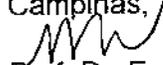


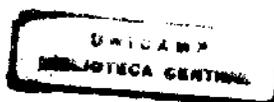
BRUNO JOSÉ BARCELLOS FONTANELLA

**Procura de tratamento
por dependentes de substâncias psicoativas:
*um estudo clínico-qualitativo***

Este exemplar corresponde à versão final da Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Ciências Médicas da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, para obtenção do título de Doutor em Ciências Médicas, Área Saúde Mental.
Campinas, 17 de novembro de 2000.


Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato
Orientador

CAMPINAS, 2000



BRUNO JOSÉ BARCELLOS FONTANELLA

Procura de tratamento
por dependentes de substâncias psicoativas:
um estudo clínico-qualitativo

***Tese de Doutorado apresentada
ao Curso de Pós-graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas
para obtenção do título de
Doutor em Ciências Médicas,
na área de Saúde Mental***

Orientador:
Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato
*Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da
Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas*

- UNICAMP -
CAMPINAS, 2000

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

F736p

Fontanella, Bruno José Barcellos

Procura de tratamento por dependentes de substâncias psicoativas:
um estudo clínico-qualitativo / Bruno José Barcellos Fontanella.
Campinas, SP : [s.n.], 2000.

Orientador : Egberto Ribeiro Turato

Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade
de Ciências Médicas.

1. *Pesquisa - qualitativa. 2. *Alcoolismo- aspectos psicológicos.
3. *Cuidados médicos – utilização. 4. Drogas – abuso. I. Egberto
Ribeiro Turato. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da tese de doutorado:

Orientador: Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato

Membros:

Assinatura:

1. Prof. Dr. Erikson S. Furtado -

2. Profa. Dra. Ana Carolina Marques -

3. Prof. Dr. Henry José Botelho -

4. Prof. Dr. Rosivaldo M.S. Casaroli -

5. Prof. Dr. Egberto Ribeiro Turato -

Curso de Pós-graduação em Ciências Médicas – área de Saúde Mental, da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

Data: 17 / 11 / 00

***Agradecimentos
aos participantes diretos na elaboração deste trabalho:***

Meus entrevistados e pacientes
Co-autoria, de certa forma

Egberto Ribeiro Turato
Orientação

Colegas do Laboratório de Pesquisas Clínico-Qualitativas da Unicamp,
nomeadamente a Maria da Glória D. Miranda
Críticas e sugestões

CNPq
Financiamento

Maria Clara Barcellos Fontanella
Revisão

***Agradecimentos a algumas pessoas próximas
nos últimos anos que, de diferentes maneiras, ajudaram
na conclusão deste trabalho:***

Maria José Domingues Barcellos e Décio Fontanella, meus pais
Luís Carlos Pin, de maneira muito especial
Antônio e João Luiz, Clara, Décio & Ivone, Lygia & Martin, Malu, Mariana e Pirê, pelo apoio
Gisele, Mafalda e Montserrat, também pelo baile no Túnel
Xavier, Olga, Nico, Miro, Márcia Ferrão, família Macinatore, Madá e Liana & Luís, pela amizade

Especiais agradecimentos a:

Dra. Maria Beatriz Bonin Caraccio, Dra. Mônica Jacques de Moraes
Dra. Rosa Maria Pessoa e Dra. Rosely Moralez de Figueiredo,
pelo humanismo e profissionalismo

Agradeço eminentemente a
Sívio Carlos Macinatore,
à memória de quem o trabalho é dedicado

SUMÁRIO

RESUMO	xv
1. O PROBLEMA PESQUISADO	19
1.1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES.....	19
1.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA PESQUISADO.....	21
1.3 TEMAS RELACIONADOS: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	22
1.3.1 <i>Motivação</i> e procura de tratamento.....	23
1.3.2 Dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento: conhecimento atual.....	28
1.3.3 Barreiras para procura de tratamento.....	38
1.3.4 Coerções ambientais dirigidas para a procura de tratamento.....	40
1.3.5 Relação clínico-paciente e a procura de tratamento.....	42
1.3.6 Remissões espontâneas dos quadros de dependência.....	49
1.3.7 Dois modelos explicativos do processo de procura de tratamento.....	51
1.4 PRESSUPOSTOS.....	54
2. OBJETIVOS	55
2.1 OBJETIVO GERAL.....	55
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	55
3. MÉTODO CLÍNICO-QUALITATIVO E PROCEDIMENTOS	57
3.1 MÉTODO CLÍNICO-QUALITATIVO.....	60
3.1.1 Sobre o método.....	60
3.1.2 Sobre metodologia qualitativa em geral.....	63
3.1.3 Abordagem e modelo adotados.....	65
3.2 PROCEDIMENTOS TÉCNICOS.....	68
3.2.1 Campo de observação.....	68
3.2.2 Instrumento de coleta de dados: entrevista semidirigida.....	75
3.2.3 Tratamento dos dados: categorização e análise de conteúdo.....	81
3.3 VALIDADE E CONFIABILIDADE DOS INSTRUMENTOS.....	86
3.3.1 Sobre a validade.....	86
3.3.2 Técnicas de maximização da validade.....	93
3.3.3 Sobre a confiabilidade.....	104
3.3.4 Técnicas de maximização da confiabilidade.....	106
3.3.5 Resumo dos procedimentos no tratamento dos dados.....	110

4 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	113
4.1 REAÇÕES À ENTREVISTA PARA PESQUISA	115
4.1.1 Gravador não é esquecido	115
4.1.2 Utilização de um fio condutor	117
4.1.3 A questão do viés de lembrança	117
4.1.4 Surpresa diante de um tema	118
4.1.5 Algumas reações do entrevistador	119
4.1.6 Defesas e outras reações psíquicas bem caracterizadas nas entrevistas	121
4.2 ROMPIMENTO DE UM EQUILÍBRIO PSÍQUICO INSTÁVEL	127
4.2.1 Percepção do quadro de dependência	129
4.2.2 Percepção das consequências psíquicas	133
4.2.3 Perda do interesse pelo uso: mudanças dos efeitos	138
4.3 ROMPIMENTO DO EQUILÍBRIO SOCIOFAMILIAR INSTÁVEL	140
4.3.1 Pressões e outras alterações da dinâmica familiar	141
4.3.2 Outras alterações de vínculos sociofamiliares	145
4.3.3 Percepção de incômodos causados e culpa	147
4.3.4 Pressões sociais e mudanças nos papéis sociais	151
4.4 BARREIRAS PARA A PROCURA DE TRATAMENTO	157
4.4.1 Clínicos e instituições percebidos como sádicos	159
4.4.2 Percepção de distância entre clínico e paciente	168
4.4.3 Tratamento seria impossível ou doloroso	177
4.4.4 Percepções de pressões para usar ou para não se tratar	180
4.4.5 Relações <i>positivas</i> com as substâncias, mesmo na dependência	181
4.4.6 <i>Redução de danos</i> espontaneamente instituída	187
4.4.7 <i>Controle</i> sobre as substâncias, sobre a dependência e <i>parar sozinho</i>	194
4.5 FACILITADORES DA PROCURA DE TRATAMENTO	196
4.5.1 Prontidão de ajuda (se solicitada) e persistência de egos-auxiliares	196
4.5.2 Experiências terapêuticas anteriores consideradas positivas	202
4.5.3 Emergência de outros interesses e prazeres	204
4.5.4 A questão do “fundo do poço”	204
5 – CONCLUSÕES	207
SUMMARY	211
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	213
ANEXO 1 – Corpus – Transcrição das entrevistas	225
ANEXO 2 – Fac-símile do termo de consentimento pós-informação	357
ANEXO 3 – Fac-símile do parecer da Comissão de Ética Médica do HC-Unicamp	359

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Resumo dos recursos metodológicos empregados	59
QUADRO 2 – Caracterização da amostra: algumas variáveis demográficas, sociais e clínicas.....	74
QUADRO 3 – Roteiro das entrevistas semidirigidas	80
QUADRO 4 – Escala de diretividade para análise de técnicas de entrevistas de White....	101
QUADRO 5 – Categorias e subcategorias referentes ao “rompimento do equilíbrio psíquico instável”	128
QUADRO 6 – Categorias e subcategorias referentes ao “rompimento do equilíbrio sociofamiliar instável”	141
QUADRO 7 – Categorias e subcategorias referentes às “barreiras para procura de tratamento”	158
QUADRO 8 – Categorias referentes aos fatores “facilitadores da procura de tratamento”	196

RESUMO

INTRODUÇÃO. O conhecimento das motivações e barreiras para a procura de tratamento por dependentes de substâncias psicoativas tem importantes implicações clínicas e na saúde pública. O problema formulado foi: o que leva alguns deles a procurarem tratamento formal, sob suas próprias óticas? O objetivo geral foi conhecer como vivenciam o processo de natureza psíquica e os fatores de ordem sociofamiliar envolvidos na procura por assistência formal (isto é, por clínicos), a partir de uma amostra que efetivou a procura de assistência.

MÉTODO E PROCEDIMENTOS. Utilizei o método denominado *clínico-qualitativo*. Trata-se de uma pesquisa exploratória, sintética, não comparativa, de casos múltiplos, que utilizou referenciais do método clínico e do método qualitativo em geral. Elementos de uma amostra intencional (fechada por saturação e variedade de tipos) de treze dependentes de substâncias psicoativas em início de tratamento foram entrevistados individualmente e de maneira semidirigida. O material transcrito foi categorizado e submetido a uma análise de conteúdo qualitativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO. Obtive dos entrevistados referências manifestas e verbalizações a partir das quais inferi as categorias correspondentes aos objetivos propostos. Observei a atribuição de *significados* próprios às variáveis relacionadas à procura de tratamento, significados que foram discutidos e que revelaram compreensão aparentemente idiossincrática da amostra frente aos temas a eles sugeridos e aos problemas que vivenciam quanto ao seu quadro clínico. A análise de conteúdo qualitativa resultou na formulação de dezoito categorias (algumas contendo subcategorias) assim agrupáveis: 1. *motivações* para tratamento advindas de fenômenos relacionados ao *psiquismo* dos entrevistados; 2. *motivações* advindas da percepção de fenômenos *sociofamiliares*; 3. *barreiras subjetivas* à procura de tratamento mais precoce e 4. *fatores de facilitação* para a procura de tratamento formal. Foram discutidas a partir de conceituações do modelo

transteórico, do modelo de crenças em saúde, da psicologia médica e da metapsicologia psicanalítica.

CONCLUSÕES. Os objetivos da pesquisa foram considerados alcançados, tendo o método se mostrado adequado à exploração do objeto de estudo e dos objetivos do trabalho. As categorias formuladas implicam em: 1. os clínicos e os serviços de saúde poderem utilizá-las como ferramentas adicionais no manejo inicial do tratamento desta população; 2. serem utilizáveis no *marketing* institucional destes serviços, podendo fomentar a procura de tratamento pela subpopulação *oculta* que a eles não recorre; 3. algumas delas representam variáveis a serem estudadas em trabalhos quantitativos, tendo esta pesquisa procurado contribuir para a validade conceitual e operacional de futuros instrumentos aplicáveis à população brasileira; 4. trazem à tona elementos passíveis de serem aprofundados em novos estudos clínico-qualitativos ou com outras metodologias qualitativas, como a psicanalítica. As limitações da pesquisa são apontadas.

1. O PROBLEMA PESQUISADO

1.1 CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Este trabalho procura levantar possíveis respostas para a seguinte questão, formulada de maneira simples: o que leva alguns dependentes de substâncias psicoativas a procurar tratamento?

Nas últimas três décadas as ciências da saúde avançaram substancialmente neste tema, mas, dada a complexidade dos objetos e sujeitos de estudo a que o problema se refere (pessoas vivendo um padrão de consumo de substâncias psicoativas a ponto de serem *dependentes*), o que se conhece ainda não é suficiente para, por exemplo, serem propostas técnicas que facilitem a entrada em tratamento da maioria destas pessoas. No Brasil, pouco se estudou sobre o assunto e um problema de tal natureza certamente requer estudos que levem em conta as peculiaridades socioculturais de populações e subpopulações específicas.

As evidências são de que a maioria dos dependentes de substâncias psicoativas permanece fora dos serviços de saúde especializados. Ocorrendo remissão do quadro clínico, na maioria das vezes isto se faz *sem* a interferência de tratamentos,

independentemente da substância usada. Procurando tratamento formal (profissionais da área da saúde) ou informal (grupos de ajuda mútua, por exemplo), provavelmente a maioria não permanece em acompanhamento durante um tempo julgado suficiente por aqueles que oferecem o atendimento.

A literatura na área das ciências da saúde confirma a verdade destas afirmações (v.seção 1.3.6), corroborando o verificado no cotidiano clínico: evitação ou não entrada em tratamento da maioria dos dependentes de substâncias psicoativas. Tais constatações são freqüentes a ponto de fazerem parte do senso comum entre os que se dedicam ao tema: tal população dificilmente procura tratamento, quando procura dificilmente adere a ele e, permanecendo em tratamento, as chances de êxito terapêutico (cujos parâmetros são discutíveis) não são grandes.

Em qualquer das situações possíveis – não cogitando procurar, adiando ou chegando a um atendimento –, essas pessoas de alguma maneira se relacionam com quem está *do outro lado*: o profissional da área de saúde. Se o clínico finalmente se defrontar com essa pessoa que o procura, agora um paciente seu, ver-se-á diante da necessidade de conduzir a situação de maneira *tecnicamente adequada*, dar respostas, satisfazer à demanda mas, também, avaliar *qual é a demanda* que esse paciente traz. O profissional poderá se sentir angustiado com a condução desses contatos iniciais: como ouvir, como e quais aspectos investigar, como estimular a motivação para tratamento que o paciente acaba de objetivar, como hierarquizar as decisões com vistas a um melhor resultado terapêutico etc. Deverá prescrever medicamentos anti-*craving* e/ou propor psicoterapia? Quando fazê-lo? Também: deverá abordar logo de início a família (muitas vezes a desencadeante da procura de atendimento e possivelmente percebida como *repressora* pelo paciente)? Qual o melhor *timing* para todas essas ações? A relação clínico-paciente pode mostrar, nesse momento, toda sua complexidade e a angústia permear seus dois componentes; a incapacidade de conduzir tal contato inicial poderá facilitar o abandono precoce do atendimento por qualquer uma das partes envolvidas.

Maior conhecimento sobre o porquê da procura de tratamento e sobre o *timing* do próprio paciente neste processo de procura de atendimento pode facilitar as tomadas de decisão do profissional e o melhor manejo das motivações dos pacientes. Pode também

contribuir para o aperfeiçoamento das intervenções preventivas secundárias e terciárias sobre esta população, aí residindo a relevância do problema a ser pesquisado.

1.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA PESQUISADO

A percepção da situação de dependência pela pessoa que vive uma relação com determinada substância psicoativa pressupõe que lhe ocorra um movimento de *insight*. Sintomas até então preponderantemente egossintônicos tornam-se parcialmente egodistônicos, percebendo o indivíduo que há *algo errado* consigo. Tal movimento não muda, necessariamente, o prognóstico da situação – pois é freqüente desejar e não conseguir a interrupção do uso –, mas pode abrir um campo para mudanças espontâneas de comportamento e/ou intervenções clínicas. O *algo errado* poderá ser, a partir desse momento, melhor compreendido e, talvez, modificado.

Eis, portanto, um momento privilegiado na história de um indivíduo dependente de substâncias psicoativas: quando solicita intervenções sobre o problema que percebe existir. Privilegiado não apenas para o paciente mas também para a função dos clínicos, pois o primeiro atendimento é o momento em que o profissional pode influenciar decididamente as crenças e expectativas dos pacientes sobre seu estado, com óbvias implicações práticas no processo terapêutico que se inicia (Thom e cols., 1992). Olievenstein (1988) enfatiza a necessidade de esse momento ser particularizado no tratamento:

É importante sublinhar o primeiro encontro com a instituição e com a palavra do terapeuta. Na nossa concepção esse primeiro encontro deveria ter o mesmo significado que o flash que o sujeito teve com o produto. (p. 94)¹

A percepção que passam a ter daquilo que tecnicamente recebe o nome de dependência e que costuma *anteceder* este primeiro contato (Oppenheimer, Sheehan &

¹ Por *flash* entenda-se a sensação física brusca de prazer associada à administração da substância e relacionada por este autor com o processo de *identificação* na teoria psicanalítica (Olievenstein, 1991).

Taylor, 1988; Brooke, Fudala & Johnson, 1992) é apenas *possivelmente* determinante da procura de tratamento. Alguns o procurarão de forma relativamente rápida; mas outros se perceberão com problemas relacionados a substâncias psicoativas e não efetivarão procura de ajuda (p. ex., Hingson e cols., 1982).

Ao longo do processo de percepção da dependência e até que se procure tratamento é que emergem as motivações que procuro identificar e compreender. É um período de tempo difícil de delimitar pois não se pode dizer a partir de quando, exatamente, percebe-se a dependência. Até mesmo o acesso a informações pelo sistema educacional e pela mídia dificultaria a delimitação: quando um conhecimento intelectual passa a corresponder a um conhecimento de fato, produto de uma compreensão interna?

Não obstante se possa considerar que o desejo de mudanças *para melhor* exista sempre, em algum nível, consciente ou não, há um momento em que a situação de ambivalência (desejo de mudar, por um lado; desejo de usufruir as conseqüências bio-psicossociais positivas do estado de dependência, por outro) se desequilibra, em alguns usuários, em favor da procura por tratamento. Há portanto um *processo* relacionado a tal *desequilíbrio* e compreender como eles próprios o vivenciam e percebem pode contribuir para melhor adequação dos serviços e daqueles que os atendem nesse momento.

O problema pesquisado fica assim formulado: o que leva alguns dependentes de substâncias psicoativas a procurar tratamento formal, sob suas próprias óticas? Em outras palavras, que fatores identificam, percebem ou sugerem existir, na dinâmica de suas vidas, relacionados com o processo que os leva a procurar tratamento?

1.3 TEMAS RELACIONADOS: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A pesquisa bibliográfica mostrou que um maior interesse pelo estudo sistemático da procura de tratamento dos dependentes de substâncias psicoativas começou na década de 1970, coincidindo com a epidemia de consumo dessas substâncias verificada a partir do final da década anterior. Desde então, as diferentes facetas do processo de procura de ajuda por essa população têm sido estudadas.

Exponho os resultados da revisão, que procurou abranger os principais relatos de pesquisa internacionais e os poucos trabalhos brasileiros sobre o assunto, assim como considerar algumas implicações teóricas de alguns conceitos utilizados (como o de *motivação*).

1.3.1 *Motivação e procura de tratamento*

Freud (1976a) afirma o seguinte sobre o início do tratamento psicanalítico (afirmações também válidas, penso, quanto à procura de tratamento pelos dependentes de substâncias psicoativas, e independentemente da modalidade de tratamento):

A força motivadora primária na terapia é o sofrimento do paciente e o desejo de ser curado que deste se origina. A intensidade desta força motivadora é diminuída por diversos fatores (...) sobretudo pelo que chamamos de lucro secundário da doença. (p.186)

A leitura desse período não suscita, de início, muitas dúvidas para um leitor habituado aos conceitos psicanalíticos básicos, mesmo se extrapolamos sua compreensão para o campo das dependências, transcendendo o objeto inicial de interesse do autor. Olievenstein (1985) vai parcialmente ao encontro dessas idéias de Freud:

Apenas as situações de sofrimento (na maioria das vezes induzidas pelo contexto social do "tóxico") são capazes de levar um toxicômano a uma consulta, e ele vai por causa delas, e não por sua toxicomania – ele vai pela falta, pela família, pela prisão, nunca por sua toxicomania (...) Sua "vontade" de ir ao clínico não tem nada a ver com a "vontade" de alguém que formule uma demanda de cura psicanalítica. A cura de seu estado e, principalmente, da sua identidade de toxicômano, não é objeto do seu desejo, mesmo sendo objeto de sua demanda. (p.59)

Em face de estas, aquelas afirmações de Freud suscitam as dúvidas: o que é o *desejo de ser curado* para o dependente de substâncias psicoativas? Que *cura* almeja, da dependência propriamente ou de suas conseqüências negativas? Que fatores atuam sobre a *força motivadora* e o dirige a um tratamento? Por que a maioria não parece pensar em *tratamento* (Hingson e cols., 1982, por exemplo), apesar de também vivenciarem *sofrimento*? Quais são os *lucros secundários* que adiam a procura de tratamento?

Certamente não se respondem essas perguntas considerando apenas os fatores de natureza psicológica. Fenômenos neurofisiológicos envolvidos nos quadros de dependência são necessários e determinantes (possibilitando *inclusive* intervenções terapêuticas farmacológicas), embora não suficientes: sabe-se que a maioria das pessoas exposta às substâncias de abuso não fica dependentes delas; mesmo entre gêmeos homozigóticos não há concordância absoluta dessa ocorrência se ambos forem expostos às mesmas substâncias (Kendler e cols., 1994, que estudaram a transmissão de susceptibilidade ao alcoolismo em mulheres).

Ao contrário, evidências apontam para um determinismo sobretudo *funcional* da procura de ajuda e *não estrutural* (Tucker & Gladsjo, 1993, por exemplo). Por determinismo funcional entenda-se a influência de fatores como o comportamento e opiniões de pessoas próximas, as percepções que os dependentes têm de seu uso abusivo, as expectativas sobre um tratamento etc. Por determinismo estrutural entenda-se a influência de variáveis mais estáveis tais como as demográficas, tempo, frequência e quantidade de uso da substância etc. Mesmo ocorrendo alguns resultados paradoxais nos estudos epidemiológicos sobre procura de tratamento (v. seções 1.3.2 a 1.3.6) o conhecimento atual corrobora a primazia do determinismo funcional sociopsicológico.

Retorno àquela citação de Freud, que ajuda a entender possíveis implicações teóricas deste *determinismo funcional*. Ele menciona os benefícios secundários como atuantes contrariamente à “força motivadora” para o tratamento. Benefícios secundários supõem-se existirem em diferentes aspectos das vidas dos dependentes de substâncias psicoativas. Parece comum, por exemplo, que se mantenham dependentes de outras pessoas quanto às necessidades de autoconservação. Menos objetivamente, o uso de substâncias psicoativas, depois de configurar-se como um sintoma, passa a dificultar sua própria eliminação, pois promove satisfação e perpetua um *circuito de recompensa* que, por si só,

gera *benefícios* (à medida que se associa com percepção de prazer). O uso também passa a associar-se a um padrão de relações objetais, utilizando aqui conceitos psicanalíticos, que reforça no dependente fantasias inconscientes de que suas necessidades são e serão supridas (aqui, já *benefícios primários* da doença). A esse respeito Kalina & Kovadloff (1988a) discutem os padrões de vinculação simbiótica dos dependentes com seus familiares ou outras pessoas, semelhantes aos que têm com as próprias substâncias (objetos inanimados), próximos portanto às relações objetais dos psicóticos.

Além da teoria da motivação inconsciente que permeia a compreensão psicanalítica das relações objetais e da procura de tratamento nessa população, outra importante teoria psicológica sobressai-se dentre as elaboradas sobre *motivação*, configurando-se também como instrumento de compreensão da suposta primazia do determinismo funcional: a teoria comportamental-cognitiva. Ela se vale de conceitos próprios, mas possui elementos de semelhança e complementaridade com a teoria psicanalítica.

A teoria comportamental da motivação parte dos conceitos de *necessidade* (biológica), *impulso* (consequência psicológica da necessidade) e *incentivo* (objeto a que o impulso se dirige e que reduz a necessidade) (Hilgard & Atkinson, 1976). Assim se aplicariam para o problema que investigo: a partir de uma *necessidade* percebida como de autopreservação, que geralmente emerge depois de longamente exposto às substâncias de que abusa, o dependente se dirige a uma das possíveis soluções para este estado (*impulso* de busca de tratamento, por exemplo) e o encontra (*incentivo* positivo). No processo pode-se impulsionar para novos episódios de abuso, como geralmente faz, e avaliar se de fato o *incentivo* do tratamento o satisfaz (se considerar, por exemplo, sua possível ineficácia, o medo das técnicas utilizadas ou outros diferentes custos – *incentivos negativos*).

Para o behaviorismo, os motivos para procurar tratamento são inferidos diretamente da observação das ações realizadas. Já a *teoria cognitiva*, que também não interpreta os comportamentos, supõe que as representações conscientes das necessidades gerem *intenções* e promovam *planos* para que se atinjam os objetivos: isto é, os indivíduos se motivariam por suas cognições a respeito dos vários aspectos do que lhes aflige na situação de dependência de substâncias.

Por sua vez, a teoria psicanalítica da motivação supõe que elas não podem ser inferidas somente a partir das ações e que não se originam unicamente das cognições que se

tenha (o indivíduo nem sempre *sabe o que quer*). Postula que muitos dos comportamentos humanos se relacionam a motivos dos quais os próprios sujeitos não têm consciência, motivos que estariam *reprimidos* na esfera do *inconsciente*. Dessa maneira, a própria *doença* da dependência e seus sintomas atenderiam a necessidades inconscientes das pessoas comprometidas (*benefícios primários* da doença). A ação de procura de tratamento não é vista como algo imediatamente vinculado a uma simples *necessidade* de uma solução (via tratamento), mas como uma resultante de um conjunto complexo de investimentos pulsionais conflitivos, manifestados de maneira deformada, disfarçada e simbólica – assim como seriam outras manifestações do inconsciente.

Digo que estas visões possuem elementos de semelhança à medida que a teoria psicanalítica das pulsões (fonte, alvo e objeto da pulsão) apresenta um paralelismo com a teoria comportamental-cognitiva da motivação (necessidade, impulso-intenção e incentivo).

Sumariamente expostas, essas teorias são o pano de fundo para empreendimentos clínicos e de pesquisa contemporâneos e para a seguinte definição de *motivação* encontrada na literatura aplicada ao problema da procura de tratamento e dependência de substâncias psicoativas:

Ações produto de numerosas contradições no comportamento e nas atividades, de pressões e contrapressões sobre o indivíduo, de falsos começos e passos rastreados várias vezes e, possivelmente, de um lento crescimento da consciência da necessidade de ajuda, e não o resultado de um processo racional. (Thom, 1984, p. 379)

As observações de Thom (1984) sobre as “contradições”, “contrapressões” e “falsos começos” em relação ao tratamento dos dependentes convergem para as advertências de Freud sobre o início de tratamento psicanalítico e sobre a adequação das técnicas de abordagem de objetos tão “plásticos” como os seres humanos:

A extraordinária diversidade das constelações psíquicas envolvidas, a plasticidade de todos os processos mentais e a riqueza dos fatores determinantes opõem-se a qualquer mecanização da técnica (...) Deve-se

desconfiar de todos os pacientes em perspectiva que querem esperar um pouco antes de começar o tratamento. A experiência mostra que, quando a ocasião combinada chega, eles deixam de aparecer, ainda que o motivo do atraso – isto é, a racionalização de sua intenção – pareça ao não iniciado acima de qualquer suspeita. (Freud, 1976a, p. 164 e166-167)

As observações de Freud reverberam quando aplicadas especificamente sobre os dependentes, ambivalentes como parecem ser quanto a iniciar um tratamento. Mas, para eles, a questão da motivação para tratamento tem uma especificidade a mais: muitas vezes acabam apenas concordando com outras pessoas, admitindo, como que *por procuração*, que existem problemas que devem ser resolvidos, introjetando opiniões ou se submetendo a ultimatos familiares ou sanções judiciais (Zola, 1973; Marlowe e cols., 1996; Danis, D'Epagnier & Udry, 1997). Na verdade poderão não perceber plenamente seus problemas ou acreditar que são devidos aos outros, àqueles que constituem seu mundo exterior, revelando assim o que a psicanálise chamaria de ansiedade paranóide, racionalização e negação. Comumente chegam para uma primeira entrevista para tratamento desta maneira, como se verá adiante na discussão dos resultados.

Para Bleger (1989), ser “mandado” para tratamento (p. 30) caracteriza a procura de entrevista por parte dos psicopatas. Embora se expressando assim o autor busque ser didático na classificação que faz dos que chegam a uma entrevista na área da saúde mental, não creio que as evitações ou adiamentos de tratamento possam ser atribuídos unicamente às características perversas que têm os dependentes. Longe de poderem ser situados isoladamente em apenas uma dessas categorias, creio que deveriam ter suas demandas por tratamento analisadas a partir de conflitos situáveis nas diferentes esferas nosográficas psicanalíticas citadas por Bleger: neurose (cujos pacientes procuram *espontaneamente* o tratamento), psicose (são trazidos) e perversão (são mandados). Como se verá nos resultados deste trabalho, alguns de meus entrevistados procuraram tratamento espontaneamente e outros foram trazidos pelo serviço social ou por seus familiares. Muitas vezes, contudo, como é sabido, não se distinguem essas esferas, com facilidade, nos pacientes, não sendo eles facilmente redutíveis a perfis.

Motivações para tratamento e interrupção de uso de substâncias resultam certamente de uma gama de complexos fatores intrapsíquicos e de interação com o meio mas um denominador comum destas situações seria, citando a mesma obra de Bieger, “uma certa preocupação ou *insight* de que algo não está bem, de que algo mudou ou se modificou” (p.30), mesmo que este algo seja a capacidade do indivíduo de perceber suas ansiedades. Tal percepção da severidade dos problemas relacionada às substâncias é um fator encontrado de maneira unânime nas pesquisas sobre busca de ajuda por esta população, como se pode verificar, por exemplo, em Pfeiffer, Feuerlein & Brenk-Shulte (1991) e Finney & Moos (1995).

Sumariando esta seção, minhas referências a *motivação* ressaltarão, neste trabalho, o aspecto de *movimento* presente no conceito: motivações são os suportes, os veículos que carregam o indivíduo para outros *status* psíquicos e que atuam em sua vida de diferentes maneiras e em diferentes aspectos (entre eles, em sua procura de tratamento para um problema relacionado ao uso de substâncias psicoativas). Considerarei como um pressuposto que o comportamento das pessoas deva ser interpretado como a resultante de fatores internos conflitivos, reveladores da existência de uma inerente *ambivalência* na procura de tratamento. Outro pressuposto (decorrente deste primeiro e também baseado no conhecimento atual sobre o tema) é de que a procura de tratamento, nessa população que estudo, ocorreria primacialmente a partir de determinantes *funcionais*, portanto sujeitos a uma abordagem *compreensiva*.

1.3.2 Dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento: conhecimento atual

Para cada pessoa que procura tratamento para algum problema de saúde, provavelmente há várias outras, com o mesmo problema, que não procuram, mesmo que o desconforto que sintam seja equivalente (Zola, 1973).

O que as leva a procurar tratamento é assunto instigante exatamente porque se verifica, na prática clínica do dia-a-dia, que muitas o fazem por problemas aparentemente banais (na avaliação do clínico), logo que percebem algum mínimo desconforto. Por outro

lado, os clínicos também se defrontam com pacientes que os procuram somente depois de um longo período de tempo em que suportaram situações consideradas, pela maioria das pessoas, como insuportáveis.

Uma hipótese baseada no senso comum é que a variação de comportamento se deve a que algumas pessoas que não procuram tratamento precocemente – ou as que jamais o procuram –, mesmo tendo acesso ao sistema de saúde, agem assim porque têm alguns *problemas* que as impedem de procurar tratamento: falta de dinheiro, falta de tempo, medo de consultar um clínico etc. Mas então, pergunta Zola (1973), os problemas teriam deixado de existir quando estas pessoas finalmente solicitam atendimento? Provavelmente não, pois não cessariam abruptamente para possibilitar esta mudança de comportamento. Outra hipótese é de que a procura de tratamento seria adiada até que os custos dos sintomas desagradáveis superassem os benefícios de *não* se procurar ajuda. Dificilmente, no entanto, as pessoas acometidas por sintomas desagradáveis fariam uma avaliação objetiva desta relação custo/benefício e, se os *benefícios* foram realmente suplantados, isto teria se dado a partir de uma ponderação subjetiva dos custos, marcada por simbolismo sobre os fatores envolvidos.

Uma primeira pergunta sobre um bom método científico para obter respostas mais plausíveis (ao problema de porque algumas pessoas procuram tratamento) diz respeito ao *momento* em que se deve abordar as pessoas para que se obtenham respostas mais válidas. O autor acima mencionado sustenta que o melhor momento é aquele em que a solicitação de ajuda esteja ocorrendo, ou seja, durante o processo de procura de tratamento. Pesquisar retroativamente pode enviesar significativamente os resultados, pela dificuldade que as pessoas têm em memorizar o que se passa com elas e pelas distorções que as lembranças de fenômenos tão subjetivos podem sofrer – por exemplo, pelos próprios acontecimentos que se seguem à procura de tratamento (a entrevista clínica, a evolução, os novos conhecimentos que são adquiridos com relação ao problema de saúde etc.) (Hingson e cols., 1982). Uma abordagem prospectiva, como perguntar a alguém “por quais motivos você *procuraria* um tratamento?” também não soa adequado: o que as pessoas declaram que *fariam* não corresponde necessariamente aos atos efetivamente realizados por elas e a validade das respostas estaria comprometida.

Formulando, numa sala de espera, a pergunta “por que procurou atendimento *agora?*”, Zola (1973) encontrou alguns fatores desencadeantes para uma primeira consulta. Interessante notar que estes fatores foram todos de natureza *não fisiopatológica*, que dizer, não se relacionavam diretamente a disfunções ou desconfortos dos órgãos acometidos e que seriam os alvos da atenção e dos diagnósticos dos médicos. Foram estes os fatores: a) ocorrência de uma crise interpessoal; b) interferência percebida do sintoma nas relações sociais ou pessoais; c) sanções sociofamiliares (isto é, os pacientes foram levados à consulta por alguém que se incomodou com seu problema); d) interferência do sintoma nas atividades físicas e no trabalho; e) depois de transcorrido um período de tempo preestabelecido pelo próprio paciente e durante o qual o sintoma não remitiu espontaneamente, como ele esperava.

O processo sugerido por este autor para que *uma pessoa se torne um paciente* compreende, então, a existência de um sintoma e, paralelamente, de diversos outros fatores ambientais e psicológicos influenciando a vida dos sujeitos de maneira a tornar a situação incômoda, a ponto de fazê-los crer que uma intervenção clínica venha a modificar favoravelmente sua situação de vida naquele momento.

No currículo médico, a disciplina de semiologia ensina a considerar como especialmente importante a *queixa principal* trazida pelo paciente ou o *motivo de consulta e sua duração*, sendo este o primeiro interesse de quem faz uma anamnese, depois de obtidos os dados de identificação. O interesse do médico neste momento são “os sintomas ou sensações subjetivas de anormalidade somática ou psíquica” que o paciente traz, como explica Ramos Jr. (1982, p.9). Tal interesse objetiva primacialmente tornar esta queixa coerente com o raciocínio propedêutico, visando aos fenômenos fisio ou psicopatogênicos subjacentes à queixa principal e, finalmente, contribuir para um diagnóstico sindrômico e etiológico.

