como em relação ao contexto social em que eles ocorrem. A especificidade das dependências químicas procede do encontro do indivíduo com uma substância psicoativa em um determinado contexto sociocultural. O uso indevido de drogas constitui um fenômeno de grande complexidade, não podendo ser reduzida a componentes biológicos, nem compreendida apenas a partir de aspectos da conduta dependente ou da psicodinâmica envolvida, mas pensando que todos estes enfoques estão presentes concomitantemente e se influenciam mutuamente (2).

A adesão ao tratamento especializado em dependência de substâncias psicoativas

Independentemente do tipo de abordagem utilizada nos tratamentos para a dependência de SPA, percebe-se que existe, nas estruturas do sistema de Saúde, uma demanda reprimida que não chega aos serviços especializados. Observa-se, além disso, uma baixa adesão dos dependentes, principalmente no tocante às drogas ilícitas. Compreensivelmente, esses indivíduos teriam maior dificuldade em lidar com problemas de ordem psíquica, necessitando de um acolhimento, ou seja, uma abordagem adequada às suas peculiaridades por parte dos profissionais e da sociedade (32).

Faz-se útil uma melhor compreensão do termo “adesão”, pois existem divergências conceituais no emprego do mesmo. Existe o termo *compliance*, que estaria mais centrado na ideologia biomédica, compreendendo o paciente como um cumpridor de recomendações. Tal conceito desconsidera fatores particulares do sujeito que podem influenciar seu tratamento. Já o termo *adherence* leva em conta a perspectiva do paciente, este possui uma autonomia e uma habilidade para aceitar ou não as recomendações médicas. Portanto, para se alcançar o objetivo de adesão ao tratamento, é necessário considerar não apenas a importância das indicações médicas, mas também as implicações simbólicas que o tratamento tem na vida do indivíduo (33).

Quando se busca compreender a não adesão ao tratamento, certamente a forma como se dá a comunicação entre o profissional da saúde e o paciente é fundamental. Pessoas interrogadas sobre o que consideram importante no cuidado à saúde, afirmam que a atenção e interesse por parte dos profissionais é tão importante quanto, ou até mais, do que a qualidade técnica (34).

A literatura médica tem mostrado a não adesão a cuidados de saúde como algo universal, ocorrendo tanto em países ricos como em países pobres, independentemente da

classe social, etnia e grau de escolaridade, mesmo para doenças que envolvem potenciais riscos de vida (35).

De modo geral, verifica-se alguns fatores causais da não adesão ao tratamento do dependente, como o fato da pessoa buscar no processo terapêutico uma “fórmula mágica” para deixar o uso da substância; também por haver recaídas muito freqüentes ou a manutenção do consumo durante o tratamento; bem como as próprias características de algumas drogas de causar forte compulsão e sintomas de abstinência (30).

Acrescenta-se a esses fatores outras variáveis que influenciam na adesão ou não ao tratamento, como a forma da comunicação entre profissional e paciente, o ambiente institucional, facilidade de acesso, dificuldades sócio-culturais e temor do estigma.

Washton (36), em seu trabalho sobre dependência de cocaína, aponta sugestões para melhorar a eficácia do tratamento, como estruturá-lo de forma bem definida, fazer o processo terapêutico em etapas, abstinência total de qualquer substância psicoativa, envolvimento da família, terapias de grupo e o trabalho com aspectos psicoeducacionais.

Outro fator que influencia a adesão de dependentes químicos ao tratamento é o fato de sua motivação para o mesmo ser bastante mutável. Portanto, não bastaria haver uma procura espontânea pelo tratamento, fazendo-se necessária uma constante motivação (37).

Por outro lado, várias pesquisas apontam que usuários de drogas encontram muitos problemas para ter acesso ao tratamento. Uma pesquisa qualitativa, feita na Inglaterra com usuários de drogas injetáveis, pôde conhecer as barreiras ao acesso ao tratamento e, a partir daí, sugerir formas de superá-las. As sugestões incluídas nesse trabalho foram: aumentar a oferta de serviço, melhorar o funcionamento dos serviços e diminuir fatores que impossibilitam o acesso ao serviço (fatores sociais e de ordem pessoal) (38).

Sobre a adesão de mulheres ao tratamento especializado em dependência de substâncias psicoativas

Quando se olha para as mulheres, observa-se que há muito pouco descrito a cerca das diferenças entre a atuação das drogas no organismo feminino e masculino e, menos ainda, das necessidades de cada gênero, como as demandas médicas e da vida social específicas das mulheres. Aquino (39) aponta que o beber do homem é mais bem aceito em nossa sociedade, e, mesmo quando seu beber é problemático, ele é estimulado a procurar um tratamento. Já no caso da mulher, seria mais freqüente a tentativa de esconder o fato, visto como vergonhoso, mesmo por parte da família.

Se considerarmos a população feminina, a questão da não adesão pode ser ainda mais relevante. Tradicionalmente, os serviços de atenção a dependentes químicos oferecem as mesmas formas de tratamento a homens e mulheres, e, em geral, até mesmo os grupos são mistos. Todavia, existe um número muito inferior de mulheres que procuram tratamento especializado, se comparado ao de homens (40).

Em estudo realizado na Suécia, constatou-se que existem diferenças significativas entre mulheres e homens que usam Substâncias Psicoativas. Menos mulheres usam drogas se comparadas aos homens, e um percentual maior de mulheres tem problemas decorrentes do uso. Em média, as mulheres são mais jovens que os homens. O abuso de estimulantes e de tranqüilizantes, bem como o uso injetável de heroína, ocorre em maior porcentagem nas mulheres. Os homens têm significativamente mais longas histórias de abuso de drogas que as mulheres, e eles continuam usando em idade mais avançada, enquanto que mulheres mais velhas acabam deixando ou diminuindo o uso (41).

Podemos perceber que a primeira característica do uso de álcool por mulheres é que essa substância acaba sendo muito prejudicial ao organismo feminino, chegando

mesmo a ser letal em muitos casos. Nas mulheres há uma quantidade muito pequena da enzima desidrogenase alcoólica, que forma uma barreira para a passagem do etanol para o fígado e duodeno, o que permite uma concentração bastante alta de álcool no sangue. Por outro lado, temos que muitas mulheres bebem para acompanhar seus maridos, ficando quatro vezes mais embriagadas, o que também acaba por deixá-las suscetíveis a todo tipo de violência (39).

Os estereótipos femininos conhecidos impõem uma imagem de fragilidade e vulnerabilidade à mulher. Esta aprende, no curso de sua socialização, que é impotente e não desenvolve um bom repertório de respostas aos problemas vivenciados. Em função disso, as mulheres procuram mais ajuda médica e fazem maior uso de medicação se comparadas aos homens (42).

Tem-se como resultado uma farmacodependência feminina acentuada. Se as mulheres, consideradas no conjunto, estão sensivelmente menos ligadas às drogas ilícitas e ao álcool do que os homens, elas, no entanto, aparecem super-representadas como usuárias de tranqüilizantes, antidepressivos e sedativos (42)

Uma pesquisa feita no Brasil com mulheres usuárias de drogas apontou especificidades nas histórias dessas mulheres. Histórias semelhantes que diferiam substancialmente das histórias colhidas de pacientes masculinos. Os dados revelaram uma profunda e grave desestruturação familiar, com antecedente de violência doméstica, abandono, pais dependentes de drogas e/ou com problemas psiquiátricos, não encontrados em histórias de pacientes usuários de drogas do sexo masculino, à exceção dos meninos de rua (39).

Autores internacionais também descrevem achados semelhantes nos quais as principais razões para o consumo de drogas entre as mulheres seriam sentimentos de

depressão e problemas decorrentes de abusos sofridos na infância, e sugerem que os serviços estejam preparados para focar uma grande variedade de assuntos relacionados à adicção das mulheres, como a vitimização, a maternidade, o funcionamento psíquico e a criminalidade (43).

Uma pesquisa, realizada com mulheres usuárias de SPAs na cidade de Boston, confirma esses dados de literatura, sendo então detectado que 42% delas foram vítimas de abuso físico e/ou sexual na infância (44).

Quando entrevistadas, mulheres afro-americanas usuárias de crack da Carolina do Norte, expressaram o sofrimento que elas sentiam a partir do seu estilo de vida violento e de alto risco no passado e no presente. Elas apresentavam elevados níveis de sintomas depressivos e suicidas. Tais mulheres admitiram que usar crack é fácil e as ajuda a esquecer, a não sentir medo ou dor (45).

A partir desses dados, concluímos que o tratamento da dependência das mulheres necessita uma atenção especial. Além da importância de se diminuir as barreiras de acesso ao tratamento, cuidar para que elas se sintam realmente acolhidas e à vontade, lembrando-se que a dependência de mulheres segue caminho diferente dos homens. Comparadas com os homens, elas experimentam maiores estigmas sociais por causa de seus papéis como mães, sofrem maiores níveis de vergonha e culpabilização (46). Há de se buscar realizar uma cuidadosa anamnese, visando conhecer possíveis histórias de abuso ou violência, oferecendo-se uma terapêutica adequada. Em fim, é fundamental ouvir as necessidades das mulheres e procurar atendê-las para que haja uma melhor adesão ao seu tratamento para dependência de SPAs.

Estudos demonstram que as mulheres apresentam uma pior resposta aos tratamentos tradicionais, tendendo a manter o uso da substância. Mas essa resposta melhora

à medida em que o tratamento preocupa-se em lidar com problemas mais específicos da mulher, saindo do contexto da droga (47). Foi o que apontou também um estudo com mulheres grávidas usuárias de drogas no Reino Unido. O serviço incluía atendimentos multidisciplinares específicos para mulheres, tudo em um mesmo local, sendo destacada a importância do despojamento de julgamentos e a relação de confiança com os profissionais (48).

Outro trabalho realizado nos Estados Unidos com mulheres de ascendência africana, reafirma a hipótese de que intervenções focadas nos interesses e necessidades das mulheres têm uma adesão melhor. Esse trabalho concluiu, entre outras coisas, que uma intervenção com elementos mínimos é melhor do que nenhuma, mas uma intervenção, focada na mulher e em suas necessidades aumenta a probabilidade da eficácia do tratamento e diminui a não adesão a ele (49).

Nessa mesma linha, poderíamos citar projetos que visam favorecer um melhor acolhimento, vinculação e conseqüente adesão ao tratamento. Contudo, devemos, primeiramente, buscar compreender a conceituação de acolhimento e vínculo na área da saúde. O acolhimento, nos serviços de saúde, tem sido considerado como um processo de relações humanas, que deve ser realizado por todos os trabalhadores de saúde e em todos os setores do atendimento, deixando de centrar-se na figura do médico. O acolhimento preocupa-se com a escuta dos pacientes, visando oferecer uma resposta aos seus problemas de saúde. Sem um acolhimento e uma vinculação efetiva do paciente ao serviço de saúde procurado, não existe uma real responsabilização por parte dos profissionais e se impossibilita a busca de resolução eficiente para o problema apresentado. Criar vínculo é tão importante quanto o acolhimento oferecido e implica em ter relações próximas, que

geram sensibilização com o sofrimento do outro, e possibilitam uma intervenção menos burocrática ou impessoal (50, 51, 52, 53).

Quando o serviço de atendimento se preocupasse com tais pontos descritos, verificaria-se, uma melhora na adesão ao tratamento; como nos mostra um projeto desenvolvido com mulheres americanas nativas, que procurou integrar o tratamento oferecido com costumes nativos, criando um ambiente de comunidade. Com esse vínculo bem construído, pôde-se estabelecer uma rede de suporte, visando atender às necessidades daquelas mulheres, e composta conjuntamente, por profissionais e comunidade, num ambiente consistente e positivo (54).

Os achados de uma pesquisa qualitativa realizado em duas cidades russas também mostraram que a abordagem centrada no cliente, que enfatiza necessidades específicas desse cliente, é mais eficaz que o tratamento padrão desse país, melhorando a motivação e os resultados do tratamento (55).

No Brasil, uma pesquisa com mulheres farmacodependentes comprovou que serviços de atendimento específicos para mulheres, os quais incluíam assistência social, assistência legal, atendimento familiar, profissionais que trabalhavam questões ligadas à auto-estima e ao corpo, bem como grupos de psicoterapia, eram mais eficazes. Verificou-se que, após seis meses, 66,3% das mulheres em um programa específico permaneciam em tratamento, contra 43,9% de mulheres em programa misto (56).

Outro fator importante apontado em um estudo norte americano, é que mulheres são mais propensas a falar de problemas psicossociais relevantes em um grupo só de mulheres. O conteúdo específico do grupo focado nas mulheres, combinado com um maior conforto em discutir questões íntimas relevantes para prevenção de recaída num setting de sexo único, podem ter contribuído para melhorias sustentáveis e continuadas verificadas

nesse trabalho. Além da discussão mais aberta e confortável, observou-se que havia uma maior compreensão e aceitação no grupo apenas de mulheres, e o grupo ainda ajudava a perceber os “gatilhos para o uso” que são específicos de mulheres (57).

O que se observa em pesquisas epidemiológicas nas sociedades ocidentais, é uma maior incidência de alcoolismo e toxicomania nos homens que nas mulheres. Todavia evidências transculturais mostram que isso não é universal, existem sociedades igualitárias nesse aspecto. Porém, quando surge uma diferença, ela repete o padrão apresentado nas sociedades ocidentais, ou seja, um maior consumo masculino (42).

Os grupos culturais apresentam papéis específicos de mulheres e de homens, a partir de valores próprios. Dessa forma, limitam os comportamentos, dentro de estereótipos sexuais, no interior dos quais ambos devem ficar. Nas sociedades ocidentais modernas, os desenvolvimentos científicos, culturais e sócio-econômicos transformaram progressivamente os estereótipos tradicionais femininos. As mulheres passaram a compartilhar uma posição profissional e na sociedade semelhante à dos homens e são solicitadas a consumir álcool e drogas ditas leves na mesma proporção que estes (42).

As dificuldades da mulher contemporânea quanto à sua identidade feminina, seu novo papel social, são apontadas como favorecedoras do surgimento das dependências de substâncias na mulher. Na verdade, poderia ocorrer um conflito interno ao se tentar viver dentro de estereótipos femininos tradicionais, bem como as expectativas sociais podem ser sentidas como exageradas. A ansiedade decorrente de tais conflitos é um fator determinante para a utilização de drogas sem a finalidade médica (42).

Justificativas para a realização da presente pesquisa

Um tema-problema eleito para um projeto de investigação científica é coincidente com os interesses do pesquisador, mas também deve ter relevância para a sociedade e para o conhecimento científico específico sobre o tema (58).

A partir do conhecimento das características da população atendida pelo Ambulatório de Substâncias Psicoativas (ASPA) da Unicamp, verificou-se uma baixa procura e grande dificuldade de adesão ao tratamento por mulheres dependentes de substâncias psicoativas. Com base nessas informações, foram delimitadas as características dos sujeitos, bem como a metodologia a ser utilizada. Sendo assim, o interesse nessa pesquisa decorreu de experiências profissionais da pesquisadora, grupos de estudo e discussão de casos.

HIPÓTESES DE TRABALHO E OBJETIVOS DO PROJETO

Hipóteses iniciais

a) O significado simbólico da adesão ao tratamento especializado para dependência química é influenciado pelo significado que o atendimento e acolhimento no serviço têm para mulheres dependentes de substâncias.

b) O significado da adesão ao tratamento especializado está associado aos significados psicológicos da droga para a dependente, que a vê como única fonte de prazer.

Objetivo geral

Conhecer, compreender e discutir os significados psicológicos da adesão de mulheres dependentes de substâncias psicoativas ao tratamento em serviço ambulatorial especializado.

Objetivos específicos

a) Conhecer e compreender os significados do atendimento e acolhimento em serviço especializado para mulheres dependentes de substâncias psicoativas.

b) Conhecer e compreender os significados simbólicos da droga para uma amostra de mulheres dependentes de substâncias psicoativas.

RECURSOS METODOLÓGICOS

O método Clínico-Qualitativo na pesquisa em dependência

Para então compreender melhor essa população de dependentes e os fenômenos a ela relacionados, realizou-se este trabalho de pesquisa em um ambulatório universitário especializado, sendo o *método clínico-qualitativo* o escolhido para o estudo de sua população.

Um cuidadoso estudo de revisão bibliográfica mostrou que, ao longo dos anos, constituiu-se um representativo campo para estudos sobre a construção científica na área das ciências sociais em saúde. Estudos que buscam fundamentação nas formulações da sociologia da ciência, da história da ciência e da filosofia da ciência, permitindo uma análise mais profunda da produção científica, que vá além dos dados exclusivamente quantitativos (59).

É na década de 60 que aparecem no Brasil os primeiros cientistas sociais autodidatas nas questões de saúde, e começam os trabalhos multiprofissionais especialmente os voltados para a comunidade. O material que começa a surgir desses trabalhos e que incorpora tanto um conhecimento dos aspectos médicos, como sociais, culturais e psicológicos, pretendia ser uma aproximação interdisciplinar e conduzia a um diagnóstico bio-psico-social (60).

Portanto, as ciências humanas oferecem uma riqueza de possibilidades ao pesquisador, e acabam por se cruzarem com o campo da saúde, demandando a presença de profissionais de ambas as áreas na troca de conhecimentos. “Sem dúvida, as duas questões centrais para o campo da saúde – o estudo do processo saúde-doença e a organização das práticas de saúde – não poderão ser compreendidas em toda sua extensão e complexidade sem as ciências humanas; assim como, para a formação dos profissionais da saúde, torna-se fundamental a presença dos estudos humanísticos em seus planos de estudo”. (61)

A literatura mostra que a pesquisa qualitativa propõe o resgate da subjetividade, da singularidade das marcas que os diferentes eventos imprimem nos indivíduos. Ela apresenta não uma reprodução, mas uma construção do sentido dado pelo sujeito e pelo pesquisador envolvidos. É ainda apontado o caráter interpretativo da pesquisa qualitativa que a diferencia daquela quantitativa, apresentando objetivos, enfoques e metodologias específicas (62).

Ao buscar um refinamento da compreensão de significados pessoais atribuídos aos diversos fenômenos observados especificamente no setting da saúde, e considerando a experiência clínica do pesquisador, o método a ser utilizado é o chamado clínico-qualitativo. Este nasce da necessidade de uma estruturação metodológica específica com os cuidados clínicos com a saúde, nomeadamente ao sofrimento existencial e psicológico, associados às manifestações no processo saúde-doença (58).

A pesquisa qualitativa tem significativamente contribuído para nosso entendimento dos comportamentos relacionados ao uso de drogas. Muitos pesquisadores qualitativos compartilham a premissa de que as realidades experimentadas pelas pessoas são múltiplas e subjetivas, ou seja, todos os comportamentos estão embutidos num contexto social particular. E, dessa forma, o método qualitativo funciona melhor como ferramenta

para compreender a profundidade, riqueza e complexidade dos fenômenos humanos, sociais e culturais envolvidos no uso de substâncias psicoativas (63).

Quando pretendemos utilizar uma metodologia qualitativa na compreensão de um fenômeno ou setting, faz-se fundamental antes de qualquer intervenção, conhecer bem o campo em que se pretende coletar dados.

O antropólogo Bronislaw Malinowski se tornou referência primordial através de seus estudos clássicos, desenvolvidos pioneiramente em trabalho de campo com nativos em cultura do extremo oriente. Para ele, o trabalho de campo deveria produzir uma visão autêntica da vida da comunidade em estudo, devendo-se ultrapassar alguns obstáculos, tais como a falta de domínio da língua nativa, os preconceitos e opiniões de pessoas externas ao grupo observado. O trabalho de campo também deveria estar integrado a problematizações teóricas ao propiciar um contato, o mais íntimo possível, na perspectiva do grupo estudado (64).