Mas a importância da *queixa principal* também reside no fato de que foi ela que moveu o paciente para o encontro com o médico e, mesmo que outros problemas de saúde não relacionados a esta queixa sejam por ele encontrados, o paciente espera que sua demanda específica seja satisfeita – afinal, o problema que ele *sente que tem* se relaciona a esta queixa. Se prestar pouca atenção a esta especificidade da demanda de seu paciente, é

possível que o “paciente interrompa o tratamento (...) e o clínico não seja capaz de exercer sua arte de curar”, por mais especializado que seja o profissional (Zola, 1973, p.686).

Numa pesquisa como a de Zola (1973), o foco de atenção sobre o motivo da consulta é diferente deste enfoque *médico* e ocorre sobre como se processa o *desencadeamento* da procura de assistência médica, independentemente da gravidade ou do significado que o sintoma tenha *para o médico*. Este tipo de pesquisa procura “dissecar” este item da anamnese clínica (*queixa principal*): compreender o lugar e os significados para o paciente daquelas *sensações de anormalidade*, e a importância que tal queixa tem na sua vida neste momento.

Se se fizer uma pergunta semelhante à que esse autor fez para pacientes de clínica médica, mas agora a dirigindo à subpopulação de pacientes dependentes de substâncias psicoativas, pode-se encontrar pistas sobre porque ela parece tão freqüentemente evitar um atendimento clínico específico e formal, mesmo percebendo a *necessidade* de fazê-lo (como constataram Solís & Medina-Mora, 1994, e Grant, 1997).

A literatura médica e psicológica avançou significativamente nas respostas a esse tipo de problema nestas últimas três décadas. Entretanto permanecem pontos obscuros ou para os quais existem evidências contraditórias (Ross, Lin & Cunningham, 1999). Mas antes de expor os achados das principais pesquisas realizadas neste campo, faço considerações sobre alguns problemas metodológicos freqüentemente neles encontrados. O primeiro, já mencionado anteriormente, é o fato de que muitas pesquisas são retrospectivas e portanto sujeitas ao viés das alterações das lembranças sobre o processo de procura de tratamento (Zola, 1973; Hingson e cols., 1982; Ross e cols., 1999).

No entanto, problema metodológico mais importante e comum parece ser o do *viés de seleção* das pessoas que compõem as amostras estudadas. Mesmo que a amostragem seja feita de forma randômica e que de fato representem a população em estudo, pode acontecer que a subpopulação que procura tratamento não seja representativa da população de dependentes de substâncias psicoativas em geral. Estudos que abordam as motivações para tratamento entre os que a efetivaram obviamente estudam uma subpopulação que pode diferir também quanto a outras variáveis da subpopulação que não efetiva a procura. É possível que não apenas a *intensidade* das motivações seja menor entre aqueles que não efetivam a procura, como também o *tipo* de motivação seja diferente. Provavelmente se

trata de duas subpopulações diferentes de dependentes de substâncias psicoativas, sendo portanto necessário cuidado em se generalizar os achados obtidos a partir de apenas uma delas (Montoya e cols., 1995; Pfeiffer e cols., 1991).

Outro aspecto relacionado ao viés de seleção é o chamado viés de Berkson, que estabeleceu a tese, comprovada em estudos posteriores, de que existe maior chance de um paciente com comorbidade ser incluído nas amostras de pacientes estudados, em qualquer área médica (Berkson, 1946, *apud* DuFort, Newman & Bland, 1993)² Pode-se supor que a motivação para tratamento seja relacionada à comorbidade presente na população que efetivamente a procura, isto é, alguns dependentes poderiam procurar assistência por fatores relacionados *primariamente a outros diagnósticos* e não ao problema específico da dependência. Portanto, o viés de Berkson, de natureza *matemática*, pode influenciar os resultados de pesquisas feitas com a subpopulação que está em tratamento. O mesmo raciocínio pode ser aplicado ao viés de seleção de natureza *clínica* e que ocorre paralelamente ao viés matemático: os pacientes com comorbidade podem ser selecionados com mais frequência para tratamento pelos clínicos que os examinam, enviesando os resultados das pesquisas sobre motivação para tratamento (DuFort e cols., 1993).

A rigor, mesmo quando se estudam amostras da *subpopulação que não procura tratamento*, os resultados também não podem ser generalizados: é possível que as pessoas que aceitam participar de uma pesquisa também aceitassem mais facilmente participar de um tratamento e sejam clinicamente diferentes das pessoas que não se oferecem para esta participação (Pfeiffer e cols., 1991; Montoya e cols., 1995).

Ainda um outro aspecto a ser discutido antes de mencionar os resultados da revisão bibliográfica refere-se à importância relativa do estudo das motivações para a compreensão da entrada ou não entrada em tratamento, assim como do processo de remissão do uso *através de um tratamento, sem ele ou a despeito dele*.

Para que se compreendam estes fenômenos de forma abrangente, é preciso considerar o que seriam as muitas variáveis intervenientes e antecedentes atuantes no processo: as barreiras objetivas e subjetivas, os desencadeantes (“gatilhos”), as características culturais e as representações sociais a respeito de um tratamento: todos esses

² Berkson, J. – Limitations of the application of fourfold table analysis to hospital data. *Biomet Bull* 2: 47-53, 1946.

fatores simultaneamente interferindo na vida psíquica de cada um dos componentes da amostra.

Thom (1984) sugere que as pesquisas devem objetivar *todo o processo* de procura de tratamento, no qual a *entrada* é apenas um dos momentos. As motivações devem portanto ser vistas como pertencentes a um contexto dinâmico da vida de cada paciente: existe um conjunto de situações favoráveis e desfavoráveis à entrada tratamento e um *entendimento* das pessoas sobre estas situações que vivem em um *determinado momento* de suas vidas. É provável que a resultante destes fatores varie consideravelmente ao longo do tempo para uma mesma pessoa (Windle e cols., 1991), resultando em comportamentos inconstantes. Ora, a ambivalência dos dependentes de substâncias psicoativas com relação ao tratamento é bastante conhecida no dia-a-dia da prática clínica. No Brasil, Pinsky e cols. (1995) fizeram a seguinte observação sobre sua amostra de pacientes ambulatoriais que abandonaram tratamento: “o fato de estes procurarem espontaneamente ajuda especializada não implica que se encontrem constantemente motivados” (p.150), isto é, mesmo um fator aparentemente tão importante quanto a procura espontânea (revelando provavelmente maior motivação interna para o tratamento) não assegura que, num momento seguinte, tal situação não se reverta. A motivação para tratamento não é unidirecional, pode ocorrer e deixar de existir – e o mesmo se aplicaria também à motivação para rever o padrão de uso sem tratamento.

Cito literalmente, novamente, um trecho do trabalho de Thom (1984) que esclarece a idéia de que é necessário enxergar o processo de procura de tratamento como um fenômeno complexo e dinâmico:

É conveniente, para os propósitos de uma pesquisa ou para se visar a clareza numa análise ou discussão, apresentar os estágios de ação como lineares, unidirecionais e, talvez, seguindo uma progressão racional. Na realidade, é improvável que seja assim com a maioria das pessoas. Alguns estágios podem simplesmente não ocorrer com algumas, enquanto para outras pessoas alguns estágios são completados mais de uma vez. As ações das pessoas provavelmente resultam de numerosas contradições nas atitudes e no comportamento, de pressões e contrapressões sobre o indivíduo, falsos

começos e passos percorridos muitas vezes, e, possivelmente, de um lento crescimento da consciência de necessidade de ajuda – e não o resultado de um processo racional de tomada de decisão. (p.379).

Interessante observar, também dentro desta dinâmica complexa onde as motivações para um tratamento se inserem, que alguns dependentes tratados – e que permaneceram abstinentes depois de longo período de tempo – não atribuem importância ao fato de terem sido tratados. Isto é, podem ter ficado abstinentes, segundo o que pensam, a despeito do tratamento recebido. Frykholm (1979) em sua amostra de 58 ex-dependentes – heterogênea quanto à substância de escolha –, afirma que não houve menção de que a hospitalização pela qual passaram tenha sido importante para a manutenção de sua abstinência; referiram que os cuidados não-profissionais que tiveram foram mais importantes. Observe-se então que, à medida que a hospitalização não foi compulsória, que estas pessoas tiveram algum dia a motivação para um tratamento formal e o que se passou a seguir não foi, posteriormente, considerado como relevante. Assim, ter ou não motivação *para tratamento* não significa necessariamente melhor prognóstico. Além de as técnicas terapêuticas existentes atualmente não serem muito eficientes, é possível que, mesmo nos casos que “responderam” bem, o papel do tratamento tenha sido apenas o de reforçar um processo que já estava em curso.

Para os objetivos desta presente pesquisa – que tem um caráter exploratório (v. seção 1.4 e o capítulo segundo) – importa sobretudo conhecer *quais são* os fatores associados e precipitantes da entrada de dependentes em tratamento. As pesquisas exploratórias se interessam em levantar *o que e como* ocorre ou pode ocorrer, sem necessariamente se importar com a frequência de aparecimento ou com a confiabilidade, em termos epidemiológicos, dos achados. O objetivo nesta presente pesquisa é tentar ajudar, utilizando uma expressão de Hartnoll (1992), a *desempacotar* a compreensão dos problemas com substâncias psicoativas e procurar entender as sutilezas e as particularidades vividas pelas pessoas neste processo de busca de tratamento (v. capítulo segundo).

A maioria dos trabalhos revistos são, ao contrário deste meu, *quantitativos*: seguem critérios de rigor científicos baseados na medição de frequência e na confiabilidade, e

procuram, por exemplo, criar questionários confiáveis sobre os motivos e barreiras para a procura de assistência ou então aplicam modelos teóricos já consagrados e tentam verificar sua correção em termos matemáticos.

Cito a seguir os resultados de pesquisas feitas com diferentes tipos de dependentes (*inclusive* quanto ao tipo de substância por eles utilizada). Alguns trabalhos que compararam amostras de dependentes de substâncias diferentes não encontraram diferenças significativas quanto à variável *substância de escolha* (Oppenheimer e cols., 1988; Brooke e cols., 1992), sugerindo que os pacientes vivenciaram de maneira semelhante o processo de procura de ajuda.

Há uma tendência inequívoca na literatura sobre o assunto: *as características demográficas* das amostras estudadas pouco se relacionam com o evento da procura de assistência (embora existam achados contraditórios; cf. Faupel & Hanke, 1993; Weisner, 1993). Igualmente, apenas algumas características clínicas se relacionam, não estando entre elas, por exemplo, a frequência e intensidade do uso *per se*, mas somente à medida que contribuem para uma *percepção da gravidade* da situação pelo dependente (também havendo achados contraditórios; cf. Weisner, 1993; Varney e cols., 1995). O processo parece ser, como levantado na seção anterior, de natureza mais *funcional* (isto é, relacionado ao funcionamento sociopsicológico, como problemas interpessoais e pressões sociais) do que *estrutural* (isto é, relacionado às características pessoais e demográficas mais estáveis como sexo, idade ou histórico e níveis de consumo) (Woodruff, Guze & Clayton, 1973; Hingson e cols., 1982; Jordan & Oei, 1989; Tucker & Gladsjo, 1993; George & Tucker, 1996).

Se há comorbidade psiquiátrica, há evidências de que dependentes de substâncias psicoativas têm maiores chances de procurar assistência médica, pelo menos em algumas populações. Ross e cols. (1999) encontraram em sua amostra uma diferença estatisticamente significativa: cerca de 73% dos dependentes usuários de serviços de saúde tinham algum outro diagnóstico do eixo I do DSM-III-R, comparando com os cerca de 36% dos não usuários dos serviços. Isto remete a discussão ao viés de Berkson, anteriormente mencionado.

Comparando duas subamostras, diferentes quanto à substância de escolha e quanto a algumas características demográficas, Montoya e cols. (1995) encontraram que a

subamostra que havia procurado tratamento *associado a uma pesquisa* apresentou significativamente mais sintomas psicopatológicos em relação à subamostra que não se encontrava em tratamento.

Ainda sobre comorbidade, há indícios de que alcoolistas com sintomas depressivos (Woodruff e cols., 1973; Finney & Moos, 1995) ou com distúrbios do conteúdo de pensamento (Woodruff e cols., 1973) procuram mais freqüentemente tratamento do que os alcoolistas sem tais sintomas. O mesmo parece acontecer com heroínômanos (Rounsaville & Kleber, 1985). Esse fato induz a considerar que sintomas mais fortemente egodistônicos, associados portanto a um sofrimento psíquico mais intenso e que são esperados em pacientes com mais problemas psicopatológicos, são fator predisponente à procura de tratamento de alguns dependentes. Entretanto, contestando esta suposição, um estudo que comparou dependentes de cocaína em tratamento com dependentes na comunidade, de Carroll & Rounsaville (1992), não encontrou diferenças quanto a transtornos psiquiátricos nas duas subpopulações no momento da pesquisa

É achado praticamente unânime, e um dos poucos considerados indiscutíveis na literatura, que a *percepção da gravidade* do problema do uso de substâncias é fator que leva à procura de ajuda, assim como é variável interveniente para outras variáveis interpessoais e ambientais (Power, Hartnoll & Chalmers, 1992; Finney & Moos, 1995). Muitos dos motivos alegados pela amostra estudada por Oppenheimer e cols. (1988), estudo confirmado por Brooke e cols. (1992), correlacionam-se com essa percepção da gravidade. Igualmente, Bardsley & Beckman (1988) encontraram como um dos dois únicos elementos do Modelo de Crenças em Saúde (*Health Belief Model*) associados positivamente com a procura de tratamento por alcoolistas exatamente a percepção da gravidade (v. seção 1.3.7). Utilizando a terminologia do modelo transteórico (Prochaska & DiClemente, 1983; DiClemente & Hughes, 1990), a percepção da gravidade contribuiria para a passagem do estágio de *pré-contemplação* para *contemplação* (Finney & Moos, 1995) e, daí, para o estágio de *ação*. Achados equivalentes a estes, acentuando a importância da percepção da gravidade como disparadora da procura de tratamento, encontram-se também em Hingson e cols. (1982), Thom (1984), Chitwood & Morningstar (1985), Pfeiffer e cols. (1991), Solís & Medina-Mora (1994), Tucker (1995), Varney e cols. (1995) e Longshore (1999).

Na revisão bibliográfica foram encontrados também os seguintes fatores associados ou facilitadores da procura de tratamento (além dos já citados nesta seção, consultei Wanberg & Jones, 1973): expectativas de que o tratamento será bem-sucedido; percepção de que a situação é incontrolável; ocorrência de maior número de eventos negativos no ano anterior; maior número de áreas da vida negativamente impactadas; ter mais problemas psicossociais relacionados à substância – sobretudo no domínio interpessoal; considerar que têm problemas mais graves com as substâncias do que os outros dependentes; baixa auto-estima; ter pessoas próximas preocupadas com sua condição de vida; receber pressões para se tratar durante eventos estressantes relacionados ao uso da substância; a intensidade do uso (Chitwood & Morningstar, 1985, com resultados diferentes da maioria dos outros estudos); não haver listas de espera; proximidade geográfica do local de atendimento; ter tido uma experiência de tratamento anterior, mesmo que não tenha sido bem-sucedida; ter uma continuidade do acompanhamento pós-desintoxicação no mesmo local; rede social de suporte mais adequada; maior tempo de educação formal; reconhecimento da identidade étnica; ter pai ou mãe biológicos com problemas com álcool ou outras substâncias; poder escolher o tipo de tratamento que receberá; estar desempregado; medo de perder o emprego; ter sido preso; problemas no trabalho e sentir-se à vontade para falar com um profissional de saúde.

Esta frase do estudo de Oppenheimer e cols. (1988) penso que resume o conhecimento que se tem atualmente sobre o assunto abordado nesta seção: a procura de tratamento parece ser uma “combinação de eventos disparadores e uma reavaliação subjetiva do *significado* destes eventos que precedem a procura de ajuda” (p.645, grifo meu). A profusão de fatores já estudados na literatura parecem, de fato, sugerir que se procure um aprofundamento destes *significados* (para o dependente) e não simplesmente que se continue a listagem das possíveis motivações.

Alguns dos fatores mencionados anteriormente configuram-se como pertencentes à relação clínico-paciente, outros são pressões ambientais, alguns são o contraponto direto da barreiras para um tratamento, e alguns são organizáveis em *modelos teóricos* explicativos de procura de assistência. Como tais, serão mais detidamente abordados nas seções seguintes.

1.3.3 Barreiras para procura de tratamento

Assim como estudar os motivos que os levam a procurar, importa também considerar as *barreiras*, ou seja, os fenômenos alegados pelos usuários e dependentes de substâncias psicoativas para não procurarem tratamento.

Barreiras para chegar a um tratamento podem ser de diversas ordens e, em países em desenvolvimento como o Brasil, provavelmente o maior fator limitante para a entrada de um maior número de indivíduos desta população específica (como de qualquer outra) no sistema de saúde se situa na própria precariedade, quantitativa e qualitativa, dos serviços oferecidos, sobretudo nas regiões mais pobres do país ou das cidades.

Entretanto, considere nesta revisão apenas as possíveis barreiras *subjetivas* mencionadas pelos pacientes ou pelos dependentes fora de qualquer tratamento. Mesmo que algumas barreiras apontadas se situem externamente a eles, ou seja, que se relacionem à precariedade no sistema de saúde e às características estruturais dos programas oferecidos ou ainda outros fatores ambientais, importou aqui abordá-las se foram *percebidas* pelos sujeitos. Assim, independentemente da eficácia objetiva do sistema e dos programas, importou conhecer como a eficácia é percebida pelos pacientes ou potenciais usuários.

Provavelmente uma parcela dos dependentes procura tratamento quase que imediatamente depois de perceberem seu problema e que poderiam se beneficiar com um atendimento (Cunningham e cols., 1993). A maioria, no entanto, adia a procura – temporária ou definitivamente – ou simplesmente não cogita a possibilidade de se tratar (Galduróz & Masur, 1990). Os estudos publicados até recentemente revelam a ocorrência de algumas barreiras envolvidas.

Considerar que o problema que vivem não é grave o suficiente para merecer tratamento é dos mais freqüentemente citados pelos dependentes (ou pelos usuários de substâncias psicoativas *ocultos* aos serviços de saúde) (Hingson e cols., 1982; Thom, 1986; Klingemann, 1991; Cunningham e cols., 1993). Há indícios de que a negação do problema pode ser mais freqüente em alguns grupos étnicos do que em outros: por exemplo, hispânicos norte-americanos aparentemente têm maior tendência para negar a gravidade do uso do que os negros e brancos que compuseram a amostra da pesquisa de Kline (1996).

Considerar que um tratamento seria algo sem relevância para mudar sua situação de vida, optando por tentar lidar com o problema sozinhos (Hingson e cols., 1982; Kline, 1996) ou de fato podendo ter mais recursos para fazê-lo (Rounsaville & Kleber, 1985), é também fator comumente citado.

Medo de ser estigmatizado por procurar tratamento para este tipo de problema também seria fator dos mais importantes. Cunningham e cols. (1993) encontraram que os sentimentos de vergonha e orgulho eram barreiras ao tratamento mais intensamente percebidas por aqueles que remitiram espontaneamente o uso abusivo de álcool (comparados com os que procuraram atendimento ambulatorial). No mesmo estudo, os alcoolistas que na ocasião bebiam, mas não procuraram tratamento, referiram mais freqüentemente medo de estigma social como fator para não fazê-lo. Tal fator pode ter maior relevância para as mulheres, preocupadas em não serem percebidas – ou se perceberem – como não correspondendo aos papéis de mãe e esposa (Thom, 1986; Copeland, 1997).

Outras barreiras mencionadas na literatura revisada³: não considerar eficaz um tratamento; não se considerar dependente porque não usa diariamente; não usar substâncias injetáveis e por isso não precisar de tratamento; achar que ninguém tem problemas semelhantes e que ficará sozinho; achar que os custos financeiros do tratamento são altos; dificuldade de compartilhar seus problemas; ignorar onde poderia procurar tratamento; medo de perder o emprego; medo de a família ser muito transtornada; achar que não se adaptará a regras rígidas que um tratamento viesse a exigir; achar que não se adapta aos modelos de tratamento que lhe são oferecidos, principalmente preocupação com a conotação religiosa de alguns; medo de *recair* e se envergonhar por isso; não querer abandonar o prazer de usar as substâncias; homens com medo de não corresponderem ao papel masculino socialmente esperado; o problema com a substância não ser seu principal problema e portanto não priorizá-lo; medo se ser forçado a se abster pelos que o tratarão; medo de fazer um teste sorológico para o HIV; não querer abrir mão dos ganhos advindos de pequenos tráficos das substâncias que usa; família que negaria a necessidade do

³ Os trabalhos consultados que mencionam estes outros fatores foram: Thom (1986), Rounsaville & Kleber (1985), Klingemann (1991), Brooke e cols. (1992), Cunningham e cols. (1993), Allen (1994), Kline (1996), Copeland (1997) e Grant (1997).

tratamento; considerar inadequada a localização geográfica dos serviços; medo de hospital ou de tratamento; não querer *perder tempo* e mulheres que temem represálias de seus companheiros também usuários. Depois de finalmente se decidirem por se tratar, alguns alegam barreiras mais práticas: o seguro-saúde não *cobrir* tratamento para dependência; listas de espera longas; falta de local para pequenas internações para *desintoxicação*; dificuldades de enfrentar a burocracia para admissão nos serviços; medo de não conseguir cumprir os horários; perceber que não consegue se abster de usar as substâncias enquanto esperam vaga em um hospital (política de alguns serviços que não *desintoxicam*); não ter quem cuide dos filhos e mulheres que não querem ser atendidas por profissionais homens ou juntamente com pacientes homens.

Alguns dos fatores apontados como barreiras são exatamente os motivos para que outras pessoas entrem em tratamento, como por exemplo o medo de perder o emprego. Portanto há que se considerar os contextos específicos, para cada potencial paciente, em que estas barreiras atuariam. A possível relação desses fenômenos percebidos como *barreiras* com os mecanismos de defesa psíquica de negação e racionalização, entre outros, acrescenta importância à observação do *contexto* em que aparecem. Mas não se pode considerar que tais barreiras sejam todas *fantasiadas* pelos potenciais pacientes, já que algumas delas encontram dados de realidade que as justificam como concretas e objetivas. Por exemplo, mesmo sem considerar as barreiras mais práticas (como o seguro-saúde não “cobrir” e a fila de espera), é sabido que esses pacientes realmente podem ter motivos para *temer o tratamento* ao se defrontarem, como pode ocorrer, com profissionais preconceituosos em relação ao seu problema de saúde (seção 1.3.5).

1.3.4 Coerções ambientais dirigidas para a procura de tratamento

Os clínicos se deparam cotidianamente com situações em que seus pacientes vêm à consulta *mandados* por sua família, pela empresa em que trabalham ou por autoridades judiciais; eventualmente são *mandados* por clínicos de outras especialidades que constatarem a urgência da interrupção do uso da substância em razão das conseqüências físicas graves que apresentam. São esses pacientes a que Bleger (1989) se referiu como os *psicopatas*

enviados para tratamento (comentei essa colocação na seção 1.3.1): não vêm por conta própria e não percebem possíveis benefícios da atenção especializada; percebem prioritariamente, ou apenas, a pressão externa que estão recebendo e agem, naquele momento, de acordo com essa pressão.

Que haja pressões para um tratamento é sempre esperado; mas, mesmo não existindo, os pacientes que chegam espontaneamente não percebem que os fatores determinantes de sua procura de assistência sejam somente internos. Ryan, Plant & O'Malley (1995) sugerem um modelo *de local percebido de causalidade* para diferentes comportamentos: que se imagine um *continuum* de situações onde, numa extremidade, estariam as pessoas que procuram ajuda por razões internamente situadas, ou seja, teriam como motivações fatores exclusivamente autodeterminados (seriam pessoas *intrinsecamente motivadas* para um tratamento). Na outra extremidade, estão as que procuram tratamento tentando satisfazer demandas alheias, isto é, são propelidos à ação de procurar tratamento por aquiescerem aos pedidos ou determinações de outras pessoas ou instituições; são *coagidas* a um tratamento.

Entre os dois extremos desse *continuum*, há dois outros grupos de pessoas. Algumas são motivadas *por identificação* com seu ambiente: endossam, como seus, valores e motivações de outras pessoas sobre a necessidade ou conveniência de se tratarem. Outras, menos internamente motivadas, mas não *coagidas*, procurariam tratamento para manter a aprovação das pessoas próximas (evitando sentimentos de culpa ou angústia por não corresponderem ao que delas se esperaria).

Quanto mais clara é a percepção do problema da dependência, mais intrinsecamente motivados estariam os pacientes para um tratamento (Ryan e cols., 1995) e, como se viu em seção anterior (1.3.2), a percepção da gravidade é um dos fatores mais fortemente determinantes da procura de tratamento. Logo, quanto mais intrinsecamente motivados, mais facilmente as pessoas procurariam tratamento, eventualmente o fazendo mesmo antes de sofrerem as conseqüências mais dramáticas de um quadro de dependência (Klingemann, 1991). Há igualmente evidências de que maiores seriam as chances de os objetivos terapêuticos serem alcançados ou, no mínimo, de maior retenção e engajamento no programa de tratamento (Ryan e cols., 1995).

O que leva a uma maior ou menor motivação interna são fatores complexos da dinâmica psíquica, mas que certamente se relacionam com a vivência dos benefícios primários e secundários dos sintomas de dependência e sua influência sobre suas *economias psíquicas*. Para melhor compreensão da origem desses processos motivacionais são necessárias, creio, pesquisas com metodologia adequada para apreender os diferentes *significados* que os sujeitos atribuem às pressões e coerções que sofrem e entender os processos de identificação e introjeção em jogo nesses momentos.

A discussão sobre a coerção e sua influência sobre a maneira como essas pessoas chegam ao tratamento é complexa também por outro motivo: a alta frequência com que ocorre a *mediação social* da procura de tratamento. O dia-a-dia clínico sugere que a mediação social (por um familiar ou por uma empresa, por exemplo) é mais freqüente do que a não mediação. Danis e cols. (1997) encontraram em sua amostra apenas 5% de pacientes exclusivamente *automotivados*, ao passo que 52% de seus pacientes receberam, antes de chegarem ao seu serviço, ao menos um ultimato, ou seja, uma ameaça de ruptura definitiva com valores ou vínculos sociais elementares (serem presos, se separarem do cônjuge, serem despedidos do emprego etc.). Marlowe e cols. (1996) verificaram que 58% de sua amostra ambulatorial de dependentes de cocaína tiveram sua procura de tratamento mediada socialmente e salientam que as pressões judiciais (*a priori* mais fortes) exerceram substancialmente *menos* influência que as outras pressões sociais.

Entretanto, nesses trabalhos, a procura não foi apenas mediada socialmente, mas associaram-se a motivações internas (por exemplo, sentimentos desagradáveis ou o desejo de “melhorar” como pessoas). Assim, dada a alta frequência com que ocorrem essas pressões, é difícil aferir a influência ponderal desses fatores em relação às concomitantes motivações internas que esses pacientes vivenciam, sugerindo como necessárias pesquisas qualitativas que investiguem a dinâmica deste processo.

1.3.5 Relação clínico–paciente e a procura de tratamento

Na procura de tratamento efetivada há no mínimo dois elementos a serem considerados: o que procura e o que é procurado. O paciente que chega a um tratamento traz consigo um conjunto de representações e expectativas sobre suas necessidades e sobre

o tipo de atendimento que receberá – provavelmente, tendo-o desenvolvido ao longo do processo motivacional até chegar ao atendimento. Algumas perguntas que o paciente deve se fazer são as que alguns pesquisadores também se fazem: qual a postura desses profissionais diante da população que o procura? O que pensam esses profissionais sobre esses pacientes? O que os profissionais esperam desse encontro?

Não entrarei em considerações acerca da *produção social da doença* ou das dependências de substâncias psicoativas como emergentes sociais e, sob esse prisma, situar a visão dos profissionais de saúde. Sobre tal assunto, Kalina & Kovadloff (1988b) afirmam que “na decisão e no desejo de curar o insano há também (...) muito de vingança por parte daqueles que, no binômio médico-paciente, assumem o papel dos representantes da saúde” (p.21), referindo-se à conduta entendida como repressora dirigida aos dependentes de substâncias psicoativas. O dependente, para esses autores, assim como o psicótico, seria como um arauto de uma inconsistência egóica negada pela sociedade de consumo. Essa discussão, que não desenvolvo aqui, diz respeito ao que significaria para a sociedade haver quem *trate* dos dependentes de substâncias psicoativas, não necessariamente com eficácia objetiva, mas reprimindo um *sintoma social*.

Embora consciente que a relação profissional de saúde–dependente de substâncias psicoativas não se esgota na vinculação terapêutica existente entre ambos, sendo possíveis outras maneiras de analisá-la, considero-a aqui isoladamente. À medida que me interesso pelo fenômeno de aproximação da pessoa do dependente de substâncias psicoativas com esses profissionais, desejo entender quem esse dependente irá provavelmente encontrar, de que maneira será recebido, independentemente de como se produziu socialmente esse encontro.

Encontraram-se poucos textos sobre *contratransferência* relacionada ao tratamento de dependentes de substâncias psicoativas, porque de fato pouco parece ter sido escrito a este respeito; considerações sobre tal tema encontram-se diluídas em textos menos específicos. De qualquer maneira, não há voz dissonante quanto às dificuldades aparentemente sentidas pelos profissionais de saúde no lidar com pacientes dependentes de substâncias psicoativas (*inclusive* pelos que se dedicam a essa área especificamente).

Entre os médicos não psiquiatras entrevistados por Botega (1989) numa pesquisa qualitativa, os alcoolistas são por eles citados, entre outros pacientes com diagnósticos

psiquiátricos, como “problemáticos, trazendo dificuldades para a relação médico-paciente”, um de seus entrevistados referindo revoltar-se e não suportá-los, mantendo “uma distância” (p.122).

Tal postura deve refletir as angústias dos profissionais diante de sua impotência com pacientes “difíceis”, com problemas de saúde graves ou de abordagem técnica mais complexa. Parece-me que refletem também as dificuldades com pacientes que não colaborariam com o tratamento ou que sequer sintam necessidade dele. Nesse sentido, existem evidências empíricas de que os profissionais de saúde consideram mais “amáveis e agradáveis de se trabalhar” os alcoolistas que se mostram *mais desesperançados* (O’Leary, Speltz & Walker, 1980, p.784). Isso talvez mostre que os clínicos esperam de seus pacientes uma correspondência com desejo que têm de tratar, esperando mais passividade e dependência (que, portanto, *aceitem o desejo de tratar* que seu médico tem). Segundo os autores, os clínicos tenderiam a rechaçar os pacientes que são mais *confiantes*, talvez percebidos como racionalizando ou negando mais seus problemas de saúde.

No texto de Kalina & Kovadloff (1988b) anteriormente citado, referem-se ao “medo” do profissional frente à psicose e aos comportamentos relacionados, como a adição a drogas; não à *psicose* do outro, mas à possível proximidade de suas próprias angústias *psicóticas*. Acredito que as dificuldades em se defrontar com situações envolvendo dependentes de substâncias psicoativas também decorrem desse medo além da possível *inveja* de alguns de seus padrões comportamentais (Mackinnon & Michels, 1981), pela facilidade que aparentemente teriam em se *satisfazer* e por viverem ao largo de algumas sanções legais e sociais (mas que são *aceitas* pelos profissionais).

Entretanto, penso que mais instigante que os problemas na relação clínico-paciente enfrentados *pelos que se afastam* dessa população sejam os problemas enfrentados pelos profissionais *que se dispõem* a lidar com ela.

Profissionais de saúde mental podem não se interrogar a respeito de como se processam suas relações com seus pacientes e pressupor que problemas dessa natureza se restrinjam a clínicos sem formação específica. Não se lê a respeito das dificuldades da relação psiquiatra-paciente, por exemplo, sob a luz da abordagem balintiana ou, no Brasil, de Danilo Perestrello (Balint, 1975; Perestrello, 1996). Talvez por serem introduzidos a conceitos que facilitam a compreensão de como se dá essa relação, como os conceitos

psicanalíticos de transferência e contratransferência, esses profissionais automaticamente se sentem *imunizados* contra estes fenômenos e, embora racionalmente conscientes das possibilidades de ocorrerem, não se sentem alvos preferenciais de problemas na relação clínico-paciente. No entanto não é escopo deste trabalho abordar esta questão; está sendo lembrada apenas para que se introduza o problema específico da relação *paciente – clínico de dependentes de substâncias psicoativas* (em geral, especializado em área da saúde mental).

Essa relação ainda requer estudos aprofundados devido à natureza peculiar de como historicamente se procederam os afastamentos e aproximações dos clínicos, nomeadamente dos médicos, em relação aos dependentes. Apenas com intuito ilustrativo, menciono que essa relação parece ter seguido um caminho inverso da que seguiu o restante da psiquiatria. No final do século XIX os atuais pacientes-objetos de estudo da psiquiatria deixam de ser alvo de atenção *terapêutica* eminentemente não médica e passam a ser alvo da atenção da moderna psiquiatria que então se instituiu como ciência. Por outro lado, associando-se temporalmente às sanções legais quanto ao comércio e uso que substâncias como álcool, cocaína e morfina passaram a sofrer a partir do início do século XX, os dependentes dessas substâncias passam a ser alvo sobretudo de iniciativas terapêuticas não médicas, como os Alcoólicos Anônimos – irmandade fundada na década de 1930.

Mas, antes, uma atenção eminentemente médica aos problemas de saúde relacionados à morfina, álcool e cocaína era observada no final do século XIX. Por exemplo, buscava-se uma abordagem farmacológica para tratamento dos respectivos *vícios*: depois de isolada, a cocaína foi advogada como um recurso terapêutico no manejo desses quadros por Freud (1989a), entre outros. Em 1886 o neuropsiquiatra alemão Freidrich Erlenmeyer descreve os primeiros casos de dependência de cocaína, passando a polemizar com os que recomendavam seu uso para diferentes quadros clínicos (Grispoon & Bakalar, 1976; Bernfeld, 1989).

Continuando a título ilustrativo, a polêmica envolvendo Freud e Erlenmeyer no final do século XIX é exemplar de como *postura científica* e senso comum se interpõem facilmente neste campo. Freud procurava argumentar cientificamente, embora também viesado por seu entusiasmo pelas propriedades terapêuticas da cocaína verificadas em si mesmo e em pacientes seus (Freud, 1989a e 1989b; Bernfeld, 1989). Por outro lado,

Erlenmeyer argumentava de maneira moralista, dando uma conotação “melodramática” ao debate (Grispoon & Bakalar, 1976), tendo chegado às suas conclusões a partir de experimentos com aparentes falhas metodológicas já apontadas na época por seus adversários (Bernfeld, 1989).

Nos E.U.A., devido às fortes sanções legais ao comércio de substâncias como as citadas, nomeadamente da morfina, muitos médicos foram processados e inclusive presos por infringirem a lei. O próprio tráfico ilegal desse tipo de substância começa exatamente de fora para dentro dos *hospitais* onde os doentes estavam internados (Ritson & Chick, 1988).

Portanto dois importantes fenômenos relacionados aos objetivos dessa presente pesquisa emergiram nas primeiras décadas do século XX: o mito que relaciona *dependência* com atos ilegais (tráfico, por exemplo) e o relativo afastamento dos profissionais médicos desta população, coagidos que foram a não tratarem por serem proibidos de utilizarem os recursos disponíveis na época.

Verificam-se atualmente possíveis reflexos desses acontecimentos, sendo o paciente dependente e seu tratamento ainda alvos de preconceitos que vêm progressivamente sendo desfeitos com as pesquisas científicas. Cito dois preconceitos. O primeiro, comumente verificado, de que o alcoolista *mente* com frequência para seus clínicos com relação a seus hábitos de ingestão alcoólica, tendo um trabalho brasileiro trazido evidências preliminares contrárias a essa suposição (Galduróz, Andreatini & Rieck, 1992). O segundo é de que os dependentes não se preocupariam em se engajar em um processo psicoterapêutico (Nir & Cuttler, 1978). Rogalski (1990) encontrou indícios exatamente contrários. O que talvez aconteça é que a maneira como os dependentes se relacionam com seu ambiente necessita de um olhar menos baseado em axiomas para ser mais bem compreendido.

No Brasil, especificamente, parece existir – pelo menos até recentemente foi assim e não creio haver motivos suficientes para imaginar que a situação tenha mudado – uma postura sistemática de rechaço dos profissionais de saúde frente ao problema do alcoolismo e aos pacientes alcoolistas. Unis e cols. (1987), por exemplo, não evidenciaram mudanças significativas da compreensão do alcoolismo pelos alunos de um curso de medicina gaúcho, ao longo dos seis anos de graduação; de onde infiro que a formação médica não contribuiu para que essas mudanças acontecessem e que a postura dos formandos no final do curso se

mantinha aproximadamente a mesma. Os autores pensam que os dados “demonstram despreparo, desconhecimento e preconceito dos profissionais de saúde, incluindo professores, em lidar com a doença” (p.302). Por sua vez, alunas de graduação de enfermagem de uma universidade paulista, estudadas por Merlos (1985), revelaram rejeição pelos pacientes alcoolistas mais freqüentemente do que por outros pacientes psiquiátricos, tendo também concluído o autor que idéias preconceituosas permanecem no formando em relação ao alcoolismo. A pesquisa qualitativa de Botega (1989) com médicos em uma universidade paulista aponta no mesmo sentido, como referido anteriormente.

Interessante observar que comumente os alcoolistas procuram um clínico para um problema situado na esfera psiquiátrica, mas não discutem com ele sobre seu problema com o álcool, embora tenham consciência dele (Helzer & Pryzbeck, 1988). Na outra ponta, muitos alcoolistas são vistos por clínicos mas não são *perguntados* sobre seu hábito de beber, como mostraram Hingson e cols. (1982), que assim concluem seu artigo:

Pesquisas sobre o porquê de alguns médicos desejarem explorar e discutir o hábito de beber de seus pacientes, embora muitos não o desejem, possibilitaria alguns insights a respeito daquilo que parece ser uma falha de uma parte da profissão médica em ajudar pessoas cujos hábitos de beber podem estar contribuindo para elevada morbidade e mortalidade. (p.287)

Nesse sentido, na revisão empreendida por Miller (1985), pontuou-se a importância de se considerarem as características específicas dos terapeutas e de suas intervenções durante as entrevistas como fatores que influenciam a *manutenção da motivação* desses pacientes em permanecerem em tratamento. Adicionalmente, as características dos terapeutas influenciam também outros futuros comportamentos do paciente em relação ao seu tratamento (Thom e cols., 1992).

Tal influência, que soa óbvia, tem potencialmente conseqüências negativas para os pacientes, à medida que as intervenções dos profissionais de saúde são determinadas muitas vezes pelos estereótipos que fazem sobre a população de dependentes. Exemplificando nesse sentido, Hanna (1991) mostrou que, para sua amostra de médicos e pacientes, o fato de um paciente se auto-intitular alcoolista é, por si só, suficiente para criar um “cenário

negativo” para a entrevista; *isso ocorrendo mesmo com os profissionais treinados no atendimento a essa população*. Por “cenário negativo” a autora se refere a uma condução enviesada de uma primeira entrevista, sendo acentuados mais os aspectos diretamente relacionados ao álcool e menos os aspectos psicológicos dos pacientes, indo contrariamente aos próprios desejos e expectativas destes pacientes antes das entrevistas.

O profissional de saúde que o paciente encontra é, por conseguinte, tanto quanto o próprio paciente, alguém também sujeito a expectativas, às vezes preconceituosas, sobre a maneira como esse encontro se dará. Ele poderá até mesmo apresentar um comportamento que se assemelha ao do seu paciente dependente de substâncias psicoativas. Ironicamente, mas de maneira fundamentada, observou Bell (1992) que existe uma *síndrome de dependência de tratar dependentes*. Chamou a atenção para o fato de que, para muitos clínicos e pesquisadores, o tratamento ou a pesquisa nessa área tornam-se “um fim em si mesmos, deslocando a preocupação com o bem-estar dos clientes ou a curiosidade genuína sobre como melhor ajudá-los” (p.1049); utilizariam técnicas estereotipadas de tratamento ou abordariam *cientificamente* o problema sem levarem em conta o objeto polissêmico de estudo a que se dirigem. Exemplificando esta “síndrome”, mostrei, em pesquisa anterior, como em Campinas-SP, até 1991, os serviços de atendimento públicos e filantrópicos mostravam-se *estereotipados*, quase todos utilizando técnicas e conceitos baseados no Programa dos 12 Passos e recusando assistência à população com comorbidade psiquiátrica (Fontanella, 1991).

Finalizando esta seção, comento algumas hipóteses levantadas na literatura acerca das expectativas imediatas que os dependentes têm ao recorrer a um profissional. O melhor conhecimento sobre essas expectativas imediatas é importante porque, provavelmente, uma vez que sejam correspondidas, o processo motivacional para um tratamento se mantenha atuante no sentido de aumentar a retenção dos pacientes ao tratamento (Miller, 1985).

(Obviamente que um programa de atendimento não tentaria simplesmente procurar *satisfazer* as expectativas dos pacientes. Pode acontecer que um “bom” profissional ou uma “boa” instituição de tratamento, para um paciente, signifique *bom para ser manipulado* (Rohrer, Thomas & Yassenchak, 1992), vindo ao encontro mais do reforço dos benefícios secundários do que de sua motivação para mudanças.)

Os dados encontrados na literatura mostram que as expectativas sobre um *bom* profissional varia de acordo com algumas variáveis clínicas e demográficas dos pacientes (Rohrer e cols., 1992; Thom e cols., 1992), embora menos com relação ao tipo de substância usada (Rohrer e cols., 1992). Juntamente com Verinis (1993), esses autores encontraram em suas amostras expectativas que penso poderem ser qualificadas como *paternalistas*: os dependentes esperariam um comportamento ativo do profissional, de preferência internando ou os medicando na primeira entrevista, ao mesmo tempo em que deveriam os profissionais mostrar capacidade de ouvir seus problemas (Verinis, 1993), de serem compreensivos, preocupados, cuidadosos e experientes (Rohrer e cols., 1992), ou esperando que uma intervenção eficaz sobre um quadro mais grave de dependência viesse de um *especialista* e não de um clínico-geral (Thom e cols., 1992).

Esta presente pesquisa acrescentará novos elementos na compreensão dessas expectativas dos pacientes dependentes de substâncias psicoativas, como tento mostrar na discussão dos resultados e correspondendo a um dos objetivos específicos (v. capítulos segundo e quarto).

1.3.6 Remissões espontâneas dos quadros de dependência

Há indícios na literatura médica, desde há muito tempo, de que existem remissões espontâneas dos quadros hoje denominados de dependência de substâncias psicoativas. Sobell e cols., 1993, referem-se a relatos do início do século XIX.

Trata-se de uma das facetas mais importantes das pesquisas sobre esse problema clínico devido a estes seguintes fatores: a) o fenômeno da remissão espontânea contrapõe-se à idéia aparentemente hegemônica entre os leigos, e talvez entre os profissionais de saúde, que a dependência é uma condição progressiva e incurável (N.A., 1998), o que traz a noção de *irreversibilidade* da situação de dependência, uma vez instalada; b) o fenômeno da remissão espontânea traz à discussão uma subpopulação de dependentes, ou ex-dependentes, que permanece oculta aos serviços de saúde, o que ajuda a se ter uma compreensão menos enviesada desses quadros clínicos – minimizando o viés de seleção; c) o estudo dessa subpopulação pode contribuir para o incremento de estratégias de atuação

em saúde pública sobre aqueles que não remitem espontaneamente; d) contesta o entendimento de que, necessariamente, o melhor caminho para a abordagem do problema das dependências passa pelo oferecimento de *mais* serviços de tratamento, à medida que o fenômeno sugere que a adequação dos serviços à população de dependentes pode decorrer também do oferecimento de alternativas *qualitativamente* diferenciadas.

Existem evidências de que as remissões espontâneas *são as mais freqüentes*, isto é, de todos os indivíduos que interrompem o quadro de dependência (via abstinência total ou via uso controlado), a maioria parece fazê-lo sem interferência de qualquer tipo de tratamento (Sobell e cols., 1993; Grant, 1997; Cunningham, 1999).

As pesquisas nessa área se dirigem sobre os seguintes temas: se, de fato, uma remissão *espontânea* é possível ou não (ou se *espontâneo* é um eufemismo que encobriria a ignorância sobre o tema, como sugere Mulford, 1984); qual a freqüência com que ocorre esse tipo de remissão nas diferentes subpopulações de dependentes e quais seriam os fatores envolvidos nesse processo.

A primeira questão é de natureza mais teórico-filosófica do que clínica. Entendo como *espontânea* a remissão não relacionada com intervenções diretamente voltadas para esse objetivo. A segunda pergunta não tem repostas precisas e se estima que a taxa de remissão espontânea em relação à remissão via tratamento situe-se entre 3:1 e 10:1 (Strack e cols., 1989; Sobell e cols., 1993; Solís & Medina-Mora, 1994; Grant, 1997; Cunningham, 1999).

Para os interesses desta presente pesquisa, importa sobretudo abordar a terceira questão (quais seriam os fatores envolvidos) e mencionar as hipóteses que a literatura aponta para explicar tais remissões espontâneas e em que medida elas se aproximam ou não dos fatores que tentam explicar a busca de tratamento por aqueles que não remitiram seu problema espontaneamente.

Sobell e cols. (1993) não encontraram diferenças significativas quanto à severidade objetiva dos padrões de uso de álcool quando compararam pessoas que tiveram remissão espontânea com pessoas que não tiveram. Também quanto aos eventos de vida no ano anterior, não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. No entanto, ao procederem a uma análise qualitativa de conteúdo sobre as entrevistas gravadas que realizaram, perceberam que geralmente os que interromperam o padrão de

dependência o fizeram depois de empreenderem o que denominaram uma *avaliação cognitiva* dos custos e benefícios do beber como bebiam (a pesquisa se restringiu a pessoas com problemas com álcool). Essa avaliação aconteceu durante um período de tempo prolongado antes da tomada de decisão pela mudança de comportamento. A amostra considerou como fatores importantes na manutenção de sua resolução o suporte conjugal e de amigos, o *autocontrole* e a *força de vontade*, as melhoras na saúde física e na vida social e de lazer. Sobell e cols. (1993) oferecem, portanto, como um dos resultados mais importantes de seu estudo, uma categoria descritiva denominada *avaliação cognitiva* e sugerem estudos prospectivos para um entendimento de como se dá esse complexo processo de mudanças de crenças, concepções e percepções do problema relacionado ao álcool entre aqueles que espontaneamente interromperam o uso abusivo de álcool.

Um outro estudo que associa metodologias qualitativa e quantitativa é o de Klingemann (1991), que estudou ex-dependentes de álcool e heroína que remeteram espontaneamente. Conclui que existe uma ampla variedade de motivações que escapam da suposição de que é preciso atingir o *fundo de poço* para que haja uma prontidão para mudanças. Evidenciou uma subpopulação que identifica a necessidade de promover mudanças antes de as perdas serem percebidas como dramáticas; mostrou também que eventos positivos (a maioria sociais) também *motivam* e, finalmente, não se encontraram diferenças significativas entre alcoolistas e heroinômanos quanto às principais variáveis.

No Brasil, Galduróz & Masur (1990) entrevistaram 59 pessoas que tiveram um problema anterior diagnosticável como dependência de substâncias psicoativas e passaram a não mais utilizá-las ou a usá-las controladamente. Os autores consideraram seu principal achado o fato de a *minoria* considerar que tratamentos (formais ou informais) lhes tenham sido úteis (cerca de 12%), tendo alguns entrevistados até mesmo se surpreendido com a pergunta, pois jamais haviam cogitado recorrer a um tratamento.

1.3.7 Dois modelos explicativos do processo de procura de tratamento

Na literatura médica e psicológica já se encontram alguns modelos teóricos que procuram explicar o processo que leva as pessoas a procurarem tratamento, modelos

aplicáveis especificamente sobre os dependentes de substâncias psicoativas. Considero dois modelos nesta revisão: o *transteórico* de Prochaska & DiClemente (1983) e o *das crenças em saúde*, elaborado na década de 1950 e sistematizado em trabalhos como os de Rosentock (1966), Cummings, Jette & Rosentock (1978) e Janz & Becker (1984). Os dois modelos foram desenvolvidos nessas últimas décadas e sustentados por pesquisas empíricas.

Na literatura da área das dependências de substâncias psicoativas, o mais mencionado é o *modelo transteórico* elaborado por James Prochaska e Carlo DiClemente na década de 1980. Recebeu esse nome porque foi desenvolvido a partir do estudo dos principais sistemas teóricos psicoterápicos vigentes no final da década de 1970. A idéia inicial do autor, Prochaska,⁴ era obter a interseção dos conjuntos de conhecimentos e técnicas dessas linhas de psicoterapia naquilo que dissesse respeito aos *processos de mudança de comportamento* vividos pelas pessoas. Embora as teorias psicanalítica e comportamental tivessem sido incluídas entre as estudadas, o caráter que o modelo transteórico adquiriu é fundamentalmente baseado na psicologia cognitiva, apoiando-se apenas secundariamente em conceitos psicanalíticos (quando o modelo se refere à *tomada de consciência*, por exemplo, refere-se a tornar consciente algo que estaria inconsciente). No início da década de 1980, seu trabalho se associa ao de DiClemente (Prochaska & DiClemente, 1983), quando estudaram o comportamento de fumantes que mudaram seu comportamento por si sós, comparando-os com os que estavam em tratamento. As pessoas pesquisadas estariam se valendo de diferentes processos em momentos diferentes de sua relação com a dependência dos cigarros; postularam e delinearam, então, os estágios de mudança pelos quais as pessoas com comportamentos *problemáticos* passariam.

O modelo afirma fundamentalmente que o processo relacionado a uma mudança de comportamento contém os seguintes estágios: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção.

No estágio de *pré-contemplação* a pessoa não vislumbra a necessidade de mudar de comportamento e não percebe em sua situação elementos que o façam se preocupar com

⁴ Prochaska, J.O. *Systems of Psychotherapy: a Transtheoretical Analysis*. Pacific, CA, Brooks-Cole, 1979. (Livro não consultado; informações presentes no *site* da internet <URL: http://www.med.usf.edu/~kmbrown/Stages_of_Change_Overview.htm>).

essa possibilidade; na prática, estariam nesse estágio os que não planejam mudanças de comportamento nos próximos seis meses. No estágio seguinte, de *contemplação*, emergiriam à consciência indícios de que a situação vivida se beneficiaria com uma mudança de comportamento e se contempla essa mudança nos próximos seis meses. No estágio de *preparação*, a pessoa toma algumas providências em relação à mudança que pretende imprimir nas próximas semanas. No estágio de *ação*, comportamentos concretos, envolvendo ou não a procura de um clínico ou de um *tratamento*, são tomados. No estágio de *manutenção* são considerados aqueles que mantiveram por pelo menos seis meses a mudança de comportamento que se propuseram realizar.

Segundo o modelo, as pessoas que efetivam a procura de tratamento estão no estágio de *ação* (embora os que tomem medidas por si sós também possam estejam nessa fase). Colocando nestes termos a formulação do problema investigado nesta presente pesquisa, procuro estudar o que se passa com as pessoas durante a passagem do estágio de *contemplação* para uma *ação* que leve em conta uma intervenção de um profissional de saúde. Procuro entender como vivenciam os fenômenos que os levam a *contemplar* um tratamento, como se *preparam* para ele, como antecipam o que se passará no estágio de *ação*.

O *modelo de crenças em saúde* é um modelo teórico psicossocial que também se apóia, fundamentalmente, nas concepções da psicologia cognitiva. Visa a compreender porque as pessoas se engajam ou não em várias ações relacionadas com a saúde (Janz & Becker, 1984), tentando o modelo, por exemplo, explicar e prever a aceitação de um tratamento. Os componentes básicos do modelo derivam da aceitação de que um comportamento depende do valor que se dá a um *objetivo* (desejo de evitar ou minimizar uma doença, por exemplo, o que é chamado no modelo de *prontidão para ação*) e da *estimativa* que faz com que determinadas ações o atingirão (se conseguirá ou não evitá-la ou minimizá-la, por exemplo recorrendo a um tratamento).

O modelo de crenças em saúde avalia a *percepção* (dos potenciais usuários dos serviços de tratamento) dos seguintes cinco aspectos da questão saúde/doença: *susceptibilidade* individual que percebem ter, a *gravidade* da situação considerada, os *benefícios* e *custos* que uma ação preventiva ou terapêutica promoveria e os *desencadeantes circunstanciais* das ações.

Tais aspectos foram estudados quanto a vários problemas de saúde. Nas dependências de substâncias psicoativas, Hingson e cols. (1982) e Bardsley & Beckman (1988) estudaram a utilização de serviços de tratamento por alcoolistas. Duas dimensões do modelo diferenciaram os que procuraram tratamento daqueles que não o fizeram: a *percepção da gravidade* (nos dois estudos) e os *desencadeantes circunstanciais* (no segundo) (maior ocorrência na subamostra em tratamento). Os resultados implicariam fomentar tal percepção entre alcoolistas que não estão em tratamento específico.

Colocando nos termos do *modelo das crenças em saúde* o problema que pesquiso, procuro entender a percepção dos que procuraram tratamento quanto à *gravidade* do problema de saúde que pensam ter, qual a *susceptibilidade* avaliada de piorarem ou se manterem como estavam caso não tivessem procurado tratamento, quais os *benefícios* que imaginaram ter com a procura, os *custos* do tratamento (barreiras) e as situações *desencadeantes* da procura.

Nesses termos, algumas dimensões do *modelo servir-me-ão* como pré-categorias na organização dos resultados (capítulo quarto).

1.4 PRESSUPOSTOS

O problema formulado nesta pesquisa (seção 1.2) pressupõe que os dependentes de substâncias psicoativas possam identificar (ou se expressarem de maneira a ser possível que um pesquisador infira) fatores que os levariam a procurar tratamento formal. Pressuponho igualmente que a esses fatores atribuam significados pessoais relacionados à necessidade e à conveniência da busca de um tratamento formal. Sendo esta uma pesquisa exploratória, não formulo hipóteses que respondam provisoriamente *quais são* os fatores (alguns deles já levantados pela literatura); ademais, o problema formulado *não requer* uma aferição objetiva da relação entre as variáveis envolvidas (os fatores e a procura de tratamento) (nem mesmo a aferição da existência *objetiva* destes fatores), mas sim a compreensão de como os próprios dependentes percebem essa relação.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral é conhecer o processo de natureza psíquica e fatores de ordem sociofamiliar envolvidos na procura de tratamento formal por dependentes de substâncias psicoativas (e assim percebidos ou vivenciados por eles) a partir de uma amostra que efetivou esta procura.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Primeiro, **conhecer as motivações e barreiras** referidas pelos componentes da amostra para a procura de assistência formal que efetivaram.

Segundo, **inferir as motivações e barreiras** a partir do conteúdo verbalizado pelos componentes da amostra mas não referidos por eles.

Terceiro, **entender as relações de significado que estabelecem** entre suas características de vida (em sua extensão psíquica e sociofamiliar) e a procura de tratamento.

Quarto, **compreender como a procura por tratamento formal teria sido influenciada** pelas concepções que os componentes da amostra têm sobre os clínicos que os atenderiam.

Quinto, **inferir, a partir do alcance desses objetivos específicos, possíveis maneiras de fomentar** a procura de tratamento por essa população.

3. MÉTODO CLÍNICO-QUALITATIVO E PROCEDIMENTOS

O *objeto de estudo* desta pesquisa (dependentes de substâncias psicoativas em sua procura por tratamento formal) é um conjunto de fenômenos altamente polissêmico. Lidei com pessoas que viviam uma situação definível apenas com o auxílio de um instrumental teórico que pudesse levar em conta os três vértices contidos na expressão “biopsicossocial”. Não creio que se possa entender a situação de dependência de substâncias psicoativas apenas sob um desses vértices porque, deste modo, o fenômeno não seria reconhecido. A própria caracterização diagnóstica dos quadros de dependência de substâncias psicoativas sugere a atenção para fenômenos situados nessas três esferas. Por exemplo, a CID-10 (OMS, 1993, p.74-75) menciona como algumas das diretrizes diagnósticas: a “compulsão” – fenômeno situado na interface do biológico e do psicológico; a “evidência de tolerância” – na esfera do biológico; o “abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos” – algo na interface do social e do psicológico.

Pode-se argumentar que é possível delimitar com mais precisão o conjunto de fenômenos que constitui meu objeto de estudo (dependência de substâncias psicoativas e procura de tratamento formal) a partir de alguns parâmetros clínicos ou demográficos (por exemplo, caso abordasse apenas dependentes de uma substância específica ou pessoas de uma determinada faixa etária ou sexo). Mas esse subconjunto de dependentes guardaria a

polissemia mencionada no parágrafo anterior e o objeto de estudo, mais delimitado, *ainda* seria *o encontro de um produto, de uma personalidade e de um momento sociocultural*, parafraseando Olievenstein (1988). Ademais, caráter exploratório de uma pesquisa como esta se beneficia com uma amostra heterogênea, pois ela reflete a variedade de comportamentos do universo populacional, contribuindo para que os objetivos sejam alcançados.

Reflexo do fato de uma subamostra configurada a partir de algumas variáveis guardar complexidade na prática tão grande quanto o próprio universo do qual é obtida penso ser a homogeneidade dos critérios diagnósticos para dependência de substâncias psicoativas encontradas nas classificações nosográficas dos últimos vinte anos. Isto se verifica desde que Edwards & Gross (1976) publicaram seu artigo descrevendo a síndrome de dependência de álcool. A partir daí não se duvida que os clínicos e pesquisadores falem do mesmo "objeto de estudo", ou seja, de que exista a *validade conceitual e operacional* da condição atualmente denominada a dependência substâncias psicoativas. Esses tipos de validade independem de variáveis bio e sociodemográficas (quem é dependente) e clínicas (tipo de substância, tempo de dependência, comorbidade etc.) que estejam presentes: os critérios são os mesmos (ou aproximadamente os mesmos, quando não se trata de substância que cause tolerância ou se relacione à síndrome de abstinência).⁵ Meu objeto de estudo é, portanto, inequivocamente complexo e polissêmico – mas é facilmente reconhecível clinicamente, apesar da heterogeneidade e polimorfismo clínicos encontrados na população de usuários.

A pergunta que faço, então, é: qual método de pesquisa melhor se adequaria a este peculiar objeto de estudo e às questões que, a seu respeito, objetivei estudar?

O Quadro 1 menciona o que foi realizado; o restante do texto fundamenta e explica método empregado.

⁵ Se a validade conceitual e operacional do diagnóstico de síndrome de dependência é observado, na mesma medida o mesmo não acontece com o diagnóstico de abuso de substâncias psicoativas (*harmful use*), como verificaram Pull e cols. (1997) e Cottler e cols. (1997) ao estudarem três instrumentos diagnósticos padronizados utilizando os critérios do DSM-IV e da CID-10.

QUADRO 1 – Resumo dos recursos metodológicos empregados

MÉTODO

<i>Denominação</i>	Clínico-qualitativo
<i>Abordagem geral</i>	Pesquisa sintética
<i>Modelo</i>	Estudo não comparativo de casos múltiplos

CAMPO DE OBSERVAÇÃO

<i>População</i>	Pessoas com síndrome de dependência de substância(s) psicoativa(s)
<i>Tamanho da amostra</i>	13 pessoas
<i>Seleção da amostra</i>	Intencional, obtida por saturação e variedade de tipos
<i>Instrumento de coleta de dados</i>	Entrevista semidirigida com perguntas abertas

TRATAMENTO DOS DADOS

<i>Corpus</i>	13 transcrições do áudio das entrevistas (Anexo 1)
<i>Técnicas de tratamento de dados</i>	Categorização e análise qualitativa de conteúdo

ESTRATÉGIAS DE MAXIMIZAÇÃO DA VALIDADE

<i>Das entrevistas:</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Garantia de boas condições de expressão - <i>Rapport</i> entrevistador-entrevistado - "pesquisador-como-instrumento"
<i>Da análise de conteúdo:</i>	<ul style="list-style-type: none"> -- triangulação de analistas de dados - triangulação teórica - exemplificação e uso das teorias - auditoria

ESTRATÉGIAS DE MAXIMIZAÇÃO DA CONFIABILIDADE

<i>Das entrevistas:</i>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>setting</i> estável - proposição de mesmos tema e subtemas
<i>Da análise de conteúdo:</i>	<ul style="list-style-type: none"> - transcrição integral das entrevistas disponível - informações sobre contexto - procura de falseamento de hipóteses - explicitação dos pressupostos teóricos

3.1 MÉTODO CLÍNICO-QUALITATIVO

3.1.1 Sobre o método

O caminho a ser seguido em qualquer pesquisa é o pesquisador quem estabelece, adaptando-o à natureza de seu empreendimento – no dizer de Contandriopoulos e cols. (1994), “a arte de um pesquisador se manifesta realmente na escolha de sua estratégia de pesquisa e na adaptação de um modelo a uma situação específica” (p.43). Antes de discutir os detalhes técnicos do método denominado clínico-qualitativo, recentemente caracterizado por Turato (2000a), procuro justificar a escolha nestes parágrafos seguintes.

Optei por um método que, além dos objetivos da pesquisa, considerasse também minha experiência clínica e proporcionasse um bom caminho para abordar a natureza polisêmica de meu objeto de estudo. Minha experiência, restrita a alguns grupos de dependentes de substâncias psicoativas – aqueles que recorrem a serviços privados de atendimento –, tem sido acompanhada constantemente por dúvidas sobre, por exemplo, o tipo de vínculo que se estabelece entre estas pessoas e aquelas que os atendem; em que medida estes vínculos serão terapêuticos; como e por que chegam até um atendimento etc. O próprio problema formulado emergiu, então, de minha prática clínica, assim como os instrumentos de coleta e tratamento dos dados (entrevista semidirigida e análise de conteúdo) (seções 3.2.2 e 3.2.3).

Entendo que é possível denominar *clínico* um método que procure se adequar a problemas de pesquisa assim originados e que utilize instrumentos relacionados à prática clínica. Arruda (1991), por exemplo, emprega esse mesmo adjetivo ao método que utilizou e o justifica argumentando que se apoiou sobre sua atividade clínico-assistencial e nos elementos teóricos que fundamentavam e decorriam dessa prática, portanto no empirismo e na teoria ligados a sua atuação clínica.

A origem de um método com essas bases é a postura ou *atitude clínica* de um pesquisador que se valha dos atributos de sua prática clínico-assistencial. A *atitude clínica* que

se requer de um pesquisador na área da saúde que aborde indivíduos humanos como “objetos” de estudo é assim definida por Turato (2000b):

... postura de acolhida do sofrimento existencial e emocional do indivíduo alvo dos estudos do pesquisador, assumida por este profissional, que assim inclina sua postura de escuta, seu olhar e suas múltiplas e interligadas sensibilidades, interagida com seus conhecimentos teóricos da metodologia de investigação, em direção àquela pessoa a quem melhor quer conhecer e compreender cientificamente, empreendendo de forma sistematizada uma pesquisa dos fenômenos como percebidos por este indivíduo, e sendo primitivamente movido pelo desejo de ajuda a quem sofre.⁶

O autor utiliza estes seguintes verbos: compreender, acolher, inclinar-se, olhar, interagir e pode-se dizer que essas ações organizam-se metodologicamente no já mencionado *método clínico*. Ferrari (1982) diz que o método clínico permite e se constitui a partir de uma relação pessoal íntima e afetiva, um *rappor*t, entre as duas partes envolvidas (pesquisador e sujeito da pesquisa). Arruda (1991) complementa esta caracterização referindo-se ao emprego do modelo interpretativo das ciências humanas, ferramenta que, associada à atitude clínica, possibilita e visa “à compreensão, à conexão de sentidos e à elaboração de conhecimentos” (p.9).

Ferrari (1982), Arruda (1991) e Turato (2000b) valem-se portanto das seguintes expressões ou expressões correlatas: elaborar conhecimentos (ou elaborar *hipóteses*), fazer conexão de sentidos, ter capacitação interpretativa e relacionar-se íntima e afetivamente com os sujeitos da pesquisa. Enfatizam, por conseguinte, as possibilidades de um *tratamento qualitativo* ao processo de pesquisa e ao tratamento dos dados obtidos ao se utilizarem do método clínico. Delineia-se desta maneira um método de pesquisa que bem pode ser chamado de *clínico-qualitativo*, à medida que reúne a *atitude clínica* de um clínico-pesquisador com um *tratamento qualitativo* dos dados obtidos.

Eis a definição de método clínico-qualitativo formulada por Turato:

⁶ Texto não paginado por se tratar de livro ainda submetido à publicação.

... é o estudo teórico – e o correspondente emprego em investigação – de um conjunto de métodos científicos, técnicas e procedimentos, adequados para descrever e interpretar os sentidos e significados dados aos fenômenos e relacionados à vida do indivíduo, sejam de um paciente ou de qualquer outra pessoa participante do setting dos cuidados com a saúde (equipe de profissionais, familiares, comunidade). O pesquisador é movido a uma atitude de acolhida das angústias e ansiedades da pessoa em estudo, com a pesquisa acontecendo em ambiente natural (settings da saúde), e mostrando-se particularmente útil nos casos onde tais fenômenos tenham estruturação complexa, por serem de foro pessoal íntimo ou de verbalização emocionalmente difícil. O pesquisador também procura um enquadramento da relação face a face, valorizando as trocas afectivas mobilizadas na interação pessoal e escutando a fala do sujeito, com foco sobre tópicos ligados à saúde/doença, aos processos terapêuticos, aos serviços de saúde e/ou sobre como lidam com suas vidas. Por fim, observa o global de sua linguagem corporal/comportamental no sentido de complementar, confirmar ou desmentir o falado. (Turato, 2000a, p.96)

Essa definição foi cunhada a partir da necessidade de sistematizar o emprego dos métodos qualitativos à área específica da psicologia dos cuidados com a saúde (na seção seguinte escrevo sobre os métodos qualitativos de um modo geral).

Minha opção poderia ter sido outra: um método clínico-quantitativo, pois nada opõe as abordagens quantitativas à *atitude* e ao *método clínico*. Um tratamento quantitativo de meu objeto de estudo, porém, não seria satisfatório, pois o que se objetiva nesta pesquisa não pode ser mensurado matematicamente ou tratado estatisticamente. Procuo lidar com conteúdos de natureza psíquica vinculados à história de vida das pessoas abordadas e não somente com alguns de seus aspectos. Não seria desejável, portanto, que me valesse de um desenho experimental em que fizesse observações diretas do comportamento dos sujeitos que compusessem a amostra depois de expô-los a determinados estímulos, quantificando estas observações. É provável que os sujeitos a serem estudados não se comportassem suficientemente "bem" (utilizando a irônica expressão de Alves, 1986), adequando-se ao que se

esperasse deles. Seria difícil dispor de amostras suficientemente grandes para que eu pudesse comparar faixas etárias, tipos de substâncias usadas, vínculo de trabalho e estudo, suportes sociais, características familiares, comorbidade etc. Observação ao longo de um período de tempo grande o suficiente para que as supostas "respostas" surgissem não seria exequível. Sobretudo há de se considerar que meu objeto de estudo, indivíduos humanos, são sabidamente mais complexos e singulares que o das ciências naturais (Gewandsznajder, 1989), mais afeitos aos métodos quantitativos. Também são menos rotineiros (Alves, 1986); são contraditórios, inacabados e estão em constante transformação (Minayo, 1993). Acima de tudo, os fenômenos psíquicos humanos são, como já mencionado, polissêmicos; e a polissemia do fenômeno das dependências de substâncias psicoativas é particularmente evidente, tanto é assim que áreas de saber tão diversas se dedicam a um ou outro de seus aspectos.

Mesmo sem se considerar um desenho experimental de pesquisa, que neste caso realmente seria absurdo, um estudo clínico-epidemiológico que buscasse quantificar a frequência de aparecimento de determinadas motivações para procura de tratamento também não seria suficiente neste momento em que, no Brasil, ainda se iniciam os estudos destes fenômenos, a despeito da qualidade de alguns já realizados (especificamente, Baus, 1996, e Ferri, 1999). Creio que ainda são necessários estudos exploratórios sobre o tema da motivação para procura de tratamento e, a partir deles, será possível futuramente empreender pesquisas que quantifiquem (com instrumentos com validades conceitual e operacional mais aferidas) a frequência de ocorrência das várias motivações e barreiras para procura de tratamento pelas diferentes subpopulações de dependentes de substâncias psicoativas no Brasil, conhecimento que terá imediata utilidade nas intervenções na área da saúde pública.

3.1.2 Sobre metodologia qualitativa em geral

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.

Em contraposição às ciências naturais, as ciências humanas buscam interpretar as relações de significado presentes nos fenômenos individuais e sociais. Daí o adjetivo *qualitativo*, pois esses objetivos se contrapõem ao emprego dos métodos matemáticos na busca das relações causais entre os fenômenos observáveis.

A literatura especializada oferece uma caracterização dos métodos qualitativos. Denzin & Lincoln (1994) acentuam suas características *interpretativa* (dos significados que as pessoas dão aos fenômenos por elas vividos) e *naturalística* (isto é, observação dos fenômenos no *setting* natural em que ocorrem). Bogdan & Biklen (1998) complementam essa caracterização acentuando que os métodos qualitativos procuram *compreender* a experiência humana, *descrever* os significados e *entender o processo* de sua construção pelas pessoas; procuram também observar empiricamente e *pensar sobre a condição humana* a partir dos eventos concretos. Cito a definição de Morse & Field (1995) sobre métodos qualitativos:

Métodos de pesquisa indutivos, holísticos, emic, subjetivos e orientados para o processo, usados para compreender, interpretar, descrever e desenvolver teorias relativas a fenômenos ou a settings. (p.243)

A tradução de *emic* seria o estudo e análise de um *setting* ou comportamento interpretados a partir da perspectiva do sujeito do comportamento (Turato, 2000a), portanto verifica-se aqui a acentuação de uma característica básica do método qualitativo: o conhecimento é produzido a partir da perspectiva dos sujeitos investigados, sendo eles de certo modo co-autores das pesquisas realizadas. O pesquisador apenas descreve e interpreta os sentidos e significados dados, por eles, aos fenômenos.