Trabalhos em campo constituem-se etapa central da pesquisa qualitativa em saúde. Nesse tipo de pesquisa é crucial uma relação de intersubjetividades e de interação social com o pesquisador, que resulte em conhecimentos novos, que podem ser confrontados com a realidade concreta e com pressupostos teóricos, gerando uma construção mais ampla de saberes (65).

Minayo (65) descreve como etapa anterior ao trabalho da pesquisa de campo propriamente dita, uma fase exploratória, na qual serão definidos: o espaço da pesquisa, o grupo a ser pesquisado, os critérios de amostragem e a estratégia de entrada em campo. Sempre considerando que a pesquisa qualitativa preocupa-se com o aprofundamento e abrangência da compreensão, seja de um grupo humano, de uma organização ou de uma instituição. É necessário à pesquisa qualitativa conhecer amplamente os sujeitos

envolvidos, com idas repetidas a campo antes do trabalho de coleta estritamente dito. Isto permite o fluir da rede de relações e possíveis correções iniciais dos instrumentos da futura coleta formal de informações.

Pressupõe-se que, a todo pesquisador que parte para a fase da investigação em settings, é necessária uma fase de *ambientação e aculturação* em espaço de tempo, se não longo, porém em profundidade. O termo *ambientação* está aqui entendido como a adaptação geral à rotina da instituição onde se coletarão os dados, bem como a aquisição de informações sobre o cotidiano das pessoas que ali trabalham e daquelas que são atendidas no local. Por sua vez, *aculturação*, conceito mais abrangente, pressupõe um contato com a incorporação das mentalidades, costumes e valores da população deste campo de investigação (66).

Este trabalho partiu de um primeiro momento de ambientação e aculturação da pesquisadora em ambulatório universitário especializado em tratamento de dependência de substâncias psicoativas. Fundamental foi conhecer intimamente a realidade de um serviço de saúde, a linguagem das pessoas ali atendidas, bem como dos profissionais responsáveis e as dinâmicas das relações envolvidas, a fim de se ter inserção afetiva e cultural para o subsequente trabalho de pesquisa na abordagem qualitativa.

Observamos empiricamente que há um número muito menor de mulheres, se comparado ao de homens, que busca atendimento junto ao ASPA, e poucas permanecem em tratamento. Diante disto, surgiu a necessidade de se compreender melhor a adesão de mulheres ao tratamento especializado, resultando no trabalho de pesquisa que aqui descrevemos.

Método científico da pesquisa e técnicas para coleta de dados

Para bem atingir os objetivos aqui propostos, optamos por empregar o *Método Clínico-Qualitativo*, elaborado a partir de duas áreas metodológicas densas: de um lado, usamos os conhecimentos e as atitudes clínico-psicológicas, desenvolvidos no enfoque psicanalítico das relações interpessoais e, de outro, empregamos as concepções inerentes aos métodos qualitativos (compreensivo-interpretativos), desenvolvidos a partir das ciências humanas (58).

Para a realização da presente pesquisa, adotamos a técnica da *Entrevista Semidirigida de Questões Abertas*, que permite a observação e a escuta em profundidade dos sujeitos da pesquisa. A técnica da entrevista foi influenciada por conhecimentos provenientes da psicodinâmica e da psicologia médica, tanto na elaboração das questões, quanto na escuta e interpretação das falas dos sujeitos.

A coleta de dados seguiu os critérios sugeridos pelo Método Clínico-Qualitativo: estabelecimento do rapport, seguido da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II) e coleta de dados de identificação do sujeito.

Para a coleta de dados, tivemos um roteiro/diário de campo (Anexo I) assim dividido: a primeira parte dedicada à identificação biodemográfica do sujeito (dados de identificação pessoal da entrevistada); a segunda buscou conhecer como é, que sentido tem sua inserção no serviço de tratamento ambulatorial e se o significado que a droga tem na vida dessas mulheres interfere em sua adesão ao tratamento; na terceira parte, anotamos dados de observação frente ao informante e auto-observação do entrevistador. Para iniciarmos a entrevista propriamente dita, foi proposta a seguinte “questão disparadora”:
Conte-me como decidiu procurar tratamento para dependência de drogas.

As entrevistas foram feitas pessoalmente pela autora da pesquisa com auxílio de um gravador de voz para que houvesse maior garantia dos registros globais dos dados e certa liberdade do entrevistador para formulação de novas perguntas que julgasse pertinentes para a realização dos objetivos propostos.

Descrição do campo e modo de construção da amostragem

Contextualizando com a descrição do campo, o trabalho aqui apresentado se deu a partir da inserção da pesquisadora, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, no serviço assistencial de seu hospital público de referência. O Ambulatório de Substâncias Psicoativas (ASPA) é parte do conjunto de ambulatórios psiquiátricos do Hospital das Clínicas de Campinas (HC/UNICAMP) e atende principalmente à população do Município e Região. Os atendimentos são semanais para os habitantes locais, enquanto pessoas vindas de municípios distantes ou mesmo de outros estados são atendidas para devida avaliação e encaminhamento a serviços próximos à localidade de origem. O atendimento é integralmente gratuito e a entrada no serviço é ágil, todos que procuram o serviço são imediatamente inseridos no ambulatório, já iniciando participação em grupos. A inserção no ambulatório independe de encaminhamentos via rede básica de saúde.

A população ambulatorial é composta principalmente por adultos que fazem uso abusivo ou são dependentes de álcool, tabaco e/ou drogas ilícitas, os quais participam inicialmente de um grupo de recepção onde se trabalha a motivação para o tratamento, sendo propostas reflexões sobre as conseqüências da droga em sua vida, o real desejo de mudança, de deixar ou diminuir o uso de substâncias. Os pacientes também são atendidos individualmente por médicos residentes de psiquiatria, para devida avaliação clínica e

possível farmacoterapia. Após avaliação, alguns grupos são oferecidos, conforme o indicado a cada pessoa. Para álcool e outras drogas, há o grupo que trabalha técnicas de prevenção à recaída e o grupo no qual são fornecidas informações sobre as drogas, sua constituição e efeitos a curto e longo prazo, bem como grupo de apoio para familiares. Para tabagistas, há um grupo onde se trabalha a motivação para o tratamento e abandono do hábito de fumar, e um grupo terapêutico. Além dos médicos residentes, atuam nos atendimentos: psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e auxiliares de enfermagem; todos, de algum modo, vinculados à Unicamp, seja como funcionários, estagiários ou voluntários.

Paralelamente, esta pesquisadora acompanhou as discussões de casos clínicos conduzidas por equipe multiprofissional, também freqüentando seminários teóricos. Essa integração entre papéis assistenciais e de investigação científica, consiste em rica estratégia, já que usa esse meio disponível e condição de favorecimento com o fim de alcançar o objetivo específico da investigação científica do projeto do respectivo mestrado.

Participando do ASPA, a pesquisadora teve a oportunidade de dirigir um grupo informativo, sendo responsável por discutir aspectos psicológicos da dependência de SPA em reuniões. Também, conduziu um grupo motivacional misto, durante os anos de 2007 e 2008. Nele, pacientes são atendidos antes mesmo de passarem por consulta médica, sendo um momento de recepção, uma primeira escuta sobre o que os levou a buscar esta ajuda. É desempenhada uma tarefa que, além de oferecer uma escuta para as angústias trazidas, visa fortalecer a motivação para o tratamento.

O que seria então motivação? Miller & Rollnick (67), falam de motivação como um “estado de prontidão para mudança”, que varia de pessoa a pessoa, é mutável e influenciável. Portanto, um paciente pode estar mais ou menos pronto para a proposta do

tratamento, mas, com um trabalho específico, pode-se favorecer a tal prontidão. Isso pode ser alcançado através de algumas estratégias propostas pelos autores anteriormente citados, a saber: oferecer orientação, remover barreiras, proporcionar escolhas, diminuir o aspecto desejável do comportamento, praticar a empatia, proporcionar *feedback*, esclarecer objetivos, ajudar ativamente. (68)

No referido grupo motivacional conduzido pela pesquisadora, buscava-se oferecer um momento de reflexão inicial sobre por que os pacientes estavam buscando o tratamento, o que esperavam receber no ambulatório e seguia-se pelo questionamento de como estava o envolvimento com a substância, quais as perdas acumuladas no decorrer do tempo de uso, quais objetivos de cada um com o tratamento, que atitudes poderiam ajudá-los a atingir seus objetivos. A terapeuta procurava ser empática com os problemas trazidos pelo grupo, oferecia alguns esclarecimentos sobre as substâncias e seus efeitos no organismo, mas deixava claro que respeitaria as escolhas individuais. A terapeuta também sugeria aos médicos possíveis encaminhamentos.

As observações realizadas no período de aculturação da pesquisadora foram registradas a partir de escuta psicológica livre dos pacientes em seu grupo motivacional misto, bem como da escuta posteriormente relatada pelos profissionais envolvidos nos atendimentos.

Para a pesquisa propriamente dita, utilizou-se uma amostragem proposital, que implica em uma escolha deliberada de sujeitos, segundo os pressupostos do trabalho. No presente trabalho os critérios de inclusão dos sujeitos foram os seguintes: ser mulher dependente de substâncias psicoativas, atendendo aos critérios da CID-10, diagnosticada pelo serviço médico do ambulatório de substâncias psicoativas da Unicamp; ter sido inserida em tratamento no ambulatório; não apresentar condições emocionais, intelectuais e

clínicas que prejudiquem a entrevista de natureza psicológica; apresentar consentimento explícito de participação na pesquisa através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; ter mais que 18 anos de idade.

Foram consideradas tanto aquelas que participam de alguma forma de atendimento como aquelas que abandonaram o serviço. Neste último caso, foi feito contato telefônico solicitando o comparecimento ao ambulatório.

A composição da amostra abrangeu mulheres de qualquer estado civil, nível socioeconômico ou religião. Esses aspectos estavam, entretanto, expressos nos formulários da entrevista para apreciação de sua possível influência sobre os resultados obtidos.

A técnica utilizada para fechar o grupo de sujeitos para estudo foi o da saturação de dados, isto é, o pesquisador fecha o grupo quando, após certo número de entrevistas, tem-se elementos suficientes para trabalhar as hipóteses levantadas. O pesquisador, compreendendo que novas falas passam a oferecer acréscimos pouco significativos, e, tendo em vista os objetivos iniciais da pesquisa, decide encerrar a amostra. (69, 70).

A pesquisadora teve acesso a uma lista de mulheres que foram atendidas no referido ambulatório entre 2001 e 2007 (ano da realização da pesquisa), buscou inicialmente aquelas que já haviam abandonado o tratamento, selecionando as que moravam em Campinas e tinham deixado telefone de contato. Depois passou a entrevistar aquelas que estavam em tratamento, contactando-as no próprio ambulatório em dia de atendimento e agendando um dia e horário para a entrevista. A amostra foi encerrada com 10 sujeitos.

Tratamento dos dados e referenciais teóricos para a discussão dos resultados.

Os dados colhidos foram tratados através da chamada Análise Qualitativa de Conteúdo, destacando-se a etapa denominada processo de categorização após leitura e releituras flutuantes do conjunto de todas as entrevistas transcritas na íntegra. Este processo consistiu na classificação dos dados levantados (representados por trechos de falas), através da simultânea diferenciação e reagrupamento dos dados conforme o gênero. Os gêneros foram definidos por critérios estabelecidos previamente ou durante o processo de diferenciação. Os temas delimitados no presente estudo foram discutidos e interpretados de acordo com conceitos da psicodinâmica, que são habitualmente praticados no âmbito da disciplina da psicologia médica (69, 71).

Cuidados éticos

Esta pesquisa seguiu as normas preconizadas pela Declaração de Helsinque e pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (72) e Resolução n 340/2004 (73), que dispõem sobre as condições de pesquisa envolvendo seres humanos.

Sempre foi estabelecida a concordância espontânea do sujeito, expressa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO II). O pesquisador responsável forneceu os esclarecimentos sobre o estudo (objetivo, justificativa, procedimentos e garantia do sigilo), também respondeu as dúvidas que surgiram. Os dados de identificação do sujeito foram preenchidos numa folha a parte do questionário e eliminados após o estudo. Foram omitidos os nomes dos entrevistados nas transcrições formais das entrevistas.

No contato telefônico com possível informante, a pesquisadora primeiramente se identificou, disse ser da Unicamp e deu uma breve explicação sobre os objetivos de sua

pesquisa. Foi feito então, o convite para contribuir com uma entrevista pessoal para desenvolvimento do projeto de pesquisa psicológica. Sendo que, no dia da entrevista propriamente dita, foram oferecidos outros esclarecimentos necessários.

Recursos utilizados na execução da pesquisa

A viabilização deste projeto se deu a partir da vinculação da pesquisadora ao ASPA, no qual a pesquisadora participou semanalmente das discussões de casos e teve acesso aos prontuários, além de dispor de sala para realização das entrevistas. Também houve um espaço para a discussão e para a validação dos resultados no Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa, sob a responsabilidade do Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato. Na Universidade, ainda encontram-se disponíveis outros importantes recursos, como laboratório de informática e bibliotecas.

Gastos foram evitados, procurando entrevistar os sujeitos em dias que vieram para atendimento no ambulatório. No caso de mulheres que abandonaram o tratamento por completo, foi realizado contato telefônico do mesmo ambulatório, e estas foram convidadas a comparecerem ao ASPA para a realização da entrevista, sendo que gastos com transporte ficaram a cargo da pesquisadora, não sendo necessária alimentação, posto que cada entrevista teve duração máxima de duas horas.

RESULTADOS

Observações do processo de aculturação e ambientação

Durante o processo de ambientação e aculturação, é importante destacar como foi a experiência da inserção da pesquisadora no serviço. Na verdade, ela já tinha ampla experiência com modo de trabalho do ASPA, tendo inclusive estagiado no ambulatório no

ano de 2001, sendo que permaneceu trabalhando sempre, tanto em serviços da rede pública de saúde, quanto em consultório particular, com dependentes de substâncias. No ASPA, foi bem aceita pelos profissionais responsáveis, sendo prontamente incluída nas discussões e atividades. Também não teve dificuldade em adaptar-se à rotina do ambulatório e compreender a linguagem ali utilizada.

Nos grupos motivacionais (com homens e mulheres) realizados pela pesquisadora, os pacientes falaram de seu desejo de passar a não mais sentir vontade de usar a substância da qual haviam se tornado dependentes. Por vezes, esperavam, por participarem do grupo e/ou tomar medicações, conseguir interromper o uso sem sofrimentos ou sacrifícios, deixando de sentir vontade de usar a substância para sempre.

Notou-se ainda que os pacientes chegam ao serviço com baixa auto-estima, temendo exporem-se e serem estigmatizados. No entanto, após encorajamento por parte pesquisadora - e do grupo - passam a falar com menos receios.

Apontaram, por sua vez, dificuldades tais como rejeição familiar e social - um fato predominante entre mulheres. Sendo observado que os pacientes, muitas vezes, não se sentiam compreendidos pela família, sendo visto como desprovidos de valor, imorais, ou fracos.

Houve pacientes que ressaltaram a importância de sentirem-se apoiados pela equipe técnica, pelo grupo e também pela família. Apontando a necessidade de terem um espaço no qual podem falar livremente de seu sofrimento frente à substância e de ouvirem relatos de companheiros que vivenciam situações semelhantes.

De acordo ainda com certos pacientes, os residentes de psiquiatria se mostravam solícitos, havendo estabelecimento de bom vínculo médico-paciente.

Apresentando sinceridade, descreveram que os profissionais demonstravam real interesse em seus problemas e que procuravam explicar todo o necessário a eles.

Por outro lado, os profissionais, particularmente os residentes, demonstraram boa receptividade em relação à pesquisadora, procurando sua opinião nos casos atendidos por ela e também encaminhando pacientes para seu grupo. Percebeu-se nos profissionais um real propósito de ajudar seus pacientes com um desejo realmente de curar. Havia certa necessidade, por parte desses profissionais, de lidarem com a frustração por constantes recaídas dos pacientes.

No grupo motivacional conduzido pela pesquisadora, havia uma quantidade maior de homens do que mulheres (cerca de sete homens para cada mulher), sendo mais freqüente o abandono por parte das mulheres. Percebeu-se que as mulheres interagiam menos nos grupos, falando quando estimuladas e demonstrando certo enfado com falas dos companheiros homens.

As mulheres relatavam maiores dificuldades em vir ao grupo, principalmente em função do temor a críticas de familiares ou mesmo do grupo. Falavam também de problemas com companheiros igualmente usuários, o que dificultava seu empenho em tratar-se. Por fim, ainda havia queixas de dificuldades em deixarem o trabalho doméstico e cuidado com os filhos, bem como atribuíam algumas ausências nos atendimentos a outras consultas médicas.

Todavia, algo diferente e relevante aconteceu nos grupos de tabagismo. Nestes, o perfil dominante era exatamente o de mulheres tentando deixar o uso de cigarros. Nesta população, o número de homens era mais reduzido e a adesão era menor que a das mulheres. Tais dados foram fornecidos pelos diversos profissionais, que relataram também que as mulheres vêm em grande número, são participativas e raramente faltam.

Resultados da pesquisa

Quadro 1

Nome	Idade	Escolaridade	Estado civil	Religião	Profissão	Substâncias que usa/usou	Tratamentos anteriores	Em tratamento para DQ
JANAÍNA	55	2º ano do ensino fundamental	solteira	evangélica	empregada doméstica - aposentada	álcool	não fez	não
MOARA	43	3º ano do ensino fundamental	solteira	Não possui	cozinheira - desempregada	crack	Criad e Nadeq	não
TAINÁ	52	3º ano do ensino fundamental	casada	evangélica	artesã - desempregada	cocaína	Nadeq e Aspa	não
ANAÍ	51	ensino fundamental completo	casada	evangélica	promotora de vendas - desempregada	álcool	uma internação	sim
IARA	51	universitário incompleto	solteira	católica	corretora de imóveis	tabaco	nenhuma anterior	sim
JACI	51	ensino fundamental completo	casada	católica	funcionária pública	tabaco	um tratamento anterior	sim
POTIRA	49	1º ano do ensino fundamental	casada	não referido	empregada doméstica - aposentada	álcool	uma internação na Unicamp	sim
IRACEMA	44	universitário completo	divorciada	Não possui	farmacêutica - afastada	poliuso	nenhuma anterior	Sim

JUCIARA	57	1º ano do ensino fundamental	solteira	evangélica	doméstica - aposentada	tabaco	nenhuma anterior	sim
JANDIRA	52	1º ano do ensino fundamental	solteira	evangélica	do lar	álcool e tabaco	nenhuma anterior	não

Foram entrevistadas dez pacientes, havendo a devida saturação. Esta última foi obtida tecnicamente, quando a entrevistadora notou que possuía elementos suficientes para trabalhar as hipóteses inicialmente levantadas. Este ponto foi validado em reuniões de revisão pelos pares da pesquisa, sob coordenação do orientador do projeto. Igualmente, o fechamento da amostra foi referendado ao se perceber que os resultados preliminares foram aceitos por apresentação em eventos científicos.

Como resultado desta pesquisa foram formuladas as categorias: motivação para o tratamento; desmotivação para o tratamento e dificuldade de adesão; o significado simbólico da droga.

A) Motivação para o tratamento

Verificamos que foi preciso uma forte motivação para levar as mulheres entrevistadas a buscar tratamento, como a preocupação com filhos, família, com a crítica dos outros, ou devido à saúde bastante prejudicada. Porém, teria sido importante para as entrevistadas vivenciar elementos motivadores constantes, que as mantenassem em tratamento, como a vivência de “boas” experiências nos atendimentos oferecidos.

IARA: ...Me incomodava muito. A saúde, a minha saúde, a saúde dos meus pais, do meu marido que parou de fumar.

(falando do ambulatório)...Eu gosto, gosto. Eu acho uma pena agora eu deixar de freqüentar. Eu falo pra eles: “Eu queria levar um terapeuta pra casa né, ficar assim vinte e quatro horas juntos, a N vir embora comigo” (risada) né, porque não sei, acho que você se sente mais forte, mais.

JANAÍNA: Que eu decidi(buscar tratamento), quer dizer... Ah eu decidi porque eu não agüentava mais, eu não agüentava mais e... E eu decidi procurar porque eu já não tinha força pra nada, pra nada.

...Porque eu não tenho marido, né, eu tenho uma pessoa que não vive comigo... que também quem queria viver comigo? Bebendo todo dia? Bebendo até ficar pesada, não tomava banho, ficava toda, sabe? Não dava...

Mas eu ainda via muito o que acontecia, assim tipo as pessoas rindo da gente, as pessoas tem nojo dentro do ônibus que você entra. Fala ‘ai aquela mulher ta bêbada’.

JUCIARA: ... eu fiquei muito doente e me falaram que eu tinha que vir aqui. Aí que eu comecei vir, mas demorou pra tentar largar do cigarro.

IRACEMA: ...eu decidi parar (de usar drogas e procurar tratamento) por causa das meninas porque se eu continuasse com as drogas eu nunca ia ter chance de judicialmente recuperar as meninas...

...também se eu não quero que ela (filha) faça uso de drogas eu também não posso fazer né.

... (Falando em relação aos profissionais do ambulatório)eu confio em vocês... significa um voto de confiança e esperança de sair dessa.

POTIRA: ...me manter sóbria por ele (filho), por uma boa convivência com ele, uma boa convivência com o meu marido e com a sociedade também.

JACI: *E aí quando ela coloca isso ela fala do medo, ela fala da vergonha, de todo sentimento ruim que ela tem, mas aí eu vejo o grupo atuar muito legal sabe, não é motivo pra ter vergonha, nem pra ter medo, isso não é fracasso é...isso pode acontecer.*

... *(Falando sobre o grupo) você é bem-vinda, a gente está aqui pra apoiar, ninguém vai criticar, ninguém vai julgar, então eu acho ótimo né. O grupo levanta assim a moral das pessoas.*

(Falando de quando pensou em deixar o uso) Eu né, homenageada, sei lá, fizeram tudo assim pra agradar, amigos que gostam, eu tenho certeza disso, de mim, com crianças sabe, pequeninhas, e eu deixo tudo lá acontecendo e vou lá pra calçada fumar cigarro? Eu me senti muito, muito, muito mal.

ANAÍ: *...aqui vocês dão atenção pra gente. Quando eu vinha aqui eu saía mais leve, chegava em casa tinha vontade de fazer uma limpeza, até cantava, vinha pra cá já cantando.*

(Explicando porque decidiu procurar tratamento para dependência) Eu fiquei muito mal, com depressão.

(O que sente quando se lembra de quando bebia) Ah, sentimento ruim, vergonha... pq eu fazia mta besteira, loucura...

JACI: *...de chatear os amigos n...é*

MOARA: *...aí o juizado de menor entrou lá na minha casa, duas assistente social, aí elas me encaminharam lá pro Criad.*

TAINÁ: *(O tom de voz muda...Parece que a paciente está chorando). Você pode não acreditar, mas eu encontrei na Unicamp uma família. Eu encontrei uma família que eu não tive.*

...Meu problema de querer parar agora é que eu me vejo assim quando eu saio, eu me vejo no monte de muitos jovens e eu me sinto muito velha. É minha idade que ta complicando.

JANDIRA: *Ah, eles dão, eles dão bastante atenção pra gente né, eles entendem a gente, eles escutam a gente.*

A gente entra aqui magoada, revoltada e sai daqui bem, sorrindo. Principalmente no grupo de tabagismo, não sei por que que eu abandonei desse jeito.

B) Desmotivação para o tratamento e dificuldade de adesão

Observou-se que a mudança do profissional que atende, e os grupos mistos ou “menos acolhedores” influenciam negativamente a adesão de mulheres ao tratamento para dependência de substâncias psicoativas. Também um sentimento de grande solidão e desânimo, descrito por algumas das entrevistadas, acabam por prejudicar uma adesão efetiva.

MOARA: *(Por que interrompeu o tratamento) ...você tava acostumando com aquela médica lá, ce chegava lá (no ambulatório) já era outra pessoa. Daí isso também acaba enchendo o saco da gente. De ficar mudando, eu acho que acaba atrapalhando um pouco.*

IRACEMA: *...é muita gente e são mais do sexo masculino, assim não me sinto muito à vontade de me expor ali...*

TAINÁ: *É...não sei se foi mudança de médico... Sabe você ta acostumada então não sei se foi mudança de médico.*

ANAÍ: *(Referindo-se ao tempo que deixou de comparecer ao ambulatório) Olha eu gostava de vir com você, lá onde você me encaminhou era legal também, mas era*

muita gente, não dava tempo pra todo mundo falar... Lá também era bom, mas uma pessoa ficava falando e quando via o tempo acabava, tudo bem que é bom ouvir, mas a gente sente necessidade de falar, quando eu vinha no grupo eu me sentia, sentia que saia leve, em paz, aquele peso todo saía um pouco.

POTIRA: (Referindo-se ao tempo que deixou de comparecer ao ambulatório) ...E a última vez que eu fiz, que eu vim, eu levei uma bronca porque eu cheguei fora do horário né, eu não acabei chegando no horário e o médico que estava fazendo a reunião deu uma bronca, aí eu fiquei meio assim né...Não, não, não é que eu fiquei...é...falei: “Poxa! Ele devia entender”. Claro que ele não sabe que eu saio de tão longe né (risada) e que eu dependo de duas conduções pra chegar até aqui.

JANDIRA: Ah eu parei com tudo uma época. Falei que eu não ia fazer mais nada, que não, que não adiantava fazer mais nada. Pra que viver se ninguém gostava de mim. Então eu ia fumar, eu ia beber, não estava nem aí com a minha vida. Aí eu parei com o tratamento...me deixa desanimada porque, porque eu queria sabe, ter uma pessoa que cuidasse de mim sabe, uma pessoa que gostasse de mim, principalmente...

C) O significado simbólico da droga

Percebemos nas falas seguintes o quanto a droga usada é sentida como fonte de prazer e alívio do desprazer, também vemos a ambivalência da paciente frente ao desejo de deixar o uso, isso em função da forte vinculação com a substância.

JACI: ...eu acho que me dava (o cigarro) segurança. Porque nas melhores e nas piores horas ele estava ali, o danadinho do meu lado, e aí eu podia chorar, contar meus segredos, sofrer, ele nunca ia contar nada pra ninguém, era meu amigo fiel mesmo, e de repente ele vai embora, então acho normal que eu sinta falta, que eu sinta saudade.

IRACEMA: *...eu não sou muito social, sou totalmente anti-social e eu precisei beber para me sentir participativa...e aí acabei bebendo demais...*

... A maconha me traz um alívio muito grande.

...eu sinto que eu preciso completar uma parte de mim que está me faltando, como se eu tivesse precisando de uma muleta pra me sustentar...

JANAINA: *Se alguma coisa, ou alguém me magoasse eu tomava porque eu fiquei com raiva daquela pessoa. Se eu quisesse falar alguma coisa com alguém... eu tomava pra não brigar. Pra falar aquilo.*

Não sei, parece que se eu tiver triste, parece que se eu beber eu vou esquecer aquilo, aquele problema que eu tô. Quando eu bebo eu esqueço, vô ficar alegre um pouco, sabe eu to muito pra baixo. Mas aí vem o pensamento de tudo que aconteceu comigo, aí eu paro, aí pego o remédio e tomo, tomo fluoxetina, tomo diazepam...

POTIRA: *...uma parte da cabeça diz: “Não! Bebe!”, a outra diz: “Não, você sabe que você não pode beber”, a outra fala: “Não, você pode, é um pouquinho só”, a outra fala: “Se você beber um pouquinho não vai parar”.*

... Mas quando dá vontade de beber eu deixo tudo pra trás.

TAINA: *...eu me sinto mais a vontade, eu me sinto menos triste...é...eu me sinto assim uma pessoa até meia palhaça sabe, eu brinco com os outros, eu converso, eu conto piada sabe, eu faço graça pros outros né... Porque a Tainá careta é boba, ela é trouxa, ela é idiota, ela faz qualquer coisa entendeu...ela não é nada. A Tainá careta não é nada.*

JUCIARA: *...eu tenho saudade de...vontade de fumar, tem hora que me dá desespero sabe, tenho vontade de fumar, a hora que eu fico mais nervosa aí é fogo, aí que o cigarro aparece, mas não que eu tenha vontade, eu não sei explicar, é um negócio na minha cabeça sabe, pra não fumar, aí eu pego o cigarro e o cigarro não tem gosto, e agora*

eu me pergunto: será que eu vou largar mesmo de verdade, será que eu vou conseguir esquecer o cigarro?

JANDIRA: *(falando sobre a sensação durante o uso) Ah é, você se sente tão bem, aqui dentro sabe, você não tem dor aqui dentro... Mas eu não posso continuar bebendo e nem fumando. Já tenho problema no pulmão.*

DISCUSSÃO

O primeiro ponto que merece reflexão trata-se do emprego dos conceitos de ambientação e aculturação. Em pesquisa qualitativa, não lançamos mão dos chamados pré-testes ou das entrevistas-piloto, cujo objetivo, equivalentemente é assegurar-se de que os instrumentos de investigação estão ‘regulados’ para aplicação e coleta validadas para alcance dos objetivos do empreendimento. Nas pesquisas qualitativas, nas quais o pesquisador é o próprio instrumento, o entrevistador deve adquirir experiência prévia à coleta dos dados propriamente planejados (58).

Nesse período de ambientação e aculturação, pôde-se conhecer de perto, além do funcionamento operacional do serviço de ambulatório, enquanto campo físico desenhado para a pesquisa, também o universo psicocultural da população atendida e como se dão as relações profissional-paciente; bem como aspectos relevantes para serem aprofundados na investigação clínico-qualitativa.

Também dessa leitura feita a partir da ambientação/aculturação, a pesquisadora constatou a necessidade de apontar aos pacientes dificuldades complexas em deixar o uso abusivo, desfazendo fantasias que o simples tratamento de rotina faz desaparecer o desejo

pela substância, mas ajudando a refletir sobre formas eficazes de lidar com a vontade persistente de usar.

O apoio da família foi bastante valorizado pelos pacientes estudados, e, como mostra um trabalho sobre as repercussões do alcoolismo nas relações familiares, tal apoio e a rede social quando bem orientada e estimulada a pensar formas de ajudar o paciente, bem como a estruturação de serviços que pensem e articulem as parcerias necessárias para o sucesso do tratamento são fundamentais (74).

Observou-se, já no primeiro contato com a população do ASPA, a importância de se oferecer uma recepção cuidadosa aos pacientes que procuram tratamento em função do uso de drogas, a fim de ajudá-los a superar o medo de exporem-se e serem julgados como estão habituados. Eles demonstraram a necessidade de serem ouvidos e auxiliados na compreensão de seus problemas. Esse mesmo dado foi ressaltado por um trabalho realizado no Reino Unido: as atitudes da equipe de profissionais e sua forma de relacionar-se com os pacientes foram consideradas mais importantes que a qualidade do serviço médico (48).

A partir da experiência de aculturação e ambientação da pesquisadora, verificou-se um aspecto relevante a ser bem estudado que é o perfil de atitudes diferente entre os gêneros, notadamente conhecer as especificidades de um atendimento necessário a mulheres. Por conseguinte, a vivência da fase preliminar em campo de pesquisa, confirmou a relevância científica de se empreender o estudo das representações psicossociais sobre a adesão de mulheres ao tratamento especializado para dependência de SPA.

Este trabalho surgiu exatamente da constatação do baixo número de mulheres no ambulatório especializado em dependências de substâncias psicoativas (ASPA). Porém, em nossos achados verificamos uma diferença importante entre o grupo de mulheres tabagistas, com excelente adesão ao tratamento e o grupo dependente de outras substâncias.

Se considerarmos o fato descrito em literatura de que o medo da discriminação, de ser reprovada pela família ou sociedade, muitas vezes impede que a mulher dependente de substâncias procure tratamento, podemos pensar que também seria mais difícil para alcoolistas e dependentes de substâncias ilícitas admitirem seu problema publicamente. Já o cigarro, talvez seja uma droga menos estigmatizada, o que facilitaria seu pedido de ajuda para deixar o uso. Soma-se a isso o fato de ser este um grupo, desde seu início, de maioria feminina, o que, muito provavelmente, o torna mais atraente, com discussões mais interessantes a esse público.

Nóbrega & Oliveira (75), apontou que as mulheres necessitam de um acolhimento diferenciado, atentando para um despojamento de preconceitos culturalmente estabelecidos e também ao trabalho específico das questões de auto-estima feminina. Fato semelhante verificamos em nossa pesquisa, quando vimos que a forma como essas mulheres se sentem acolhidas ou não no serviço, influencia de alguma forma, a adesão delas ao tratamento. As pacientes relataram que, por sentirem bem-estar com os atendimentos, procuram comparecer e aquelas que, em algum momento, sentiram-se mal atendidas, deixaram de participar ao menos por certo tempo. Também vimos nos relatos que as mulheres sentiam necessidade de ter um espaço onde dividir suas experiências e angústias, algumas solicitavam um espaço maior por considerar o tempo dos grupos insuficiente.

Fazendo uma especulação psicanalítica, é lícito supor que a dependente de drogas teria necessidade de viver relações objetais positivas, sentindo-se amadas, para suprir uma “falta” deixada por não ter sido objeto de desejo de seus pais. Por outro lado, teria dificuldade em tolerar frustrações, como a mudança de médico que a atende, não pode

lidar bem com a “falta” por não ter passado bem pela fase de castração na infância e não aceitar as castrações impostas pela realidade.

É possível que essa reflexão incorpore dados da experiência profissional prévia da pesquisadora, o que é difícil, muitas vezes, separar da discussão restrita aos dados coletados.

Inicialmente, verificamos em nossos resultados a importância da família, particularmente os filhos que servem de motivação a essas mães para procurarem ajuda especializada. Por outro lado, um estudo qualitativo com mulheres afro-americanas refere que o medo de perder a custódia sobre seus filhos está relacionado à dificuldade de adesão aos serviços (76). Isso por causa do temor de, ao buscar tratamento, estar admitindo ter problemas sérios com as drogas.

Ao mesmo tempo, como nos mostra nossa pesquisa, e o trabalho realizado por Cohen et al. (77) a corrobora: muitas mulheres entram no tratamento para uso de substâncias, a partir de motivações externas, exatamente como medo de perder os filhos, por imposição judicial, ou mesmo preocupação com o olhar crítico do outro.

É exatamente quando o indivíduo sai de si e se volta para o outro, preocupa-se com o outro, que pensa em deixar o uso de substâncias. Ele abandona a forma narcísica, auto-erótica de obtenção de prazer porque, por algum motivo, o outro passa a ser valorizado como fonte de obtenção de satisfação. Novamente a realidade se impõe, a pessoa desejava viver em um mundo ilusório, permanecer em uma forma mais primitiva de funcionamento mental, mas o princípio de realidade acaba imperando e mobilizando a tentativa de mudança.

Várias entrevistadas nesta pesquisa apontam como motivos para busca de tratamento e esforço em manterem-se aderidas, o fato de apresentarem muitos problemas de

saúde, quadros depressivos, bem como grandes perdas psicossociais, como separação do marido, afastamento da família, perda de emprego. Nossos achados são corroborados por uma pesquisa que demonstrou que a entrada no tratamento pelas mulheres se deve principalmente ao início precoce de complicações de saúde e psicossociais nessas mulheres; ou ainda por buscarem ajuda em função da severidade de seus problemas psiquiátricos, os quais seriam mais freqüentes e graves que nos homens (78).

De algum modo, parece que a realidade pode se impor mais rapidamente às mulheres, quer seja em função da maior fragilidade de seu organismo frente aos efeitos da droga, quer seja devido a sua forte desagregação psíquica com o uso freqüente. Isso leva-nos a refletir que a negação da dita “falta” psicanalítica, ou da castração, por meio do uso de substâncias talvez funcione mal nas mulheres. Elas rapidamente deprimiriam ou se desestruturariam psiquicamente, o que poderia levá-las a buscar outras formas de lidar com suas angústias.

Buscamos observar em nosso estudo o significado simbólico que a droga em si pode ter para cada mulher. Conforme descrito em nossa introdução teórica, vimos que, muitas vezes, a droga usada é a única fonte conhecida de obtenção de prazer ou alívio do desprazer, e, em geral, essas mulheres tinham dificuldade em enxergar outra forma de lidar com seus sofrimentos. Devemos nos lembrar que a literatura psicodinâmica descreve o dependente de substâncias, como alguém que busca constantemente o prazer e não sabe lidar adequadamente com a dor. Assim sendo, seria mais difícil para nossas mulheres abandonar essa forma conhecida de obtenção de prazer, ou alívio de desprazer, sem antes descobrir recursos internos ou externos para lidar com seus problemas, mesmo os cotidianos.

Tal significado simbólico pode gerar ambivalência frente ao desejo de interromper o uso, ou ao desejo de prosseguir com o tratamento, haja vista que o sujeito considera difícil ver sua vida sem o uso da substância. Esse vínculo estreito com a droga e falta de outros interesses vai além da dependência física, havendo até uma relação afetiva com a droga de escolha. Isso acaba enfraquecendo a própria vontade da pessoa deixar o uso, sendo natural que venha para o tratamento ainda bastante ambivalente, ou seja, ao mesmo tempo quer interromper o uso, mas ainda tem muita vontade de usar a substância da qual é dependente.

Como descreve Dias & Turato (70), Ao conhecermos esses significados simbólicos, compreendemos que o uso de drogas envolve fenômenos internos ao desenvolvimento psicológico, relacionado a motivações conscientes e inconscientes, fatores sociais, ambientais e educacionais, bem como dependência física e psicológica. E, em geral, o início do consumo de substância deu-se em um momento de descoberta durante a infância e adolescência, infundindo certa inocência ao fato. Esta referência parece minimizar os impactos negativos do sentido atribuído à substância, como um vício ou dependência química. Torna-se difícil para os pacientes questionar sua dependência, quando eles também a consideram como algo que lhes dá prazer.

Por outro lado, observamos em nossos achados que o uso de álcool e de drogas ilícitas por essas mulheres muitas vezes está ligada a uma busca de livrar-se de sentimentos ruins, como sentimentos depressivos, vitimização, pressões familiares ou sentimentos de profunda solidão. As mulheres entrevistadas relataram claramente fazerem uso de substâncias para se sentirem aliviadas ou esquecerem-se de tais problemas. Isso vem a confirmar achados semelhantes de um estudo anterior que demonstrou que mulheres usuárias de drogas viviam em situação de isolamento social. Verificou-se ainda que tal

sentimento dever-se-ia a traumas sexuais do passado e conseqüente dificuldade em estabelecer relacionamentos interpessoais (79).