O método clínico-qualitativo nada mais é do que a procura de um refinamento dessa busca de compreensão dos significados pessoais atribuídos aos fenômenos, mas agora aplicando-os ao *setting* específico dos cuidados com a saúde (Turato, 2000a). A necessidade de uma estruturação metodológica específica para este objeto deve-se às suas peculiaridades, nomeadamente ao sofrimento humano relacionado ao binômio saúde-doença – fenômeno que certamente requer técnicas metodológicas de apreensão que levem em conta sua delicadeza.

3.1.3 Abordagem e modelo adotados

3.1.3.1 Abordagem

Abordagem metodológica diz respeito a um plano mais abstrato de apreensão dos fatos que estão por surgir diante de um objeto de estudo (Lakatos & Marconi, 1991). Optei, como abordagem geral do problema pesquisado, por realizar uma *pesquisa sintética*, assim definida por Contandriopoulos e cols. (1994):

A pesquisa sintética é aquela que, para explicar e prever comportamentos ou fenômenos complexos, examina o conjunto das relações onde intervêm, simultaneamente, diversas variáveis dependentes e independentes num modelo de relações interdependentes.(...) Esta estratégia não implica manipulação provocada ou invocada da variável independente; também não precisa de controle sobre a distribuição dos indivíduos no estudo. (p.40)

Portanto, a pesquisa sintética contrapõe-se à pesquisa experimental, em que o pesquisador atua sobre variáveis independentes, procurando seus efeitos sobre as variáveis dependentes em uma situação controlada e padronizada.

Variável dependente, neste presente estudo, é a procura de assistência por parte dos dependentes de substâncias psicoativas, fenômeno ocorrido posteriormente e relacionado às motivações e barreiras, que são as variáveis independentes.

A não exequibilidade de uma pesquisa experimental para resolver o problema proposto, afora os motivos operacionais já mencionados, deve-se teoricamente ao fato de que as variáveis independentes e que determinariam os quadros de dependência de substâncias psicoativas não poderem ser manipuladas pelo investigador. Elas ainda são, na verdade, desconhecidas e procuradas, embora se tenha avançado neste conhecimento, como mostrei no primeiro capítulo. Ademais, o conhecimento atual não possibilita conjecturar com clareza quais são verdadeiramente as variáveis independentes, intervenientes e antecedentes em jogo. Mais importante, entretanto, é observar que um desenho experimental para este pro-

blema, mesmo que viesse a ser exequível tecnicamente, não o seria por motivos éticos, pois eventos de vida de indivíduos humanos estariam sendo manipulados.

Por outro lado, um estudo epidemiológico brasileiro que visasse à abrangência na abordagem do problema proposto requereria estudos exploratórios prévios, a menos que o desenho e o instrumento padronizado de estudo baseassem-se em suposições clínicas cuja validade conceitual e operacional fosse apenas suposta.

3.1.3.2 Modelo adotado

A escolha do modelo de pesquisa empregado, estudo sintético de casos múltiplos, decorreu das limitações práticas encontradas quanto ao acesso à subpopulação de dependentes de substâncias psicoativas composta pelos que não estão em tratamento e nunca o procuraram.

O desenho de pesquisa, a meu ver ideal, um estudo sintético de casos múltiplos comparativo entre dois grupos de dependentes de substâncias psicoativas, contemplaria a abordagem desta segunda subpopulação (os que não procuram tratamento) que é, *inclusive*, mais numerosa que a primeira (a de dependentes que já procuraram tratamento) (v. seção 1.3.6).

A subpopulação que não procura tratamento é, obviamente, oculta aos serviços de saúde e a ela temos acesso facilitado somente através de técnicas especiais de captação de amostragem, como publicação de anúncios em jornais explicando a pesquisa e eventualmente oferecendo pagamento pela participação (como, por exemplo, em Cunningham e cols., 1993 e Copeland, 1997). Tentei empreender uma captação menos fácil ao longo de oito meses: captação por *indicação* de pacientes meus ou outras pessoas. Contactei colegas de trabalho, pacientes e familiares de pacientes e expliquei-lhes meus objetivos. Solicitei-lhes que intermediassem contato meu com pessoas, suas conhecidas, que satisfizessem os critérios iniciais de inclusão nesta subamostra de usuários que nunca procuraram tratamento (posteriormente eu mesmo verificaria se iriam satisfazer os critérios de dependência de substância psicoativa). Solicitei-lhes que, mesmo que conhecessem estas pessoas e delas fossem suficientemente íntimas para abordá-las desta forma, que somente o fizessem se se

sentissem bem para isso. Instruí-lhes que mencionassem a Unicamp (instituição respeitada na cidade e à qual este trabalho está relacionado) e o procedimento de que participariam: uma entrevista gravada de cerca de uma hora e meia, com anonimato garantido, sem qualquer finalidade terapêutica programada, e com o objetivo de conhecer suas histórias de uso de álcool ou outras drogas (pedi que não mencionassem as palavras dependência, vício ou *adição*).

Não houve respostas efetivadas. Mas caso tivessem chegado até mim, a intenção era obter uma amostra com a técnica de *bola-de-neve* ou *de encadeamento*: uma pessoa indicaria uma outra ou mais pessoas, formando uma *cadeia* de indivíduos que seria pesquisada até que eu a considerasse *esgotada* quanto aos dados obtidos. Esta técnica de amostragem é usada frequentemente em pesquisas sobre uso de substâncias ilegais, outros comportamentos socialmente desviantes e com populações ocultas aos serviços de saúde. Sempre sofre de um enviesamento de seleção, potencialmente sendo captadas pessoas de características socioculturais semelhantes e participantes de um mesmo grupo social. Igualmente pode gerar vieses quanto às características psicopatológicas dos componentes da amostra (Montoya, 1995 – resalte-se que há também evidências contrárias a esta suposição em Carroll & Rounsaville, 1992). A conveniência desta técnica de amostragem é portanto diretamente proporcional ao caráter exploratório da pesquisa e, desta forma, ser-me-iam especialmente úteis. Foi utilizada no Brasil, por exemplo, nestes dois estudos exploratórios com nossa população: por Nappo, Galduróz & Noto (1994) quando entrevistaram crianças de rua usuários de *crack-cocaína*; e por Galduróz & Masur (1990), que também obtiveram sucesso na captação de uma amostra de uma população oculta, a de pessoas que foram dependentes de substâncias psicoativas e deixaram de sê-lo sem qualquer tratamento. Ferri (1999) também a empregou em uma de suas subamostras.

Devido à impossibilidade verificada em obter amostra da subpopulação de dependentes que nunca procuraram tratamento, minha pesquisa perdeu em abrangência.

Resumindo esta seção: foi feita uma pesquisa clínico-qualitativa, sintética, de casos múltiplos, não comparativa (ou seja, com unidades de análise definidas a partir de um atributo apenas, a procura de tratamento). As *unidades de análise* foram as pessoas participantes das entrevistas semidirigidas, o único *nível de análise* empregado; os dados foram

tratados por meio de uma técnica de análise qualitativa de conteúdo. O instrumento de coleta e tratamento dos dados serão discutidos adiante (seções 3.2.2 e 3.2.3).

3.2 PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

Até aqui dissertei sobre a relevância clínica desta pesquisa e sobre seus objetivos, isto é, *porque* e *para que* observar (capítulos 1 e 2). Explicitando *abordagem* e *modelo*, neste capítulo (seção 3.1.3), iniciei a discussão sobre o *campo de observação*, que corresponde à identificação, à seleção e ao estabelecimento dos limites desta observação. Caracterizando melhor este campo, disserto a seguir sobre *o que* foi observado (universo da pesquisa e amostra) e *como* procedi a esta observação (o instrumento de coleta e análise de dados).

3.2.1 Campo de observação

3.2.1.1 População (universo) da pesquisa

A população pesquisada foi a de sujeitos que mantêm com uma ou mais substâncias psicoativas uma relação diagnosticável clinicamente como de dependência, segundo as diretrizes propostas pela CID-10 (OMS, 1993). Optei por seguir os critérios da CID-10 por serem amplamente usados e aceitos como válidos e confiáveis pela comunidade científica internacional (Pull e cols., 1997, Üstün e cols., 1997); além de não diferirem substancialmente dos critérios de outras propostas.

Distinguir-se-iam três subpopulações de potencial interesse para os objetivos propostos: a) a de sujeitos que estejam, no momento de realização das entrevistas, sob alguma forma de atendimento com prestadores de serviços *formais* (médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, etc.), ou b) *não formais* (religiosos, conselheiros de A.A./N.A. etc.) e c) a de sujeitos que não estejam e nunca tenham estado em atendimento. O universo de pesquisa se restringiu à primeira destas subpopulações porque a ela correspondem os

objetivos do estudo e, como abordado acima, devido à impossibilidade verificada de abordar a subpopulação dos que não estavam e nunca estiveram sob tratamento formal.

3.2.1.2 Amostragem

A maneira como se processa a amostragem nas pesquisas qualitativas difere a tal ponto da maneira como se faz nas pesquisas quantitativas epidemiológicas que passa a ser este um dos mais freqüentes alvos de crítica da comunidade científica ao avaliarem trabalhos qualitativos. Nestes, trabalham-se *amostragens propositais* (também chamadas de intencionais ou deliberadas), enquanto nas pesquisas com métodos quantitativos a seleção dos indivíduos da amostra geralmente é feita levando-se em conta a randomização: a representatividade em relação à população-alvo de estudo e a casualidade da escolha (todos os indivíduos do universo pesquisado teriam a mesma chance de serem incluídos na amostra).

Vali-me neste trabalho de uma amostragem intencional obtida por saturação na qual, simultaneamente, procurei incluir indivíduos com diferentes características demográficas e clínicas, portanto uma amostragem intencional obtida também por variedade de tipos. Nos parágrafos seguintes procuro explicar de que forma a amostragem foi feita e justificar este processo.

A opção pelo tipo de amostra sempre decorre dos objetivos da pesquisa, sendo a seleção dos elementos que a compõem um dos procedimentos para atingi-los. Uma pesquisa que objetive fazer inferências tratando-as estatisticamente, com vistas à generalização ao restante da população, vai recorrer a amostras probabilísticas. Mas aqui a proposta é explorar os fenômenos vividos por dependentes de substâncias psicoativas na sua procura de tratamento, compreender suas motivações e barreiras a um tratamento mais precoce – isto feito sob a *perspectiva dos próprios pacientes*. Optei então por compor uma amostra de pessoas que pudesse me fornecer subsídios para este fim. Não estando interessado na representatividade da amostra em relação ao universo da pesquisa, mas sim nas *variações* nela contidas – e quanto maior a heterogeneidade das variáveis clínicas e sociodemográficas, melhor para o esclarecimento da natureza do fenômeno observado e para as idéias que visam à solução do problema formulado – optei por uma amostra que contemplasse vários

tipos de pessoas que procuram tratamento e que me fornecessem informações até o ponto em que se tornassem repetitivas. Trata-se portanto de uma amostragem intencional por variedade de tipos e por saturação.

A literatura em pesquisas qualitativas é farta no apontamento e na justificação metodológica desses dois tipos de amostragem intencional (por exemplo, Kvale, 1996; Morse & Field, 1995; Bogdan & Biklen, 1998; Rubin & Rubin, 1995; Minayo, 1993; Downe-Wamboldt, 1992 e Contandriopoulos e cols., 1994).

Minha amostra foi composta de 13 (treze) pessoas, número resultado das maneiras de obtenção de elementos amostrais que descrevi. Antes de caracterizá-la, pondero sobre outra questão que freqüentemente vem à tona quando se avaliam pesquisas qualitativas: o tamanho da amostra e, parafraseando Turato (2000b), os falsos dilemas atribuídos a esta grandeza.

Como não se objetivam inferências estatísticas, o tamanho da amostra nas pesquisas qualitativas vai decorrer de necessidades *não matemáticas*. À pergunta freqüentemente feita a esse respeito, sobre qual é o tamanho ideal da amostra para uma determinada pesquisa qualitativa, Sandelowski (1995) afirma:

Um tamanho adequado de amostra em pesquisa qualitativa é a que permite – em virtude de não ser muito grande – a profundidade e a análise orientada para o caso, que é uma marca de todos os inquéritos qualitativos, e que resulta – em virtude de não ser muito pequena – numa nova e ricamente tecida compreensão da experiência. (p.183)

O que não esclarece o nível de grandeza da amostra que normalmente se requereria nas pesquisas qualitativas. Isto se dá porque essa autora é ciente que, eventualmente, *apenas um* entrevistado é suficiente para que se possam levantar novas hipóteses, pressupostos ou parâmetros teórico-clínicos na discussão dos resultados – parâmetros úteis diante de pacientes ou sujeitos de estudo vivendo situações análogas a desse único entrevistado.

Há uma certa contraposição entre profundidade de análise e tamanho da amostra porque na prática é inexequível estudar profundamente um número muito grande de elementos. Diz Lévi-Strauss (1985) a este respeito:

Ou bem estudar numerosos casos de uma maneira sempre superficial e sem grande resultado, ou bem se limitar resolutamente à análise aprofundada de um pequeno número de casos e provar, assim, que no fim de contas, uma experiência bem feita vale por uma demonstração. (p.15)

O autor fala do estudo “superficial e sem grande resultado” referindo-se ao recurso a amostras grandes por pesquisadores utilizando os métodos qualitativos em antropologia. O mesmo é aplicável às pesquisas clínico-qualitativas: em geral, a profundidade do tratamento qualitativo a uma amostra seria inversamente proporcional a seu tamanho. Quanto às pesquisas quantitativas, obviamente há desenhos que necessitam de amostras grandes quando se requerem níveis estatísticos de significação muito altos. Cada problema de pesquisa formulado leva a um método, não sendo pertinente estudo qualitativo com amostra muito grande, assim como não o é o estudo quantitativo com amostra numericamente insuficiente.

Ainda sobre a pertinência de um estudo qualitativo com amostra se limitando a um único indivíduo (o que não é o caso deste trabalho, mas exemplifico indo ao extremo), o psicopatologista Jaspers (1979) enfatiza-a, a partir de uma postura fenomenológica:

Muitas vezes o aprofundamento penetrante num caso particular ensina fenomenologicamente o que é geral para inúmeros casos. O que se aprendeu uma vez encontra-se na maioria das vezes logo a seguir. Na Fenomenologia importa menos acumular-se casos sem fim do que a visão interna, o mais possível completa, de casos particulares (...) O importante na Fenomenologia é, portanto, exercer a visão (...) do que é vivido diretamente pelo doente a fim de poder reconhecer o que há de idêntico dentro da multiplicidade. É necessário assimilar inteiramente, por meio de exemplos concretos, um rico material fenomenológico. Ele nos confere critério e orientação em novos casos. (Jaspers, 1979, p.72-73)

Não é portanto primacial a discussão sobre o tamanho da amostra nesta pesquisa porque valho-me de um método que também não necessita de estipulá-lo *a priori*.

Esclareço a seguir de que forma a amostra de treze entrevistados foi finalmente constituída.

A partir de um determinado dia, a participação na pesquisa foi proposta aos pacientes que chegavam e aderiam ao atendimento clínico que foram procurar (em um dos serviços assistenciais onde eu trabalhava na ocasião, meu próprio consultório e a uma clínica de internação psiquiátrica situada também em Campinas, SP). Por adesão ao tratamento entenda-se uma postura de aceitação, por parte dos pacientes, de minhas orientações terapêuticas iniciais – o que se refletiu em comparecerem em pelo menos três vezes ao consultório ou em pelo menos sete dias de internação.

Crterios de inclusão. Além de serem admitidos nestes serviços assistenciais e aderirem ao tratamento, foram critérios de inclusão: o diagnóstico clínico principal de dependência de pelo menos uma substância psicoativa; a queixa principal do paciente relacionada a este diagnóstico; a ciência do diagnóstico por parte do paciente; a concordância em participar da pesquisa; a condição intelectual, emocional e física considerada adequada para a participação em uma entrevista de até cerca de duas horas de duração. Esses critérios de inclusão são parcialmente correspondentes com os posteriormente preconizados por Turato (2000b) para estudos qualitativos clínico-psicológicos com pacientes.

A cada quinze dias aproximadamente, entrevistei um paciente que satisfazia a esses critérios de inclusão, escolhendo, dentre os que eu começava a atender, aquele que mais facilmente verbalizava seus pensamentos. Da nona entrevista em diante, inclusive, esperei que chegassem aos serviços e aderissem ao tratamento alguns pacientes que, por sua tipicidade, pareciam preencher algumas lacunas na amostragem até então. Entrevistei mais quatro pacientes: um dependente de um opiáceo, um outro de *crack*-cocaína, um encaminhado, sob aparente coerção, pela empresa onde trabalhava e uma que chegou ao consultório sob determinante pressão familiar.

(Os participantes assinaram termo de consentimento – Anexo 2 –, analisado e aprovado, juntamente com o projeto de pesquisa, pela Comissão de Ética Médica do Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Campinas, segundo parecer também anexado – Anexo 3.)

Verifiquei no decorrer deste período de entrevistas que as pessoas incluídas no estudo configuravam uma amostra heterogênea, como eu desejava. Os componentes da amostra

diversificaram-se quanto a variáveis clínicas (tipo de substância utilizada; tempo de uso; número de tentativas de tratamento anteriores; comorbidade psiquiátrica; síndrome de abstinência progressa) e bio-demográficas (idade, sexo, orientação sexual, etnia, escolaridade, situação em relação ao trabalho, estado civil, composição familiar e religiosidade).

O Quadro 2 descreve estes aspectos dos elementos da amostra e mostra sua heterogeneidade. Encerrei a captação contínua de novos elementos no momento em que percebi a saturação do conteúdo das entrevistas em relação aos meus objetivos, tendo então esperado que os últimos quatro pacientes adicionais surgissem e fossem entrevistados.

Como, concretamente, a amostra foi captada? Todas as pessoas que chegaram com diagnóstico de dependência de pelo menos uma substância psicoativa ao consultório ou à clínica de internação, a partir de determinado dia, eram candidatas a serem selecionadas. Como as pessoas chegaram a esses serviços para serem abordadas terapêuticamente por mim ou por outros colegas (no caso da clínica de internação), esperei que ocorressem algumas entrevistas para explicar-lhes que, se assim o desejassem, era também meu desejo que participassem do trabalho, cujos objetivos lhes foram explicados. As entrevistas foram realizadas depois de obtidos os dados necessários para se ter feito o diagnóstico de dependência de substância psicoativa, mas antes que um contrato de psicoterapia fosse realizado. Tenho como prática clínica sempre destinar os primeiros contatos, com qualquer paciente que me procura, para a obtenção de uma anamnese detalhada, incluindo história de vida, sem formalizar um *contrato* de psicoterapia até que eu tenha percebido que o paciente aderiu minimamente ao acompanhamento clínico. Claro é que esses contatos iniciais são potencialmente psicoterapêuticos, como aliás qualquer contato médico-paciente, mas até o momento da entrevista para a pesquisa não havia sido formalizada esta pretensão. Este processo para iniciar um atendimento formal de médio ou longo prazos é sempre explicado ao paciente em nosso primeiro contato. No caso dos pacientes internados, a conduta da clínica de internação era a de renovar o “contrato de internação” (quero dizer, confirmar com o paciente se ainda era sua vontade permanecer internado) aproximadamente dez dias depois de sua admissão, quando as situações mais agudas que pudessem ter desencadeado a internação já tivessem sido abordadas ou sanadas (quadro agudo de síndrome de abstinência, comportamentos disruptivos levando a crises familiares agudas, intoxicação aguda mais grave etc.). Na renovação do “contrato de internação” o paciente estaria mostrando que seu

desejo era, *a priori*, de tratar-se da dependência propriamente e não dessas outras situações que podem apenas precipitar um pedido de intervenção momentâneo.

QUADRO 2 – Caracterização da amostra: algumas variáveis demográficas, sociais e clínicas*

-
- A Sexo masc., 50 anos, branco, casado, dois filhos, publicitário, desempregado, ensino médio completo, mora com a esposa e filhos, católico praticante. Dependente de álcool, faz uso nocivo de cocaína intravenosa; entrevista realizada durante a internação
- B Sexo masc., 29 anos, negro, casado, sem filhos, dois enteados, electricista, empregado, ensino fundamental incompleto, mora com a esposa e enteados, católico não praticante. Dependente de álcool; entrevistado no consultório
- C Sexo masc., 18 anos, branco, solteiro, sem filhos, técnico de telefonia, desempregado, ensino médio incompleto, mora com os pais e dois irmãos, sem religião. Dependente de cocaína intranasal, uso nocivo de álcool, usuário de maconha; entrevistado no consultório
- D Sexo masc., 24 anos, branco, solteiro, sem filhos, sem profissão, não trabalha, ensino médio completo, mora com os pais e uma irmã, espírita praticante. Dependente de cocaína, uso nocivo de álcool; entrevistado no consultório
- E Sexo masc., 39 anos, branco, viúvo, dois filhos, engenheiro, empregado, ensino superior completo, mora com os filhos, católico não praticante. Dependente de álcool entrevistado durante sua internação
- F Sexo masc., 36 anos, branco, casado, dois filhos, serralheiro, ensino fundamental incompleto, mora com esposa e dois filhos, católico não praticante. Dependente de álcool, entrevistado durante a internação
- G Sexo masc., 22 anos, branco, solteiro, sem filhos, comerciante, trabalha com o pai, ensino médio incompleto, mora com a mãe, sem religião. Dependente de cocaína intranasal entrevistado no consultório
- H Sexo masc., homossexual, 29 anos, branco, solteiro, sem filhos, comerciante autônomo, ensino médio em curso, mora com os pais, sem religião. Dependente de cocaína intranasal, uso nocivo de álcool, usuário de maconha; entrevistado no consultório
- I Sexo masc., 39 anos, branco, casado, dois filhos, desenhista, ensino superior incompleto, mora com esposa e os dois filhos, católico praticante. Dependente de álcool; entrevistado durante a internação
- J Sexo fem., 20 anos, negra, solteira, sem filhos, sem profissão, não trabalha, ensino superior em curso, mora com os pais e irmã, sem religião. Dependente cocaína intranasal; uso nocivo de maconha e álcool; entrevistada no consultório
- K Sexo masc., 23 anos, negro, solteiro, sem filhos, trabalha em linha de produção de indústria, empregado, ensino fundamental completo, mora com os pais e duas irmãs, sem religião. Dependente de crack-cocaína, usuário de álcool e cocaína intranasal; entrevistado durante sua internação
- L Sexo masc., 43 anos, negro, casado, dois filhos, trabalha em linha de produção de indústria, ensino fundamental incompleto, mora com a esposa e dois filhos, sem religião. Dependente de álcool; entrevistado no consultório
- M Sexo masc., 34 anos, branco, solteiro, sem filhos, ex-bancário, aposentado por invalidez, ensino superior em curso, mora com os pais, católico não praticante. Dependente de codeína via oral (anteriormente por via intravenosa); entrevistado durante a internação
-

* Outros dados encontram-se no Anexo 1, antes de cada entrevista.

3.2.2 Instrumento de coleta de dados: entrevista semidirigida

A entrevista é um instrumento particularmente útil nas pesquisas de campo do tipo exploratória, isto é, nas que objetivam familiarizar o pesquisador com fenômenos ainda pouco conhecidos. Com este instrumento pode-se obter dados novos e inesperados dos informantes (Lodi, 1981) e assim levantar hipóteses iniciais que balizem pesquisas ulteriores (Lakatos & Marconi, 1991). As pesquisas qualitativas caracterizam-se, por sua vez, entre outras características, por explorarem seu objeto de estudo de forma naturalística, abordando o homem em seu *setting* natural.

Nos vários segmentos técnico-profissionais relacionados à saúde mental e à psicologia dos cuidados com a saúde, áreas multidisciplinares como são, pessoas são abordadas quanto ao seu estado psíquico, sua história, seus anseios mais gerais, suas motivações para se tratarem ou para tratarem outras pessoas, suas inquietações etc. Assim, a situação de contato direto entre duas ou mais pessoas é o que mais precisamente se pode considerar o *setting* natural onde os fenômenos ocorrem nestas áreas. Portanto um instrumento que coloque frente a frente duas ou mais pessoas com o objetivo de uma delas conhecer melhor o que se passa com a outra será o melhor instrumento para estudar tais fenômenos. Se eles não foram ainda explorados, descritos e caracterizados, estamos diante de algo ainda não quantificável e preferencialmente elegível por métodos qualitativos como objeto de estudo.

Os instrumentos que privilegiam todas estas particularidades são a *entrevista aberta* (*não dirigida* ou também chamada *em profundidade*) e a *entrevista semidirigida*. Utilizando-os, os sujeitos pesquisados poderão revelar os significados que atribuem a suas vivências pessoais quanto às questões de sua saúde e doença, possibilitando ao pesquisador tanto dispor destes dados de forma descritiva como inferir sobre o conteúdo latente e a psicodinâmica destas vivências. A entrevista é, na verdade, um fenômeno interativo complexo onde intervêm variáveis situadas em três níveis: as próprias do entrevistado, as do entrevistador e as variáveis peculiares de cada dupla específica de entrevistado-intervistador. Estes três níveis podem ser tomados também como *instrumentos* ao mesmo tempo em que são *objeto de pesquisa*, à medida que a interação dos atores das entrevistas gera fenômenos utilizáveis na própria compreensão do que se passa com a dupla e com cada um de seus membros.

3.2.2.1 Conceito de entrevista em pesquisa clínico-qualitativa

As definições encontradas nos textos que tratam das pesquisas qualitativas apontam para algumas das especificidades de seu principal método de coleta de dados. Em primeiro lugar, como já mencionado, a entrevista tem finalidade *exploratória* (quer dizer, é utilizada na abordagem de objetos de estudo ainda pouco conhecidos pelas ciências). Em segundo lugar, tem caráter de *assimetria*: ao contrário de uma conversação normal, ela é mais ou menos dirigida por um dos interlocutores que persegue uma finalidade precisa, que é a de entender de maneira metodologicamente acurada o que o outro diz sobre um determinado tema (Rubin & Rubin, 1995). Quanto menos se sabe sobre o problema pesquisado, menor deve ser a diretividade da entrevista (ou quanto mais exploratória, menor é o número de temas ou perguntas propostas ao entrevistado, mesmo porque se conheceria pouco sobre o assunto abordado).

Essas características da entrevista qualitativa são mencionadas na maioria das definições encontradas na literatura. Por exemplo, em Marconi & Lakatos (1990) encontra-se: “encontro entre duas pessoas a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional” (p.84), definição esta muito próxima da de Polgar & Thomas (1991): “uma entrevista pode ser definida como uma conversação entre entrevistadores e entrevistados com a finalidade de se extrair certas informações” (p.119). O pensamento de Bleger (1989) ratifica essas definições e acrescenta:

Relação entre duas ou mais pessoas em que estas intervêm como tais. Para sublinhar o aspecto fundamental da entrevista poder-se-ia dizer, de outra maneira, que ela consiste em uma relação humana na qual um dos integrantes deve procurar saber o que está acontecendo e deve atuar segundo este conhecimento. (p.12-13)

O caráter de assimetria existente na entrevista aberta ou semidirigida possibilita, através de uma postura deliberadamente “ingênua” tomada pelo entrevistador (Kvale, 1996), que o entrevistado configure o campo de entrevista segundo sua estrutura psicológica particular (Bleger, 1989). O entrevistado modula o andamento da entrevista de acordo com o que se passa consigo e não de acordo com um questionário fechado, devendo o entrevistador estar apto a compreender essa modulação. Não se propõe que o entrevistador seja passivo diante do entrevistado, mas que use seu conhecimento técnico (sua *competência* sobre o assunto pesquisado e também sobre o universo cultural do pesquisado) para permitir a manifestação o mais livre possível do entrevistado, explorando o que se propôs a explorar.

Bleger (1989) preconiza então que os dois componentes de uma entrevista nela intervenham *como pessoas*. Ele quer dizer que, se por um lado, o entrevistado modula o campo de acordo com suas características, por sua vez o pesquisador se dispõe a explorá-lo utilizando sua própria história e características psíquicas, suas intervenções nada mais sendo do que a expressão desses atributos.

Quanto à diretividade que o pesquisador impõe à entrevista, a maneira como faz uso de si próprio e do seu saber, há um *continuum* de possibilidades entre estes dois extremos: a entrevista aberta e a entrevista dirigida. Minha escolha recaiu sobre um ponto intermediário: uma entrevista semidirigida.

3.2.2.2 Entrevista aberta ou não dirigida

Nelas, o entrevistador não faz perguntas diretas, mas propõe ao entrevistado refletir sobre seus interesses, preocupações e opiniões sobre um determinado tema. As respostas são gravadas ou, menos frequentemente, o entrevistador faz apenas anotações; o entrevistado responde ou se expressa com suas próprias palavras, sendo portanto um sujeito ativo na entrevista. Quando a entrevista ocorre em pesquisas na área de saúde mental, o entrevistado configurará o campo da entrevista “*segundo sua estrutura psicológica particular*” (Bleger, 1989, p.10). O pesquisador tem um papel catalisador sobre a fala do entrevistado, propondo o(s) tema(s) e se valendo de técnicas que facilitem a expressão do que o entrevistado tem a

dizer. Tais características fazem com que entrevistas abertas ou não dirigidas sejam longas, mas essa desvantagem prática do instrumento (o tempo dispendido por ambos) pode garantir, por outro lado, menos vieses de interpretação dos dados obtidos. Por este motivo, as entrevistas abertas são altamente indicadas nas situações de pesquisa exploratória. Alguns não empregam o termo “aberta” e sim “em profundidade” (por exemplo, Britten, 1995), acentuando desta maneira as possibilidades indefinidas de aprofundamento do entrevistado no tema proposto, eventualmente suas associações indo muito além do que o pesquisador pudesse ter imaginado ou pré-categorizado.

3.2.2.3 Entrevistas dirigidas

Situam-se noutra extremo. O entrevistador lê um questionário previamente elaborado, com perguntas ordenadas estaticamente. As respostas são anotadas em formulários e eventualmente são necessariamente escolhidas pelo entrevistado dentre aquelas predeterminadas pelo pesquisador. Procura-se assim obter entre os vários entrevistados respostas parecidas para perguntas idênticas (Lodi, 1981). Essas respostas são potencialmente mais enviesadas, já que são conduzidas pelas opções restritas disponíveis. Possuem vantagens importantes, dependendo dos objetivos propostos: o dispêndio de tempo é menor que nas entrevistas abertas e há uma homogeneização das informações fornecidas pelos entrevistados (todos respondem às mesmas perguntas). Quanto mais dirigida a entrevista, menor a variação dos instrumentos de coleta de dados, incluindo o próprio pesquisador entre eles. A rigor, o extremo de diretividade de uma entrevista é o questionário auto-aplicável, no qual há a menor variação possível de comportamento do entrevistador.

Com essas características, a entrevista dirigida pode primar pelo atributo de *confiabilidade*, sendo utilizada sobretudo nas pesquisas quantitativas não exploratórias, destinadas a abordar problemas sobre os quais muito já se conhece. A entrevista aberta ou não dirigida primará pela *validade* dos dados obtidos. Contudo, esses atributos não são estáticos e, como abordarei adiante (seção 3.3.3), a confiabilidade das entrevistas abertas e semidirigidas será avaliada de maneira diferente e é também um aspecto a ser considerado (embora nem todos os pesquisadores *qualitativistas* concordem com essa necessidade).

3.2.2.4 Entrevistas semidirigidas

Entre os pólos anteriormente descritos, muitos pesquisadores nas áreas da saúde mental e da psicologia dos cuidados com a saúde (como neste presente estudo) optam por uma entrevista que tem em seu início um caráter *aberto*, com todas as características já descritas, sendo portanto proposto ao entrevistado um tema geral. Num segundo momento, quando se percebe o esgotamento das associações da dupla sobre esse tema, o entrevistador recorre a uma lista de tópicos e perguntas previamente formulados checando quais deles ainda não foram abordados e, sendo o caso, fazendo-o também de maneira *aberta*. Esses tópicos muitas vezes refletem os objetivos específicos da pesquisa ou mesmo algumas pré-categorias. Recorrer a uma lista de tópicos que sempre devem ser abordados em entrevistas semidirigidas resolve um problema prático muito comum, que ocorre quando os entrevistados estarão facilmente acessíveis somente uma vez. Evitar uma segunda entrevista pode também ter uma função de maximização da validade do instrumento em algumas áreas específicas do conhecimento (volto a esse ponto adiante, na seção 3.3.2.11).

Finalizando esta discussão sobre os tipos de entrevistas quanto à sua diretividade, vale mencionar que os pesquisadores antropólogos utilizam freqüentemente em seus métodos uma técnica ainda mais aberta que uma entrevista não dirigida, que é a *entrevista informal*, aplicável por exemplo nas situações de observação participante. Esse procedimento não é utilizado como técnica nas pesquisas em saúde mental. Observo, entretanto, que um “roteiro” de entrevista sempre compreende, além do conhecimento teórico dominado pelo pesquisador, todo o conjunto de conhecimentos advindos das entrevistas clínicas assistenciais que já realizou anteriormente – entrevistas, portanto, *informais* quanto à atividade de pesquisa em andamento. Elas fazem o pesquisador em saúde mental familiarizar-se com o vocabulário, com o modo de ser, com a demanda comum das pessoas que se encontram, por exemplo, numa situação de solicitar ajuda de um profissional da saúde. Portanto, as entrevistas clínicas assistenciais que já realizei em minha vida profissional asseguraram-me, assim espero, habilidades como pesquisador *qualitativo*, mesmo que não tenham sido formalizadas em meu método. Essas habilidades são aquela mesma *competência cultural* per-

seguida pelos antropólogos na fase das entrevistas informais, quando buscam conhecer o vocabulário, o funcionamento sociocultural no dia a dia de seu campo de observação (Bernard, 1988). A *competência cultural* que se requer de um pesquisador qualitativo tem como principal objetivo evitar o erro de impor aos entrevistados uma problemática estranha aos seus interesses e familiarizá-lo com os conceitos e vocabulário correntes da população pesquisada, algo que, se não for observado, pode comprometer a validade dos dados obtidos.

3.2.2.5 Roteiro de entrevista: tema e subtemas

As entrevistas contiveram um núcleo composto de um tema principal e alguns subtemas abordados com todos os entrevistados. Outros tópicos adquiriram relevância maior em uma ou outra entrevista, mas algumas informações de certa forma complementares aos temas propostos foram sempre obtidas.

Foram feitas duas entrevistas-piloto que serviram para melhor adequar a lista de tema e subtemas, além de me familiarizarem melhor com o *setting* de entrevista para pesquisa. Delas resultou a inclusão do subtema “atributos que imagina que os profissionais têm para lhe dar assistência” em adição ao outro subtema sobre a relação clínico-paciente (“como imaginou os profissionais que o atenderiam”), à medida que percebi a ênfase que os entrevistados davam a essa relação e à relação com a instituição.