No início das entrevistas que realizamos, tivemos certa dificuldade em focar no registro dos dados de identificação das mulheres, isto porque elas, além de demonstrarem grande ansiedade em contar suas histórias, compartilhá-las com a entrevistadora, geralmente passavam um longo tempo descrevendo uma vida repleta de perdas, violência física e sexual, bem como de abandono. Aliás, a literatura confirma que a vitimização na infância aumenta o risco de posterior abuso de drogas e comércio sexual e ainda complica o processo de tratamento (80).

Considerando tais históricos de abandono e vitimização, poderíamos supor que algumas destas mulheres experimentaram uma “falta” (no sentido psicanalítico) excessiva, sem nunca terem sido objeto de amor de seus pais. Essa busca de suprir constantemente a falta através da droga, decorreria da necessidade de criar recursos para supri-la sozinho, sem precisar do outro que pode abandonar ou causar sofrimento.

Em outra linha, nas entrevistas da presente pesquisa, constatamos o interesse das mulheres em que se oferecesse uma atenção mais global e centralizada em um determinado serviço, apesar de não ter sido destacado nos resultados aqui apresentados. Algumas mulheres sugeriram que pudessem receber toda atenção necessária em um só lugar, incluindo atendimentos de outras especialidades médicas. Devido a essas queixas de terem que freqüentar outros serviços de saúde da rede básica, consideramos que centralizar esses atendimentos à mulher, poderia favorecer a adesão dessa população aos tratamentos em geral e ao tratamento especializado em dependência de substâncias.

Também apareceu em falas de uma das entrevistadas o incômodo com grupo misto e menos focado em seus interesses. Foi descrito que um grupo homogêneo, com

constância dos participantes, faz com que se sintam mais à vontade para exporem seus pensamentos e dificuldades. Pareceu-nos que tal grupo é sentido como mais acolhedor. Vimos que se sentir aceita, sem temer críticas, é muito importante para a mulher dependente de substâncias. O olhar do outro a faz ver-se, e, para que consiga prosseguir no tratamento, abrindo mão de sua grande fonte de prazer, precisa reconhecer-se positivamente.

Talvez, a oferta de grupo unicamente de mulheres favorecesse ainda mais essa identificação com o grupo, mas, como não há neste ambulatório estudado, é difícil buscar uma reflexão mais profunda sobre qual o significado simbólico ele teria para as pacientes.

CONCLUSÃO

Com este trabalho, pudemos compreender que os motivos que levam as mulheres aqui entrevistadas a procurar ajuda, são múltiplos. Mas percebemos que isso ocorre quando a droga usada passa a ser percebida como algo que oferece grande desprazer ou traz perdas significativas. Isso não é diferente da população masculina, mas as mulheres demonstram uma grande preocupação com o que as pessoas pensam sobre elas e com as perdas sociais, tais como estigmatização e desvalorização por parte daqueles que a cercam.

Entendemos que as principais aplicações práticas decorrentes dos resultados desta pesquisa, são:

- A experiência de ambientação e aculturação, que foi percebida como momento importante para um trabalho clínico-qualitativo, podendo ser indicado para novas pesquisas que utilizem a mesma metodologia.

- A observação da especificidade do universo feminino, que pode levar-nos a questionar os modelos oferecidos para tratamento da dependência de substâncias, e a busca da construção de novos modelos que atendam melhor às necessidades das mulheres.

- A percepção do quanto as mulheres podem valorizar um bom acolhimento por um profissional ou serviço, como forma de minimizar seus temores quanto ao preconceito. Isso também pode servir como sugestão para favorecer a adesão de mulheres ao tratamento.

- Pudemos compreender um pouco mais sobre o significado simbólico da droga de escolha para um grupo de mulheres, o que pode auxiliar aos profissionais que trabalham com população semelhante a refletir sobre a dinâmica interna de suas pacientes.

Por outro lado, sugerimos que em futuros estudos a população com o perfil psicossocial aqui abordado, possa ser investigada ao longo da evolução de suas manifestações clínicas. Também, outra forma de estudo que poderia ampliar os dados desta pesquisa, seria através da captação de sujeitos na sociedade, que fossem dependentes de substâncias, mas que não buscaram atendimentos formais.

Por fim, esta pesquisa clínico-qualitativa foi importante para reconhecermos que múltiplos fatores influenciam na adesão de mulheres ao tratamento para dependência química. Desde fatores relativos ao meio sócio-cultural em que elas estão inseridas, passando pela estrutura do serviço oferecido, até fatores individuais que podem favorecer ou não a motivação para o tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fiore M. Uso de “drogas”: controvérsias médicas e debate público. Campinas (SP): Mercado das Letras; 2007.
2. Silveira Filho DX, Gorgulho M, organizadores. Dependência: compreensão e assistência às toxicomanias: uma experiência do PROAD. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo; 1996.
3. Santos CE, Costa-Rosa A. A experiência da toxicomania e da reincidência a partir da fala dos toxicômanos. *Estud psicol (Campinas)*. 2007; 24(4):487-502, out.-dez.
4. Organização Mundial de Saúde. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes médicas; 1993.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistic manual of mental disorders (DSM-IV), APA, Washington: 1994.
6. Organização Mundial de Saúde. Relatório sobre saúde mental no mundo 2001: Saúde Mental – Nova concepção, nova esperança. OMS: OPAS; 2001.
7. Leite MC. Abuso e dependência de cocaína. In: Leite MC, Andrade AG. *Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999.
8. Mosquera JT, Menéndez MC. Efectos toxicológicos y neuropsiquiátricos producidos por consumo de cocaína. *Rev Fac Med (Bogotá)*. 2005; 53(1):10-26, ene.-mar.
9. United Nations Office on Drugs and Crimes (UNODC). *World Drug Report 2008*. UNODC. http://www.unodc.org/brazil/pt/pressrelease_20080626.html

10. Guindalini C, Vallada H, Breen G, Laranjeira R. Concurrent crack and powder cocaine users from São Paulo: do they represent a different group? *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2006; 6:10.
11. Carlini EA (sup.). II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. São Paulo: Páginas & Letras; 2006.
12. Marin-Leon L, Oliveira HB, Botega NJ. Mortalidade por dependência de álcool no Brasil: 1998 - 2002. *Psicol Estud* [on-line]. Maringá, 2007 [Acesso em: 26 Jan 2008]; v.12, n.1. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722007000100014&lng=pt&nrm=iso>. doi: 10.1590/S1413-73722007000100014.
13. Soldera M, Dalgarrondo P, Corrêa Filho HR, Silva CAM. Uso de drogas psicotrópicas por estudantes: prevalência e fatores sociais associados. *Rev Saúde Pública*. 2004 Abr; 38:2.
14. Ferreira Filho OF, Turchi MD, Laranjeira R, Castelo A. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Rev Saúde Pública*. 2003 Dez;37(6):751-9.
15. Ramos S. A psicanálise e os dependentes de substâncias psicoativas: onde está o pai? *Rev Bras Psicanál*. 2004;38(3):649-677.
16. Ramos S. A psicanálise e os transtornos por uso de substâncias psicoativas [Tese - Doutorado]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina; 2003
17. Bento, V.E.S. Para uma semiologia psicanalítica das toxicomanias: adições e paixões tóxicas no Freud pré-psicanalítico. *Rev Mal-Estar e Subjetividade*. 2007;7(1):89-121.

18. Freud S. Sobre o narcisismo: uma introdução. In: Freud S. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud Vol. XIV, traduzido por J. Salomão, 85-119. Rio de Janeiro: Imago; 1989. (Trabalho original publicado em 1914).
19. Freud S. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: Freud S. Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud Vol. VII, traduzido por J. Salomão, 118-228. Rio de Janeiro: Imago; 1989. (Trabalho original publicado em 1905).
20. Bento V. A psicopatologia da drogadicção: uma abordagem psicanalítica. Arq Bras Psicol. 1987 Jan-Mar;39(1):41-50.
21. Moreira MJF. Aprendendo com a experiência dos drogados [Tese - Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1994.
22. Giansesi AP. A toxicomania e o sujeito da psicanálise. Psyche. 2005 Jun;9(15):125-138.
23. Berendonk E, Rudge AM. O fenômeno da drogadição em suas relações com a perversão. Psyche. 2002 Nov;6(10):137-147.
24. Olievenstein C. O toxicômano e sua infância. In: Bergeret J, Leblanc J (org.). Toxicomanias: uma visão multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991.
25. Olievenstein C (org.) A Clínica do toxicômano. Porto Alegre: Artes Médicas; 1990.
26. Bergeret J. A personalidade do toxicômano. In: Bergeret J, Leblanc J (org.). Toxicomanias: uma visão multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991.
27. Rebouças AM. O ato toxicofílico e a ordem cultural: apelo à função paterna ou gozo transgressivo, vocação intemporal do homem, que não se dobra à organização fálica? Cad Psicanal-SPCRJ. 2001;17(20):95-118.
28. Pacheco Filho R. Drogas: um mal-estar na cultura contemporânea. Psicanál Univ. 1999; 9/10:119-147.

29. Yazigi L, Miberbo M, Attux C. Patologias do milênio: o ato puro e a psicose da ação. *Mudanças*. 2000 Jul-Dez;8(14):13-33.
30. Azevedo RCS. Usuário de cocaína e AIDS: um estudo sobre comportamentos de risco [Tese - Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas; 2000.
31. Marlatt GA. Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.
32. Fontanella B. Tratamento das toxicomanias: impasses na medicina, tentativas de respostas – dados sobre Campinas [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas; 1991.
33. Gonçalves H, Costa JSD, Menezes AMB, Knauth D, Leal OF. Tuberculosis treatment adherence in Pelotas, Brazil, from the patient's perspective. *Cad Saúde Pública* [on-line] 1999 Oct [Acesso em 26 set 2006]; 15(4): 777-787. Disponível em: URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-11X1999000400012&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S0102-311X1999000400012.
34. Taylor SE. *Health Psychology*. New York: Random House; 1986.
35. Brito AM, Szwarcwald CL, Castilho EA. Fatores associados à interrupção de tratamento anti-retroviral em adultos com AIDS: Rio Grande do Norte, Brasil, 1999 - 2002. *Rev Assoc Med Bras* [on-line]. 2006 Abr [Acesso em 17 set 2006]; 52(2): 86-92. Disponível em: URL: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302006000200017&lng=pt&nrm=iso. doi: 10.1590/S0104-42302006000200017.
36. Washton AM. *Cocaine addiction: treatment, recovery, and relapse prevention*. New York: W.W. Norton & Company; 1989.

37. Fontanella B. Procura de tratamento por dependentes de substâncias psicoativas: um estudo clínico-qualitativo [Tese - Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas; 2000.
38. Neale J, Sheard L, Tompkins CNE. Factors that help injecting drug users to access and benefit from services: a qualitative study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2007;2:31.
39. Aquino MTC. A mulher e a droga: motivação para o uso, efeitos diferenciados, tratamento e possibilidades de prevenção. In: Baptista M, Inem C (org.). *Toxicomania: uma abordagem multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Sette Letras; 1997.
40. Osório, R, Salazar C, Cusker M. Evaluación de um servicio para mujeres que abusan de substancias psicotrópicas. *Rev Chil Neuro-psiquiatr*. 2001 Set;39(3):203-210.
41. Byqvist, S. Drug-abusing women in Sueden: marginalization, social exclusion and gender differences. *J Psychoactive Drugs*. 2006;38(4):427-40.
42. Cardinal N. A mulher e a toxicomania. In: Bergeret J, Leblanc J (org.). *Toxicomanias: uma visão multidisciplinar*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991.
43. Knight DK, Hood PE, Logan SM, Chatham LR. Residential treatment for women with dependent children: one agency's approach. *J Psychoactive Drugs*. 1999;31(4): 339-51.
44. Liebschutz JM, Mulvey KP, Samet JH. Victimization among substance-abusing women. Worse health outcomes. *Arch Intern Med*. 1997 May;157(10):1093-7.
45. Wechsberg WM, Lam WK, Zule W, Hall G, Middlesteadt R, Edwards J. Violence, homelessness, and HIV risk among crack-using African-American women. *Subs Use Misuse*. 2003 Feb-May;38(3-6):669-700.
46. Passey M, Sheldrake M, Leitch K, Gilmore V. Impact of case management on rural women's quality of life and substance use. *Rural and Remote Health*. 2007;7: 710.

47. Warner LA, Alegría M, Canino G. Remission from drug dependence symptoms and drug use cessation among women drug users in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61:1034-41.
48. Hall JL, van Teijlingen ER. A qualitative study of an integrated maternity, drugs and social care service for drug-using women. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2006;6:19.
49. Wechsberg WM, Lam WKK, Zule WA, Bobashev O. Efficacy of a woman-focused intervention to reduce HIV risk and increase self-sufficiency among african american crack abusers. *Am J Public Health*. 2004;94(7):1165-73.
50. Nascimento PTA, Tesser CD, Poli Neto P. Implantação do acolhimento em uma unidade local de saúde de Florianópolis. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. 2008;37(4):32-4
51. Fracolli LA, Zoboli ELCP. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família. *Rev Esc Enferm USP*. 2004;38(2):143-51.
52. Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface (Botucatu)* [on-line]. 2005 Ago [Acesso em 30 Jun 2009]; 9(17): 287-301. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000200006&lng=pt. doi: 10.1590/S1414-32832005000200006.
53. Pinafo E, Lima JVC, Baduy RS. Acolhimento: concepção dos auxiliares de enfermagem e percepção de usuários em uma unidade de saúde da família. *Revista Espaço para a Saúde*. 2008;9(2):17-25.
54. Saylor K, Daliparthi N. Native women, violence, substance abuse and HIV risk. *J Psychoactive Drugs*. 2005;37(3):273-80.

55. Bobrova N, Rhodes T, Power R, Alcorn R, Neifeld E, Krasiukov N, Latyshevskaja N, Maksimova S. Barriers to accessing drug treatment in Russia: a qualitative study among injecting drug users in two cities. *Drug Alcohol Depend.* 2006;82(Suppl 1):S57-63.
56. Hochgraf PB. Mulheres farmacodependentes. *J Bras Dep Quím.* 2001; 2(Supl 1):34-7.
57. Greenfield SF, Trucco EM, Mchugh RK, Lincoln M, Gallop RJ. The women's recovery group study: a stage I trial of women-focused group therapy for substance use disorders versus mixed-gender group drug counseling. *Drug and Alcohol Dependence.* 2007;90(1): 39-47.
58. Turato ER. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa - construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. Petrópolis(RJ): Vozes; 2003.
59. Nunes, ED. A trajetória das ciências sociais em saúde na América Latina: revisão da produção científica. *Rev Saúde Pública.* 2006 Ago; 40(n.especial):64-72.
60. Nunes ED. As ciências sociais em saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento. *Saúde e Sociedade.* 1992;1(1):59-84.
61. Nunes ED. As ciências humanas e a saúde: algumas considerações. *Rev Brasileira de Educação Médica.* 2003 Jan;27(1):65-71.
62. Bosi MLM, Mercado FJ. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. 1a ed. Petrópolis (RJ): Editora Vozes; 2004.
63. Nichter M, Quintero G, Nichter M, Mock J, Shakib S. Qualitative research: contributions to the study of drug use, drug abuse, and drug use(r)-related interventions. *Subs Use Misuse.* 2004;39 (10-12): 1907-69.
64. Giumbelli E. Para além do "Trabalho de Campo": reflexões supostamente malinowskianas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais.* 2002 Fev;17(48):91-107.

65. Minayo MCS. O desafio de conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10a ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2007.
66. Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. Rev Latino-am de Enfermagem. 2006 Set;14(5):812-820.
67. Miller W, Rollnick S. A Entrevista Motivacional. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.
68. Glaser BG, Strauss AL. The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. New Brunswick: Aldine Transaction; 1999.
69. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública = Rep. Public Health. 2008;24(1):17-27.
70. Dias OM, Turato ER. Cigarette smokers views on their habit and the causes of their illness following lung cancer diagnosis: a clinical-qualitative study. São Paulo Medical Journal. 2006;124(3):125-29.
71. Bardin L. Análise de conteúdo. Traduzido por L.A. Reto e A. Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 2002.
72. Brasil. Resolução 196/96 (Bioética, 4:15-25, 1996).
73. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 340, de 8 de julho de 2004. Disponível em: URL: <http://conselho.saude.gov.br>. [Acesso em 16 set 2006].
74. Reinaldo MAS, Pillon SC. Repercussões do alcoolismo nas relações familiares: estudo de caso. Rev Latino-am de enfermagem. 2008 Ag;16(n.spe):529-534.
75. Nobrega MP, Oliveira EM – Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. Rev Saúde pública. 2005 Out;5(39):816-823.

76. MacMaster SA. Experiences with and perceptions of, barriers to substance abuse and HIV risk services among African American women who use crack cocaine. *J Ethn Subst Abuse*. 2005;4(1):53-75.
77. Cohen JB, Greenberg R, Uri J, Halpin M, Zweben JE. Women with methamphetamine dependence: research on etiology and treatment. *J. Psychoactive Drugs*. 2007;4(Suppl):347-51.
78. Hernandez-Avila CA, Rounsaville BJ, Kranzler HR. Opioid, cannabis, and alcohol-dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence*. 2004;74(1):265-72.
79. Young AM, Boyd C, Faan RN, Hubbell A. Social isolation and sexual abuse among women who smoke crack. *Journal of Psychosocial Nursing*. 2001;37(7):12-20.
80. Vaddiparti K, Bogetto J, Callhan C, Abdallah AB, Spitznagel EL, Cottler LB. The effects of childhood trauma on sex trading in substance using women. *Arch. Sex. Behav*. 2006;35:451-59.

ANEXO 1 - ROTEIRO/DIÁRIO DE CAMPO

Significações Psicológicas Sobre a Adesão ao Tratamento Ambulatorial de Mulheres Dependentes de Substâncias Psicoativas - Um Estudo Clínico-Qualitativo

Entrevista Nº ____.

Local:

Cidade e data: _____, ____ / ____ /

Início: _____ : _____ h. Término: _____ : _____ h. Duração em min.:

Entrevistador: _____ Assinatura:

A) Dados de Identificação da Entrevistada:

- 1) Nome Completo:
- 2) telefone para contato:
- 3) Data de Nascimento: _____ / _____ / _____ Idade: _____ anos.
- 4) Profissão/atividade profissional: _____
- 5) Escolaridade:
- 6) Naturalidade:
- 7) Procedência / Há quanto tempo:
- 8) Estado civil / Situação conjugal atual / Há quanto tempo/Composição familiar:
- 9) Religião (denominação) / Religiosidades (prática):
- 10) Início do tratamento no ASPA:
- 11) Tratamentos anteriores:
- 12) Como tem sido a frequência no ambulatório:
- 13) Qual substância usa e via preferencial de uso:
- 14) Breve histórico do uso:

B) Questões sobre as Experiências e Percepções da dependente de substâncias psicoativas:

- 15) Questão disparadora:
Conte-me como decidiu procurar tratamento para dependência de drogas.
- 16) De quais atendimentos aqui oferecidos você participa e como se sente neles? Se não participa de nada, consegue me contar o que o afastou?
- 17) Fale-me um pouco do que você acha que pode dificultar a sua participação em todos os atendimentos propostos.
- 18) Conte-me como está o uso, (se em uso) o que acha que te leva a permanecer usando; (se abstinente) o que te levou a decisão de parar.
- 19) Fale-me sobre os sentimentos que surgem ante a lembrança do uso.
- 20) Gostaria de falar outra coisa que considera importante em relação à sua dependência / uso?

21) Gostaria de falar outra coisa que considera importante em relação ao tratamento oferecido?

C) Dados da observação do entrevistador (Apresentação pessoal do informante, seu comportamento global, expressões corporais, gesticulações, mímica facial, expressões do olhar, estilo e alterações na fala, risos, sorrisos, choros e manifestações afins)

ANEXO 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA CLÍNICO-PSICOLÓGICA

Instituição: Unicamp

Projeto: Significações Psicológicas Sobre a Adesão ao Tratamento Ambulatorial de Mulheres Dependentes de Substâncias Psicoativas - Um Estudo Clínico- Qualitativo

Pesquisadora: Dione Viégas Almeida Ribeiro

Responsável: Prof. Egberto Ribeiro Turato – orientador da pesquisa

Contatos: Comitê de Ética em Pesquisa da Unicamp – (19) 3521-8926

Programa de Pós-Graduação em Saúde Mental – (19) 3521-8859

O propósito desta pesquisa científica é conhecer os possíveis significados psicológicos da adesão ao tratamento atribuídas por mulheres dependentes de substâncias psicoativas. Para tanto, serão realizadas entrevistas com estas pessoas, que podem durar de uma a duas horas. Durante as entrevistas serão feitas perguntas ao informante para se alcançar os objetivos da pesquisa.

Não serão divulgados nomes, apenas os dados obtidos discutidos com equipe de profissionais. Sendo que o relatório final, contendo citações anônimas, estará disponível para os interessados, para apresentação em encontros científicos e publicação em revistas especializadas.

Poderá não haver benefícios diretos ou imediatos para o informante deste estudo, além da oportunidade de poder conversar sobre suas experiências e seus sentimentos, mas poderá contribuir para mudanças futuras nos cuidados aos usuários deste ambulatório (ASPA) após os profissionais de saúde tomarem conhecimento de suas conclusões.

Este TERMO DE CONSENTIMENTO é para certificar que eu, _____, concordo em participar voluntariamente do projeto científico acima mencionado. Por meio deste, dou permissão para ser entrevistada e para estas entrevistas serem gravadas.

ESTOU CIENTE de que, ao término da pesquisa, as gravações serão apagadas e que os resultados serão divulgados, porém sem que meu nome apareça associado à pesquisa.

ESTOU CIENTE de que um técnico fará a transcrição da fala gravada para um texto em computador e que alguns colegas pesquisadores poderão conhecer o conteúdo, tal como foi por mim falado, para discutirem os resultados, mas estas pessoas estarão sempre submetidas às normas do sigilo profissional e a minha identidade será ocultada.

ESTOU CIENTE de que sou livre para recusar a dar resposta a determinadas questões durante as entrevistas, bem como para retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo.

ESTOU CIENTE de que terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar sobre a pesquisa, e que todas deverão ser respondidas a meu contento depois de encerrada a entrevista.

NOME:

ASSINATURA:

Pesquisadora: _____

Entrevistado: _____

Entrevista nº _____ Local: _____ Data: ____ / ____ / ____

1 – ARTIGO I

Ambientação e aculturação para pesquisa junto a serviço ambulatorial de atendimento em substâncias psicoativas

Environment adaptation and acculturation for research at a specialized outpatient service for dependents on psychoactive substances

Autores:

DIONE VIÉGAS DE ALMEIDA RIBEIRO¹

EGBERTO RIBEIRO TURATO²

RENATA CRUZ SOARES DE AZEVEDO³

Ambientação/aculturação para pesquisa

Ambientação e aculturação para pesquisa qualitativa junto a serviço ambulatorial de atendimento em substâncias psicoativas

Este trabalho realizado no Ambulatório de Substâncias Psicoativas do Hospital das Clínicas da Unicamp, objetiva relatar a ambientação e aculturação, como fatores de facilitação do estudo das vivências de dependentes químicos, quebrando eventuais resistências contra a figura do pesquisador. Observações foram registradas a partir de escuta psicológica livre dos pacientes em grupo coordenado pela pesquisadora, e dos profissionais envolvidos nos atendimentos. Como resultado foi observado que no grupo podem ser trabalhadas questões relativas às dificuldades dos pacientes como, em deixar o uso de drogas, a baixa auto-estima, a rejeição familiar e a necessidade de receberem ajuda especializada. Discutiu-se os conceitos de ambientação e aculturação, a importância destes como processo de conhecimento da população a ser pesquisada. Foi concluído que mulheres apresentam danos sociais e psíquicos diferentes dos homens, fazendo-se útil uma compreensão, cientificamente organizada, de como se daria o fenômeno da adesão da mulher ao tratamento especializado em dependência química.

Descritores: Aculturação, transtornos relacionados ao uso de substâncias, pesquisa qualitativa.

Environment adoption and acculturation for qualitative research in a psychoactive substance ambulatory service

This study, performed at the Ambulatory of Psychoactive Substances at the UNICAMP Hospital das Clínicas, aims to report environment adoption and acculturation as facilitating factors to study the life experience of individuals chemical dependents, breaking eventual resistances against the researcher. Observations were registered based on free psychological listening of patients, in a group coordinated by the researcher, and of the professionals involved. The results showed that, in the group, issues related to the patients' difficulties could be addressed, such as: quitting drug use, low self-esteem, family rejection, and the need for specialized care. The concepts of environment adoption and acculturation were discussed, as well as their importance as a process of learning about the researched population. It was concluded that men and women present different social and psychic damages; hence, it is helpful to obtain a scientifically organized comprehension of how women would comply with specialized treatment for chemical dependence.

Descriptors: Acculturation Substance-Related Disorders Qualitative Research

Ambientación y aculturación a la investigación cualitativa en servicio de atención ambulatoria en sustancias psicoactivas

Este trabajo, realizado en el Ambulatorio de Sustancias Psicoactivas del Hospital de las Clínicas de la Unicamp, tuvo como objetivo relatar la ambientación y aculturación como siendo factores que facilitan el estudio de las vivencias de dependientes químicos. Las observaciones fueron registradas a partir de una escucha psicológica libre de los pacientes,

en un grupo coordinado por la investigadora. Como resultado fue observado que, en el grupo, pueden ser trabajadas cuestiones relativas a las dificultades de los pacientes como: dejar el uso de drogas, baja autoestima, rechazo familiar y la necesidad de recibir ayuda especializada. Se discutieron conceptos de ambientación y aculturación y la importancia que estos tienen en el proceso de conocimiento de la población a ser investigada. Se concluyó que las mujeres presentan daños sociales y psíquicos diferentes de los hombres; siendo útil comprender como se daría la adhesión de la mujer al tratamiento especializado en dependencia química.

Descriptores: Aculturación, Trastornos Relacionados con Sustancias, Investigación Cualitativa.

Introdução

O recorte de objeto do presente artigo consiste na apresentação da conceituação das estratégias de ambientação e de aculturação, visando pesquisa qualitativa em campo na área da saúde, bem como apresentar um relato da experiência de entrada em campo, a propósito do emprego do método clínico-qualitativo para conhecer os significados da adesão ao tratamento de mulheres acompanhadas em um ambulatório universitário para pacientes dependentes de substâncias psicoativas.

Começamos a contextualização do assunto, mencionando que o uso de substâncias psicoativas, com maior repercussão social, é um fenômeno relativamente recente. Embora o consumo de drogas psicoativas seja milenar, seu uso só se tornou um problema social amplo, na maior parte dos países ocidentais, a partir do quarto final do século XIX, com a criminalização e a medicalização dessas drogas. Tal ocorreu inicialmente nos EUA, em

função de movimentos religiosos e sociais, e principalmente por interesses de ordem econômica⁽¹⁾.

A dependência de Substâncias Psicoativas (SPA) é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um transtorno mental e do comportamento, sendo descrita na Classificação Internacional das doenças (CID-10) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais norte-americano (DSM-IV). Os dois manuais discriminam os principais quadros relacionados ao uso de SPA, bem como a dependência, caracterizada de forma semelhante em ambos, a saber: um desejo pronunciado de tomar a substância; dificuldade em controlar o uso; estado de abstinência fisiológica; tolerância; relegar a um segundo plano as necessidades, interesses e atividades prazerosas; e uso persistente, não obstante os danos causados a própria pessoa e aos outros; e por fim um critério que descreve um padrão intermediário entre uso e dependência que é o uso nocivo ou abuso⁽²⁻³⁾.

Uma forma de compreensão teórica da dependência advém da visão psicodinâmica, que aponta a possibilidade de que na dependência de SPA, chamada nessa concepção de drogadicção, ocorreria uma vinculação exacerbada ao chamado objeto psicanalítico, com finalidade de atingir prazer peculiar, o qual corresponderia à busca do primitivo prazer advindo da função psicológica materna. Embora controversa, devemos cogitar a hipótese de que o dependente de drogas sentir-se-ia psiquicamente órfão, não tendo sido assim um objeto de desejo por parte dos pais. Tal condição contribuiria na tentativa constante de suprir certa falta psicológica através do uso droga⁽⁴⁾.

Vários psicanalistas vêem a dependência química também como um fenômeno característico de nossos dias, buscando entender o que seria o chamado “imperativo do ato” - determinada necessidade de “nunca parar” e certa impossibilidade de postergar o prazer⁽⁵⁾.

Faz-se necessária então, a existência de um enfoque abrangente, que leve em

consideração a diversidade de usos e de comportamentos, tanto em relação aos produtos como em relação ao contexto social em que eles ocorrem. A especificidade das dependências químicas procede do encontro do indivíduo com uma substância psicoativa em um determinado contexto sociocultural. O uso indevido de drogas, como dito, constitui fenômeno de grande complexidade, não podendo ser reduzido a componentes biológicos, nem compreendido apenas a partir de aspectos da conduta dependente ou da psicodinâmica envolvida, mas pensando que todos estes enfoques estão presentes concomitantemente e se influenciam mutuamente⁽⁶⁾.

Neste contexto, há uma variedade de alternativas terapêuticas e se faz imprescindível conhecer cada caso clínico, incluindo avaliações de ordem da clínica geral, psiquiátrica, psicológica e social. Verificando o grau de dependência à droga, os sintomas de abstinência, bem como o suporte social e emocional existentes, faz-se então a indicação das formas mais adequadas de intervenção para os sujeitos.

Algumas possibilidades terapêuticas podem ser utilizadas – isoladamente ou associadas – conforme as características da personalidade e do momento de vida de cada indivíduo. Há abordagens baseadas na compreensão psicodinâmica das dependências e, por outro lado, abordagens que entenderiam a dependência química passando por um aprendizado, tratando-a, com técnicas cognitivas, tal como a prevenção da recaída e a entrevista motivacional. Há abordagens medicamentosas e ainda abordagens de auto-ajuda / ajuda mútua (como os Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, Amor Exigente e outras), que visam à manutenção de abstinência, utilizando-se de recursos de fortalecimento da rede social e modelos identificatórios, entre outros⁽⁷⁾.

Independentemente do tipo de abordagem utilizada nos tratamentos para a dependência de SPA, percebe-se que existe, nos serviços de saúde, uma demanda reprimida

que não chega aos serviços especializados. Observa-se, além disso, uma baixa adesão dos dependentes, principalmente no tocante às drogas ilícitas. Compreensivelmente, esses indivíduos teriam maior dificuldade em lidar com problemas de ordem psíquica, necessitando evidentemente de um acolhimento adequado a suas peculiaridades por parte dos profissionais e da sociedade.

Uma aproximação para estudo em campo

Para então compreender melhor essa população de dependentes e os fenômenos a ela relacionados, considera-se no presente artigo a realização de um trabalho de pesquisa em ambulatório universitário especializado, sendo o chamado *método clínico-qualitativo* o escolhido para o estudo de sua população.

A antropologia e a psicanálise, dentre outras áreas do conhecimento científico, têm feito uso, historicamente, dos chamados métodos qualitativos, desde o início do Século 20. Posteriormente, as disciplinas científicas da área da educação, das ciências sociais, das ciências da saúde e das psicologias também passaram a se valer desses métodos. Essas disciplinas são consideradas pertencentes ou associadas às Ciências Humanas, as quais visam compreender e interpretar os nexos de significados presentes nos fenômenos individuais e sociais⁽⁸⁾.

Um cuidadoso estudo de revisão bibliográfica mostrou que, ao longo dos anos, constituiu-se um representativo campo para estudos sobre a construção científica na área das ciências sociais em saúde. Na década de 60 apareceram no Brasil os grandes cientistas sociais, muitos como autodidatas em questões da Saúde, começando trabalhos multiprofissionais especialmente voltados para a comunidade. O material que surge desses trabalhos - e que incorpora tanto um conhecimento dos aspectos médicos, assim como

sociais, culturais e psicológicos - pretendia ser uma aproximação interdisciplinar e conduzia a um retrato biopsicossocial⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Portanto, as Ciências Humanas oferecem uma riqueza de possibilidades ao pesquisador, o que reforça como tal campo se cruza com o campo da saúde, demandando a presença de profissionais de ambas as áreas na troca de conhecimentos. “Sem dúvida, as duas questões centrais para o campo da saúde – o estudo do processo saúde-doença e a organização das práticas de saúde – não poderão ser compreendidas em toda sua extensão e complexidade sem as ciências humanas; assim como, para a formação dos profissionais da saúde, torna-se fundamental a presença dos estudos humanísticos em seus planos de estudo”⁽¹¹⁾.

A literatura acadêmica mostra que a *pesquisa qualitativa* dá voz ao sujeito, propõe o resgate da subjetividade, da singularidade e das marcas que os diferentes eventos imprimem nos indivíduos. Ela apresenta não uma reprodução, mas uma construção dos sentidos dados por ambos - pelo sujeito e pelo pesquisador envolvidos. É ainda apontado o caráter interpretativo-compreensivo das pesquisas qualitativas, que as diferencia da quantitativa, apresentando objetivos, enfoques e metodologias próprias⁽¹²⁾.

Ao buscar um refinamento da compreensão de significados pessoais atribuídos aos diversos fenômenos observados, especificamente em settings da Saúde, e considerando a experiência clínica do pesquisador, o método eleito para este estudo conduzido em serviço ambulatorial universitário de referência, é o clínico-qualitativo. Este nasce da necessidade de uma estruturação metodológica específica com os cuidados clínicos com a saúde, nomeadamente ao sofrimento existencial e psicológico, associados às manifestações no processo saúde-doença⁽¹³⁾.

Quando pretendemos utilizar uma metodologia qualitativa, na compreensão de um fenômeno ou setting, faz-se fundamental antes de qualquer intervenção, conhecer bem o campo em que se pretende coletar dados.

O antropólogo Bronislaw Malinowski se tornou referência primordial para estudos clássicos, desenvolvidos pioneiramente em trabalho de campo com nativos em cultura do extremo oriente. Para ele, o trabalho de campo deveria produzir uma visão autêntica da vida da comunidade em estudo, devendo-se ultrapassar alguns obstáculos, tais como a falta de domínio da língua nativa, os preconceitos e opiniões de pessoas externas ao grupo observado. O trabalho de campo também deveria estar integrado a problematizações teóricas ao propiciar um contato, o mais íntimo possível, na perspectiva do grupo estudado⁽¹⁴⁾.

Trabalhos em campo constituem-se etapa central da pesquisa qualitativa em saúde. Nesse tipo de pesquisa, é crucial uma relação de intersubjetividades e de interação social com o pesquisador, que resulte em conhecimentos novos, que podem ser confrontados com a realidade concreta e com pressupostos teóricos, gerando uma construção mais ampla de saberes⁽¹⁵⁾.

É descrito como etapa anterior ao trabalho da pesquisa de campo propriamente dita, a fase exploratória, na qual serão definidos: o espaço da pesquisa, o grupo a ser pesquisado, os critérios de amostragem e a estratégia de entrada em campo⁽¹⁵⁾. Sempre considerando que a pesquisa qualitativa preocupa-se com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo humano, de uma organização ou de uma instituição. É necessário à pesquisa qualitativa conhecer amplamente os sujeitos envolvidos, com idas repetidas a campo, antes do trabalho de coleta estritamente dito. Tal permite o fluir da rede

de relações e possíveis correções iniciais dos instrumentos da futura coleta formal de informações⁽¹⁵⁾.

Pressupõe-se que, a todo pesquisador que parte para a fase da investigação em settings, é necessário uma fase de *ambientação e aculturação*, em espaço de tempo se não longo, porém em profundidade. O termo *ambientação* está aqui entendido como a adaptação geral à rotina da instituição onde se coletarão os dados, bem como a aquisição de informações sobre o cotidiano das pessoas que ali trabalham e daquelas que são atendidas no local. Por sua vez, *aculturação*, conceito mais abrangente, pressupõe um contato com a incorporação das mentalidades, costumes e valores da população deste campo de investigação⁽¹⁶⁾.

Neste relato, mencionamos a experiência da ambientação e aculturação da pesquisadora em ambulatório universitário especializado, voltado para tratamento de dependência de SPA. Fundamental foi conhecer intimamente a realidade de um serviço de saúde, a linguagem das pessoas ali atendidas, as dinâmicas das relações envolvidas, a fim de se ter inserção afetiva e cultural para o subsequente trabalho de pesquisa na abordagem qualitativa.

Objetivo

Na apropriação dos conceitos operacionais de ambientação e aculturação, relatar certa experiência da entrada em campo – e seu reconhecimento – como fator de facilitação do estudo das vivências relatadas, no caso, por sujeitos dependentes químicos vistos em um serviço universitário de especialidade psiquiátrica, quebrando eventuais resistências da - e contra a - figura do pesquisador.

Percurso dos procedimentos

Contextualizando com a descrição do campo, o trabalho aqui apresentado se deu a partir da inserção da pesquisadora, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, no serviço assistencial de seu hospital público de referência. O Ambulatório de Substâncias Psicoativas (ASPA) é parte do conjunto de ambulatórios psiquiátricos do Hospital das Clínicas de Campinas (HC/UNICAMP) e atende principalmente à população do Município e Região. Os atendimentos são semanais para os habitantes locais, enquanto pessoas vindas de municípios distantes ou mesmo de outros estados são atendidas para devida avaliação e encaminhamento a serviços próximos à localidade de origem.

A população ambulatorial é composta principalmente por adultos que fazem uso abusivo ou são dependentes de álcool, tabaco e/ou drogas ilícitas, os quais são atendidos individualmente por médicos residentes de psiquiatria, para avaliação clínica e possível farmacoterapia. Após essa avaliação, atendimentos em grupos também são oferecidos, conforme adequado a cada pessoa.

Paralelamente, a pesquisadora mestranda acompanhou as discussões de casos clínicos conduzidas por equipe multiprofissional, também freqüentando seminários teóricos com docentes, residentes, quartanistas de medicina, equipe de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, um odontólogo e psicólogos. Essa integração consiste em rica técnica, já que usa esse meio disponível e condição de favorecimento com o fim de alcançar o objetivo específico da investigação científica do projeto do respectivo mestrado.