Afora os dados de identificação, o temário exposto no Quadro 3 foi proposto aos entrevistados, porém não tendo sido utilizadas as mesmas construções gramaticais e vocábulos:

QUADRO 3 – Roteiro das entrevistas semidirigidas

Tema principal

Como ocorreu a procura de tratamento

Subtemas:

Fatores desencadeantes

O que entende por "tratamento" ou o que teria objetivado quando o procurou

Se a procura de tratamento objetivou satisfazer motivação própria ou mais de outras pessoas

Aspectos do uso da substância que deseja modificar

Motivos porque não procurou tratamento anteriormente

Como imaginou os profissionais que o atenderiam quando pensou em tratamento

Atributos que imagina que os profissionais têm para lhe dar assistência

Eventual influência de abordagens terapêuticas anteriores

3.2.3 Tratamento dos dados: categorização e análise de conteúdo

Os dados obtidos nas treze entrevistas semidirigidas foram submetidos a um processo de categorização e análise de conteúdo. Em seu estado bruto (o *corpus* transcrito), compõem o Anexo 1. Os dados já categorizados e a discussão feita estão no capítulo quarto. Antes dele, procuro justificar metodologicamente a fase de tratamento dos dados obtidos.

Para isso, discuto a seguir os seguintes pontos: o estabelecimento do *corpus* que seria analisado; porque considere os dados obtidos e a categorização realizada como cientificamente válidos e confiáveis; definição de análise de conteúdo; utilização de abordagens *quasi*-quantitativas e qualitativas na categorização; como se processou intelectualmente a discussão dos resultados e, finalmente, descrevo e discuto os procedimentos práticos realizados nesta fase da pesquisa.

3.2.3.1 Corpus analisado

Os pesquisadores que utilizam os métodos qualitativos na área da saúde, ao se referirem aos *dados coletados* que serão tratados e discutidos, remetem-se geralmente a dois tipos de materiais escritos: as *transcrições das entrevistas gravadas* e as *anotações livres* feitas durante as entrevistas ou logo em seguida a elas. Deixei disponível aos leitores somente as transcrições diretas das gravações de áudio e assim se configurou o *corpus*. No tratamento dos dados e na discussão destes resultados utilizei eventualmente minhas anotações livres. Estas, muitas vezes, corresponderam a uma antecipação das idéias que me ocorreriam durante a leitura do material transcrito. Tendo ocorrido num momento único e privilegiado (próximo ou no exato momento de maior aproximação com meu objeto de estudo), deram alguns subsídios para o tratamento dos dados. O comportamento não verbal dos entrevistados também foi anotado. Com alguns, as anotações livres corresponderam a diálogos relativamente longos e pertinentes aos objetivos da pesquisa mas que se seguiram, ou

antecederam, ao período em que a gravação de áudio foi feita. Procurei reter esses diálogos na memória de maneira a transcrevê-los o mais rapidamente. Dada a impossibilidade de serem cotejadas com o que de fato foi dito pelos entrevistados, essas anotações livres não foram incluídas no *corpus*.

Cabe um comentário sobre esses diálogos não registrados. Alguns pesquisadores qualitativos relatam informalmente que também lhes ocorre, em seu trabalho de campo, verbalizações aparentemente muito significativas para os objetivos de suas pesquisas, mas que não são registradas, pois ocorrem nos momentos preliminares ou imediatamente posteriores à entrevista formal. Ora, ainda que o gravador geralmente pareça ser esquecido pelo entrevistado passados alguns minutos do início da entrevista formal (esta me parece ser a impressão mais comum dos pesquisadores) é inegável que o entrevistado de fato não esqueceu que sua fala está sendo registrada integralmente. As repercussões disso na validade (*validity*) da entrevista são importantes e potencialmente comprometedoras. Caso o pesquisador tenha utilizado de forma hábil as técnicas de maximização de validade de entrevistas (seção 3.3.2), esses possíveis danos podem ser minimizados. Contudo, defendo que uma entrevista ou parte de uma entrevista *não gravada* pode ter uma validade maior do que a fala gravada. Obviamente, no entanto, a fala não gravada não é passível de ser examinada e analisada por um outro pesquisador (e mesmo pelo autor da pesquisa depois de passados dias ou semanas desde que foi ouvida), impossibilitando totalmente uma confiabilidade de avaliação entre examinadores (*inter-rater reliability*) algo cuja possibilidade, necessidade ou mesmo pertinência já é, como exporei adiante, discutível nas pesquisas qualitativas.

Esse ponto é especialmente relevante aqui porque entrevistei pessoas que estavam sob meus cuidados médicos diretos ou indiretos, tendo sido a entrevista formal uma pequena parte de nosso contato. No entanto, penso que não houve *diluição* do conteúdo da fala de meus entrevistados porque o tema da entrevista não é um tema freqüentemente levantado nos atendimentos clínicos ou nas anamneses. Claro que sempre se procura saber o motivo da consulta, a queixa principal, mas raramente se vê uma relevância clínica imediata em se saber e entender detalhes do *processo* que levou aquela pessoa a uma consulta formal naquele momento (objetivo geral desta pesquisa).

Uma vez transcritas as treze entrevistas, estava constituído um *corpus* correspondente a cerca de 19 horas de gravação para ser lido e estudado, tendo sido a análise de conteúdo realizada sobre ele.

3.2.3.2 Técnica de tratamento dos dados: categorização e análise de conteúdo qualitativa

O processo de indução que se realiza no tratamento dos elementos de uma comunicação se efetiva a partir da presença de determinados *índices* evidenciados pelo pesquisador. Tais índices o remetem aos antecedentes sociais, históricos e psíquicos do que é comunicado pelo entrevistado e, igualmente, aos resultados dessa comunicação sobre o próprio entrevistador. Podem ser de diversos tipos: vocábulos, repetição de vocábulos, estruturas sintáticas, outras características formais da comunicação, pausas, lapsos, gestos, posturas, inflexões da voz etc. Deles se pode inferir, então, “a facilidade de comunicação (...), a ansiedade, a agressividade, a estrutura associativa, as atitudes e valores” (Bardin, 1979).

As inferências são organizadas em categorias e subcategorias, que são conjuntos e subconjuntos ideativos formados a partir do trabalho de discriminação que o pesquisador faz daqueles índices observados.

Bardin (1979) define categorização desta maneira: “é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo o gênero (analogia)” (p.117). Outra autora, Downe-Wamboldt (1992), explica a utilidade do processo de categorização:

... esquemas de categorias são inventados pelo pesquisador para gerar conhecimento e para aumentar a compreensão de um fenômeno particular. Os esquemas são baseados na questão que norteia a pesquisa, na seleção das unidades de análise, em teorias relevantes, na revisão de pesquisas prévias, na literatura e nos dados. (p.316)

A operação de classificação e codificação dos conteúdos do texto é um raciocínio indutivo: parte dos dados da observação em seu estado bruto e chega a construções mais abstratas e gerais que sintetizam o texto analisado. A operação de codificação possibilita uma aplicação provisória destas construções abstratas na interpretação dos dados, devendo

ser posteriormente refinadas. A categorização é, portanto, uma técnica que serve à análise de conteúdo que se pretende utilizar sobre as entrevistas transcritas; de maneira que ela não é uma *finalidade* da pesquisa qualitativa, mas um *instrumento* da análise de conteúdo, servindo para organizar e descrever o conteúdo e possibilitar um posterior refinamento de análise; serve, portanto, a uma hermenêutica do *corpus*.

O *refinamento* a que me refiro é a obtenção de outras possíveis significações presentes e escondidas nos significantes pronunciados pelos entrevistados e que não se explicitam por si e, *inclusive*, costumam escapar ao leitor que faça uma “leitura aderente” do texto sob análise (expressão de Bardin, 1979, p.133).

Aqui, a análise de conteúdo foi baseada na aplicação clínica da fenomenologia e na metapsicologia psicanalítica (v. seção 3.3.1). Vali-me então, *mutatis mutandis*, de conceitos como suspensão ou *epoché*, redução fenomenológica, intencionalidade, ser-no-mundo, inconsciente, repressão, outros mecanismos de defesa, transferência e contratransferência etc.

Essas duas esferas conceituais trouxeram à clínica psiquiátrica no século XX alguns dos instrumentos com os quais esta clínica passou a operar, juntamente a conceitos de outras correntes da psicologia (como a cognitiva), assim como, por exemplo, da neurofisiologia, farmacologia, epidemiologia e das disciplinas das ciências sociais. Uma vez tendo feito parte de minha formação como psiquiatra e sentindo-me relativamente confortável para utilizá-las, vali-me, então, da postura e do método fenomenológico e da metapsicologia psicanalítica para proceder à análise de conteúdo das entrevistas transcritas. Igualmente vali-me dos modelos teóricos expostos na seção 1.3.7.

Berelson (1984) foi um dos primeiros a sistematizar a análise de conteúdo como instrumento de interpretação de dados textuais. No final da década de 1940, organizou de forma sistemática e crítica o conhecimento que emergira rapidamente nas duas décadas anteriores. Embora desenvolvida inicialmente para o campo da comunicação social, no prefácio de seu livro Berelson admite sua aplicabilidade em diferentes áreas do conhecimento, contanto que lidassem com “materiais de comunicação” (p.9). Curiosamente não cita as áreas de psicologia, psiquiatria ou a semiologia médica entre as principais áreas que se beneficiariam com esse instrumento, mas abre a possibilidade nos capítulos que se seguem.

Tradicionalmente, a análise de conteúdo da comunicação recorre a métodos quantitativos para atingir seus objetivos e isto está contido na definição que Berelson cunhou:

Análise de conteúdo é uma técnica de pesquisa que visa uma descrição do conteúdo manifesto de comunicação de maneira objetiva, sistemática e quantitativa. (1984, p.18)

O terceiro capítulo de seu livro destina-se a criticar o adjetivo “qualitativa” empregado para denominar algumas pesquisas realizadas até então, considerando impróprio tal uso ou, no mínimo, discutível. No limite, argumenta que identificar a presença ou ausência de um determinado tema, mesmo sem contar quantas vezes ele aparece, é utilizar uma análise freqüencial em que a quantidade de aparecimento da unidade temática se limita a *um* ou *zero*, portanto tratar-se-ia de uma análise quantitativa.

A argumentação crítica de Berelson contra uma *análise qualitativa* é inegavelmente lógica, mas não a mencionarei aqui – apenas pondero que suas considerações *quantitativistas* se dirigem apenas a um determinado plano da comunicação, que é o plano do conteúdo totalmente manifesto e vinculado aos sentidos denotativos das palavras dos textos analisados.

Na análise de conteúdo realizada, de fato utilizei também técnicas que podem ser denominadas quantitativas. Afirmar que alguns entrevistados se manifestaram *mais* ou *menos* freqüentemente sobre um assunto é valer-me de uma quantificação sem números. O mesmo ocorre quando são utilizados advérbios de tempo e quantidade como “sempre”, “nunca”, “repetidamente”, “raramente” etc. Dependendo do contexto em que se encontram, frases como “os entrevistados enfatizaram...” ou “os entrevistados tenderam a...” podem referir-se à freqüência com que os temas estiveram presentes.

Uma crítica que pode ser feita a essas análises *quasi*-quantitativas é a de que, por exemplo, a simples referência à presença ou ausência de determinada menção do entrevistado não basta para inferir algo. De fato, se nos limitarmos estritamente ao manifesto (isto é, ao que é consciente e a todos os significados denotativos possíveis que se atêm ao que é verbalizado), uma única ocorrência de determinado significante não seria relevante. Mas aquilo que é dito nas entrevistas semidirigidas e abertas não se resume aos significantes, pois os entrevistados investem emocionalmente no que dizem (ou na postura de não dizerem) a partir de seu estado psíquico e de sua história pessoal, e portanto o significado do

que verbalizam é permeado pela subjetividade e adquire invariavelmente um sentido conotativo.

De qualquer forma, o processo intelectual envolvido nos dois tipos de análise é a indução (a inferência): a análise quantitativa induz suas categorias e conclusões a partir da frequência (e de outras medições matemáticas e estatísticas) com que as unidades de análise aparecem, enquanto uma análise qualitativa as induz a partir de outros fenômenos históricos pessoais e/ou psíquicos associados à fala daquele que se pronuncia.

Se tomo por base alguns textos mais atuais sobre análise de conteúdo (como por exemplo Bardin, 1979; Polgar & Thomas, 1991 e, no Brasil, Minayo, 1993), observo que não se colocam mais dúvidas sobre a pertinência de um tratamento qualitativo dos conteúdos manifestos e latentes de uma entrevista aberta ou semidirigida.

3.3 VALIDADE E CONFIABILIDADE DOS INSTRUMENTOS

Com vistas às considerações sobre validade (*validity*) e confiabilidade (*reliability*), considerarei a entrevista semidirigida e o processo de categorização como dois momentos de um mesmo instrumento de coleta de dados, sendo a categorização nada mais do que uma lapidação dos dados brutos obtidos nas entrevistas. A análise de conteúdo igualmente está incluída entre os instrumentos, como procedimento de tratamento dos dados coletados.

3.3.1 Sobre a validade

Nos trabalhos qualitativos na área da psicologia dos cuidados com a saúde, os pesquisadores obtêm seus dados a partir de entrevistas abertas ou semidirigidas em que procuram dar espaço para a expressão o mais livre e menos conduzida possível de seus entrevistados. Procura-se dar a eles condições para um movimento de introspecção e para a expressão verbal desta auto-observação ou, em outras palavras, condições para manifestarem o mais livremente possível aquilo que observam em si mesmos, internamente, a respeito do assunto que lhes é proposto. Assegurando essas condições de expressão, reforça-se a vali-

dade (*validity*) do instrumento, pois diminui a chance de se incorrer em erro quanto às inferências que se fazem sobre o que o entrevistado diz.

No entanto, potenciais fontes de erros sistemáticos sempre existirão. Se, por exemplo, o pesquisador partir do pressuposto de que tudo o que seu entrevistado diz é verdade (isto é, *a verdade do entrevistado*), não estará levando em consideração que este discurso é influenciado pela natureza da relação pesquisador-entrevistado (no caso desta minha pesquisa, uma relação também médico-paciente). Outro fator que sempre está presente é o conhecimento de ambos que suas falas e posturas durante a entrevista serão direta ou indiretamente conhecidas por outras pessoas. Portanto há sempre uma modulação do comportamento de ambos frente à situação de entrevista e isto deve ser levado em conta quando o material é analisado, sob o risco de se procederem a inferências falsas e erroneamente fundadas. Não quero dizer que os entrevistados (ou que os entrevistadores) *mintam* de forma propositada, mas que suas falas são potencialmente marcadas por constrangimentos e intenções dos quais eles mesmos não têm consciência.

Neste ponto, creio ser necessário rebater a visão positivista acerca da validade científica dos instrumentos que investigam o movimento de introspecção nas pesquisas clínico-qualitativas. Este é um ponto crucial da justificação metodológica neste trabalho, uma vez que os dados coletados e sobre os quais trabalhei advêm, primariamente, deste movimento introspectivo de meus entrevistados, movimento impulsionado pelas perguntas que lhes fiz e pelo “espaço” que lhes concedi para se expressarem.

O positivismo clássico, anterior aos acréscimos epistemológicos neopositivistas, estipulou rigorosos critérios de avaliação da validade e confiabilidade do material científico, através do emprego de técnicas de apreensão da realidade objetiva. Os fatos falariam por si sós, bastando ao pesquisador apreendê-los diretamente com instrumentos seriam avaliados quanto a sua eficácia em medir o que se propõem medir (*validade/validity*) e sua capacidade de não variar seus resultados (*confiabilidade/reliability*).

No que concerne a um trabalho como este que ora apresento, tal maneira de fazer e avaliar a pesquisa colocaria obstáculos intransponíveis à sua realização ou seus resultados não seriam aceitos como científicos; vejamos então onde a lógica positivista levaria.

Em 1830, o fundador do positivismo, Auguste Comte, criticando os métodos da ciência psicológica de então, assim se expressou em seu “Curso de Filosofia Positiva” em relação à introspecção:

*... o espírito humano pode observar diretamente todos os fenômenos, exceto os seus próprios. Pois quem faria a observação? Concebe-se, quanto aos fenômenos morais, que o homem possa observar a si próprio no que concerne às paixões que o animam, por esta razão anatômica: que os órgãos, em que residem, são distintos daqueles destinados às funções observadoras (...) No entanto, quanto a observar da mesma maneira os fenômenos intelectuais durante seu exercício, há uma impossibilidade manifesta. **O indivíduo pensante não poderia dividir-se em dois, um raciocinando enquanto o outro o visse raciocinar. O órgão observado e o órgão observador sendo, neste caso, idênticos, como poderia ter lugar a observação? Este pretensão método psicológico é, pois, radicalmente nulo em seu princípio.** (Comte, 1983, p.13-14, grifo meu.)*

Nesta citação literal reside, em parte, a fundamentação epistemológica da corrente psicológica denominada behaviorismo. Pavlov, em 1903, funda essa corrente com a publicação de “A Psicologia e a Psicopatologia Experimentais nos Animais” e assim diz sobre a expressão da subjetividade:

Devemos (...) penetrar no estado interior do animal e representar a nosso modo as suas sensações, sentimentos e desejos? A meu ver o naturalista só pode formular uma única resposta a esta última questão: um “não” categórico. (...) Não constitui permanente motivo de tristeza o fato de a maioria das pessoas se não compreenderem, não poderem compartilhar as respectivas situações? Permitem-nos os nossos conhecimentos reconstituir seguramente o estado de outra pessoa? (Pavlov, 1990, p.42)

Esses autores (Comte e Pavlov) não negaram a existência dos “estados internos” da subjetividade, mas a argumentação é de não serem abordáveis cientificamente.

Essa linha de teoria do conhecimento positivo nega, portanto, que os fenômenos subjetivos cuja expressão obtive de meus entrevistados, possam ser tomados como cientificamente válidos.

A lógica positivista tradicional, no entanto, não é mais hegemônica, uma vez que prosseguiram os avanços na discussão sobre os critérios de cientificismo. Mesmo os epistemólogos neopositivistas como Popper (1975), discutem se os critérios de *validade do conhecimento*, de qualquer conhecimento, são plenamente verificáveis. Para ele, uma hipótese nunca é verificável de forma positiva, isto é, a partir da repetição sistemática de um mesmo resultado em um determinado experimento. Ora, um único resultado destoante é suficiente para considerar falsa a generalização teórica que a hipótese até então *confirmada* sustentava. Para Popper, uma *certeza* científica é sempre sujeita ao critério de falseabilidade: uma hipótese somente pode ser refutada, nunca confirmada. Nas suas palavras:

*Eu sustento que as teorias científicas nunca são inteiramente justificáveis ou verificáveis, mas que, não obstante, são suscetíveis de se verem submetidas a prova. Direi, conseqüentemente, que a **objetividade** dos enunciados científicos reside na circunstância de eles poderem ser **intersubjetivamente submetidos a teste** (p.46). (...) Não exijo que todo enunciado científico tenha sido efetivamente submetido a teste antes de merecer aceitação. Quero apenas que todo enunciado científico se mostre **capaz de ser submetido a teste**. (Popper, 1975, p.50, grifos do autor.)*

Estas citações me ajudam a argumentar que a validade do conhecimento científico não é algo que se apóie simplesmente nos fatos objetivos, pois mesmo partindo deles, teorias podem ser refutadas, sendo a refutabilidade (ou falseabilidade) exatamente um dos motores da atividade científica. Demo (1985) diz sobre este tema *popperiano*:

... o erro não aparece como uma fatalidade, mas como uma condição processual: se é condição de cientificidade de uma teoria o ser superável, ou o

poder ser rebatida por enunciados negativos, então é correto afirmar que ela realiza apenas uma aproximação de qualquer coisa que se poderia chamar de verdade, objetividade, certeza, evidência. (p.48)

Estas alegações epistemológicas estão primariamente colocadas por mim, não sendo minha pretensão enveredar pela teoria do conhecimento, até porque não teria formação para isso. Apenas argumento minimamente contra um primado dos *fatos objetivos* na avaliação que se faça sobre meu instrumento de coleta de dados e sobre a análise de conteúdo qualitativa que realizei sobre os conteúdos verbalizados por meus entrevistados. Não me defrontei com *fatos objetivos*, isto é, com fatos que falam por si sós, independentemente do emissor ou do receptor destes fatos. Defrontei-me, ao contrário, com fenômenos subjetivos e polissêmicos advindos do entrevistado, de mim mesmo e do campo mais abrangente de observação (relação entrevistado-entrevistador).

Posso também recorrer ao próprio Berelson (1984), que foi defensor da análise “objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto” (p.18), portanto *na esteira* do positivismo, para sustentar a possibilidade de validação científica dos conteúdos advindos do movimento de introspecção de meus entrevistados e da análise de conteúdo que deste material se faça. Ele comenta que o conteúdo manifesto não é um objeto estático, e que

... assim que significados são atados a símbolos, as predisposições psicológicas do leitor tornam-se envolvidas e em algum grau elas distorcem sua compreensão do 'conteúdo manifesto'. Assim, não há garantia alguma que os significados do 'conteúdo manifesto' sejam os mesmos significados realmente compreendidos pelos diferentes leitores ou pretendidos pelo escritor e, assim, somente o conteúdo latente pode existir sempre que significados estão envolvidos. Nesta linha de argumentação, cada leitor toma seus próprios e peculiares significados de um conteúdo comum. Sem considerar a metapsicologia desta argumentação, sugerimos que haja vários tipos e 'níveis' de conteúdo de comunicação e que a análise de conteúdo manifesto para significados pode aplicar-se para alguns e não para outros.”
(Berelson, 1984, p.19)

Complementaria tal raciocínio mencionando que há um *continuum* de possibilidades em que os conteúdos de comunicação se dispõem, de acordo com a chance de sua interpretação ser mais ou menos compartilhada por certa audiência: num extremo, uma direta notícia de jornal; noutra extremo, um poema moderno hermético. A análise de conteúdo manifesto seria, para Berelson (1984), aplicável ao primeiro extremo somente. E por que seria aplicável? Explica que os significados dos conteúdos analisados e categorizados pelo pesquisador correspondem aos mesmos significados do emissor da comunicação porque “a assunção é que há um universo comum de discurso entre as partes relevantes, de maneira que o conteúdo manifesto pode ser tomado como uma unidade de estudo válida” (p.19).

Ora, a validade dos dados obtidos por um instrumento refere-se à correspondência que supostamente têm com a verdade. Supomos que, ao se encontrarem duas pessoas para uma entrevista aberta ou semidirigida, elas compartilhem um universo comum onde estão contidos, além dos significados denotativos dados aos significantes que pronunciam (palavras e frases – portanto unidades passíveis de quantificação), os prováveis sentidos conotativos e os inúmeros outros atributos humanos que se podem expressar e que são dificilmente – mas também inutilmente – quantificáveis. Creio aproximar-me assim da fenomenologia e aproximo-me mais especificamente do *método fenomenológico* aplicado à psicologia.

A psicologia fenomenológica focaliza sua análise nas experiências subjetivas, *tematizando-as* (Martins, 1984). Note-se que fenomenologia mudou a concepção vigente do século XIX sobre o que era considerado *subjetivo*. Enfatizando os aspectos subjetivos do comportamento das pessoas, os fenomenologistas acreditam que existam múltiplos modos de entender e interpretar as experiências, estando estes modos disponíveis para cada pesquisador através da interação com outros (Bogdan & Biklen, 1998, p.23-24).

O psicopatologista Karl Jaspers disserta sobre a aplicação clínica da fenomenologia, dando argumentos para a afirmação de que este método procura assegurar a *validade* dos dados obtidos nos inquiridos que realiza:

À fenomenologia compete apresentar de maneira viva, analisar em suas relações de parentesco, delimitar, distinguir da forma mais precisa possível e

designar com termos fixos os estados psíquicos que os pacientes realmente vivenciam. Visto que não se pode perceber diretamente um fenômeno psíquico de outrem, assim como se percebe um fenômeno físico, só se poderá tratar de representação, de empatia e compreensão a que poderemos chegar (...) Nisso nos servem de ajuda sobretudo as descrições próprias dos pacientes que, no contato pessoal, podemos provocar e verificar, elaborar da maneira mais clara e completa. (Jaspers, 1979, p.71)

Portanto, o “universo comum” preconizado por Berelson (1984) para embasar a análise quantitativa de conteúdo manifesto é tomada como existente (pela psicopatologia fenomenológica) também para os conteúdos subjetivos vivenciados pelos interlocutores de uma entrevista.

A psicopatologia fenomenológica é uma das aplicações possíveis da fenomenologia como método de investigação, neste caso um método de análise que colhe os conteúdos do mundo psíquico, portanto fenômenos subjetivos em sua essência, não mais considerando tais fenômenos como simples representações do mundo externo, “mas situando-os em um campo genuíno e original da experiência: a mente” (Martins, 1984, p.79). A psicopatologia fenomenológica está interessada, nas palavras de Jaspers, nas *vivências reais* dos pacientes que o clínico aborda, em como verdadeiramente lhes ocorrem as vivências; preocupa-se portanto com a validade (*validity*) dos dados obtidos em suas investigações.

Jaspers adota uma *postura metodológica* que tem suas bases na fenomenologia de Edmund Husserl. Mas penso que não se tratou de uma aplicação imediata dos conceitos husserlianos de suspensão (*epoché*), redução fenomenológica, intencionalidade etc., mesmo porque Husserl procurou fazer uma clara distinção entre fenomenologia e psicologia. O psicólogo e o psiquiatra não realizam (mesmo pesquisando), como faz o fenomenólogo, a *epoché*, mas se mantêm no terreno da *atitude natural* (Sartre, 1987), que é o terreno em que os homens se situam no seu cotidiano, expostos às coisas reais que se colocam espontaneamente às suas consciências. No entanto, o método da fenomenologia “*pode servir de modelo aos psicólogos*” (*idem*, p. 97).

Como recorro à fenomenologia para atribuir rigor metodológico ao método clínico-qualitativo aplicado à psicologia dos cuidados com a saúde, quero argumentar de que forma

a utilizo como *modelo metodológico*, não atendo as aplicações à psicologia da percepção a que Sartre se referiu em seu texto. Juntamente com pesquisadores qualitativos de diferentes áreas do conhecimento, como a antropologia, sociologia e educação – para quem é corrente o uso da fenomenologia como um dos principais referenciais metodológicos (Morse & Field, 1995) –, mas também com Jaspers, pesquisador em área de estudo próxima à minha, adoto os seguintes princípios citados por Martins (1984) como os que fundamentam e especificam o campo de investigação fenomenológica: a) “olhar atento para o fenômeno quando ele se mostra e como ele se mostra”; b) “descrever e não explicar os fenômenos”; e c) “não se deixar levar pelas crenças sobre a realidade, mas colocar todos os fenômenos no mesmo horizonte” (p.87). Os escritos de Jaspers colaboram para o entendimento destes princípios, quando aplicados à psicologia e à psicopatologia, pois esclarecem que os fenômenos que interessam a essas disciplinas seriam cognoscíveis apenas “indiretamente pelas descrições próprias dos pacientes, *entendidas por analogia com nossas vivências*” (Jaspers, 1979, p.40, grifo meu). Isto é, seriam cognoscíveis, como já observado parágrafos atrás, através da suposição de um universo comum de vivências subjetivas, como aquele “universo comum” entre o emissor e o receptor de um conteúdo requerido por Berelson (1984) para a análise de conteúdos manifestos

Parece-me, então, que a fenomenologia responde suficientemente bem ao problema da validade científica dos dados obtidos através do movimento introspectivo dos entrevistados em profundidade no campo da saúde mental. Por analogia com as vivências do pesquisador, ou dos leitores dos resultados de sua pesquisa, seria possível apreender aqueles fenômenos subjetivos que, para Comte e Pavlov, não deveriam ser objeto científico.

A seguir disserto sobre como, na prática das pesquisas qualitativas, o atributo de validade (*validity*) é procurado pelos pesquisadores.

3.3.2 Técnicas de maximização da validade

Nas pesquisas qualitativas investe-se sobretudo na validade dos instrumentos, isto é, buscam-se recursos instrumentais para se atingir a veracidade quanto ao objeto de estudo ou, em outras palavras, investe-se na capacidade de os instrumentos utilizados evitarem os

erros ao aferirem o que se propõem a aferir (Almeida F.º, Santana & Mari, 1989). Nas entrevistas abertas ou semidirigidas, aumentar a validade significa aumentar o grau com que o comportamento do entrevistado reflita o que se passa internamente com ele. Afirmar que um questionário estruturado com respostas fechadas tem validade menor do que uma entrevista aberta significa que as repostas fechadas, predeterminadas pelo pesquisador, nem sempre refletem o que o entrevistado gostaria ou poderia responder, o que não acontece com a entrevista aberta caso sejam garantidas boas condições para o entrevistado se expressar. Nas entrevistas dirigidas ou nos questionários fechados pode haver uma tendência mais pronunciada de omissão dos entrevistados diante de algum tema que lhe seja difícil ou uma propensão para responder o que desejasse ser a verdade, mesmo não sendo; podem também responder o que acreditam que o pesquisador gostaria que respondessem. Nas entrevistas abertas e nas semidirigidas o mesmo pode ocorrer, havendo no entanto meios mais eficazes de contornar tal comportamento pela detecção de sua ocorrência, eventual manejo visando neutralizá-la ou simplesmente descrevendo a ocorrência e tentando compreendê-la no contexto em que apareceu.

3.3.2.1 Anonimato

Boas condições para de expressão começam com a garantia de anonimato do entrevistado, incluindo a garantia de que não seriam veiculadas informações que pudessem, mesmo indiretamente, identificá-lo. Tal garantia estende-se aos supervisores mais diretos do trabalho de pesquisa ou ao transcritor das fitas gravadas. Portanto procurei retirar do *corpus* (Anexo 1) qualquer elemento que pudesse remeter o leitor à identidade civil, mesmo aproximada, dos entrevistados.

3.3.2.2 Conforto físico

Aspectos práticos da situação de entrevista também foram alvo de atenção no sentido de aumentar o conforto e a prontidão do entrevistado e do entrevistador para estender a

duração da entrevista caso necessário. Poltronas confortáveis, silêncio ambiental, garantia de não sermos incomodados por outras pessoas, por campainhas etc., acesso fácil à água potável, condições adequadas de ventilação e de temperatura do ambiente. Pedi que os entrevistados reservassem pelo menos duas horas e meia para a entrevista, embora dificilmente a duração chegasse a tanto.

3.3.2.3 Local das entrevistas

Há autores que recomendam que as entrevistas sejam feitas no ambiente doméstico do entrevistado, ou algum outro a sua escolha, com vistas a garantir-lhe mais conforto e possibilidades de mais facilmente “dominarem” a condução da entrevista (Morse & Field, 1995). Contudo, nesta pesquisa os ambientes físicos utilizados foram os ambientes de trabalho do entrevistador. Dada a maneira com que a amostra foi captada, tal ambiente não era estranho aos entrevistados, tendo já eles lá comparecido algumas vezes ou, no caso dos que estavam internados, era o próprio local em que estavam hospedados.

3.3.2.4 Setting (enquadramento) físico estável

As entrevistas foram individuais, com hora marcada e com duração variando de 70 a 120 minutos. Foram feitas com intervalo mínimo de duas semanas entre si, na tentativa de minimizar uma possível tendência a um certo automatismo de meu comportamento durante as entrevistas, para não serem mais uma *rotina* em meu cotidiano naqueles meses. Previ e destinei tempo suficiente para escrever sobre a observação realizada logo em seguida. No caso dos entrevistados internados, a entrevista foi feita no local onde estavam, na Clínica Vivência (Campinas, SP); as outras entrevistas foram feitas em meu consultório. Nas duas situações procurei proporcionar o mesmo conforto e privacidade aos entrevistados. A estabilidade do *setting* é necessária porque, não sendo controlável sua influência sobre os dados obtidos, pelo menos não varia substancialmente de uma entrevista para outra e as variações das entrevistas passam a se dever mais às variações dos próprios entrevistados. O mesmo raciocínio é válido para o pesquisador-como-instrumento, como se verá a seguir.

3.3.2.5 Relação de confiança entre entrevistador e entrevistado

O entrevistado precisa estar certo de que sua fala e sua pessoa serão tratadas com o devido respeito humano; deve estar certo de que está diante de alguém atento a seus problemas e sofrimentos pessoais e capaz de lhe ser empático. A estas qualidades imprescindíveis a um entrevistador, a que espero ter correspondido, soma-se o fato de que a instituição de ensino e pesquisa a que me vinculo neste trabalho, a Universidade Estadual de Campinas, ser reconhecida como respeitável na cidade de Campinas (SP), havendo uma transferência desta respeitabilidade para o pesquisador individualmente.

3.3.2.6 Simultaneidade de papéis: entrevistador, pesquisador e médico

Uma vez exercido os três papéis simultaneamente, penso se esta coincidência teria feito aumentar ou diminuir a validade científica das entrevistas que realizei. Por um lado parece aumentar, pois a relação de confiança no médico é parcialmente transferida para o pesquisador. Aumentaria também caso se concorde com Bleger (1989) sobre ser preciso motivar o entrevistado para uma pesquisa, enquanto que o entrevistado numa situação clínica já chega motivado para ela. Portanto meu entrevistado já estaria *clanicamente* motivado a falar sobre si. Por estes motivos optei por entrevistar pacientes meus (ou pacientes tratados pela equipe da clínica de internação da qual eu fazia parte) e também porque este seria o *setting* mais *natural* de uma pesquisa que estude procura de tratamento: o momento de aproximação com o clínico que é procurado.

Entrevistando os próprios pacientes, pode ocorrer também que o entrevistado tenha uma tendência a dizer o que seu entrevistador-médico gostaria supostamente de ouvir de seu entrevistado-paciente, para fazer-lhe chegar a uma confirmação de suas hipóteses de pesquisa. Sempre há uma ascendência do clínico sobre seus pacientes (mesmo quando o paciente também é um profissional de saúde) o que pode gerar um comportamento inibido

do entrevistado-paciente ao verbalizar algum tópico específico. Tais possibilidades podem levar a uma redução da validade da entrevista.

Outra potencial contribuição negativa à validade, quando o entrevistador é o próprio médico do entrevistado-paciente, é o fato dos dependentes de substâncias psicoativas poderem ter fantasias persecutórias em relação às pessoas que os tratam, como se verá no capítulo quarto.

Portanto, procurei estar atento durante a entrevista e no tratamento dos dados a estas possibilidades de me relatarem o que eu pudesse querer ouvir ou de terem medo de dizer alguma coisa que pudesse, sob sua ótica, prejudicar-lhes de alguma forma (por exemplo, que eu utilizasse determinada informação para mantê-los mais ou menos tempo internados, que nos atendimentos familiares alguma decisão minha fosse influenciada pelo que disseram durante a entrevista, que os medicasse *mais* – ou talvez *menos* – do que vinha fazendo etc.).

3.3.2.7 Um único entrevistador

Não se cogita que nas pesquisas clínico-qualitativas as entrevistas possam ser feitas por pesquisadores diferentes. Isto se deve ao fato de que comparação destas entrevistas entre si só é possível se algumas variáveis se mantiverem constantes: o entrevistador, o(s) tema(s) e o tipo de ambiente físico. Uma estabilidade total não é possível, já que o pesquisador muda suas características a cada entrevista que faz: no mínimo, será influenciado pelo que já ouviu nas entrevistas anteriores. Sendo este um limite intransponível tecnicamente (a memória do entrevistador), tomo por aproximadamente constante meu comportamento e, na análise de conteúdo, os eventuais efeitos desta memória podem ser abordados.

As entrevistas foram feitas por mim mesmo. No consultório, fui procurado diretamente pelos pacientes para um atendimento. Na clínica, fui procurado indiretamente, por pertencer à equipe assistencial e ser o psiquiatra que cuidava de algumas atividades do programa de tratamento para dependentes de substâncias psicoativas.

Procurei dispor de tempo para as entrevistas e para pensar e escrever sobre elas nas horas subseqüentes. Procurei demonstrar interesse e curiosidade sobre o que as pessoas

entrevistadas revelaram, ao mesmo tempo em que procurei abstrair durante o encontro e não dirigi-lo demasiadamente de forma a descaracterizar uma postura deliberadamente *ingênua* que procurei ter. Por isso não creio ter sido problema metodológico o fato de os entrevistados serem meus pacientes. Entretanto, como já mencionado, as entrevistas ocorreram antes de um contrato terapêutico de médio ou longo prazos.

Como entrevistador, coloquei-me não apenas como médico e como pessoa diante dos meus entrevistados, mas também como alguém tecnicamente preparado para uma situação de entrevista semidirigida visando à pesquisa. Assim, procurei exercer os atributos de um “bom entrevistador” em pesquisas qualitativas, seguindo, na medida do possível, os preceitos de uma “boa entrevista” semidirigida referidos anteriormente (seção 3.2.2).

3.3.2.8 Competência cultural e não imposição de problemática

Espera-se que o pesquisador conheça minimamente, se não o assunto que deseja explorar, os instrumentos socioculturais básicos para abordar a população alvo de seu estudo (Bernard, 1988). A população que visei exige, por exemplo, que eu saiba teoricamente algo dos efeitos das substâncias que usa, algo da sua gíria, de alguns hábitos relacionados ao uso das substâncias de que abusam etc. Alguém completamente inexperiente com esta população dificilmente conduziria as entrevistas de forma a extrair informações relevantes. Igualmente importante é elaborar temas de maneira a não propor aos entrevistados assuntos sobre os quais não têm nada a dizer e impor-lhes problemática que não lhes seja relevante ou parte de seu universo de valores (Lüdke & André, 1986). A adaptação da lista de tema e subtemas posterior ao estudo piloto visou a esta adequação.

3.3.2.9 Pesquisador-como-instrumento de pesquisa

Várias das características pessoais dos pesquisadores são fatores determinantes de uma maior ou menor facilidade de expressão do entrevistado e mesmo do conteúdo verbalizado. Inegavelmente, fatores como idade, etnia, sexo e orientação sexual, sotaque, jargão,

características físicas, expressividade facial e corporal, renome profissional, vestuário, a própria decoração do ambiente de trabalho onde as entrevistas ocorreram – enfim, um sem-número de variáveis que “calibram” este peculiar instrumento de pesquisa – são potenciais fatores intervenientes em seus resultados. Sendo assim com relação a características “externas”, muito mais intervenção seria promovida pelo estado psíquico do pesquisador no momento da entrevista: seu inevitável estado de ansiedade diante do entrevistado, seus conflitos pessoais diante de alguns temas, sua personalidade. Este é um tema relevante e que aguarda ser abordado por pesquisadores clínico-qualitativos que pesquisem seus pares. Na impossibilidade conceitual de serem *controlados* todos estes fatores, eles podem ser, ao contrário, usados no tratamento dos dados para ajudar na inferência de determinados conteúdos. A este respeito, o psicanalista Bleger (1989) escreve:

Na entrevista o entrevistador é parte do campo, quer dizer, que em certa medida condiciona os fenômenos que ele mesmo vai registrar. Coloca-se, então, a questão da validade dos dados assim obtidos. (...) A máxima objetividade só pode ser alcançada quando se incorpora o sujeito observador como uma das variáveis do campo. (...) Toda conduta se dá sempre num contexto de vínculos e relações humanas, e a entrevista não é uma distorção das pretendidas condições naturais e sim o contrário: a entrevista é a situação “natural” em que se dá o fenômeno que, precisamente, nos interessa estudar: o fenômeno psicológico. Desta maneira o enfoque ontológico [a coisa em si] e o gnosiológico [o conhecimento que dela se tem] coincidem e são a mesma coisa. (p.18 e 19)

Com o que as educadoras Lüdke e André (1986) convergem, quando valorizam a introspecção e reflexão pessoal como instrumentos de análise de dados e quando afirmam que o pesquisador pode recorrer aos conhecimentos e experiências pessoais nesta análise que faz.

Se, como Bleger (1989) acentuou, o entrevistador condiciona parcialmente aquilo que observará, ao se verificar que determinadas características do pesquisador intervêm particularmente na expressão dos entrevistados, trata-se de tentar abstrair os *porquês* e os

comos e aumentar a compreensão da relação entrevistador-entrevistado, podendo ser este um momento particularmente rico da observação.

Mas, eventualmente, algumas características ou estados psíquicos do entrevistador são sobremaneira difíceis de serem utilizados para os objetivos propostos e neste caso o pesquisador deveria abster-se de realizar aquela pesquisa em particular ou então submeter sua análise dos dados a uma auditagem rigorosa por supervisores. No caso desta pesquisa, por exemplo, se eu também fosse dependente de substâncias psicoativas provavelmente não me veria em condições de realizá-la, mas provavelmente há quem pensasse justamente o contrário, dependendo da maneira que um entrevistador tão enviesado lidasse com estes vieses.

3.3.2.10 Pesquisador-como-instrumento e a diretividade da entrevista

Um aspecto prático dessas considerações feitas acima é o uso que o pesquisador faz de si mesmo no sentido de dirigir mais ou menos a entrevista. Como já mencionado, quanto mais exploratória for uma pesquisa qualitativa, menos diretividade é implementada e mais o campo é configurado de acordo com as características dos entrevistados. No entanto, alguma diretividade do pesquisador sempre existe, na medida em que ele é quem propõe o(s) tema(s) da entrevista. White (1982, *apud* Britten, 1995)⁷ estabeleceu uma escala de diretividade das técnicas de entrevista (Quadro 4, traduzido por mim). O leitor pode avaliar com seu auxílio a diretividade que impus às entrevistas que realizei examinando o *corpus* no Anexo 1. Como Britten (1995) observa, não se deve considerar que menor diretividade é sempre melhor, mas sim verificar o quanto de diretividade é apropriado a cada situação particular de entrevista.

Numa observação rápida sobre o *corpus* (Anexo 1), comparando visualmente a presença de parágrafos grafados em negrito (minhas falas) com os parágrafos grafados sem destaque gráfico (falas dos entrevistados), ver-se-á que minhas intervenções nas entrevistas foram numerosas, mais do que geralmente se espera de uma entrevista semidirigida com

⁷ White, W.F. – “Interviewing in Field Research”. In: Burgess, R.G. – **Field Research: a Sourcebook and Field Manual**. London, George Allen and Unwin, 1982. p.111-22.

um número reduzido de subtemas abordados. Observar-se-á, no entanto, que poucas dessas intervenções correspondem àquelas que White classifica como mais diretivas.

QUADRO 4 – Escala de diretividade para análise de técnicas de entrevistas de White

1. Fazer ruídos de encorajamento
 2. Refletir sobre observações feitas pelo entrevistado
 3. Sondar / investigar a última observação do entrevistado
 4. Sondar / investigar um tema que precedeu a última observação do entrevistado
 5. Sondar um tema expresso anteriormente durante a entrevista
 6. Introduzir um novo tema
- (1 = comportamento menos diretivo; 6 = mais diretivo)
-

Fonte: White (1982), *apud* Britten (1995).

3.3.2.11 Realização de mais de uma entrevista com o mesmo entrevistado

Procedimento possível para contribuir com a validade seriam novas entrevistas com a mesma pessoa para esclarecer pontos que ficaram obscuros ou que não foram aventados na primeira entrevista. Lüdke & André (1986) sustentam que quanto maior o tempo de observação, melhor a qualidade dos resultados, pois permite ao observador voltar atrás em conclusões apressadas a que chegue. Esse procedimento certamente contribui com o rigor das pesquisas antropológicas e sociológicas, mas penso que há argumentos contrários a esta técnica nos estudos clínico-qualitativos. Não creio, por exemplo, que fazer o entrevistado “pensar melhor” sobre um determinado tópico possa sempre contribuir para a validade da entrevista. O contrário pode também ocorrer, porque este *pensar melhor* pode significar retirar o elemento de catarse da situação de entrevista, elemento importante para fazer a correspondência do que é dito com aquilo que é sentido e percebido no movimento introspectivo que o entrevistado faz. Penso que geralmente uma única entrevista é suficiente para dar ao entrevistado oportunidade de esclarecer suas contradições ou erros de expressão, uma vez que se deve lhe dar tempo suficiente para isso, assim como se lhe dá muito da própria condução da entrevista semidirigida com questões abertas.

3.3.2.12 Validação pelos participantes

Não apenas as entrevistas transcritas são resultados, mas também as categorias que se inferirão a partir delas; sendo estas portanto também sujeitas à avaliação de validade. Há quem preconize (por exemplo, Appleton, 1995) enquanto outros autores apenas citam com reservas (Pope & Mays, 1995) que os dados já parcialmente trabalhados sejam discutidos com as pessoas entrevistadas com vistas a assegurar sua concordância com o que se está concluindo na pesquisa. Desta maneira o pesquisador poderia ser percebido como alguém mais digno de confiança assim como a credibilidade da fala do entrevistado poderia ser tomada como maior (afinal ele terá tido oportunidade de “se explicar melhor”). É o que Sandelowski (1993) chama de *member validation* (validação pelos participantes da pesquisa), sendo ela frontalmente contrária a que se almeje a validade por esta via, considerando-a na verdade uma ameaça à validade.

Não preciso, entretanto, recorrer a essa autora ou ao restante da literatura sobre pesquisa qualitativa para argumentar que na área da psicologia com os cuidados com a saúde, tal aferição, além de contribuir negativamente para a pesquisa, seria até mesmo eticamente contra-indicada. Dificilmente um entrevistado concordaria com o que se concluiu sobre o que ele disse. Mesmo que ele tivesse um domínio dos conceitos e do jargão profissional e científico, como no caso de a população pesquisada ser de profissionais de saúde mental, certamente haveria resistências psíquicas que forçariam uma mudança significativa do *corpus* (objeções do tipo “não foi bem isso que eu quis dizer”) e das conclusões do pesquisador. Se, com outra população sem conhecimentos técnicos em saúde mental, se expusessem os entrevistados às interpretações, fora de um *setting* clínico, estar-se-ia potencialmente prejudicando sua saúde psíquica. A *member validation* (validação pelos participantes) pode ser indicada por conseguinte apenas nos casos em que se abordem assuntos emocionalmente *neutros*, que não digam respeito à subjetividade mais íntima do entrevistado (por exemplo, entrevistas de historiadores com personagens de um momento histórico que se esteja estudando).

Como não estive interessado apenas em descrever o que o entrevistado disse, mas interpretar o conteúdo latente do que foi dito (algo que se situa, portanto, na esfera do pré-consciente e do inconsciente), não teria adiantado pedir que os entrevistados lessem minhas interpretações e me dessem um “aval” para utilizá-las. Dificilmente os entrevistados reconheceriam como verdadeiras essas interpretações.

3.3.2.13 Exemplificação e uso de teorias

No capítulo seguinte, as categorias que fundamentaram a análise de conteúdo foram permeadas por citações literais do *corpus*. Diante de uma interpretação, retornei ao *corpus* para escolher exemplos que a justificassem; se dois ou mais trechos pudessem ser usados, optei por citar aquele que melhor exemplifica o tópico específico. A discussão realizada também procurou valer-se de ou contrapor-se aos conhecimentos já existentes sobre o assunto, aferindo assim a congruência conceitual de minha interpretação e contribuindo com a validade da análise de conteúdo.

3.3.2.14 Triangulação de métodos

Trata-se do uso de mais de um método de pesquisa em combinação, observando se refletem resultados coerentes e não totalmente díspares; por exemplo, um estudo quantitativo e um qualitativo com populações semelhantes. Tal procedimento não precisa necessariamente ser realizado com a mesma amostra em um mesmo trabalho de pesquisa, mas é automaticamente realizado com o cotejamento dos resultados com os de outros trabalhos com métodos diferentes. Portanto a validade dos instrumentos de uma pesquisa qualitativa pode e deve ser avaliada ao longo do tempo. Existem outros tipos de triangulação possíveis além da triangulação de métodos: a triangulação teórica (mais de uma teoria usada para balizar a discussão) e a triangulação de analistas dos dados (mais de um analista categorizando o material). Durante a fase final desta pesquisa, amostras do *corpus* foram submetidas a outros examinadores (o supervisor da tese e uma colega do Laboratório de Pesquisas Clínico-

Qualitativas da Unicamp) para que avaliassem a pertinência do trabalho de categorização e a análise que eu realizava. O *corpus* fica também à disposição dos leitores para suas próprias codificações (Anexo 1).

3.3.2.15 Julgamento de peritos na área

Diz Downe-Wamboldt (1992) que a “análise de conteúdo se sustenta principalmente pelo julgamento de peritos na área” (p.320). O próprio processo de aprovação ou não desta tese, desde o exame de qualificação até a defesa propriamente, esta seqüência faz parte do processo de validação da pesquisa.

3.3.2.16 Não antecipação das categorias

Não antecipá-las antes de o material ser obtido e analisado, pois estar-se-ia limitando a exploração dos dados. No entanto, os pressupostos da pesquisa e o conhecimento da literatura são pré-categorias e não é possível ir ao campo de pesquisa sem elas. O ideal, portanto, é procurar uma dissociação proposital em que, mesmo ciente dos pressupostos, o pesquisador procura afastar-se deles e não conduzir a entrevista quando isso não é necessário. Posteriormente, tentar realizar *leituras flutuantes* do *corpus* (v. seção 3.3.5.1), valendo-se dessa mesma dissociação.

3.3.3 Sobre a confiabilidade

Coloca-se agora a questão não mais da validade (*validity*), mas da confiabilidade (*reliability*) dos dados obtidos por meio dos instrumentos utilizados (entrevista semidirigida, categorização e análise de conteúdo), ou seja, em que medida o autor da pesquisa ou outros pesquisadores poderiam repetir resultados semelhantes se abordassem os mesmos fenômenos.

Almeida Filho e cols. (1989) afirmam que “a entrevista profunda possui uma confiabilidade de aplicação baixíssima, já que cada entrevistador trabalha de maneira distinta” (p.33). Não há como discordar desses autores, caso aplicássemos às pesquisas qualitativas na área da saúde e ao seu principal instrumento de obtenção de dados as mesmas medidas de confiabilidade empregadas nos estudos quantitativos.

Creio, no entanto, que a discussão sobre confiabilidade (*reliability*) deve ser colocada em termos diferentes nas pesquisas qualitativas, concordando com vários outros autores (Morse & Field, 1995; Denzin & Lincoln, 1994; Appleton, 1995 e, particularmente, Sandelowski, 1993).

Pesquisadores qualitativos têm feito um esforço de argumentação no sentido de ratificarem o rigor metodológico de seus trabalhos. Tento fazer o mesmo também neste particular, ou seja, no que diz respeito a se há ou não confiabilidade (*reliability*) na pesquisa qualitativa que realizei. Esta discussão é ainda mais complexa e instigante, pois há autores que negam até mesmo a necessidade de pesquisas desse tipo serem confiáveis (*reliable*).

Pessoalmente, creio que se um determinado juízo, enunciado, algum conteúdo latente trazido à tona, ou resumidamente, se algum *resultado* obtido por um pesquisador qualitativista é *admissível* como coerente ou potencialmente correto por outros pesquisadores, então isto significa que resultados semelhantes *poderiam* ter sido obtidos por estes mesmos outros pesquisadores. Não importa se um dia o serão, mas sua admissibilidade como potencialmente corretos e coerentes tanto teoricamente quanto se cotejados com os dados advindos do trabalho de campo. É esta *capacidade* de um juízo ser submetido a teste que, penso, Popper (1975) propõe como critério de aceitabilidade científica (seção 3.3.1). Não creio haver a necessidade (e nem mesmo a possibilidade) de que todas as possíveis inferências sobre os componentes de uma amostra fossem feitas por um único pesquisador para que seus resultados fossem considerados confiáveis (*reliable*). Os objetos (ou sujeitos) de estudo nesta pesquisa são altamente polissêmicos e é impossível uma repetição de um mesmo procedimento de coleta de dados. Tais objetos de estudo são na verdade passíveis de infinitas avaliações. Numa situação de entrevista aberta ou semidirigida, nem o pesquisador-como-instrumento é o *mesmo* no momento seguinte à sua realização.

Sandelowski (1993) faz considerações que julgo estimulantes a esse debate:

Uma das ameaças mais importantes à validade fenomenológica (que se refere à 'verdade para') e, portanto, à validade construtiva (que se refere à 'verdade sobre') dos projetos qualitativos é a assunção de que a validade se baseia na confiabilidade. (p.2) e

Ser repetitiva não é uma propriedade essencial (nem necessária, nem suficiente) das coisas em si mesmas. (p.3)

O pensamento de Bleger (1989) ratificaria estes enunciados:

Cada situação humana é sempre original e única, portanto a entrevista também o é. (...) Esta originalidade de cada acontecimento não impede o estabelecimento de constantes gerais, quer dizer, das condições que se repetem com mais freqüência. O individual não exclui o geral, nem a possibilidade de introduzir a abstração e categorias de análise. (p.20)

Mantendo essas considerações em mente e a despeito das possíveis ameaças à validade (*validity*) quando se procura a confiabilidade (*reliability*) nas pesquisas qualitativas, abordo a seguir o que outros pesquisadores desta área têm postulado sobre como atingi-la em grau “satisfatório”; sempre lembrando que, mesmo que a almejem (diferentemente do que faz Sandelowski, 1993), geralmente não preconizam mensurá-la em números.

3.3.4 Técnicas de maximização da confiabilidade

3.3.4.1 Transcrição cuidadosa das entrevistas

A transposição de um discurso oral para um texto escrito é apenas um recurso de facilitação da ulterior análise, já que é possível simplesmente fazer-se uma “audição flutuante” da gravação em vez da “leitura flutuante” da transcrição (expressão de Bardin, 1979), sendo esta apenas mais operacional.

A maneira como se faz a transcrição ou a escolha do estilo lingüístico do transcrito varia muito dependendo dos objetivos do estudo. O respeito ao uso que o entrevistado faz da prosódia penso que deve ocorrer quando se faz uma pesquisa lingüística, o que não é o caso presente. Este respeito à prosódia resultaria em leituras e releituras do *corpus* inutilmente árduas. Fiz, assim, uma transcrição que preservou a ortografia etimológica em detrimento da ortografia fonética. Outros detalhes de como foram feitas as transcrições se encontram em nota que precede o *corpus* (Anexo 1).

Correspondendo fidedignamente ao que foi dito, a transcrição é essencial para garantir auditagem do tratamento dos dados, indo ao encontro de uma maior confiabilidade (*reliability*) da entrevista como instrumento de coleta de dados (Green, 1999). Por este motivo, optei por deixar o transcrito disponível para os leitores.

3.3.4.2 Codificação cuidadosa e sistemática

É indicado, ao se objetivar confiabilidade dos instrumentos, proceder à análise realizando um exame sistemático do *corpus* (Green, 1999), na busca de índices que fundamentem a categorização e sempre focalizando os objetivos da pesquisa. Procurei, neste processo, entretanto, não fazer uma codificação obsessiva do material para não perder a noção do *todo* e assim facilitar a compreensão mais geral dos fenômenos. Procurei agrupar os índices e inferências em algumas grandes categorias e depois em subcategorias.

3.3.4.3 Informações sobre o contexto

Fiz constar no cabeçalho de cada entrevista transcrita algumas das características sociodemográficas de meus entrevistados, informações sobre sua história clínica e a situação em que as entrevistas ocorreram. Com isto visei proporcionar ao leitor condições de inteirar-se do contexto em que as entrevistas foram realizadas, na medida em que essas variáveis podem ter impacto sobre o conteúdo dos relatos obtidos, concordando com Green (1999). As características mencionadas foram ligeiramente modificadas para impedir a

identificação dos entrevistados mesmo por eventuais leitores seus conhecidos. Pelo mesmo motivo, alterei as datas das entrevistas, embora tenha mantido a mesma relação de distância entre as datas citadas e as reais, situando-as na mesma época do ano.

3.3.4.4 Procura de falseamento das hipóteses emergentes

Procurei tratar as categorias que iam sendo levantadas ao longo da fase de tratamento dos dados como sendo provisórias e sujeitas a serem modificadas caso outros segmentos de entrevistas sugerissem engano de minha abordagem. Não creio que se deva apenas *passivamente* procurar esse falseamento, mas que isso seja ativamente feito por meio de um cotejamento das categorias emergentes com dados da literatura científica e com dados de outros entrevistados. Não busquei esgotar todas as possibilidades de falseamento, o que é teoricamente impossível.

A opção por entrevistar mais quatro pessoas com características clínicas específicas, depois de *saturada* a amostragem, vai ao encontro dessa busca, pois procurei que outros tipos de entrevistados pudessem falsear as conclusões a que eu vinha chegando. Entretanto observo que nas pesquisas qualitativas a confiabilidade não deriva do grau de representatividade da amostra em relação ao universo da pesquisa, mas antes da *relevância* das hipóteses levantadas para outros *settings* clínicos e para outros grupos de pacientes (Green, 1999). Essa avaliação somente se faria com eventuais repercussões desta pesquisa nestes outros *settings*. Por exemplo, o fato de a subpopulação de mulheres estar pouco representada em minha amostra não impede que a análise realizada seja relevante também para elas, o que seria verificável em outras pesquisas.

3.3.4.5 Estabilidade dos relatos

Embora sugerida por Downe-Wamboldt (1992, p.18) como um dos mais pertinentes parâmetros de aferição de confiabilidade para dados narrativos, não creio que a estabilidade dos relatos dos entrevistados nas pesquisas clínico-qualitativas seja algo desejável *per se*.

Eventualmente os entrevistados se contradizem durante a entrevista e isto, ao contrário de prejudicar, pode facilitar a compreensão de dificuldades emocionais que vivenciam.

3.3.4.6 Unidade de análise pequena

Teoricamente, quanto menor a unidade de análise, mais facilmente os resultados obtidos poderiam ser repetidos em outras pesquisas (Downe-Wamboldt, 1992). Uma análise de conteúdo que se valesse de palavras como unidades de análise seria mais facilmente replicável do que, por exemplo, uma entrevista aberta tomada toda ela como uma só unidade de análise. Portanto este parâmetro de aferição de confiabilidade não é utilizável nas pesquisas clínico-qualitativas onde geralmente ocorre esta eleição de unidade de análise.

As unidades de análise neste trabalho corresponderam aos temas trazidos pelos entrevistados e também à entrevista tomada como um todo. Nas áreas de saúde mental e da psicologia dos cuidados com a saúde, o tema das entrevistas abertas ou semidirigidas não se determinam apenas a partir dos *assuntos* que se explicitam por si sós ou de “unidades de significação que se libertam naturalmente do texto” (Bardin, 1979, p.105). Alguns temas na verdade só podem ser inferidos a partir do todo da entrevista, às vezes explicáveis sem que se faça uso de expressões dos entrevistados, o sentido sendo revelado somente a partir de inferências do pesquisador. Trata-se de “uma unidade de significação complexa, de comprimento variável; sua validade não é de ordem lingüística, mas antes de ordem psicológica” (D’Unrug, 1974, *apud* Bardin, 1979, p.105).⁸ O comprimento pode ser, então, toda a entrevista e estender-se a comportamentos não verbais e a fenômenos de relação interpessoal que extrapolam o material gravado.

Essa postulação não significa que temas menos complexos não puderam ser depreendidos a partir de assuntos que emergiram *naturalmente* do *corpus* e algumas das subcategorias inferidas advieram exatamente desses temas.

⁸ D’Unrug, M.C. – *Analyse de contenu et acte de parole*. Ed. Universitaires, 1974. (Local de edição não mencionado.)

3.2.4.7 Explicitação dos pressupostos teóricos

Na discussão realizada, procurei expressar os pressupostos teóricos que nortearam a interpretação das várias categorias, citando os autores e explicitando meu entendimento sobre suas teorias. Isso pode contribuir para a aferição de rigor por examinadores independentes da pesquisa.

3.3.5 Resumo dos procedimentos no tratamento dos dados

3.3.5.1 Leitura / releituras / audições flutuantes

A categorização dos dados emerge a partir de uma familiaridade suficientemente grande do pesquisador com o *corpus*, a ponto de fazê-lo capaz de abstrair *a partir* dos dados, procurando ir além deles e não bastando, portanto, uma organização somente descritiva do conteúdo das entrevistas. Bardin (1979, p.96) utiliza a expressão *leitura flutuante*, cunhada por analogia com o conceito psicanalítico de atenção (uniformemente) flutuante, para designar o processo de sucessivas leituras das entrevistas transcritas como forma de gerar uma intimidade do pesquisador com esses textos, sem no entanto se deixar influenciar por pré-categorias que porventura tenha. Esse conceito psicanalítico aproxima-se de um dos movimentos metodológicos da fenomenologia (*ir à coisa mesma*), que é a tentativa de iniciar uma análise sem pressupostos ou hipóteses. Trata-se de uma postura ideal, dificilmente alcançável na prática, mas da qual procurei aproximar-me. As várias leituras do *corpus*, algumas delas acompanhadas por novas audições do material gravado, serviram para aumentar a familiaridade que eu pretendia ter com o texto, daí tendo resultado uma primeira tentativa de categorização. Esta primeira tentativa foi progressivamente aperfeiçoada a partir de um movimento contínuo de afastamento e aproximação em relação ao *corpus*.

3.3.5.2 Primeira categorização

No momento de maior aproximação com o material transcrito selecionei temas trazidos pelos próprios entrevistados nas respostas às perguntas que lhes fiz. Emergiram naturalmente alguns motivos e barreiras para tratamento, assim como outros temas espontaneamente referidos; as frases que os exemplificavam também foram selecionadas. Escolhi esses motivos, temas e frases como *unidades de registro* procedendo, portanto, a *uma categorização temática* nesse momento. Os recortes sobre os quais os temas foram contextualizados foram as próprias respostas dos entrevistados onde o tema estava contido e as respostas imediatamente anteriores e posteriores.

3.3.5.3 Afastamento em relação ao corpus

Empreendi posteriormente a essa incipiente categorização temática novo estudo da literatura sobre o tema da procura de tratamento pelos dependentes de substâncias psicoativas, deixando de lado temporariamente as releituras das entrevistas transcritas. Leituras sobre o tema, supervisões sobre o esquema de categorias recém-elaborado e estudo adicional sobre metodologia qualitativa foram empreendidos. Nesse momento de afastamento do *corpus*, alguns procedimentos podem ser tomados para facilitar a abstração pretendida. Realizei os seguintes, sugeridos por Downe-Wamboldt (1992): expus minhas idéias para outros pesquisadores do Laboratório de Pesquisas Qualitativas da Unicamp, ouvi suas idéias e as considerei, cotejei os fenômenos observados nos entrevistados com casos semelhantes e diferentes com que me defrontei noutras situações, esquematizei visualmente o que abstraí, facilitando a visão do conjunto, e adiei ao máximo os julgamentos para tentar facilitar a abertura a novas perspectivas.

3.3.5.4 Aprofundamento das inferências

Finalmente ocorreu um retorno ao *corpus* quando procurei aprofundar-me nas infe-

rências. Para descrever este momento, novamente recorro àquela observação de D'Unrug (1974) (*apud* Bardin, 1979) sobre “tema”: “unidade de significação complexa, de tamanho variável; a sua validade não é de ordem lingüística, mas antes de ordem psicológica”. Validade de ordem psicológica significa que o tema não surge do acaso, mas é resultado de complexas interações do entrevistado com sua própria história de vida, com seus atributos psíquicos, com sua situação de vida naquele momento particular de procura de tratamento, com sua relação com o entrevistador que também era seu médico, com as respostas que este entrevistador lhe dá, enfim, com o todo da relação entrevistador-entrevistado ou médico-paciente. Não me restringindo a seu conteúdo explícito, tentei evidenciar os temas que estavam, na verdade, também à margem do que foi registrado objetivamente. Fez-se, então, uma tentativa de explicação dos dados brutos – não me restringindo, portanto, à esfera puramente descritiva (da *coisa em si*, situada na *área de inclusão* de uma análise fenomenológica) e partindo para a esfera do conceitual e do teórico (situada na *área de exclusão*).

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Organização e exposição dos dados decorreram do agrupamento das categorias em grandes temas, sem pretensões de hierarquização dos achados a partir de sua importância objetiva presumida ou da frequência de aparecimento na amostra. Também coerentemente com os limites do método, nem todas as possíveis inferências a partir do *corpus* foram feitas, a análise dos dados brutos ficando portanto aberta a aperfeiçoamentos.

A seção 4.1 exemplifica a análise dos conteúdos manifestos e latentes, expondo como verifiquei certas ocorrências durante as entrevistas e alguns mecanismos de defesa. Também mostra alguns limites da entrevista semidirigida como instrumento de coleta de dados, dando a conhecer algumas *falhas* do entrevistador, mas também o uso que delas se pode fazer no método clínico-qualitativo.

As seções 4.2 a 4.5 agrupam as categorias propriamente ditas (ao todo, dezoito, algumas contendo subcategorias).

Evidenciei ampla variedade de dificuldades pessoais e de eventos de vida indicadores de um *rompimento de um equilíbrio* já instável nas esferas *psíquica* e *social* (seções 4.2 e 4.3). Evidenciei igualmente fatores qualificáveis como *barreiras* para a procura de tratamento (que, ao final, foram parcialmente e talvez apenas temporariamente superados) (seção 4.4). Na seção 4.5 agrupei elementos *facilitadores* da procura quando finalmente a resultante do espectro de motivações e barreiras apontou para o recurso à assistência formal.

Há que se considerar que a procura de tratamento representou apenas um momento de um processo dinâmico e complexo, envolvendo variáveis que interagem de maneira não linear e aparentemente caótica. A resultante poderia, no momento seguinte, dirigir o usuário às outras possibilidades: abandono do tratamento, nele *reentrando* ou não depois; melhora espontânea; piora ou manutenção de seu quadro.

Os fenômenos e seus significados para os entrevistados não são estáticos, observando-se no *corpus* algo como uma fotografia: mostra *indícios* de um processo. A importância dada *pelos entrevistados* a cada fator e as associações feitas foram observadas, inferidas, interpretadas (e influenciadas) por mim, também detentor de uma história, valores e de características psíquicas que deram aos encontros a qualidade de não replicabilidade. Logo, os resultados deste estudo só podem ser lidos a partir de um referencial compreensivo e não a partir de uma lógica explicativo-causal.

Uma nota objetiva: as referências textuais às falas dos entrevistados encontram-se grafadas sempre em itálico (com aspas ou não, dependendo da inserção no texto) seguidas da indicação, entre parênteses, da inicial fictícia do entrevistado (em ordem alfabética, de A. a M.) e do número do parágrafo do *corpus* onde aquela fala pode ser encontrada e lida em seu contexto. Por exemplo “J2338” significa que a fala foi proferida por J. e está no 2.338º parágrafo do *corpus* (Anexo 1). Se grafadas verticalmente e entre aspas, é porque mostram ligeiras alterações de flexão gramatical (em relação ao encontrado no *corpus*) para melhor se adaptarem ao meu texto. Citações que contenham *reticências entre parênteses* mostram que foram *editadas* a partir de fragmentos de um mesmo parágrafo ou de parágrafos diferentes (indicados ao final da citação), com os devidos cuidados de se manterem fiéis ao sentido original.

4.1 REAÇÕES À ENTREVISTA PARA PESQUISA

4.1.1 Gravador não é esquecido

Assim como não me esqueci da gravação de áudio e de meus objetivos de pesquisa durante as entrevistas (embora não tenha fixado minha atenção nesses aspectos da situação e tenha procurado permanecer aberto aos conteúdos que seriam verbalizados) meus entrevistados também não teriam se esquecido de *seus próprios objetivos* e de que a gravação de áudio se realizava, a despeito de a maioria deles se mostrar à vontade com a situação de entrevista. Falar sobre si mesmos, de suas histórias, do que pensam, sabendo que algum nível de repercussão poderia haver, pode ter feito com que alguns se comportassem de maneira a *querer vender suas histórias*, sobreviventes que possam se sentir de uma vida perigosa ou porta-vozes que possam supor-se de um grupo *marginalizado* socialmente.

Alguns deles efetivamente não “se esqueceram” do gravador. Em muitos momentos da entrevista, D. usou termos e construções gramaticais pouco espontâneas, inclusive corrigindo sua gramática com frequência. Além disso mostrou ansiedade intensa no início, parecendo exigir de si uma *performance adequada*. Procurou ser exato nas informações e sutilmente mandou recados para os leitores da entrevista (D454 e 926).

Fazendo um exercício de argumentação liberal em alguns momentos, D. e J. (924 e 2595) procuraram convencer os ouvintes *pais e profissionais de saúde* a “compreenderem melhor” os dependentes. Mostraram-se aparentemente orgulhosos em participar da entrevista e de representarem seus pares (o mesmo se vê em C349). D. expressa esse comportamento de forma mais evidente enquanto que na entrevista de J. isto é percebido nas entrelinhas, parecendo ela atuar teatralmente em alguns momentos, exercendo um papel de alguém totalmente liberal e *pró-drogas*.

Exemplificando o não esquecimento do gravador, D. aparentemente se dirigiu diretamente a outros usuários, procurando ser didático e professoral quando disse:

A cocaína causa cansaço físico, psíquico, meu... tal, psicológico... Ela te dá uma estafa muito grande, acaba com seu nariz, sua mucosa nasal, acaba com tudo, pulmão, fígado, né? (D524)

A mesma didática, dirigida agora a mim e não mais a um público, encontra-se em K2611 (“eles chamam de ‘neurose’”) e 2661 (“são pessoas assim...”), quando quis me explicar seu universo conceitual e seu dia-a-dia.