Participando do ASPA, a pesquisadora teve a experiência de conduzir um grupo motivacional durante os anos de 2007 e 2008. Nele, pacientes são atendidos antes mesmo

de passarem por consulta médica, sendo um momento de acolhimento, uma primeira escuta ampliada sobre o que os levou a buscar esta ajuda. É desempenhada uma tarefa que, além de oferecer uma acolhida para as angústias trazidas, visa fortalecer a motivação para o tratamento. Também teve a oportunidade de dirigir um grupo informativo, sendo responsável por discutir aspectos psicológicos da dependência de SPA em reuniões.

As observações foram registradas a partir de escuta psicológica livre dos pacientes em seu grupo motivacional, bem como da escuta posteriormente relatada pelos profissionais envolvidos nos atendimentos.

Resultados

Nos grupos, pacientes falaram de seu desejo de passar a não mais sentir vontade de usar a substância da qual haviam se tornado dependentes. Por vezes, esperavam, por participarem do grupo e/ou tomar medicações, conseguir interromper o uso sem sofrimentos ou sacrifícios, deixando de sentir vontade de usar a substância para sempre.

Notou-se ainda que os pacientes chegam ao serviço com uma baixa auto-estima, temendo exporem-se e serem estigmatizados. No entanto, após encorajamento por parte pesquisadora - e do grupo - passam a falar com menos receios.

Apontaram, por sua vez, dificuldades tais como rejeição familiar e social - um fato predominante entre mulheres. Sendo observado que os pacientes, muitas vezes, não se sentiam compreendidos pela família, sendo visto como desprovidos de valor, imorais, ou fracós.

Houve pacientes que ressaltaram a importância de se sentirem apoiados pela equipe técnica, pelo grupo e também pela família. Apontando a necessidade de terem um espaço

no qual podem falar livremente de seu sofrimento frente à substância e de ouvirem relatos de colegas de grupo que vivenciam situações semelhantes.

De acordo com certos pacientes, os residentes de psiquiatria se mostravam solícitos, havendo estabelecimento de bom vínculo médico-paciente. Aparentando sinceridade, descreveram que os profissionais demonstravam real interesse em seus problemas e que procuravam explicar todo o necessário a eles.

Por outro lado, os profissionais, particularmente os residentes, demonstraram boa receptividade em relação à pesquisadora, procurando sua opinião nos casos atendidos por ela e também encaminhando pacientes para seu grupo. Percebeu-se nos profissionais um real propósito de ajudar seus pacientes com um desejo realmente de curar. Havia certa necessidade, por parte desses profissionais, de lidarem com uma frustração por constantes recaídas dos problemas dos pacientes.

No grupo motivacional conduzido pela pesquisadora, havia uma quantidade maior de homens do que mulheres (cerca de sete homens para cada mulher), sendo mais freqüente o abandono por parte das mulheres. Percebeu-se que as mulheres interagiam menos nos grupos, falando apenas quando estimuladas e demonstrando, certo enfado com falas dos participantes homens.

As mulheres relatavam maiores dificuldades em vir ao grupo, principalmente em função do temor a críticas de familiares ou mesmo do grupo. Falavam também de problemas com companheiros igualmente usuários, o que dificultava seu empenho em se tratar. Por fim, ainda havia queixas de dificuldades em deixarem o trabalho doméstico e cuidado com os filhos. As mulheres também acabavam faltando aos atendimentos em função de outras consultas médicas.

Discussão

O primeiro ponto que merece reflexão trata-se do emprego dos conceitos de ambientação e aculturação. Em pesquisa qualitativa, não lançamos mão dos chamados pré-testes ou das entrevistas-piloto, cujo objetivo, equivalentemente é assegurar-se de que os instrumentos de investigação estão ‘regulados’ para aplicação e coleta validadas para alcance dos objetivos do empreendimento. Nas pesquisas qualitativas, nas quais o pesquisador é o próprio instrumento, o entrevistador deve adquirir experiência prévia à coletar os dados propriamente planejados⁽¹³⁾.

Nesse período de ambientação e aculturação, pôde-se conhecer de perto, além do funcionamento operacional do serviço de ambulatório, enquanto campo físico desenhado para a pesquisa, também o universo psicocultural da população atendida e como se dão as relações profissional-paciente; bem como aspectos relevantes para serem aprofundados na investigação clínico-qualitativa.

Também dessa leitura empírica da ambientação/aculturação, a pesquisadora constatou a necessidade de apontar aos pacientes dificuldades complexas em deixar o uso abusivo, desfazendo fantasias que o simples tratamento de rotina faz desaparecer o desejo pela substância, mas ajudando a refletir sobre formas eficazes de lidar com a vontade persistente de usar.

O apoio da família foi bastante valorizado pelos pacientes estudados, e, como mostra um trabalho sobre as repercussões do alcoolismo nas relações familiares, tal apoio e a rede social quando bem orientada e estimulada a pensar formas de ajudar o paciente, bem como a estruturação de serviços que pensem e articulem as parcerias necessárias para o sucesso do tratamento são fundamentais⁽¹⁷⁾.

Ainda observou-se a importância de se oferecer um bom acolhimento aos pacientes que procuram tratamento em função do uso de drogas, a fim de ajudá-los a superar o medo de exporem-se e serem julgados como estão habituados. Eles demonstraram a necessidade de serem ouvidos e auxiliados na compreensão de seus problemas.

Um trabalho realizado no Reino Unido, ressaltou que as atitudes da equipe de profissionais e sua forma de relacionar-se com os pacientes, é considerada mais importante que a qualidade do serviço médico. Sendo extremamente valorizada pela clientela que busca tratamento para SPAs, a confidencialidade e atitudes de não julgamento⁽¹⁸⁾.

Conclusões

Quanto à amostra dos pacientes vistos, verificou-se um aspecto relevante a ser bem estudado que é o perfil de atitudes diferente entre os gêneros, notadamente conhecer as especificidades de um atendimento necessário a mulheres. Pacientes femininas apresentam danos sociais e psíquicos diferentes da população masculina. Impõe-se conhecer significados simbólicos atribuídos pelas mulheres à doença e ao tratamento para uma adequação de medidas eficazes de prevenção e terapêutica – que foram, de certo modo, historicamente construídas para populações masculinas. É sabido que mulheres enfrentam dificuldades específicas na busca de tratamento, tal como freqüente dependência financeira, falta de local para deixar os filhos enquanto vai à consulta, bem como o próprio estigma sociologicamente imposto. A experiência acadêmica aqui discutida apontou para a exigência de se buscar uma compreensão, cientificamente organizada, de como se daria o processo do intrincado fenômeno da adesão da mulher ao tratamento especializado em dependência química.

Tradicionalmente, a maioria dos serviços de atenção a dependentes químicos, assim como o ASPA, oferecem formas similares de tratamento proposto a homens e mulheres, incluindo grupos de composição mista. Todavia a literatura tem mostrado que as mulheres necessitam de um acolhimento diferenciado, atentando para um despojamento de preconceitos culturalmente estabelecidos e também ao trabalho específico das questões de auto-estima feminina e do manejo das perdas sociais concretas e segundo significados simbólicos que as mulheres lhes atribuem.

Finalmente, a partir da vivência da fase preliminar em campo de pesquisa, confirmou-se a relevância científica de se empreender o estudo das representações psicossociais sobre a adesão de mulheres ao tratamento especializado para dependência de SPA.

Referências

1. Fiore M. Uso de “drogas”: controvérsias médicas e debate público. Campinas (SP): Mercado das Letras; 2007.
2. Organização Mundial de Saúde (OMS). Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1993.
3. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistic manual of mental disorders (DSM-IV). Washington (DC): APA; 1994.
4. Bento V. A psicopatologia da drogadicção: uma abordagem psicanalítica. Arq Bras Psicol 1987 janeiro; 39(1):41-50.
5. Yazigi L, Miberbo M, Attux C. Patologias do milênio: o ato puro e a psicose da ação. Mudanças 2000 julho; 8(14):13-33.

6. Silveira DX Filho, Gorgulho M, organizadores. Dependência: compreensão e assistência às toxicomanias: uma experiência do PROAD. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo; 1996.
7. Azevedo RCS. Usuário de cocaína e AIDS: um estudo sobre comportamentos de risco. [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp; 2000.
8. Fontanella B. Procura de tratamento por dependentes de substâncias psicoativas: um estudo clínico-qualitativo. [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp; 2000.
9. Nunes ED. A trajetória das ciências sociais em saúde na América Latina: revisão da produção científica. Rev Saúde Pública 2006 agosto; 40(n.especial):64-72.
10. Nunes ED. As ciências sociais em saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento. Saúde e Soc 1992; 1(1):59-84.
11. Nunes ED. As ciências humanas e a saúde: algumas considerações. Rev Brás Educ Méd 2003 janeiro; 27(1):65-71.
12. Bosi MLM, Mercado FJ. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Petrópolis (RJ): Editora Vozes; 2004.
13. Turato ER. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa - construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. 2^a ed. Petrópolis (RJ): Editora Vozes; 2003.
14. Giumbelli E. Para além do “Trabalho de Campo”: reflexões supostamente malinowskianas. Rev Bras Ciênc Soc 2002 fevereiro; 17(48):91-107.
15. Minayo MCS. O desafio de conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10^a ed. São Paulo (SP): Editora Hucitec; 2007.

16. Fontanella BJB, Campos CJG, Turato ER. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Rev Latino-am Enfermagem* 2006 setembro; 14(5):812-20.
17. Reinaldo MAS, Pillon SC. Repercussões do alcoolismo nas relações familiares: estudo de caso. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008 agosto; 16(n.spe):529-34.
18. Hall JL, van Teijlingen ER. A qualitative study of an integrated maternity, drugs and social care service for drug-using women. *BMC Pregnancy Childbirth* 2006 June; 6:19.

2 – ARTIGO II

Significados associados à adesão a tratamento de dependências de substâncias psicoativas atribuídos por mulheres atendidas em ambulatório no Brasil - Um estudo qualitativo

Meanings associated with treatment adherence for psychoactive substance-dependence by women seen in a Brazilian outpatient service - A qualitative study

Dione Viégas Almeida Ribeiro

Renata Cruz Soares de Azevedo

Egberto Ribeiro Turato

Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa - Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria – Faculdade de Ciências Médicas - Universidade Estadual de Campinas, Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas.

Pesquisa financiada pela Capes

Resumo

Na população feminina, a questão da adesão ao tratamento especializado em dependência de substâncias psicoativas é peculiar, existe um número muito inferior de mulheres que procuram tratamento especializado, se comparado ao de homens. E tradicionalmente, a maioria dos serviços de atenção a dependentes químicos, oferecem formas similares de tratamento proposto a homens e mulheres, incluindo grupos de composição mista. Nesta pesquisa tivemos como objetivo conhecer os significados psicológicos da adesão de mulheres dependentes de substâncias psicoativas ao tratamento em ambulatório universitário especializado, no interior do estado de São Paulo, Brasil. Foi utilizado o método Clínico-Qualitativo, sendo adotada a técnica da entrevista semidirigida de questões abertas, que permite a observação e a escuta em profundidade dos sujeitos da pesquisa. Como resultado desta pesquisa foram selecionadas as categorias: motivação para o tratamento; desmotivação para o tratamento e dificuldade de adesão; o significado simbólico da droga. Concluiu-se que os motivos que levam uma mulher dependente de substâncias a procurar tratamento são múltiplos, mas percebemos que isso ocorre quando a droga usada passa a ser percebida como algo que oferece grande desprazer ou traz perdas significativas.

Descritores: Transtornos relacionados com substâncias; Pacientes Desistentes do Tratamento; Serviços de Saúde da Mulher; Saúde da Mulher; Pesquisa Qualitativa; Psicanálise

INTRODUÇÃO

Embora o consumo de drogas de modo sistemático seja milenar, seu uso só se tornou um problema social, na maior parte dos países ocidentais, a partir do quarto final do século XIX, com a criminalização e a medicalização da questão das drogas. Isso ocorreu inicialmente nos EUA em função de movimentos religiosos e sociais e principalmente de interesses de ordem econômica. (Fiore 2007)

Tem havido um interesse crescente em compreender cientificamente o fenômeno do uso e dependência de substâncias, por observar-se, na segunda metade do século XX, o uso de drogas se expandir, chegando a se configurar um verdadeiro fenômeno de massa. Para tanto, estudos provenientes da medicina, da sociologia, da antropologia, da psicologia e da psicanálise permitem uma compreensão dos comportamentos excessivos da dependência de substâncias, enriquecendo assim a análise destes fenômenos e endossando diversos modelos de tratamento. (Silveira Filho 1996)

A dependência de substâncias psicoativas é considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) um transtorno mental e de comportamento, estando descrita no Código Internacional de Doenças – CID – 10 e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais americano – DSM – IV. Os dois manuais discriminam os principais quadros relacionados ao uso de substâncias psicoativas, entre eles a dependência que é caracterizada de forma semelhante em ambos, a saber: um desejo pronunciado de tomar a substância; dificuldade em controlar o uso; estados de abstinências fisiológica; tolerância; relegar a um segundo plano as necessidades, interesses e atividades prazerosas; e uso persistente, não obstante os danos causados a própria pessoa e aos outros; e um critério que descreve um padrão intermediário entre uso e dependência que é o uso nocivo ou abuso. (APA 1994; OMS 1993)

O Relatório Mundial do United Nations Office on Drugs and Crimes (UNODC, 2008) mostrou que no mundo todo, a proporção de usuários de drogas entre a população de 15 a 64 anos permanece estável pelo quarto ano consecutivo. O índice tem girado em torno de 4,7% a 5,0% no caso das drogas ilícitas, e se estabilizou no fim da década de 1990. Aproximadamente 208 milhões de pessoas, ou 4,9% da população entre 15 a 64 anos usaram drogas pelo menos uma vez nos últimos 12 meses. O chamado “uso problemático” (dependência química) de drogas permanece entre aproximadamente 0,6% da população mundial entre 15 a 64 anos.

No Brasil, o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, realizado em 2005 pelo Cebrid (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas), apontou que 12,3% das pessoas pesquisadas, com idades entre 12 e 65 anos, preenchem critérios para a dependência do álcool, e cerca de 75% já beberam pelo menos uma vez na vida. Segundo os dados da pesquisa, o uso na vida de álcool, nas 108 maiores cidades do país, foi de 74,6%, porcentagem inferior a dos Estados Unidos com 82,4%. Em todas as regiões, observaram-se mais dependentes de álcool do sexo masculino. O uso na vida para qualquer droga (exceto tabaco e álcool) foi de 22,8%. Essa porcentagem é quase a metade dos Estados Unidos (45,8%). O uso de solventes foi de 6,1%, em contrapartida, a prevalência do uso na vida de solventes nos Estados Unidos foi de 9,5%. O uso na vida de maconha, nas 108 maiores cidades, foi de 8,8%, resultado este abaixo dos Estados Unidos (40,2%). A prevalência de uso na vida de cocaína nas 108 maiores cidades do país foi de 2,9%, sendo bem inferior a dos Estados Unidos (14,2%). O uso na vida de crack foi de 1,5%, cerca de duas vezes menor que no estudo norte-americano. (Carlini 2006)

Os dados do levantamento supra citado também indicam o consumo de álcool em faixas etárias cada vez mais precoces e sugerem a necessidade de revisão das medidas de

controle, prevenção e tratamento. Por fim, constatou-se que o uso na vida de tabaco em tais cidades foi de 44,0%, com ligeira predominância do sexo masculino, e a taxa de dependência era de 10,1%. (Carlini 2006)

Estudo de Byqvist (2006) aponta que existem diferenças significativas entre mulheres e homens que usam Substâncias Psicoativas. Menos mulheres usam drogas se comparadas aos homens, e um percentual maior de mulheres tem problemas com o hábito. Em média, as mulheres eram mais jovens que os homens. O abuso de estimulantes e de tranqüilizantes, bem como o uso injetável de heroína, ocorreu em maior porcentagem nas mulheres. Os homens têm significativamente mais longas histórias de abuso de drogas que as mulheres, e eles continuam usando em idade mais avançada, enquanto que mulheres mais velhas acabam deixando ou diminuindo o uso.

Faz-se necessária a existência de um enfoque abrangente, que leve em consideração a diversidade de usos e de comportamentos tanto em relação aos produtos como em relação ao contexto social em que eles ocorrem. A especificidade das dependências químicas procede do encontro do indivíduo com uma substância psicoativa em um determinado contexto sociocultural. O uso indevido de drogas constitui um fenômeno de grande complexidade, não podendo ser reduzida a componentes biológicos, nem compreendida apenas a partir de aspectos da conduta dependente ou da psicodinâmica envolvida, mas pensando que todos estes enfoques estão presentes concomitantemente e se influenciam mutuamente. (Silveira Filho 1996)

Da mesma forma que há diversas concepções do que se condicionou chamar de dependência de substâncias, há uma variedade de alternativas terapêuticas e se faz imprescindível conhecer bem cada caso clínico, incluindo avaliações de ordem da clínica geral, psiquiátrica, psicológica e social. Verificando o grau de dependência da droga, os

sintomas de abstinência e o suporte social e emocional existentes, faz-se a então indicação das formas mais adequadas de intervenção para cada indivíduo.

Algumas possibilidades terapêuticas são utilizadas – isoladamente ou associadas – em tratamentos para dependência no Brasil, conforme as características da personalidade e do momento de vida de cada um. Há abordagens baseadas na compreensão psicodinâmica das dependências e abordagens que entenderiam a dependência química passando por um aprendizado, tratando-a portanto com técnicas cognitivas, como a Prevenção da Recaída, e a Entrevista Motivacional, abordagens medicamentosas e abordagens de auto-ajuda / ajuda mútua (Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, Amor Exigente), que visam a manutenção de abstinência utilizando-se de recursos de fortalecimento da rede social e modelos identificatórios. Outra forma de abordagem terapêutica que vem ganhando relevância é a chamada redução de danos, que consiste na aplicação de medidas preventivas contra conseqüências nocivas do consumo das substâncias psicoativas. (Azevedo 2000)

Compreensão psicodinâmica da dependência de substâncias psicoativas

Um modo de compreensão teórica da dependência, é a psicodinâmica, chamada nessa concepção de drogadicção ou adicção, ou ainda, toxicomania. Apesar de encontrarmos um grande número de pacientes dependentes de drogas em análise psicoterápica, pouco temos observado na literatura psicanalítica sobre esse tema, tal como revela um estudo de Ramos (2004) que revisou as principais contribuições psicanalíticas no considerável período dos últimos cem anos acerca da dependência de drogas.

Nesta pesquisa foram utilizados conceitos das teoria psicanalítica para análise e discussão de resultados, assim sendo, buscamos definir melhor esta forma de compreensão da dependência de substâncias.

Acredita-se que os principais sentidos atribuídos por Freud às toxicomanias já estavam presentes em sua obra no chamado período pré psicanalítico (anterior a 1900). Freud aponta a masturbação como sendo a primeira “toxicomania”, a “pulsão sexual adictiva” na base das transformações das adicções em geral. A função psíquica da masturbação é o auto-erotismo, o que ocorre em uma fase de narcisismo primário. Portanto, seria um excesso do narcisismo auto-erótico a função psíquica comum na base das sexualidades adictivas. (Bento 2007; Freud 1914, 1905/1989) Podemos entender que o dependente de substâncias deseja manter um prazer auto-erótico primitivo, por não ter conseguido seguir adequadamente no desenvolvimento da sua sexualidade.