Quando I. me perguntou em tom de brincadeira se o palavrão que havia usado poderia ter sido falado (I2045) e, no final, se vai aparecer na televisão (I2307), ele se mostrou atento à possibilidade de sua verbalização ser divulgada e interpretada. A entrevista de B. também serviu para “mandar recados” de agradecimento à equipe que o tratou quando internado (B285). Por sua vez, M. iniciou a entrevista perguntando “tá gravando, já?” (M2921), e suas falas longas em seguida, são, do meu modo de ver, falas *pro forma* e meio esquematizadas, talvez preparadas, embora também reveladoras de angústia (M2921: “acho que a própria vida, né?” etc.). Em alguns momentos, questionou se “a pergunta está respondida” (M2985, 2987, 2997, 3025), indicando que procurava contribuir sendo exato mas, penso, também indicando não querer falar mais do que o mínimo *necessário* e se fechando quanto aos conteúdos tratados nesses momentos. Observe-se que as perguntas (sobre se respondeu devidamente ou não) ocorrem quando suas relações com os clínicos são abordadas: por exemplo, como seria a psicoterapia em abstinência de codeína (M3067), algo que não havia experimentado até então. Esse assunto pareceu particularmente angustiante para M., o de controlar e ser controlado pelo clínico, algo próximo a uma relação sado-masoquista (e que será mais bem abordado na seção 4.4.1). Assim se expressou em dado momento sobre suas relações com os clínicos:

*Uma arma, né? Uma arma que eu devo saber usar. Diria isso. Tá respondido?
(M2987)*

Com essas considerações iniciais indico algumas maneiras como a situação de ser entrevistado pode influenciar o conteúdo manifesto, tendo fenômenos desta natureza sido considerados na análise de conteúdo.

4.1.2 Utilização de um *fio condutor*

Relacionado ao tema de “vender suas histórias”, sustentando suas versões e teorias sobre o que lhes ocorreu, foi a tendência de seguirem *um fio condutor* estabelecido por eles próprios, os entrevistados contando partes *escolhidas* da história ou usando como balizas certos eventos ou relações sociais. Por exemplo, L. seguiu o motivo condutor *problemas no trabalho* e de maneira apenas suplementar considerou outros aspectos de sua vida. I. seguiu o motivo condutor *pressões familiares e no trabalho*, e teve dificuldades de abordar outros assuntos, tergiversando, fazendo piadinhas, sendo irônico. E. guiou-se a partir do tema *reequilíbrio depois da morte da esposa*; A. perseguiu as *consequências negativas para os filhos* e D. usou como balizas de seu discurso os períodos de tempo de seus diferentes namoros e sua compreensão da dependência, aprendida onde ficou internado. Esses *fios condutores* devem revelar os conteúdos sentidos como mais fáceis de serem pensados e podem também ser lidos como metonímias representativas de outras associações, sugerindo igualmente especial atenção aos aspectos *suplementares* de suas histórias.

4.1.3 A questão do viés de lembrança

O condutor *ideológico* utilizado por D., observável ao longo de sua entrevista, foi influenciado pelo tratamento que fez numa clínica que utilizou a doutrina dos Narcóticos Anônimos, o que remete à discussão do *viés de lembrança* de como foi o tratamento recebido (seção 1.3.2). Sete dos treze entrevistados estavam num momento de reentrada em tratamento específico para dependência, portanto tiveram experiências anteriores que provavelmente influenciaram suas visões sobre o que esperavam de um novo tratamento e sobre suas motivações para procurá-lo (seção 4.5.2). Isto se evidencia, por exemplo, em L2729, onde demonstrou ter sido *apostolizado* em seu tratamento prévio (“antes eu não sabia, agora eu sei...” etc.) (a *função apostólica* dos clínicos é comentada na seção 4.4.2.2).

4.1.4 Surpresa diante de um tema

Embora sugerido nas entrevistas piloto (v. seção 3.2.2.5), não suspeitei da intensidade das reações emocionais dos entrevistados frente a um do subtemas, sobre os atributos que os clínicos que lidam com dependentes teriam para exercer suas funções. A maioria mostrou surpresa frente ao tema, alguns ficando desconcertados:

Eu não tô entendendo muito bem... É um trabalho... como vou colocar? (C357)

... que iam me tratar? Bom... (...) É, eu tinha que ter uma idéia, né? (D586-8)

Como eu acho que devem ser? (...) Olha, eu não sei, eu não tenho... quer dizer, conforme eu disse, eu não... que realmente eu não conheço. (E1192-6)

Não observo o que pode ser chamado de “imposição de problemática” na maneira como lhes coloquei o tema, isto é, ter proposto assunto que não fizesse parte do universo conceitual e valores do entrevistado, *obrigando-o* a se manifestar sobre tema jamais considerado por ele (sobre isso, ver seção 3.3.2.8). A entrevista versava exatamente sobre a aproximação paciente-clínico ou paciente-instituição e é de se supor que tivessem algum conceito sobre os atributos pessoais necessários ao clínico no exercício de suas funções. Surpresa e desconcerto decorreram, talvez, de resistências de abordar temas revelados cruciais para esta população: a percepção do distanciamento dos clínicos, o medo de tratamento ou de se frustrarem quanto às expectativas idealizadas sobre o tratamento (seções 4.4.1 e 4.4.2). Por ora, exemplos de outras reações:

Nunca pensei sobre o que passa nas cabeças dessas pessoas. (...) Nunca tinha pensado... (H2009)

Hum... Pergunta, hein?!... Ai é... (I2291)

Como é o processo de tratamento?!... (...) Não saberia responder... Como funciona?... (M2991-3)

Nunca tive idéia. Não faço idéia. Inclusive lá no primeiro dia eu estava nervoso. (L2797)

A última citação antecipa tema tratado na seção 4.4.1: fantasias aterrorizantes sobre os clínicos e instituições.

4.1.5 Algumas reações do entrevistador

4.1.5.1 Evitação de assuntos

Possivelmente eu próprio evitei temas durante as entrevistas. Na de F., há um tema aparentemente importante, levantado por ele em três momentos, mas não explorado por mim: a *vergonha* da dependência (F1400, 1418, 1508). Também ele pareceu, compreensivelmente, ter dificuldades em se estender sobre o assunto (F1418), mas provavelmente queria me contar certos sofrimentos seus *como quem não quer nada* e avaliar minha disponibilidade de ouvi-lo.

O tema apareceu também em B213, E1268 e G1861, e, apesar de também mencionado na última entrevista (M.), novamente não incentivei o entrevistado a desenvolvê-lo, mesmo com a deixa de 15'' que me foi dada:

... um pouco de vergonha... embora eu seja uma pessoa doente. Mas moralmente uma doença... [silêncio de 15''] eu tenho. (M3053)

Minha evitação é comentada para ilustrar que a entrevista, como campo de pesquisa, é configurada segundo também as características psíquicas do pesquisador, o que pode trazer limitações à coleta de dados. No caso específico, os elementos disponíveis permitem associar o tema *vergonha* ao tema *culpa* que, assim nomeado, foi abordado (seção 4.3.3).

4.1.5.2 Mau entendimento de algumas colocações

Ainda na entrevista de F. ocorreu um mau entendimento de minha parte sobre suas colocações e a conseqüente quebra do curso da entrevista naquele momento.

Trata-se de um exemplo caricatural e cômico, talvez útil para o entendimento do tema. Queixou-se de que *um* de seus dentes havia se quebrado à *metade* em queda ao solo enquanto intoxicado, um dia antes da internação. Conduzi este segmento considerando quebrados *metade de todos* os seus dentes (F1323, 1350). O mal-entendido (cômico para ele) exemplifica como entrevistados e pacientes podem reagir à desatenção do clínico ao que lhes é óbvio. F. apenas riu e não comentou, mas pareceu considerar a entrevista sem rumo naquele momento (que, de fato, sofreu uma quebra). Ocorreu também de eu próprio me desconcertar diante do meu mal-entendido: quis *um tempo* para verificar se o gravador estava funcionando bem (ou, provavelmente, se eu próprio estava). Eu disse: “[Já] pensou se não funciona?” (1337).

Também com F., outro incidente mostrou a necessidade de adequação sutil de vocabulário do entrevistador frente aos entrevistados, assim promovendo um entendimento mais preciso do que eles querem dizer e contribuindo para um melhor *rapport* da dupla (e também com a validade da entrevista). No caso, utilizei “brigar”, mas F. fez questão do verbo “discutir” para designar sua perda de controle, atirando objetos em outras pessoas etc. (F1413, 1416).

Caso tivessem sido sistemáticos, esses erros fariam o entrevistado considerar incompetente seu entrevistador (que, de fato, estaria revelando despreparo cultural frente ao universo semântico de seu interlocutor), comprometendo os resultados da pesquisa.

Pesquisando barreiras para a procura de tratamento, Cunningham e cols. (1993) verificaram que cerca de metade de sua amostra alegou “*incapacidade de compartilhar problemas*” e que cerca de um quinto da subamostra de alcoolistas alegou “*querer lidar com o problema por si sós*”. Os autores não vão adiante no assunto, mas penso que essas barreiras podem se dever à imagem (inconsciente) que a amostra fazia dos clínicos que os atenderiam. Minha pesquisa levanta hipóteses sobre alguns conflitos possivelmente subjacentes a essas asserções, ao constatar o temor dos entrevistados de uma inadequação clínico-paciente (seções 4.4.2.1 a 4.4.2.3).

4.1.5.3 Muita diretividade em alguns momentos das entrevistas

A diretividade que imprimi não é avaliável só com a leitura do *corpus*, que não registra as sutilezas de entonação de voz dos entrevistados. A cadência da fala foi muitas vezes indicativa de que haviam esgotado a linha de raciocínio e esperavam minha intervenção.

Mas de fato *cortei* falas de entrevistados em alguns momentos, mudando de assunto e tendo gerado pronta reclamação de um deles: “*eu não terminei o outro ainda*” (I2164). Isso mostra que uma relação *nivelada* da dupla pesquisador-entrevistado pode aumentar a validade dos dados obtidos: nesse caso, permitiu *ao entrevistado* corrigir ativamente a condução desse segmento entrevista que, de outra forma, estaria prejudicado.

4.1.6 Defesas e outras reações psíquicas bem caracterizadas nas entrevistas

4.1.6.1 Negação

O comportamento do futuro paciente no ambiente familiar ou no local de trabalho (mas que também pode ser dos familiares e outras pessoas próximas) pode ser como este:

... me perguntavam e eu dizia que não; não falava a verdade para eles. (B143)

“*Não falava a verdade*” foi juízo feito depois de iniciado o tratamento; até então *sua verdade* era que não abusava de álcool, e assim negava, inconscientemente, o seu problema. Só posteriormente percebeu-se “*bebendo mesmo*” (B143). Parafraseando Perestrello (1996), negou e carregou *egossintonicamente* seus problemas durante certo tempo. Outros exemplos de negação percebidos *a posteriori* estão em A46 (“*não admitia*”), D726 (“*não queria saber*”), E1080 (“*jamais teria problemas*”).

Quando a situação de vida de B. se desequilibra, seus familiares e o serviço médico-social de sua empresa manejaram a situação de maneira a eles próprios deixarem de negar a situação e promoverem sua entrada em tratamento.

Mesmo confrontando o futuro paciente com delicadeza, resistências podem se manifestar, pois negação (e racionalização) independem dos dados de realidade apresentados:

Eu achava que não precisava. (...) eu nunca estava errado, tinha sempre um motivo, ou é o trabalho, ou o trânsito, ou o salário que não deu. (...) Achava que não precisava parar de beber. Achava que eu estava certo bebendo e que ninguém tinha o direito... (L2725-7)

O seguinte trecho da entrevista de I. exemplifica a ocorrência de negação durante a entrevista, o que mostra como o mecanismo pôde ser reconhecido no *corpus*. Sobre seu desejo de reduzir ou interromper o uso de álcool nos anos que precederam esta sua atual tentativa de tratamento, perguntei “*por que parar ou diminuir? O que percebia que te incomodava?*”:

Pra não ir... não ir... fazer mal fisicamente. Só fisicamente. (I2061)

O tema “problemas físicos” não havia sido abordado até então. Igualmente interessante é sua negação, logo a seguir, de *qualquer tipo de problema físico*, embora eu tenha insistido a respeito. Tentei explorar o único incômodo que referira ter, mas mostrou ter apenas *medo* de sua saúde física ser prejudicada, sem algo de concreto percebido.

“*Só fisicamente*” seria, portanto, a exclusão racional e ativa das outras conseqüências de seu abuso de álcool, sua expressão do mecanismo de negação destas conseqüências. Chegou à internação sob determinante pressão familiar, o único fator que reconhece tê-lo movido a tratamento, e mesmo assim não tinha consciência das repercussões psicológicas e sociofamiliares de seu alcoolismo, sugeridas apenas nas entrelinhas de sua fala.

Em texto de 1925, Freud (1976c) mostrou que o que é conscientemente negado de forma veemente pode ser exatamente o que estaria reprimido e que “um juízo negativo é o substituto intelectual da repressão; ou seu ‘não’ é a marca distintiva da repressão, um certificado de origem” (p.297).

I. mostraria que, efetivamente, tem conhecimento (inconsciente) de outras conseqüências de seu alcoolismo e sua negação mostraria que está a caminho de suprimir a repressão deste conteúdo doloroso. As conseqüências *não físicas* ainda não são percebidas consciente-

mente mas são de alguma forma antevistas e provavelmente colaboraram para sua anuência às pressões familiares para o tratamento. Imediatamente antes do “*só fisicamente*”, mostrou também presente o mecanismo de negação. À minha pergunta “... *você se incomodava com esse uso de álcool...?*”, ele reage:

[silêncio de 5’’]

Desliga o gravador pra eu pensar [risos]. (I2049)

Pede que eu não grave seu silêncio e não evidencie para os ouvintes, ou para ele mesmo, os outros incômodos além dos que veio a admitir, negando e racionalizando: o medo de problemas físicos.

Defrontando-se com um paciente que nega de maneira análoga a de meu entrevistado, o clínico poderia considerar que conteúdos psíquicos *negados* estão, provavelmente, mais acessíveis que os conteúdos simplesmente *reprimidos*. Na terminologia do modelo transteórico (seção 1.3.7), é provável que alguém na fase de contemplação esteja sobretudo *negando* e aquela na fase de pré-contemplação esteja principalmente *reprimindo* suas vivências dolorosas. Identificando a negação, o clínico estaria diante de um paciente com o qual uma confrontação não ameaçadora ou simplesmente um silêncio *tático* – contanto que seguido de novas entrevistas – poderiam facilitar a efetiva entrada em tratamento.

J. e L. mostram que o *negado* não é exatamente o *reprimido* e que, *negando*, já estariam acessíveis a uma abordagem menos confrontadora:

Eu sei que prejudica, sim... Vários fatores prejudiciais, tanto mental quanto no corpo, na mente, mental, os neurônios vão embora, você fica mais fraca, é mais desligado de tudo, você não tem vontade de fazer várias coisas... Mas é uma coisa que, temporariamente, está agradável... (J2493)

Eu no fundo admitia que eu estava errado, porque se estavam falando é porque já estava demonstrando. (L2727)

4.1.6.2 Racionalização

Ocorrências evidentes do mecanismo de racionalização não foram tão frequentes quanto se poderia esperar em entrevistas com dependentes de substâncias psicoativas. Isto deve ocorrer por serem entrevistados que *procuraram* tratamento e já teriam amenizado alguns padrões defensivos. Eles próprios comentaram como utilizaram tais mecanismos, agora que podiam retrospectivamente avaliar como resistiram a considerar seu abuso de substâncias psicoativas.

Assim como pode ser fácil para os clínicos diagnosticar como a racionalização se mostra, foi fácil para o próprio usuário percebê-lo retrospectivamente:

... achava que era mentira. As pessoas falavam que dava cirrose; achava que era mentira, que isso não existia, não. Eu falei: “o meu tio morreu com oitenta anos e sempre bebeu na vida dele, não morreu de cirrose nenhuma”. (B149)

Entrevistados que chegaram sob coerção familiar, como I. e J., mostraram mais dificuldades para identificar em si próprios esse mecanismo. Como já comentei, I. negou e racionalizou ao alegar apenas as preocupações com as conseqüências físicas do alcoolismo. Noutro exemplo, incomodou-se com o fato de beber no horário de trabalho, mas identificou nesta atitude um problema apenas *social* (um comportamento não convencional para a hora de trabalho), não a percebendo como um sinal de perda de controle:

Era um problema social, porque a quantidade de álcool que eu ingeria no dia era a mesma, praticamente a mesma. (I2084)

Por sua vez, J. promove durante quase toda a entrevista uma intelectualização do problema de consumir substâncias ilícitas potencialmente letais: não considerou a *overdose* que teve como um evento especial de sua vida pois, afinal, correr-se-iam riscos “*só por estar vivo*” (J169). Uma “quase *over*” que teve, anterior à que a levou à consulta, é assim explicada:

... fazia algum tempo que eu não cheirava e ela era muito boa. (J2463)

Também verifiquei o quanto um tratamento pode favorecer os mecanismos de racionalização ao *ensinar* aos pacientes a gravidade da situação, isto é, quando a *função apostólica* (seção 4.4.2.2) do clínico é utilizada para convencê-los sobre a primazia que deveriam dar ao problema da dependência. As dificuldades que E. percebeu ter com o álcool assumiu importância a ponto de ele simplificar o que lhe ocorre. Racionalizou ter perdido “*tudo o que tinha na vida*” (E1096) *por causa* do álcool, frase simplificadora de suas próprias associações causais, pois considerava seu alcoolismo como *secundário* à morte da esposa (logo, não a tendo perdido – a ela, por quem ainda está enlutado – *por causa* do alcoolismo).

4.1.6.3 Projeção, cisão e defesas maníacas

A compreensão da psicopatologia da posição esquizo-paranóide (Rosenfeld, 1968b; Segal, 1975; Klein, 1986) é utilizada com frequência na literatura psicanalítica a respeito das dependências de substâncias psicoativas (Rosenfeld H., 1968a e 1968c; Rosenfeld D., 1972). Algumas das categorias que elaborei neste trabalho a respeito das motivações e barreiras para tratamento podem ter uma leitura baseada nos conceitos kleinianos idealização e cisão (v. seção 4.4.6.4, sobre a eleição de substâncias “boas” e “más”) e identificação projetiva (seção 4.3.1, sobre a percepção de pressões familiares).

Nesta presente seção menciono como algumas defesas relacionadas à posição esquizo-paranóide e depressiva pareceram se apresentar nas entrevistas.

J. recorreu a defesas maníacas frente a situações de perigo que viveu, percebidas como de morte iminente (“*emoção assim de vez em quando é bom*” – J2415), sua racionalização parecendo estar em função de uma maneira peculiar com que pareceu desprezar e triunfar sobre certos valores:

... quase morro, apesar de que morrer não deve ser tão ruim assim. Os existencialistas até dizem que a “a morte é um prolongamento da vida em direção ao nada”, né? (J2557)

Revelou igualmente sentir-se onipotente frente à situação que a levou a um pronto-socorro (uma *overdose* de cocaína que desencadeou a procura de tratamento específico pela família):

... eu estou ciente do que eu estou fazendo agora. Eu sei a hora quando eu tenho que parar. (J2389)

Racionalizando e ainda recorrendo a defesas maníacas, mostrou considerar-se controlando as variáveis que a colocam em perigo: sentiu que a *overdose* pode ter sido devido à “*farinha que não era boa*” (J2595). Em J2595 e 2603, ela separa com clareza as substâncias e circunstâncias de utilização “boas” das “más”, promovendo uma cisão objetal.

Um período da entrevista de B. parece-me revelador igualmente da ansiedade paranoídes, de representações de objetos perseguidores e identificação projetiva e introjetiva. Nestes fragmentos de seu discurso ele comenta uma internação que sofreu depois de se acidentar, alcoolizado, utilizando algumas orações com sujeitos indeterminados que parecem mostrar suas angústias:

Eu fugi de lá. (...) buscar o atestado e eles deram só de um dia. (...) foram na minha casa. Me levaram (...) lá não tinha vaga (...) desmaiei (...) me levaram direto (...) fiz a cirurgia na mão. Bebi de novo em cima (...) os parafusos que estavam na mão (...) estufaram os quatro pra fora. Tive que voltar. (B155)

4.1.6.4 Ambivalência

Eu até me sinto muito estranha por estar fazendo isso, mas é uma coisa que gosto de fazer, entendeu? (J2573)

Ela adota uma postura de auto-suficiência, procurando mostrar-se acima das pressões que recebeu para ir a um atendimento, porém revela a ambivalência em seu discurso:

Pode ser que amanhã eu decida 'não, não vou cheirar mais'. Pode ser que amanhã eu fale 'nossa, eu não vou parar de cheirar mais' (J2471)

Referiu-se nesse trecho à cocaína, mas tem como substância de preferência a maconha. A literatura aponta para uma maior ambivalência para se tratar ou mudar o padrão de consumo entre os usuários de maconha do que de outras substâncias (Budney e cols., 1998), possivelmente por vivenciarem menos conseqüências agudas graves. O início da relação com uma substância pode também caracterizar-se por ambivalência mais intensa (sobre continuar o uso ou não), exatamente por melhor suportarem ou vivenciarem menos efeitos adversos nessa fase.

Ambivalência em relação ao tratamento ou à revisão do padrão de uso é sempre presente em algum grau nas vidas dos entrevistados. M. precisava viajar para fazer as consultas em outra cidade, quando também aproveitava para comprar os frascos de codeína:

A droga que eu uso eu compro aqui em Campinas, né? Eu não sou daqui de Campinas e... então... isso uniu o útil ao agradável, não sei... (...) Comprava antes de ir pra sessão... inclusive chegava lá com os bolsos cheios. (M2939-41)

Podem também perceber ambivalência em pessoas próximas. F. comentou o que seria a ambivalência de sua esposa em relação à separação conjugal; indecisão que pareceu alimentar a sua própria em se tratar, pois não havia um rompimento conjugal nítido (F1452). Por sua vez, ameaças não concretizadas de rompimento fizeram E. (1018) acreditar tratar-se apenas de uma tática de convencimento utilizada por sua namorada: “*maneira dela forçar a barra para eu fazer o tratamento*”.

4.2 ROMPIMENTO DE UM EQUILÍBRIO PSÍQUICO INSTÁVEL

... vi que não dava mesmo, que eu estava caminhando para o lado da morte.
(B140)

Equilíbrio instável é expressão tomada da física: um corpo em equilíbrio instável, se

submetido a uma força que o tire do repouso, não retorna ao estado inicial – e isto ocorre por ter alta energia estática (tal equilíbrio contrapõe-se ao *estável* e ao *indiferente*). Antes da procura de tratamento, meus entrevistados viveram mudanças significativas em suas *economias psíquicas*, mudanças que os levaram a um *rompimento* de suas situações de vida. À *instabilidade* própria da relação de dependência de substâncias psicoativas (oscilações constantes entre prazer intenso e o sofrimento da *falta* – Géraud, 1989), acrescentaram-se novos elementos compreensíveis psicodinamicamente ou caracterizáveis psicopatologicamente. O rompimento desse equilíbrio *psíquico* instável teria exposto os entrevistados à perspectiva de revisão do uso pela via de um tratamento.

Estudos clínico-epidemiológicos apontam para a *percepção da gravidade da dependência* como fator motivacional na procura de tratamento dos mais freqüentes. Ela não se daria apenas em decorrência do abuso propriamente (freqüência e quantidade de uso), mas sobretudo pelos fenômenos psíquicos, sociais e físicos relacionados (p.ex., Rounsaville & Kleber, 1985; Finney & Moos, 1995; v. seção 1.3.2).

Entre os fenômenos psíquicos associados à gravidade da dependência, minha amostra referiu ou possibilitou as inferências listadas (Quadro 5) e comentadas a seguir. Os achados não são novos em sua maioria; minha análise tendo visado a contribuir para sua melhor *compreensão*. Nuanças de como *observam*, *avaliam* e dão significações às alterações psíquicas pelas quais passaram podem ajudar na abordagem dessas pessoas no momento da procura de tratamento.

QUADRO 5 - Categorias e subcategorias referentes ao "rompimento do equilíbrio psíquico instável"

Percepção do quadro de dependência

Percepção das conseqüências psíquicas

Estados depressivos

Estados psicóticos (paranóides e maniatiformes)

Alterações cognitivas percebidas

Perda do interesse pelo uso: mudanças dos efeitos

4.2.1 Percepção do quadro de dependência

... percebi que eu estava mal, mesmo. (E964)

Os entrevistados, referindo-se à *compulsão* ou às conseqüências do uso, caracterizaram-nas como sinal de descontrole e como fenômenos inerentemente *graves*. As falas mencionadas a seguir mostram as angústias de se verem *dependentes*, a despeito da intensidade objetivável de seus quadros, podendo ser redundante falar em percepção de *gravidade*. Neste sentido, Carroll e Rounsaville (1992), por exemplo, não encontraram diferenças significativas de severidade objetiva ao compararem dependentes de cocaína em tratamento e os dependentes *da comunidade*.

Na procura de tratamento, não parece importar a percepção de *gravidade*, mas simplesmente da *dependência*, percebida, repito, como inerentemente grave. Antes da adjetivação de maior *gravidade*, haveria um acúmulo progressivo de problemas (Thom, 1987) e uma suspensão de fatores que amenizam percepção da dependência, como: os efeitos positivos das substâncias ainda valorizados (seção 4.4.5), as técnicas de *redução de danos* espontaneamente instituídas (4.4.6) e a sensação de “controle” parcial sobre a situação (4.4.7). Tais fatores não seriam mais tão eficazes e a *dependência* se evidenciaria, secundária a uma nova interpretação e compreensão do que ocorre aos usuários.

Todos os elementos que caracterizam clinicamente a dependência foram de alguma forma percebidos pelos entrevistados e teriam contribuído para a procura de tratamento. Assim sendo, aumentar o nível de consciência dos usuários, nos atendimentos clínicos inespecíficos a que se apresentem, a respeito desses elementos, investigando as associações que fazem, talvez contribua com a motivação para tratamento específico.

Vivenciar a *compulsão* foi das percepções mais angustiantes relatadas. Sentiram-se como que irremediavelmente ligados ao uso continuado:

... é terrível porque antes de usar, você quer usar; depois que usou você arrepende. E era todos os dias. Na hora em que estava passando o efeito, usava de novo. Terrível. (M2979)

Às vezes eu ficava um dia sem usar. 'Eu vou parar.' Aí eu usava. Conforme usava, depois que passava o efeito, falava '(...) para que eu fiz isso?'. (K2633)

Referem-se, portanto, ao *arrependimento* de terem cedido à compulsão, imputando o uso à falta de *vontade* de interrompê-lo, algo pelo quê simplesmente teriam optado. Noutras seções, relato suas tentativas de interromper o caráter compulsivo do uso através do “descanso” (4.4.6.1), das “cotas de uso” (4.4.6.5) e dos “rituais ordálicos” (4.4.6.3). Esforçaram-se para manter a sensação de controle (4.4.7) através desses mecanismos, na verdade modos de organização defensiva frente à angústia relacionada à vivência da compulsão. Perceber a ineficácia desses mecanismos fez que os citados M. e K. se sentissem *culpados* e incitados a reverterem seus padrões de uso de codeína e *crack-cocaína*, respectivamente.

Manifestaram outras reações à compulsão, como a perplexidade diante da primazia do uso em suas vidas:

... é automático. Penso 'vou parar com isso, vou parar, vou parar'. Aí, beleza... você fica um, dois, três dias... chega no terceiro ou quarto dia, você fica meio... Tendo dinheiro na mão, você usa. Sei lá, o negócio é meio esquisito. (C,317)

Ela começa a gerar uma coisa assim... que você só vai pensar nela, entendeu? Você não pensa em mais nada. Só pensa nela mesmo. (G1815)

Por outro lado, não ter procurado tratamento espontaneamente associou-se a discurso emocionalmente indiferente sobre a compulsão, mas também revelador que a percebiam:

...acho que sou dependente, sim. Eu gosto, eu pre... Não chego a precisar. Já cheguei num ponto de ficar 'preciso, preciso, preciso'. (...) dou uns dois ou três tiros, eu não quero parar mais, também. (J2575, que vem sob pressão familiar.)

Desejo intenso, compulsivo, *fissura*, foi fenômeno mencionado por D. de maneira que mostrou suas dificuldades emocionais de descrevê-lo, *racionalizando* para lidar com suas angústias frente ao fenômeno da compulsão:

... eu acho que a fissura... Essa tal vontade que a gente sente... é uma vontade que não existe... mesmo assim... a gente sabe que não existe e passa... Aliás, ela não existe, a gente não vê, mas tá sentindo, tá precisando... Essa... de corpo pedir cocaína... olha... não sei se meu corpo chegou a pedir cocaína, acho que mais minha cabeça, entendeu? (D528)

Cito outros exemplos que revelam a intensidade e singularidade do conflito entre querer não sucumbir ao uso e a “vontade louca” que sentem:

... procurei parar algumas vezes mas, face à vontade, à fissura que eles falam, é uma coisa que realmente era muito difícil (...) Como te explico? (...) fico pensando naquilo, me irrita, dá uma ansiedade. (H1959-61)

... uma tremenda vontade... (...) uma vontade louca. (A74)

... pensava, pensava, pensava, voltava, mandava e bebia. (E1144)

A literatura mostra que usariam as noções de *descontrole*, *freqüência de uso* e *necessidade de usar* para avaliarem se revêem ou não o padrão de uso (Varney e cols., 1995), todos eles fatores motivacionais de alto impacto e alta freqüência entre os que procuram tratamento na amostra de Oppenheimer e cols. (1988).

Avaliando os exemplos citados em seus respectivos contextos, infiro que percebem a compulsão como um fenômeno que *resume* sua relação de sofrimento com as substâncias e do qual derivariam outras conseqüências negativas do uso. Não parecem pensar sobre a origem de seu comportamento automático, apenas vislumbram estarem à mercê deste automatismo volitivo:

O crack é três segundos e você tá louco. Depois de quatro segundos você quer mais. (K2649)

A *perplexidade* diante de algo assim vivenciado pode estar subjacente à crença de que seus problemas não serão compreendidos pelos clínicos (4.4.2.3) e à aceitação, eventualmente acrítica, de axiomas que *explicariam* seus problemas (4.4.2.2). A perplexidade frente à compulsão (revelada nas entrevistas ao enfatizarem como a vivenciam), ocorreu de forma mais intensa nos entrevistados dependentes de cocaína (C, D, G, J e K) e codeína (M), compreensivelmente.

Entre os dependentes de cocaína entrevistados, a relação entre menor tempo de uso e maior facilidade de percepção deste efeito adverso da compulsão (sugerida por Frykholm, 1979, e também por Orford & Hawker, 1974, entre os alcoolistas) não foi claramente observada em minha amostra, embora C., J. e K., com menos tempo de uso, tenham falado sobre o tema de forma mais expressiva que D. e G.

O uso ocupando muito tempo foi fator também mencionado. Queixaram-se do tempo gasto e da recuperação demorada da intoxicação, *tirando* o tempo de pessoas próximas (C325 e 363). Sentiram-se *desperdiçando* outros lazeres e amizades (H1919 e 1937) e interesses (I2247). Percebem-se alterando o ritmo cotidiano e mudando prioridades:

... prejudica muito. Você não tem vontade de trabalhar, de acordar cedo, não tem vontade de estudar. Ela prejudica em bastante coisa. (G1815)

A *percepção da síndrome de abstinência*, também diretriz diagnóstica (OMS, 1993), como fator gerador de angústia e desconforto, está presente em vários segmentos do *corpus*. Entretanto não pareceu representar forte fator motivador para tratamento, na medida em que aprenderam a lidar eficazmente com a síndrome em seus cotidianos (o que se constituiu em barreira para tratamento durante certo tempo – v. seção 4.4.7). A situação de M. é peculiar neste sentido porque, não podendo mais injetar codeína, passou a administrar-se por via oral, sem obter os efeitos desejados e com tentativas de interrupção marcadas pelo *sofrimento* da abstinência:

Cada vez que a gente tenta parar... sozinho... O dia se passa, o sofrimento... depois volta a tomar, é uma derrota, né? (...) Fica pensando que não... ah... não tem jeito. (M3043)

4.2.2 Percepção das conseqüências psíquicas

4.2.2.1 Estados Depressivos

Alterações psicopatológicas mais intensas ou em maior número associam-se positivamente à procura de tratamento na população de dependentes de substâncias psicoativas (v. seção 1.3.2). Os sintomas depressivos estiveram entre os mais mencionados, um entrevistado teorizando sobre a relação causal entre seus sintomas depressivos e a dependência:

... foi uma situação de vida, tristeza, depressão, foi um starter da coisa. Ai depois você bebe porque bebe, né? (E1116)

Tal compreensão pode decorrer do que teria ouvido durante o tratamento psicoterápico (não específico) que vinha fazendo. Outro entrevistado acredita que passa por seus atuais problemas por ter alguma culpa a ser expiada e, portanto, trabalha com a hipótese de uma vaga relação causal *culpa (depressão) → dependência*. A visão de E. (acima) é mais *técnica*, enquanto a de I. é mais explicitamente ancorada em moralismo:

... eu pensei: "o que será que eu fiz no passado pra... a... o...?" Começou a desencadear pensamento. (I2039)

Por sua vez, L. mostra sua compreensão da relação causal entre depressão e dependência de álcool próxima à dos dois, mas com visão mais *mecanicista* e direta da relação:

... naquela hora que eu estava mais são, eu pensava: puta, tirei de lá, podia tá comprando com este dinheiro... podia comprar roupa pra minha filha, pra minha mulher, sapato. Só que aí de repente eu tava bebendo outra vez e já esquecia aquilo lá, né? (L2889)

D. não percebeu claramente esse “efeito” antidepressivo da substância, mas estabeleceu relação temporal entre aumento de consumo de cocaína e dois acontecimentos: a paraplegia de um amigo, acidentado depois de ambos se intoxicarem por dias seguidos (D672), e o aborto espontâneo de sua namorada (D684). “*Cair na gandaia de novo*” (D704), depois do aborto, mostra reação maníaca frente à perda e sua relativa incapacidade de lidar com angústia depressiva naqueles momentos.

D. e J. se comportaram durante a entrevista de maneira a tentarem cooptar adeptos a uma causa “pró-dependente” – interpreto que tentavam convencer seus ouvintes que *não são culpados*, que o uso que fazem decorre da *doença*, no caso de D., ou de uma opção pessoal justificável pelo seu livre arbítrio, no caso de J. Eles mencionaram suas angústias depressivas e o rápido destino que a ela davam: *cair na gandaia* (D704) e considerar o sentimento de culpa algo “*normal de quem cheira. Mas é só ali, aquela hora, entendeu?*” (J2537).

Sentimentos de culpa permearam diferentes momentos das vidas dos entrevistados. Por exemplo, K. ressentiu-se por supostamente ter introduzido uma amiga ao *crack* (K2659). Por sua vez, A. procurou tratamento por medo de causar danos a outrem:

... posso machucar alguém, matar alguém que não tem nada a ver (A22)

A frase “*alguém que não tem nada a ver*” é possivelmente indicativa de pulsões heteroagressivas, pois dá a entender que *poderia* (inconscientemente) sim, matar alguém *que tivesse a ver*.