O funcionamento mental de um indivíduo, deriva de desenvolvimentos específicos da sexualidade e das chamadas relações objetais, sendo que na dependência química ocorreria uma vinculação exagerada ao objeto psicanalítico, com a finalidade de atingir um prazer muito peculiar, o qual, na realidade, corresponderia a certa busca do primitivo prazer vivenciado na função materna. Embora controversa, devemos cogitar a hipótese arrojada de o dependente de drogas sentir-se-ia psiquicamente órfão, não tendo sido assim objeto de desejo dos pais. Tal condição levaria à tentativa constante de suprir a falta através da droga. (Bento 1987)

Gianesi (2005), afirma diversamente, que não existe uma estrutura toxicômana, não sendo possível descrever uma figura singular do sujeito toxicômano. Segundo ela, cada sujeito dito toxicômano apresenta sua particular relação com o objeto droga dentro de sua estrutura (psicose, neurose, perversão). E na verdade, quando se referem ao uso de drogas na psicoterapia psicanalítica estão tentando lidar com sua já constituída relação com a castração, no caso dos neuróticos e perversos; ou buscam uma função de suplência para aquilo que não é simbolizado ou simbolizável, como ocorre com os psicóticos.

Por fim, verificamos que alguns psicanalistas vêem a dependência química também como um fenômeno característico de nossos dias, buscando entender o que seria o chamado “imperativo do ato”, determinada necessidade de “nunca parar” e impossibilidade de postergar o prazer. (Yazigi 2000)

A questão da adesão ao tratamento especializado

Independentemente do tipo de abordagem utilizada nos tratamentos para a dependência, percebe-se que existe, nas estruturas de saúde do Brasil, uma demanda reprimida que não chega aos serviços especializados, observando-se, além disso, uma baixa adesão dos dependentes, principalmente no tocante às drogas ilícitas. Compreensivelmente, esses indivíduos teriam maior dificuldade em lidar com problemas de ordem psíquica, necessitando de um acolhimento adequado a suas peculiaridades por parte dos profissionais e da sociedade. (Fontanella 1991)

Faz-se útil uma melhor compreensão do termo “adesão”, pois existem divergências conceituais no emprego do mesmo. Existe o termo *compliance*, que estaria mais centrado na ideologia biomédica, compreendendo o paciente como um cumpridor de recomendações. Tal conceito desconsidera fatores particulares do sujeito que podem influenciar seu tratamento. Já o termo *adherence* leva em conta a perspectiva do paciente, este possui uma autonomia e uma habilidade para aceitar ou não as recomendações médicas. Portanto, para se alcançar o objetivo de adesão ao tratamento, é necessário considerar não apenas a importância das indicações médicas, mas também as implicações simbólicas que o tratamento tem na vida do indivíduo. (Gonçalves et al. 1999)

Portanto, quando se busca compreender a adesão ao tratamento, certamente a forma como se dá a comunicação entre o profissional da saúde e o paciente é fundamental. Pessoas interrogadas sobre o que consideram importante no cuidado à saúde, afirmam que a

atenção e interesse por parte dos profissionais é tão importante quanto, ou até mais do que a qualidade técnica. (Taylor 1986)

A literatura médica tem mostrado a não adesão a cuidados de saúde como algo universal, ocorrendo tanto em países ricos como em países pobres, independentemente da classe social, etnia e grau de escolaridade, mesmo para doenças que envolvem potenciais riscos de vida. (Brito, Szwarcwald & Castilho 2006)

Um estudo brasileiro apontou alguns fatores causais da não adesão ao tratamento do dependente, como o fato da pessoa buscar no processo terapêutico uma “fórmula mágica” para deixar o uso da substância; também por haver recaídas muito freqüentes ou a manutenção do consumo durante o tratamento; bem como as próprias características de algumas drogas de causar forte compulsão e sintomas de abstinência. (Azevedo 2000)

Washton (1989) em seu trabalho sobre dependência de coaína, aponta sugestões para melhorar a eficácia do tratamento, como estruturação definida do tratamento, fazer o processo terapêutico em etapas, abstinência total de qualquer substância psicoativa, envolvimento da família, terapias de grupo, e o trabalho com aspectos psicoeducacionais.

Outro fator que influencia na adesão de dependentes químicos ao tratamento, é o fato de sua motivação para o mesmo ser bastante mutável. Portanto não bastaria haver uma procura espontânea pelo tratamento, fazendo-se necessária uma constante motivação. (Fontanella 2000).

Por outro lado, várias pesquisas apontam que usuários de drogas encontram muitos problemas para ter acesso ao tratamento. Uma pesquisa qualitativa feita na Inglaterra com usuários de drogas injetáveis, pôde conhecer as barreiras ao acesso ao tratamento e, a partir daí, sugerir formas de superá-las. As sugestões incluídas nesse trabalho foram: aumentar a oferta de serviço, melhorar o funcionamento dos serviços, diminuir fatores que

impossibilitam o acesso ao serviço (fatores sociais e de ordem pessoal). (Neale, Sheard & Tompkins 2007)

Dependência de substância em mulheres

Na população feminina, a questão da não adesão é ainda mais relevante, existe um número muito inferior de mulheres que procuram tratamento especializado, se comparado ao de homens. E tradicionalmente, a maioria dos serviços de atenção a dependentes químicos, oferecem formas similares de tratamento proposto a homens e mulheres, incluindo grupos de composição mista. (Osório, Salazar & Cusker 2001)

Há dados descritos que sugerem haver a necessidade de que os serviços estejam preparados para focar uma grande variedade de assuntos relacionados à adicção das mulheres, como a vitimização, a maternidade, o funcionamento psíquico e a criminalidade. (Knight et al. 1999). Estudos têm demonstrado ainda que as mulheres apresentam pior resposta aos tratamentos tradicionais, tendendo a manter o uso da substância. Mas essa resposta conhece melhoras à medida que o tratamento médico-psicológico inclui estratégias de lidar com questões próprias do universo psicocultural feminino, não se reduzindo apenas ao problema do uso da droga. (Warner, Alegria & Canino 2004)

A dependência de mulheres segue caminho diferente dos homens. Comparadas com os homens elas experimentam maiores estigmas sociais por causa de seus papéis como mães, sofrem maiores níveis de vergonha e culpabilização. (Passey et al. 2007)

Um estudo feito com mulheres grávidas usuárias de drogas no Reino Unido demonstrou sucesso em tratamento especializado, ressaltando que o serviço incluía atendimentos multidisciplinares específicos para mulheres, centralizado num único local, e sendo destacada a importância do despojamento em emitir julgamentos e da relação de confiança com os profissionais. (Hall & van Teijlingen 2006)

Outro trabalho realizado nos EUA, com mulheres de ascendência africana, reafirmou a hipótese de que intervenções focadas nos interesses e necessidades das mulheres levam a uma adesão maior. Esse trabalho concluiu, entre outros itens, que uma intervenção básica é melhor do que nenhuma e que uma intervenção focalizada na mulher e em suas necessidades, aumenta a probabilidade da eficácia do tratamento e diminui a não-adesão. (Wechsberg et al. 2004)

No Brasil, uma pesquisa com mulheres farmacodependentes comprovou que serviços de atendimento específicos para mulheres, os quais incluíam assistência social, assistência legal, atendimento familiar, profissionais que trabalhavam questões ligadas à auto-estima e ao corpo, bem como grupos de psicoterapia, eram mais eficazes. Verificou-se que após seis meses, 66,3% das mulheres em um programa específico permaneciam em tratamento, contra 43,9% de mulheres em programa misto. (Hochgraf 2001)

Outro fator importante apontado em um estudo norte americano, é que mulheres são mais propensas a falar de problemas psicossociais relevantes em um grupo só de mulheres. O conteúdo específico do grupo focado nas mulheres, combinado com um maior conforto em discutir questões íntimas relevantes para prevenção de recaída num setting de sexo único, podem ter contribuído para melhorias sustentáveis e continuadas verificadas nesse trabalho. Além da discussão mais aberta e confortável, observou-se que havia uma maior compreensão e aceitação no grupo apenas de mulheres, e o grupo ainda ajudava a perceber os “gatilhos para o uso” que são específicos de mulheres. (Greenfield et al. 2007)

Relevância desta pesquisa

Destacamos que antes de se iniciar o estudo propriamente dito, houve um tempo de ambientação e aculturação da pesquisadora, o que foi fundamental para detectarmos quais questões surgiam no dia à dia do ambulatório de substâncias psicoativas, e escolhermos

pesquisar a adesão de mulheres ao tratamento. Ambientação é aqui entendida como a adaptação à rotina da instituição e conhecimento do cotidiano das pessoas que ali trabalham e das que são atendidas, enquanto aculturação, conceito mais abrangente, pressupõe o contato e a incorporação das mentalidades, costumes e valores da população de certo campo de investigação. (Fontanella, Campos & Turato 2006)

Com essa experiência observamos que há um número muito menor de mulheres, se comparado ao de homens, que buscam atendimento junto ao nosso ambulatório, e poucas permanecem em tratamento. Diante disto, surgiu a necessidade de se compreender melhor a adesão de mulheres ao tratamento especializado, resultando no trabalho de pesquisa que aqui descrevemos.

OBJETIVO

Conhecer os significados simbólicos da adesão ou não adesão em serviço ambulatorial especializado de um hospital universitário, para uma grupo de mulheres dependentes de substâncias psicoativas.

MÉTODO

O método Clínico-Qualitativo na pesquisa em dependência

A antropologia cultural e a psicanálise têm feito uso dos chamados métodos qualitativos desde o início do século 20 e, posteriormente, as disciplinas de educação, sociologia, medicina e psicologia também passaram a se valer desses métodos. Essas disciplinas podem ser consideradas como pertencentes, ao menos parcialmente, às ciências do homem, as quais visam compreender e interpretar as relações de significados presentes nos fenômenos individuais e sociais. (Fontanella 2000)

Portanto, as ciências humanas oferecem uma riqueza de possibilidades ao pesquisador, o que mostra como tal campo se cruza com o campo da saúde, demandando a

presença de profissionais de ambas as áreas na troca de conhecimentos. “Sem dúvida, as duas questões centrais para o campo da saúde – o estudo do processo saúde-doença e a organização das práticas de saúde – não poderão ser compreendidas em toda sua extensão e complexidade sem as ciências humanas; assim como, para a formação dos profissionais da saúde, torna-se fundamental a presença dos estudos humanísticos em seus planos de estudo”. (Nunes 2003)

A literatura mostra que a pesquisa qualitativa propõe o resgate da subjetividade, da singularidade das marcas que os diferentes eventos imprimem nos indivíduos, ela apresenta, não uma reprodução, mas uma construção do sentido dado pelo sujeito e pelo pesquisador envolvidos. É ainda apontado o caráter interpretativo da pesquisa qualitativa que a diferencia daquela quantitativa, apresentando objetivos, enfoques e metodologias específicas. (Bosi & Mercado 2004)

Ao buscar um refinamento da compreensão de significados pessoais atribuídos aos diversos fenômenos observados especificamente no setting da saúde, e considerando a experiência clínica do pesquisador, o método a ser utilizado é o chamado clínico-qualitativo. O qual nasce com a necessidade de uma estruturação metodológica específica dos cuidados com a saúde, devido as suas peculiaridades, nomeadamente ao sofrimento humano relacionado ao binômio saúde-doença. (Turato 2003)

A pesquisa qualitativa tem significativamente contribuído para nosso entendimento dos comportamentos relacionados ao uso de drogas. Muitos pesquisadores qualitativos compartilham a premissa de que as realidades experimentadas pelas pessoas são múltiplas e subjetivas, ou seja, todos os comportamentos estão embutidos num contexto social particular. E, dessa forma, o método qualitativo funciona melhor como ferramenta para

compreender a profundidade, riqueza e complexidade dos fenômenos humanos, sociais e culturais envolvidos no uso de substâncias psicoativas. (Nichter et al. 2004)

Locus e Procedimento

O trabalho aqui considerado se deu a partir da inserção da pesquisadora em serviço assistencial de hospital público de referência. O Ambulatório de Substâncias Psicoativas está inserido nos ambulatórios psiquiátricos do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas e atende principalmente à população do Município de Campinas e Região no estado de São Paulo - Brasil. Os atendimentos são semanais, para os habitantes locais, enquanto pessoas de outros estados ou de municípios distantes são atendidas para devida avaliação e encaminhamento. O atendimento é integralmente gratuito e a entrada no serviço é ágil.

A população ambulatorial é composta principalmente por adultos que fazem uso abusivo ou são dependentes de álcool, tabaco e/ou drogas ilícitas, os quais participam de grupos terapêuticos e também são atendidos individualmente por médicos residentes de psiquiatria, para devida avaliação clínica e possível farmacoterapia.

Utilizou-se uma amostragem proposital, que implica em uma escolha deliberada de sujeitos, segundo os pressupostos do trabalho. No presente trabalho os critérios de inclusão dos sujeitos foram os seguintes: Ser mulher dependente de substâncias psicoativas, atendendo aos critérios da CID-10, diagnosticado pelo serviço médico do ambulatório de substâncias psicoativas da Unicamp; ter sido inserido em tratamento no ambulatório; não apresentar condições emocionais, intelectuais e clínicas que prejudiquem a entrevista de natureza psicológica; apresentar consentimento explícito de participação na pesquisa, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; ter mais que 18 anos de idade.

Foram consideradas tanto aquelas que participam de alguma forma de atendimento como aquelas que abandonaram o serviço. Neste último caso, foi feito contato telefônico solicitando o comparecimento ao ambulatório.

A composição da amostra abrangeu mulheres de qualquer estado civil, nível socioeconômico ou religião. Esses aspectos estavam, entretanto, expressos nos formulários da entrevista, para apreciação de sua possível influência sobre os resultados obtidos.

A técnica utilizada para compor o grupo de sujeitos para estudo foi o da saturação de dados, isto é, o pesquisador fecha o grupo quando, após certo número de entrevistas, novos sujeitos passam a fornecer informações semelhantes às já colhidas. O pesquisador, compreendendo que novas falas passam a oferecer acréscimos pouco significativos, e, tendo em vista os objetivos iniciais da pesquisa, decide encerrar a amostra. Trata-se, portanto, de considerar os sujeitos em número suficiente até permitir certa reincidência das informações. (Glaser, Strauss, 1999; Fontanella, Ricas & Turato, 2008)

A pesquisadora teve acesso a uma lista de mulheres que foram atendidas no referido ambulatório entre 2001 e 2007 (ano da realização da pesquisa), buscou inicialmente aquelas que já haviam abandonado o tratamento, selecionando as que moravam em Campinas e tinham deixado telefone de contato. Depois passou a entrevistar aquelas que estavam em tratamento, contactando-as no próprio ambulatório em dia de atendimento e agendando um dia e horário para a entrevista.

A amostra foi encerrada com 10 sujeitos, sendo que as transcrições das entrevistas formaram o corpus para o estudo e foram submetidos a análise qualitativa conteúdo. Leituras flutuantes das respostas dos entrevistados foram feitas, para que os pesquisadores se familiarizassem com o material.

Para a realização do presente estudo, adotamos a técnica da Entrevista Semidirigida de Questões Abertas, que permite a observação e a escuta em profundidade dos sujeitos da pesquisa. A teoria da entrevista foi influenciada por conhecimentos provenientes da psicanálise tanto na elaboração das questões quanto na escuta e interpretação das falas dos sujeitos.

Para a coleta de dados, tivemos um roteiro/diário de campo assim dividido: a primeira parte dedicada à identificação biodemográfica do sujeito (dados de identificação pessoal da entrevistada); a segunda buscou conhecer como é, e quais os significados do atendimento e acolhimento no serviço ambulatorial especializado, e se o significado que a droga tem na vida dessas mulheres interfere em sua adesão ao tratamento; na terceira parte, anotamos dados de observação frente ao informante e auto-observação do entrevistador. Para iniciarmos a entrevista propriamente dita, foi proposta a seguinte “questão disparadora”: *Conte-me como decidiu procurar tratamento para dependência de drogas.*

As entrevistas foram feitas pessoalmente pela autora do projeto, sendo utilizado um gravador de voz para que houvesse maior garantia dos registros globais dos dados e certa liberdade do entrevistador para formulação de novas perguntas que julgasse pertinentes para a realização dos objetivos propostos.

Os dados colhidos foram tratados através da chamada Análise Qualitativa de Conteúdo, destacando-se a etapa denominada processo de categorização, após leitura e releituras flutuantes do conjunto de todas as entrevistas transcritas na íntegra. Este processo consistiu na classificação dos dados levantados (representados por trechos de falas), através da simultânea diferenciação e reagrupamento dos dados conforme o gênero. Os gêneros foram definidos por critérios estabelecidos previamente ou durante o processo de diferenciação. Os temas delimitados no presente estudo foram discutidos e interpretados de

acordo com conceitos da psicodinâmica, que são habitualmente praticados no âmbito da disciplina da psicologia médica. (Dias & Turato 2006)

RESULTADOS

Foram entrevistadas mulheres com idades entre 43 e 57 anos, destas, 3 dependentes de álcool (uma delas havia abandonado o tratamento), 3 de tabaco, 1 de álcool e tabaco (abandonou o tratamento), 1 de cocaína (abandonou o tratamento), 1 de crack (abandonou o tratamento) e 1 de múltiplas substâncias psicoativas. Como resultado desta pesquisa foram selecionadas as categorias: Motivação para o tratamento; Desmotivação para o tratamento e dificuldade de adesão; O significado simbólico da droga.

A) Motivação para o tratamento

Verificamos que é preciso haver uma forte motivação que leve a mulher a buscar tratamento, como a preocupação com filhos, família ou saúde bastante prejudicada. Porém, é importante haver uma motivação constante, que a mantenha em tratamento, como a vivência de boas experiências nos atendimentos oferecidos.

JUCIARA: ... eu fiquei muito doente e me falaram que eu tinha que vir aqui. Aí que eu comecei vir, mas demorou pra tentar largar do cigarro.

IRACEMA: ...eu decidi parar (de usar drogas e procurar tratamento) por causa das meninas porque se eu continuasse com as drogas eu nunca ia ter chance de judicialmente recuperar as meninas...

...também se eu não quero que ela(filha) faça uso de drogas eu também não posso fazer né.

... (Falando em relação aos profissionais do ambulatório)eu confio em vocês... significa um voto de confiança e esperança de sair dessa.

POTIRA: *...me manter sóbria por ele (filho), por uma boa convivência com ele, uma boa convivência com o meu marido e com a sociedade também.*

JACI: *... (Falando sobre o grupo) você é bem vinda, a gente está aqui pra apoiar, ninguém vai criticar, ninguém vai julgar, então eu acho ótimo né. O grupo levanta assim a moral das pessoas.*

ANAÍ: *...aqui vocês dão atenção pra gente. Quando eu vinha aqui eu saía mais leve, chegava em casa tinha vontade de fazer uma limpeza, até cantava, vinha pra cá já cantando.*

B) Desmotivação para o tratamento e dificuldade de adesão

Observou-se que alguns fatores influenciam negativamente a adesão de mulheres ao tratamento para dependência de substâncias psicoativas, como a mudança de profissional que atende, e os grupos mistos ou menos acolhedores.

MOARA: *(Porquê interrompeu o tratamento) ...você tava acostumando com aquela médica lá, ce chegava lá (no ambulatório) já era outra pessoa. Daí isso também acaba enchendo o saco da gente. De ficar mudando, eu acho que acaba atrapalhando um pouco.*

IRACEMA: *...é muita gente e são mais do sexo masculino, assim não me sinto muito à vontade de me expor ali...*

C) O significado simbólico da droga

Percebemos nas falas seguintes o quanto a droga usada é sentida como fonte de prazer e alívio do desprazer, também vemos a ambivalência da paciente frente ao desejo de deixar o uso, isso em função da forte vinculação com a substância.

JACI: *...eu acho que me dava (o cigarro) segurança. Porque nas melhores e nas piores horas ele estava ali, o danadinho do meu lado, e aí eu podia chorar, contar meus segredos,*

sofrer, ele nunca ia contar nada pra ninguém, era meu amigo fiel mesmo, e de repente ele vai embora, então acho normal que eu sinta falta, que eu sinta saudade.

IRACEMA: ...eu não sou muito social, sou totalmente anti-social e eu precisei beber para me sentir participativa...e aí acabei bebendo demais...

... A maconha me traz um alívio muito grande.

...eu sinto que eu preciso completar uma parte de mim que está me faltando, como se eu tivesse precisando de uma muleta pra me sustentar...

JANAINA: Se alguma coisa, ou alguém me magoasse eu tomava porque eu fiquei com raiva daquela pessoa. Se eu quisesse falar alguma coisa com alguém ... eu tomava pra não brigar. Pra falar aquilo.

POTIRA: ...uma parte da cabeça diz: “Não! Bebe!”, a outra diz: “Não, você sabe que você não pode beber”, a outra fala: “Não, você pode, é um pouquinho só”, a outra fala: “Se você beber um pouquinho não vai parar”.

... Mas quando dá vontade de beber eu deixo tudo pra trás.

DISCUSSÃO

Este trabalho surgiu extamente da constatação, após período anterior de ambientação e aculturação junto ao ambulatório, do baixo número de mulheres em atendimento especializado em dependências de substâncias psicoativas. Porém, em nossos achados verificamos uma diferença importante entre o grupo de mulheres tabagistas, com excelente adesão ao tratamento, e o grupo dependente de outras substâncias. Se considerarmos o fato descrito em literatura de que o medo da discriminação, de ser reprovada pela família ou sociedade, muitas vezes impede que a mulher dependente de substâncias procure tratamento, podemos pensar que também seria mais difícil para alcoolistas e dependentes de substâncias ilícitas admitirem seu problema publicamente. Já o

cigarro, talvez seja uma droga menos estigmatizada, o que facilitaria seu pedido de ajuda para deixar o uso. Soma-se a isso o fato de ser este um grupo, desde seu início, de maioria feminina, o que, muito provavelmente, o torna mais atraente, com discussões mais interessantes a esse público.

Nóbrega (2005) apontou que as mulheres necessitam de um acolhimento diferenciado, atentando para um despojamento de preconceitos culturalmente estabelecidos e também ao trabalho específico das questões de auto-estima feminina. Fato semelhante verificamos em nossa pesquisa, quando vimos que a forma como essas mulheres se sentem acolhidas ou não no serviço, influencia diretamente a adesão delas ao tratamento. As pacientes relataram que, por sentirem bem-estar com os atendimentos, procuram comparecer, e aquelas que, em algum momento, sentiram-se mal atendidas, deixaram de participar ao menos por certo tempo. Também vimos nos relatos que as mulheres sentiam necessidade de ter um espaço onde dividir suas experiências e angústias, algumas solicitavam um espaço maior por considerar o tempo dos grupos insuficiente.

Fazendo uma reflexão psicanalítica, a dependente de drogas teria necessidade de viver relações objetais positivas, sentindo-se amadas, para suprir uma “falta” deixada por não ter sido objeto de desejo de seus pais. Por outro lado, têm dificuldade em tolerar frustrações, como a mudança de médico que a atende, não pode lidar bem com a “falta” por não ter passado bem pela fase de castração na infância e não aceitar as castrações impostas pela realidade.

Inicialmente, verificamos em nossos resultados a importância da família, particularmente os filhos que servem de motivação a essas mães para procurarem ajuda especializada. O que também é observado em outras pesquisas já realizadas. Por outro lado, um estudo qualitativo com mulheres afro-americanas refere que o medo de perder a

custódia sobre seus filhos, está relacionado à dificuldade de adesão aos serviços (MacMaster 2005). Isso por causa do temor de ao buscar tratamento estar admitindo ter problemas sérios com as drogas.

Ao mesmo tempo, como nos mostra nossa pesquisa, e o trabalho realizado por Cohen et al. (2007) a corrobora: muitas mulheres entram no tratamento para uso de substâncias, a partir de motivações externas, exatamente como medo de perder os filhos, por imposição judicial, ou mesmo preocupação com o olhar crítico do outro.

É exatamente quando o indivíduo sai de si e se volta para o outro, preocupa-se com o outro, que pensa em deixar o uso de substâncias. Ele abandona a forma narcísica, auto erótica de obtenção de prazer porque, por algum motivo, o outro passa a ser valorizado como fonte de obtenção de satisfação. Novamente a realidade se impõe, a pessoa desejava viver em um mundo ilusório, permanecer em uma forma mais primitiva de funcionamento mental, mas o princípio de realidade acaba imperando e mobilizando a tentativa de mudança.

Várias entrevistadas nesta pesquisa apontam como motivos para busca de tratamento e esforço em materem-se aderidas, o fato de apresentarem muitos problemas de saúde, quadros depressivos, bem como grandes perdas psicossociais, como separação do marido, afastamento da família, perda de emprego. Nossos achados são corroborados por uma pesquisa que demonstrou que a entrada no tratamento pelas mulheres se deve principalmente ao início precoce de complicações de saúde e psicossociais nessas mulheres; ou ainda por buscarem ajuda em função da severidade de seus problemas psiquiátricos, os quais seriam mais frequentes e graves que nos homens. (Hernandez-Avila, Rounsaville & Kranzler 2004)

De algum modo, parece que a realidade se impõe mais rapidamente às mulheres, quer seja em função da maior fragilidade de seu organismo frente aos efeitos da droga, quer seja devido a sua forte desagregação psíquica com o uso freqüente. Isso leva-nos a refletir que, a negação da dita “falta” psicanalítica, ou da castração, por meio do uso de substâncias funciona mal nas mulheres. Elas rapidamente deprimem ou se desestruturam psiquicamente, o que geralmente as leva a ter que buscar outras formas de lidar com suas angústias.

Buscamos observar em nosso estudo, o significado simbólico que a droga em si pode ter para cada mulher. Vimos que muitas vezes, a droga usada é a única fonte conhecida de obtenção de prazer ou alívio do desprazer, e, em geral, essas mulheres tinham dificuldade em enxergar outra forma de lidar com seus sofrimentos. Devemos nos lembrar que a literatura psicodinâmica descreve o dependente de substâncias como alguém que busca constantemente o prazer e não sabe lidar adequadamente com a dor.

Tal significado simbólico, pode gerar ambivalência frente ao desejo de interromper o uso, ou ao desejo de prosseguir com o tratamento, haja vista que o sujeito considera difícil ver sua vida sem o uso da substância. Esse vínculo estreito com a droga e falta de outros interesses, vai além da dependência física, havendo até uma relação afetiva com a droga de escolha. Isso acaba enfraquecendo a própria vontade da pessoa deixar o uso, sendo natural que venha para o tratamento ainda bastante ambivalente, ou seja, ao mesmo tempo quer interromper o uso, mas ainda tem muita vontade de usar a substância da qual é dependente.

Ao conhecermos esses significados simbólicos compreendemos que o uso de drogas envolve fenômenos internos ao desenvolvimento psicológico, relacionado a motivações conscientes e inconscientes, e fatores sociais, ambientais e educacionais; dependência física

e psicológica bem como o relacionamento com a sedução da publicidade. E como descreve Dias & Turato (2006), em geral, o início do consumo de substância deu-se em um momento de descoberta durante a infância e adolescência, infundindo uma certa inocência ao fato. Esta referência parece minimizar os impactos negativos do sentido atribuído à substância, como um vício ou dependência química. Torna-se difícil para os pacientes questionar sua dependência, quando eles também a consideram como algo que lhes dá prazer, sempre é dado um desconto ao seu objeto de amor.

Por outro lado, observamos em nossos achados que o uso de álcool e de drogas ilícitas por essas mulheres, muitas vezes está ligada a uma busca de livrar-se de sentimentos ruins, como sentimentos depressivos, vitimização, pressões familiares ou sentimentos de profunda solidão. As mulheres entrevistadas relataram claramente fazerem uso de substâncias para se sentirem aliviadas ou esquecerem-se de tais problemas problemas. Isso vem a confirmar achados semelhantes de um estudo anterior que demonstrou que mulheres usuárias de drogas viviam em situação de isolamento social, verificou-se ainda que tal sentimento dever-se-ia a traumas sexuais do passado e conseqüente dificuldade em estabelecer relacionamentos interpessoais. (Young et al. 2001)

Nas entrevistas que realizamos, tivemos certa dificuldade em colher os dados de identificação das mulheres, isto porque elas, além de demonstrarem grande necessidade de contar suas histórias, dividi-las com a entrevistadora, geralmente passavam um longo tempo descrevendo uma história de vida repleta de perdas, violência física e sexual, bem como de abandono. Com esses dados, fomos à literatura e constatamos que esta tem demonstrado que a vitimização na infância aumenta o risco de posterior abuso de drogas e comércio sexual, e ainda complica o processo de tratamento. (Vaddiparti et al. 2006)

Considerando tais históricos de abandono e vitimização, poderíamos supor que algumas destas mulheres experimentaram uma “falta” (no sentido psicanalítico) excessiva, sem nunca terem sido objeto de amor de seus pais. Essa busca de suprir constantemente a falta através da droga, decorreria da necessidade de criar recursos para supri-la sozinho, sem precisar do outro que pode abandonar ou causar sofrimento.

Em outra linha, nas entrevistas da presente pesquisa, constatamos a importância de se oferecer uma atenção mais integral e centralizada, apesar de não ter sido destacado nos resultados aqui apresentados. Algumas mulheres sugeriram que pudessem receber toda atenção básica necessária em um só lugar, incluindo atendimentos de outras especialidades médicas. Devido a essas queixas de terem que frequentar outros serviços de saúde da rede básica, consideramos que centralizar esses atendimentos à mulher poderia favorecer a adesão dessa população aos tratamentos em geral, e ao tratamento especializado em dependência de substâncias.

Também apareceu em falas de uma das entrevistadas o incômodo com grupo misto e menos focado em seus interesses. Foi descrito que um grupo homogêneo, com constância dos participantes, faz com que se sintam mais à vontade para exporem seus pensamentos e dificuldades, pareceu-nos que tal grupo é sentido como mais acolhedor. Vimos que se sentir aceita sem temer críticas, é muito importante para a mulher dependente de substâncias, o olhar do outro a faz ver-se, e, para que consiga prosseguir no tratamento, abrindo mão de sua grande fonte de prazer, precisa reconhecer-se positivamente.

Talvez, a oferta de grupo unicamente de mulheres favorecesse ainda mais essa identificação com o grupo, mas como não há neste ambulatório estudado, é difícil buscar uma reflexão mais profunda sobre qual o significado simbólico ele teria para as pacientes.

Conclusão

Com este trabalho, pudemos compreender que os motivos que levam uma mulher dependente de substâncias a procurar ajuda são múltiplos, mas percebemos que isso ocorre quando a droga usada passa a ser percebida como algo que oferece grande desprazer ou traz perdas significativas. Isso não é diferente da população masculina, mas as mulheres demonstram uma preocupação maior com o que as pessoas pensam sobre elas e com as perdas sociais, tais como estigmatização e desvalorização por parte daqueles que a cercam.

Por fim, esta pesquisa clínico-qualitativa foi importante para reconhecermos que múltiplos fatores influenciam na adesão de mulheres ao tratamento para dependência química. Desde fatores relativos à estrutura do serviço oferecido, até fatores individuais que podem favorecer ou não a motivação para o tratamento.

Referências:

1. American Psychiatric Association (APA). 1994. *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Washington: APA.
2. Azevedo, R.C.S. 2000. Usuário de cocaína e AIDS: um estudo sobre comportamentos de risco. Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas.
3. Bento, V.E.S. 2007. Para uma semiologia psicanalítica das toxicomanias: adições e paixões tóxicas no Freud pré-psicanalítico. *Rev. Mal-Estar e Subjetividade* 7 (1): 89-121.
4. Bento, V. 1987. A psicopatologia da drogadicção: uma abordagem psicanalítica. *Arq. Bras. Psicologia* 39 (1): 41-50.
5. Bosi, M.L.M. & Mercado, F.J. 2004. *Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes.

6. Byqvist, S. 2006. Drug-abusing women in Sueden: marginalization, social exclusion and gender differences. *J Psychoactive Drugs* 38 (4): 427-40.
7. Carlini, E.A. (Sup.) 2006. *II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005*. São Paulo: Páginas & Letras.
8. Castilho, E.A.; Szwarcwald, C.L. & Brito, A.M. 2006. Fatores associados à interrupção de tratamento anti-retroviral em adultos com AIDS: Rio Grande do Norte, Brasil, 1999 – 2002. *Rev. Associação Médica Brasileira* 52 (2): 86-92.
9. Cohenm, J.B.; Greenberg, R.; Uri, J.; Halpin, M. & Zweben, J.E. 2007. Women with methamphetamine dependence: research on etiology and treatment. *J. Psychoactive Drugs* 4 (Suppl): 347-51.
10. Dias, O.M.; Turato, E.R. 2006. Cigarette smokers views on their habit and the causes of their illness following lung cancer diagnosis: a clinical-qualitative study. *São Paulo Medical Journal* 124 (3): 125-29.
11. Fiore, M. 2007. *Uso de “Drogas”: Controvérsias Médicas e Debate Público*. Campinas, São Paulo: Mercado das Letras.
12. Fontanella, B.J.B. 1991. Tratamento das toxicomanias: impasses na medicina, tentativas de respostas – dados sobre Campinas. Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas.
13. Fontanella, B. 2000. Procura de tratamento por dependentes de substâncias psicoativas: um estudo clínico-qualitativo. Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas.
14. Fontanella, B.J.B.; Campos, C.J.G.; Turato, E.R. 2006. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem* 14 (5): 812-20.

15. Fontanella, B.J.B.; Ricas, J.; Turato, E.R. 2008. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública = Rep. Public Health* 24 (1): 17-27.
16. Freud, S. 1989. Sobre o narcisismo: uma introdução. In S. Freud *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* Vol. XIV, traduzido por J. Salomão, 85-119. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914)
17. Freud, S. 1989. Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In S. Freud *Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* Vol. VII, traduzido por J. Salomão, 118-228. Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905)
18. Gianesi, A.P.L. 2005. A toxicomania e o sujeito da psicanálise. *Psyche* 9 (15): 125-38.
19. Glaser B.G., Strauss A.L. 1999. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. New Brunswick: Aldine Transaction.
20. Gonçalves, H.; Costa, J.S.D.; Menezes, A.M.B.; Knauth, D. & Leal, O. F. 1999. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. *Cad. Saúde Pública = Rep. Public Health* 15 (4): 777-87.
21. Greenfield, S.F.; Trucco, E.M.; Mchugh, R.K.; Lincoln, M. & Gallop, R.J. 2007. The women's recovery group study: a stage I trial of women-focused group therapy for substance use disorders versus mixed-gender group drug counseling. *Drug and Alcohol Dependence* 90 (1): 39-47. www.sciencedirect.com
22. Hall, J.L. & van Teijlingen, E.R. A qualitative study of an integrated maternity, drugs and social care service for drug-using women. *BMC Pregnancy and Childbirth* 6:19.
23. Hernandez-Avila, C.A.; Rounsaville, B.J. & Kranzler, H.R. 2004. Opioid-, cannabis-, and alcohol-dependent women show more rapid progression to substance abuse treatment. *Drug and Alcohol Dependence* 74 (1): 265-72. www.sciencedirect.com

24. Hochgraf, P.B. 2001. Mulheres farmacodependentes. *Jornal Brasileiro de Dependências Químicas* 2 (supl 1): 34-37.
25. Knight, D.K.; Hood, P.E.; Logan, S.M. & Chatham, L.R. 1999. Residential treatment for women with dependent children: one agency's approach. *J. Psychoactive Drugs* 31 (4): 339-51.
26. MacMaster, S.A. 2005. Experiences with and perceptions of, barriers to substance abuse and HIV risk services among African American women who use crack cocaine. *J. Ethn. Subst. Abuse* 4 (1): 53-75.
27. Neale, J.; Sheard, L. & Tompkins, C.N.E. 2007. Factors that help injecting drug users to access and benefit from services: a qualitative study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2:31. <http://www.substanceabusepolicy.com/content/2/1/31>
28. Nichter, M.; Quintero, G.; Nichter, M.; Mock, J. & Shakib, S. 2004. Qualitative research: contributions to the study of drug use, drug abuse, and drug use(r)-related interventions. *Subs. Use Misuse* 39 (10-12): 1907-69.
29. Nobrega, M.P. & Oliveira E.M. 2005. Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. *Rev. Saúde Pública* 5 (39): 816-823.
30. Nunes, E.D. 2003. As ciências humanas e a saúde: algumas considerações. *Rev. Brasileira de Educação Médica* 27 (1): 65-71.
31. Organização Mundial de Saúde (OMS). 1993. *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre, Rio Grande do Sul: Artes Médicas.
32. Osorio, A.R.; Salazar, C.; Mc Cusker, M. 2001. Evaluación de un servicio para mujeres que abusan de sustancias psicotrópicas. *Rev. Chilena de Neuro-Psiquiatria* 39 (3): 203-10.

33. Passey, M.; Sheldrake, M.; Leitch, K. & Gilmore, V. 2007. Impact of case management on rural women's quality of life and substance use. *Rural and Remote Health* 7: 710. <http://www.rrh.org.au>
34. Ramos, S.P. 2004. A psicanálise e os dependentes de substâncias psicoativas: onde está o pai? *Rev. Brasileira de Psicanálise* 38 (3): 649-77.
35. Silveira Filho, D.X. & Gorgulho, M. (org.) 1996. *Dependência: Compreensão e Assistência às Toxicomanias: Uma Experiência do PROAD*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
36. Taylor, S.D. 1986. Women offenders and reentry issues. *J. Psychoactive Drugs* 28 (1): 85-93.
37. Turato, E.R. 2003. *Tratado de Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes.
38. United Nations Office on Drugs and Crimes (UNODC). *World Drug Report 2008*. UNODC. http://www.unodc.org/brazil/pt/pressrelease_20080626.html
39. Vaddiparti, K.; Bogetto, J.; Callhan, C.; Abdallah, A.B.; Spitznagel, E.L. & Cottler, L.B. 2006. The effects of childhood trauma on sex trading in substance using women. *Arch. Sex. Behav.* 35: 451-59.
40. Warner, L.A.; Alegria, M. & Canino, G. 2004. Remission from drug dependence symptoms and drug use cessation among women drug users. *Arch. Gen. Psychiatry* 61: 1034-41.
41. Washton, A.M. 1989. *Cocaine addiction: treatment, recovery, and relapse prevention*. New York: W.W. Norton & Company.

42. Wechsberg, W.M.; Lam, W.K.K.; Zule, W.A. & Bobashev, G. 2004. Efficacy of woman-focused intervention to reduce HIV risk and increase self-sufficiency among African American crack abusers. *American Journal of Public Health* 94 (7): 1165-73.
43. Yazigi, L.; Miberbo, M. & Attux, C. Patologias do milênio: o ato puro e a psicose da ação. *Mudanças* 8 (14): 13-33.
44. Young, A.M.; Boyd, C.; Faan, R.N. & Hubbell, A. 2001. Social isolation and sexual abuse among women who smoke crack. *Journal of Psychosocial Nursing* 37 (7): 12-20.