Ocorreram alusões no sentido oposto a esta relação causal *depressão* → *abuso*, isto é, alusões aos efeitos *depressivos* de diferentes substâncias. C. relatou sensação de culpa e arrependimento quando a intoxicação por cocaína diminuía, “*mas sempre é depois*” (C319). Nesse sentido, K. revelou impulsos masoquistas relacionados à culpa por ter novamente usado (v. seção 4.4.1, onde o tema é desenvolvido):

... eu usava, mas depois que passava o efeito me dava uma depressão, me dava uma vontade de me matar, dava uma vontade de me catar, me bater, de fazer corte no meu braço... (K2631)

Ideação suicida também foi comentada. Cocaína intravenosa foi considerada por A. (18) como facilitadora da idéia de suicídio, embora não tenha tentado efetivá-lo. M. referiu ter pensado em suicídio em duas situações de rompimento: de um namoro e de um tratamento (se concluísse que ele não seria eficaz) (M3027-9). Dois outros falam de uma função protetora de suas mães em relação à idéia de suicídio:

Como ia ficar minha mãe, aí? (C408)

... eu cheguei a colocar revólver aqui [na garganta]. Eu tinha uma 765, era semi-automática, né? Treze tiros. Colocava aqui, ó... (...) Aquele desespero na minha cabeça, aquela vontade. "Atira, atira, que você não vai conseguir parar." Passava pela minha mente aquilo. (...) Tentei isso várias vezes, me matar. Eu deitava na cama, às vezes. Eu via que minha mãe ia no quarto, abria a porta, começava a chorar. Eu fingia que estava dormindo mas ouvia ela chorando. Daí, nossa... (K2697)

Culpa, masoquismo e depressão, nesses casos, pareceram resultar antes de mecanismos defensivos da posição esquizo-paranóide e não em tentativas de reparação ligadas à posição depressiva e é possível que um *estado depressivo* neste momento de início de um tratamento (o que é freqüente, v. seção 1.3.2) tenha facilitado a verbalização desses conteúdos.

4.2.2.2 Estados psicóticos (paranóides e maniatiformes)

Os usuários chegam a se sentir perseguidos. Não está acontecendo nada, mas "tem alguém atrás da porta!", "vamos lá ver, tem alguém atrás da porta!". Só que não abre a porta! Só fica ali, encanado que tem alguém ali. (J2457)

... não gosto de parar onde tem pessoas. Parece que os caras... parece que tem um monte de gente querendo me pegar ali no meio. (...) todo mundo está olhando para você.(...) parece que você é a atração... da peça. (C402)

Sintomas psicóticos foram dos mais detalhadamente relatados dentre as alterações psíquicas que os entrevistados observaram e si mesmos. Revelou-se também a percepção de certas sutilezas psicopatológicas relacionadas a estes sintomas: por exemplo, que alucinações ou ilusões visuais de colegas usuários de *crack* ocorriam mais no campo visual superior (K2641). Outro exemplo de pormenores relatados foi a descrição minuciosa de alterações de pensamento (D475, H1989).

Tal nível de detalhamento em pessoas sem conhecimentos técnicos psicopatológicos deve decorrer de investigações feitas em si mesmos para descobrir *nexos causais* explicativos e atenuantes de vivências tão ansiogênicas. As alterações de pensamento relatadas são as que chamaram de “paranóias” (D498, G1779, H1935), “neuroses” (C319, H1919, K2611) ou “encanações” (D498, G1775) e são classificáveis como desde uma ocorrência deliróide de conteúdo persecutório (C402) até uma vivência de interpretação delirante (D498: “*dois batendo boca, o cara olhou, cê fala: ‘é comigo’*”).

Conhecer a existência da associação cocaína-*paranóia* permite uma crítica apenas parcial sobre os sintomas paranóides (D510): podem identificá-la e ao mesmo tempo *acreditarem* nos juízos alterados. Isto pareceu conferir ainda mais ambivalência à reação emocional a este tipo de sintoma, pois apenas parcialmente localizavam a *causa* e apenas parcialmente se indispunham com a substância utilizada.

Embora as idéias deliróides de grandeza sejam comuns nas intoxicações com cocaína, não foram citadas pela maioria dos usuários dessa substância, egossintônicas que costumam ser e convergentes que são com as defesas maníacas já comuns nesses usuários. A menção foi feita somente por H., que se incomodou com elas e com os conteúdos paranóides que vivenciava (H1923).

J. “encanou” que seu pai apareceria durante uma sessão de uso de cocaína, “encanação” que parece ter contribuído indiretamente para sua concordância em ir a tratamento (J2389). Também revelando que essas vivências teriam facilitado sua procura de interrupção do uso, G. percebeu seu uso não mais como “social” ao se dar conta que passou a ter “*medo*

das pessoas, de tudo” (G1777). Por sua vez, K. mostrou medo de também passar pelos quadros psicóticos, como os de seus colegas (K2639), prevendo que isso aconteceria e procurando interromper o uso antes.

Não apenas os usuários de cocaína mas também E. relatou vivências psicóticas paranoídes e o suposto impacto emocional dessas situações sobre seus filhos sendo percebido como fator para a revisão de seu abuso de álcool (E1180).

4.2.2.3 Alterações cognitivas percebidas

O incômodo dos déficits cognitivos parece contribuir para quererem rever o padrão de uso. Alterações de memória são referidas em F1692 e alterações de raciocínio em D474 e E978. Este último considerou seu *“estado mental completamente inútil”* (E978) quando a queda de rendimento intelectual repercutiu em seu trabalho, área de funcionamento aparentemente tomada como a mais sensível neste aspecto também por G. e L. Isto é coerente com os achados de Zola (1973): interferência no trabalho seria fator comum que levaria “pessoas” a se tornarem “pacientes”.

Incomodaram-se por não se lembrarem *“de nada”* do dia anterior (F1692), por não pensar *“nada de sério”* (E978) e não conseguir se expressar *“direito”* (D474), angustiando-se por verem declinando rendimentos psíquicos básicos. Outros exemplos:

... seu raciocínio fica mais lento também, fica mais lento pra raciocinar. Tinha dias que eu não ia trabalhar (...) Meu pai brigava comigo. Isso aí prejudicou muito. Por isso perdi a confiança dele. (G1819)

... meu raciocínio também estava muito lento, para pegar um desenho, um painel, para eu raciocinar rápido, eu já estava muito lerdo. (L2723)

Nas mesmas unidades de análise citadas acima, D. e E. associaram *degradação física* (perda de peso, cirrose) com as alterações cognitivas, aparentemente tendo considerado nestas duas áreas, física e psíquica, quais os limites por eles suportáveis.

4.2.3 Perda do interesse pelo uso: mudanças dos efeitos

Esta seguinte frase é exemplar da percepção de mudanças dos efeitos das substâncias e de como isto colaboraria com perspectiva de revisão do padrão de uso, eventualmente via tratamento:

chega uma hora assim que... parece que não é aquilo realmente que você viu quando você cheirou pela primeira vez e aí você pára pra pensar. De vez em quando parece que aquilo está te incomodando. (J2475)

Em algum momento da vida dos entrevistados, ocorreu a percepção de que a substância não mais supria suas necessidades como originalmente se fazia. O momento pode ser lido *kleinianamente* como o rompimento de uma fantasia de objeto ideal, e da aproximação dele dos objetos perseguidores, que não mais satisfazem plenamente.

Referências foram feitas a conseqüências físicas desagradáveis: mal-estar, emagrecimento, fraqueza, ressecamento e sangramento de mucosas, desfiguração, dificuldades sexuais (A28, C307, D474, E964, F1424, K2633, J2397). Um deles sentiu-se com o *“fígado inchado, completamente inchado, e ultimamente estava mais ainda”* (L2749), mostrando o suposto problema como relacionado a sua entrada em tratamento. Os quatro exclusivamente alcoolistas (B149, E976, F1644, I2218) consideraram a *cirrose* como algo inevitável se mantivessem o padrão de consumo, dando uma conotação de *inexorabilidade suplantada* ao prognóstico (na medida em que pararam) o que creio mostrar, ainda atuante, intensa onipotência.

Os seguintes exemplos mostram mudança das percepções sobre a qualidade e intensidade dos efeitos psíquicos das substâncias que consumiam:

... olhava no espelho e não me reconhecia. (K2677)

Não estava sabendo mais o que era a minha viagem, então eu parei (J2543)

Usando oral eu preciso de mais e não consigo chegar naquela plenitude... caindo mais rápido em depressão. (...) talvez meia hora de uma sensação boa e o resto do dia de uma sensação ruim... (M2959 – dependente de codeína)

Foi comum atribuírem tais mudanças não à diferente interação que passam a ter com as substâncias, mas ao fato de elas terem deixado de ser “puras” (D504, J2595), mantendo portanto alguma idealização delas (afinal, os problemas decorreriam apenas de impurezas contingencialmente nela contidas). Manter parcialmente a idealização é também exemplificado pela eleição de substâncias de abuso *boas* e outras *ruins*, como a escolha de uma aguardente que “*não arde*”, ao contrário das outras, feita por B. (179) (este assunto é retomado na seção 4.4.6.4).

Todavia, também atribuíram efeitos inerentemente negativos às próprias substâncias. Temeu-se, por exemplo, um “*buraco no cérebro*” ocasionado pelo LSD (G1893) e teorizou-se sobre os efeitos negativos do *crack*:

Acho que o crack, ele vai quebrando algumas partes do seu cérebro e faz com que você veja coisas, que fique doído. (K2643)

Dentre os efeitos negativos considerados pela amostra, um deles chama a atenção pela complexidade comportamental envolvida: situações que figurativamente denomino aqui de *epopéias* durante a intoxicação. São situações em que os usuários intoxicados vagueiam, às vezes por horas, sós, em geral com algumas vivências persecutórias quando intoxicados por cocaína e percebendo viverem perigos nestes momentos. Ao mesmo tempo em que elementos destas *epopéias* são vividos com desprazer, outros o são de forma prazerosa. A solidão nestes momentos é sentida como um elemento de segurança: interpreto que se sentiriam longe de ameaçar alguém ou serem ameaçados. Também vivenciam nestes momentos uma profusão de pensamentos com aspectos aparentemente egossintônicos (como também descreveu Melman, 1993), com tempo e espaço ilimitados para *curtirem* a intoxicação. Terminadas as *epopéias*, avaliam-nas como hiatos perigosos de suas vidas. Exemplos das *epopéias* em cocainômanos estão em A22, C380, D516, G1775 e H1985. Nos dependentes de álcool, menos *fantásticas*, encontram-se em F1314 e L2909.

Essas ocorrências situam-se no espaço do privado, freqüentemente os usuários passando por elas sós. Todavia, há momentos em que situações percebidas como indesejáveis com as intoxicações extrapolam o privado e vão para o âmbito público, gerando situações de litígio, por vezes determinantes de uma mudança de atitudes frente ao consumo:

Um dia bebi, caí numa discussão, numa briga. A partir daquele dia, no dia seguinte, eu achei que devia procurar alguma ajuda, fazer alguma coisa. (A46)

Houve referência em D656 a uma briga com o pai com características dramáticas e em ambiente público; somente depois, acredita D., o pai teria passado a “*ver*” seus problemas com cocaína. Outro se referiu ao acontecimento “*traumático*” que envolveu a exposição de seus filhos a seu estado paranóide (E1180). Demitido por “perder o controle” sobre seus gastos, G. (1817) utilizou-se de sua função em uma instituição financeira para remediar tal descontrole, sendo descoberto. F. agrediu fisicamente sua esposa (1406). Alcoolistas referiram quedas ao solo, em público, enquanto intoxicados, vistas como sinais inequívocos de não estarem mais controlando o uso (F1406, I2132). I. falou de um atendimento emergencial presenciado por conhecidos (I2134), o que o incomodou e um outro entrevistado resumiu o possível impacto da exposição pública de seus problemas, tomando-a como fator motivacional para a aceitação do tratamento que lhe ofereciam:

Eu já estava demonstrando para todo mundo. (L2723)

4.3 ROMPIMENTO DO EQUILÍBRIO SOCIOFAMILIAR INSTÁVEL

Mantenho aqui a metáfora do *equilíbrio instável* estudado na física (v. 4.2).

Pouco se discute sobre a importância das variáveis sociais neste tipo de procura de ajuda por dependentes de substâncias psicoativas (p.ex., Weisner, 1993; Bannenberg e cols., 1992) e os exemplos citados nas categorias relacionadas (Quadro 6) e discutidas abaixo podem ajudar na compreensão de como os dependentes percebem esta associação. Mencionaram vari-

áveis sociais que podem ter influenciado sua procura de tratamento, associando-se às citadas na seção anterior (4.2).

QUADRO 6 - Categorias e subcategorias referentes ao "rompimento do equilíbrio sociofamiliar instável"

Pressões e outras alterações da dinâmica familiar

Pressões familiares

Familiares que não ouvem, não conversam

Outras alterações de vínculos sociofamiliares

Percepção de incômodos causados e culpa

Pressões sociais e mudanças nos papéis sociais

Grupalidade

Discriminação: polícia, traficantes e justiça

Problemas financeiros e com o trabalho

4.3.1 Pressões e outras alterações da dinâmica familiar

4.3.1.1 Pressões familiares

Invariavelmente manifestaram a percepção de uma dinâmica familiar conturbada ao chegarem para tratamento, associando-a sobretudo aos pais, irmãos e cônjuge. Quanto aos filhos, em geral foram sentidos como tendo um papel conciliador e não se envolvendo ativamente nos conflitos intrafamiliares, sendo percebidos sobretudo como vítimas. Pareceu-me que elegem familiares que lhes sejam *bons*, diferentemente dos demais (como fazem com algumas substâncias – v. seção 4.4.6.4), e os filhos parecem ser *eleitos* preferencialmente aos outros. A. é pai de dois adolescentes e sintetiza suas motivações para procura de tratamento:

... primeiro foi pressões da família, né? Porque a X. [esposa] (...) ela não ligava... Ela achava que eu não ia parar de beber, então ela não tomava conhecimento. Mas meus filhos ficavam muito preocupados, inclusive o maior; o maior

ficava desesperado. Às vezes eu chegava... bêbado, né?, enquanto eu não melhorasse ele não saía do meu lado, na cama. (A40)

Tolerância dos filhos foi percebida por E., filhos que distinguiriam o *pai que bebe* do *pai que não bebe* – isto lhe permitiu, ao parar de ingerir, perceber-se imediatamente aceito por eles e isento de lidar com os conflitos até recentemente vividos (E1026 e I2239). L. não citou suas filhas nas situações de confronto familiar, considerando-as suas vítimas (L2889).

A relação entre dependentes de substâncias psicoativas e seus filhos é abordada sobretudo na literatura que trata das barreiras para procura de tratamento *por mulheres*: temem consequências imediatas para os filhos se se ausentarem para tratamento; temem igualmente a perda de sua guarda ao se *revelarem* dependentes indo para tratamento. Temeriam, portanto, o estigma social (Copeland, 1997; Thom, 1987). Minha amostra (com uma só mulher, e sem filhos) não mencionou esse tipo de barreira. No caso de E., viúvo, temer a perda da guarda teria sido um *motivo* para fazê-lo tratar-se.

Penso que seriam particularmente úteis pesquisas qualitativas com os filhos dos dependentes e sua visão do processo de procura de ajuda de seus pais e mães. Um estudo *quantitativo* brasileiro (Baus, 1996) também constatou que os filhos foram isentados pelos pacientes (pais) como participantes ativos nos distúrbios familiares prévios à internação por alcoolismo. É um indício adicional de que seriam percebidos como fatores protetores de rompimentos familiares, facilitando assim desenvolvimento de motivações internas, não introjetadas.

Quanto às pressões, algumas medidas tomadas quando o problema do abuso passa a ser conhecido pela família foram sentidas pelo futuro paciente como ataques intensos dirigidos ora diretamente ao uso das substâncias, ora aos comportamentos tidos, pelos familiares, como decorrentes desse uso. J. viu seus pais e irmãos como “vigias”, “aprisionando-a”:

... tipo não sair de casa, entende? (...) ficam me vigiando agora. (...) Eles estão conseguindo me deixar mais louca, só isso. Eu vou acabar ficando atordoada (...) te vigiando o tempo inteiro, parece que está em prisão domiciliar. (J2431-33)

Podem não perceber coerência nas atitudes dos familiares, sentindo-as como agressões infundadas. C. *não foi* irônico e de fato parece não ter compreendido a queixa de sua irmã:

... discuti com ela no sábado. Ela disse que eu estava cheiradão [sob efeito de cocaína], sendo que eu não estava, eu estava é meio bêbado. (C321)

Embora a família de C. até recentemente conhecesse seu uso de cocaína, as pressões contra os comportamentos relacionados perturbavam-no. Sobre sua situação familiar:

Pior em todos os termos. Uma é que eu saía de carro, ficava até as 4, 5 horas da manhã numa segunda-feira, quinta, quarta-feira... (...) E meu pai me pegava no pé (...) E a minha mãe a mesma coisa: 'Pô, você vai ter que trabalhar amanhã e está aí no meio da rua até 3 horas'. (C323)

Mesmo a situação de convívio mais *controlado* de uma psicoterapia familiar, fez A. sentir-se atacado e não percebendo seus objetivos, a psicoterapia sendo sentida como perniciososa:

... ia ali para ser malhado. Que a única pessoa errada que havia ali, no grupo, era eu... então eu não admitia, eu achava que não. (...) tudo bem, eu bebia, eu tinha minhas falhas, mas todos eles deviam estar mentindo, meus filhos, minha mulher. Quer dizer, o modo de tratar. (A82)

Alguns familiares foram sentidos como somente apontando seus problemas, não oferecendo alternativas e agredindo gratuitamente. Adiante se verá que essa relação de persecutoriedade pode se transferir para os clínicos, podendo caracterizar inicialmente a relação transferenceal (4.4.1).

A família seria um primeiro *teste* para o dependente: resistindo à angústia persecutória, decorrência de projeções, poderá procurar assistência e transferir este padrão de relações objetivas para os clínicos. Se há riscos de rompimento familiar, uma *crise* se antecipa e a procura de assistência pelo usuário decorrerá de motivações externas e introjetadas e que visaria ape-

nas ao restabelecimento da *normalidade* familiar e não da dependência propriamente (o que está explicitado em G1736).

Uma estrutura familiar que possibilite a emergência de conflitos sem, no entanto, ameaçar rompimentos, parece favorecer a procura de assistência que objetive a revisão o padrão de consumo. Na seção 4.5.1 ver-se-á como pode ser decisivo o comportamento de familiares mais próximos na *efetivação* da decisão do dependente de se tratar.

4.3.1.2 Familiares que não ouvem, não conversam.

Assim como A. pensou que sua esposa “*não ligava, não estava tomando conhecimento*” (A04), J. considerou sua mãe indiferente ou incapaz de ouvi-la:

... a questão é que falar... ela não vai conseguir ficar ouvindo. (J2435)

Tinha com ela vínculos percebidos como pouco afetuosos e procurou tratamento pressionada pelos pais. Uma relação familiar *fria* ou de indiferença teria conseqüências semelhantes à de uma relação rompida, dificultando a percepção dos problemas e a procura de tratamento. Na amostra, J. é a que tem menor percepção de gravidade de seu quadro, apesar de ter ido a tratamento após um dos eventos mais objetivamente críticos, uma *overdose*.

À época deste seu relato, K. estava consciente da gravidade de seus problemas, não percebendo o mesmo em sua família, que não teria valorizado sua intenção de parar de usar:

Lá fora entendem assim: ‘quê? Isto é frescura! Na hora em que você quiser, você pára.’ (...) Muitas pessoas falaram isso: minha irmã, meu cunhado, minha própria namorada. E eu falava para eles: ‘não, não é assim. Essa droga que nós usamos, é difícil’. (K2649)

“*Lá fora*” é indicativo de imaginar-se compreendido *aqui dentro* (hospitalizado), valorizando o entendimento de seu problema pelos clínicos que o atendem (cf. seção 4.4.2.1).

4.3.2 Outras alterações de vínculos sociofamiliares

Seis meses antes de efetivar a procura, K. já havia pensado em tratamento. Perguntei-lhe por quê:

... minha mãe e meu pai sofriram demais: eu não dormia em casa, não comia nada. Dormia um pouco e já levantava apavorado, já saía para usar mais. Meus colegas se afastaram de mim: todos, todos os colegas que não usavam (...) todos, sem exceção, se afastaram. (...) Se afastaram de mim porque eles poderiam usar e iam ficar na mesma situação o que eu. (K2623-5)

Como A., que se sentiu *velado* pelos filhos (A40), esse entrevistado (K.) citou as repercussões emocionais imediatas sobre a família como motivação para revisão de seu uso. Na frase, associa algo interno seu, a compulsão, ao sofrimento dos pais e ao afastamento de amigos (que temeriam a *contaminação*).

Repercussões nos vínculos mais íntimos foram graduais: perceberam redução do tempo de convívio, da comunicação interpessoal e da “confiança”. “Redução da confiança” foi mencionada para designar o descrédito e a insegurança que teriam passado a inspirar em diferentes setores de suas vidas (E1268, G1764, M3037, B273, L2733, A74), a retomada da *confiança* sendo tida por eles como um objetivo dos mais importantes e difíceis de um tratamento:

É difícil você conseguir novamente a confiança de alguém, então você fica até meio desanimado (...) É difícil, muito difícil. (G1821)

G. referiu-se neste caso a seu pai, que teria desistido de ajudá-lo. O significado dado à *falta de confiança* de pessoas próximas é algo como *se sentirem indelevelmente marcados* e atípicos em seu meio. Exemplificando, depois de ver-se se “*transformando*” (D738), D. percebeu-se “*adicto*” e *desconfiava* que sua mãe também percebesse sua *identidade*:

desconfiava... né? Que eu era adicto, não sei o quê... Ela falava... Na época eu não sabia ainda... a palavra adicto, adição. Hoje eu já sei. (D442)

Por sua vez, A. não compartilhou com familiares a informação sobre seu uso de cocaína nos vinte dias que precederam sua solicitação de tratamento diretamente à clínica de internação; os familiares imaginaram nova internação por alcoolismo, como dois anos antes:

Se viesse à tona, eu feriria mais a eles (...) a molecada ia dizer: 'pô, ele usa...' iam falar: 'pô, seu pai é drogado...'. Passam mil e uma coisas na minha cabeça. (...) podiam pensar: se meu pai faz, por que não posso fazer? (A10-2)

“Mil e uma coisas na cabeça” e nenhuma delas compartilhada com pessoas significativas como a mulher e filhos. A verbalização de conflitos e afetos teria cedido espaço a outros meios de comunicação, como a demonstração não verbal (se “*davam patada*”, também “*não saíam*” do seu lado – A82 e 40).

Coabitar, simplesmente, contribuiria talvez para usarem menos, segundo suas visões:

Por que diminuiu? Porque o tempo diminuiu, o tempo disponível... Tem mais coisa para fazer, tem mais coisa para preocupar. Chegar em casa e papai te pegar noutra, estas coisas... Daí não pega bem. (J2362)

... meus pais também têm muitos problemas... de coração (...) Então às vezes eu não gostava de ir pra casa assim, louco de crack. (...) eu achava que escondendo era melhor. (K2699)

Perceberam-se distanciados voluntariamente de pessoas próximas e, assim, menos pressionados. Ambivalência, desejando e lamentando o distanciamento, foi vivida até revelarem a gravidade da situação e procurarem de assistência (B143, G1744, K2647 e M2961) (o desencadeamento da procura é comentado em 4.5.1). Antes disso, podem se comportar como B.:

Não tinha jeito, eu já estava bêbado. Eu tinha afastado, afastado as pessoas, mesmo. (...) Afastei mesmo (...) todo dia eu estava bêbado. (B259)

Este entrevistado viveu seis anos em abstinência de álcool antes de retomar o uso, quando trabalhou fora da cidade. Perguntei porque voltou a beber e ele laconicamente respondeu: *“ficava longe da família, ficava um mês sem voltar em casa”* (B169), mostrando a importância que dava à proximidade dos familiares para manter-se abstinente.

Compulsão foi percebida por C. como associada ao reduzido tempo disponível para estar com sua namorada, tendo sido este um exemplo que deu sobre como percebeu deteriorarem-se suas relações sociais, culpando-se:

... ligava para ela no sábado e dizia que ia tomar um banho e ia pra casa dela. Quando saía, encontrava alguém e só voltava pra casa às seis horas da manhã (...) era pra cheirar... Eu dava desculpas. (C363)

Em sua amostra, Thom (1987) também encontrou a ocorrência da percepção da solidão, problemas conjugais, com os filhos e dificuldades de estabelecer relacionamentos, ocorrendo estes fatores mais entre os homens que procuraram tratamento do que entre as mulheres (pouco representadas em minha amostra).

4.3.3 Percepção de incômodos causados e culpa

Como se pode perceber na seção anterior, os entrevistados deram relevância em seus relatos ao que seriam os incômodos causados a pessoas significativas e aos decorrentes sentimentos de culpa.

Internado por intoxicação aguda por cocaína, A. passou o dia e a noite anteriores usando cocaína e álcool. Sobre o que lhe ocorreu imediatamente antes de procurar ajuda, disse:

... como eu estava fazendo isto daí praticamente a noite inteira, o dia inteiro, neste dia (...) eu comecei a cair em mim, a cair na realidade... A pensar: 'puxa

vida, tenho dois filhos, cinqüenta anos... Entrar numa dessa não é justo para mim e para minha família, principalmente para a minha família, né?' (...) Eu pensei muito nos meus filhos, na minha mulher, na hora. (A02)

Outros entrevistados referiram, como A., sentimentos de culpa ao falarem dos transtornos familiares supostamente associados ao uso abusivo. Esgotado o recurso ao *embate* familiar (seção 4.3.1.1), que teria sustentado as projeções de suas pulsões agressivas, vivenciam angústia depressiva.

Ocorre de alguns familiares ou outras pessoas significativas não serem alvos de ataques manifestos. Fora os filhos (v. seção 4.3.1.1) os *poupados* seriam aqueles que compartilham a *onipotência* do dependente, também considerando a situação sob controle, não os *importunando* e os *protegendo*, numa relação de aparente conluio inconsciente para manter o uso abusivo e, talvez, a dinâmica familiar inalterada. Finalmente *percebendo* a gravidade da situação, essas pessoas podem passar a também pressionar e contribuir com a quebra do mecanismo de negação, sendo sentidos como próximos e afetuosos (e, talvez, novamente idealizados, *sobreviventes* que foram dos mecanismos projetivos). A estas posturas:

... eles estão me segurando. (...) Eu detesto. Eles estão é conseguindo me deixar mais louca, só isso. (J2431-3)

... eu bebia, eu tinha minhas falhas, mas todos eles devem estar mentindo, meus filhos, minha mulher. Quer dizer, o modo de tratar. Às vezes eu estava em casa, me davam patada. (A82)

Podem se seguir estas:

... na hora que estou cheirando eu encano no meu pai e na minha mãe, qualquer coisa assim. Aí eu fico mal e resolvo parar, entendeu? (J2389)

Acarretei muitos problemas para os outros que estavam à minha volta, no caso, minha família. E atingindo minha família, devia atingir mais pessoas também. Não me recordo, mas devo ter feito. (A34)

Teria havido, portanto, projeção inicial de agressividade nos familiares (“eles me deixam mais louca”, “me davam patada”) e a posterior reintrojeção mais abrandada destes objetos que, embora ainda perseguidores, podem *proteger* (“encano no meu pai e resolvo parar”) e são agora percebidos também como *alvos* de ataque (“atingindo minha família...”; “não me recordo, mas devo ter feito...”), delineando-se a posição depressiva (Segal, 1975; Klein, 1986). Autores psicanalistas pensam que os dependentes chegam a vivenciar, apenas parcialmente, os conflitos desta posição (Rosenfeld, 1968a), sendo as frases citadas possíveis exemplos.

O entrevistado K. relatou sentimento de culpa, intenção suicida e “*raiva da droga*” ao perceber as reações emocionais de sua mãe frente à situação, passando aparentemente a existir uma *aliança* entre o *bom* de si com o *bom* do outro:

Tentei isso várias vezes, me matar. (...) minha mãe ia no quarto, abria a porta, começava a chorar. Eu fingia que estava dormindo mas ouvia ela chorando. (...) Eu pensava em sair fora de casa, porque aí não faria ela sofrer. (...) isso pra mim foi... me magoou mais, da droga, peguei raiva. Eu via o choro dela, ela ficava assim na porta, chorando, e eu virava pra parede. (K2697)

No mesmo sentido, B. imaginou que o problema de saúde de sua mãe se agravara devido ao abuso de álcool que ele apresentava:

(...) doente, mas não estava tão atingida. (...) ficava muito triste de ver o filho. (B291)

Tendem a se defender das angústias depressivas com mecanismos da posição esquizo-paranóide (Rosenfeld, 1968a). Veja-se, por exemplo, que a ansiedade paranóide relacionada aos efeitos farmacológicos da cocaína leva, eventualmente, a conteúdos ideativos associados

aos familiares. O exemplo seguinte também mostra a maneira como objetos perseguidores parecem ser reintrojados como protetores, aproximando J. da posição depressiva:

... mais ruim é na hora que estou cheirando é que eu encano no meu pai (...) Aí eu fico mal e eu resolvo parar, entendeu? (...) Qualquer coisa assim: 'eu tenho que voltar para a casa (...) meus pais estão lá, então daí dá bode'. (J2389-91)

A partir desses exemplos, creio que a *culpa* é elemento importante de ser considerado na abordagem inicial destes pacientes. De algum modo, invariavelmente a vivenciam ao procurar tratamento e algumas famílias agem no sentido de reforçá-la ativamente. Seria função dos clínicos atenuar o que há de fantasias inconscientes de culpa, possibilitando ao dependente iniciar novos vínculos, entre eles o terapêutico, abrandando as fantasias de serem *destruidores*. O profissional deveria igualmente ajudá-lo a discernir os *estragos* realmente causados, não reforçando a negação.

Os A.A. e N.A. (Alcoólicos e Narcóticos Anônimos) lidam, ao meu ver, com essa questão de maneira diferente desta. Reforçam as fantasias de culpa ao sugerirem o “profundo e destemido inventário moral”, a “admissão perante outro ser humano e Deus a natureza exata das suas falhas” e uma “lista das pessoas a quem prejudicaram e fazer reparação a todas elas”, 4.º, 5.º e 8.º passos do programa (N.A., 1998). Em termos psicanalíticos, trata-se de um reforço superegótico que ajudaria a reprimir os conflitos inconscientes relacionados às pulsões agressivas, podendo funcionar durante certo tempo reduzindo ansiedade depressiva. Mas, por outro lado, estes *passos* podem contribuir para um movimento de *insight* numa população geralmente sem acesso a psicoterapias; entrar em contato consciente com fantasias de culpa, como incentivado pelos 12 Passos, possibilitaria responder menos com defesas maníacas.

Referi-me aqui aos A.A. e N.A. para exemplificar que a importância e extensão do problema da *culpa* e *ansiedade depressiva* (da quais se defendem tão eficazmente) são grandes, pois, de outra forma, estes programas difundidos mundialmente não se manteriam por tantas décadas. Os “passos” corresponderiam às fantasias que têm os dependentes que decidem rever seu o uso.

4.3.4 Pressões sociais e mudanças nos papéis sociais

4.3.4.1 Grupalidade

Relatos de uma peculiar convivência grupal são conhecidos dos clínicos em seus pacientes dependentes de substâncias psicoativas. Meus entrevistados relataram situações de agruparem-se para fazer uso da substância (B215: “*cabia gente*”; D480: “*nossa turma era a pior*”; G1853: “*vira costume*”; J2389: “*eles mais controlam do que eu própria*”). Tais agrupamentos teriam função percebida como protetora ou de facilitação da técnica de uso (K2627, por exemplo, menciona o que seria uma “*crack-house*”) ou, eventualmente, de facilitação do processo de negação do estado de dependência (por exemplo, H1945, que não admitia *somente para seu grupo* estar dependente de cocaína). Estendo-me sobre este aspecto, percebido como *positivo* dos agrupamentos, na seção 4.4.6.2, como uma das barreiras para tratamento.

Perceberam também outras facetas da convivência grupal que, segundo eles, pode levar a *explorarem-se* mutuamente. Explorarem, por exemplo, que tivessem dinheiro para comprar a substância e por isso serem pressionados a não interromper o uso:

Me aconselharam a não ir. Pessoa com medo de perder uma oportunidade de usar droga porque eu sou uma pessoa que, quando eu tenho dinheiro, e o meu amigo (entre aspas) não tem dinheiro, eu pago (M3009)

Em K2613, o grupo “*tira sarro*” e minimiza o problema do entrevistado com essa mesma suposta finalidade. Podem também passar a ter o grupo como um modelo negativo observando, por exemplo, como os colegas “*perdem tempo*” com as “*neuroses*” (H1919).

Morte de colegas em decorrência do uso das mesmas substâncias, o que seria um evento grupal dos mais graves, não foi mencionado como fator importante na procura de tratamento e isto parece decorrer de um mecanismo defensivo. Em D872, ele nega conscientemente o impacto emocional da morte de um amigo, mas se cala neste ponto da entrevista, como não fez em outro momento. Por seu turno, L. racionaliza:

Eu achava assim: ele bebia demais, eu não bebia que nem ele. (L2883)

4.3.4.2 Discriminação, polícia, traficantes e justiça

Alguns mencionaram o que chamaram de “preconceito” (K2677), de “discriminação que o pessoal tem” (C295), de repercussões que denegriam sua imagem (A06), de “isolamento” e “marginalização” social infligidos por amigos (G1855, H1913). O mais enfatizado foi perceberem-se alvos de preconceitos e isto levando a um desconforto facilitador da procura de tratamento. No momento prévio a esta procura, o peso do estigma de assumirem a dependência parece ter sido menor que o de suportarem a discriminação por continuarem usando. Mas o contrário também ocorreu: como I. (2218), que não se sentiu à vontade para procurar tratamento em sua própria cidade pelo medo do estigma associado à internação psiquiátrica.

De um modo geral, surpreendem-se ante a intensidade das reações sociais, considerando-as exageradas ou incompreensíveis (como em J2571).

A idéia de um *duplo desvio* (sentir-se alvo de preconceito por ser dependente e também *falhar* em outro papel social) não se relacionou à única mulher entrevistada, como seria esperado (Copeland, 1997), mesmo porque tratava-se de uma adolescente que não assumira papéis sociais femininos típicos de mãe ou esposa. Algo próximo apareceu em relação ao único homossexual entrevistado, que interpretou sua mãe fazendo um paralelo entre seus dois papéis *desviantes*: a homossexualidade e o uso de substâncias ilícitas (H1975).

Polícias e traficantes. Implicações policiais associadas ao uso de substâncias ilícitas foram citadas. Em geral as polícias foram percebidas como ameaçadoras. Exemplificando, o entrevistado A. não procurou assistência no serviço que reconhecia mais apropriado para tratar sua intoxicação por cocaína (um pronto-socorro) por temer o registro policial (A04). Por sua vez, G. temeu atitudes desmedidas da polícia, que poderia alvejar indiscriminadamente traficantes e usuários “*pensando que você é bandido*” (G1875), o mesmo vivenciado por K.:

A qualquer momento a polícia podia chegar atirando, matando qualquer pessoa, prendendo todo mundo. (K2629)

Medo de a polícia aparecer foi tema comum dos conteúdos ideativos deliróides durante a intoxicação com cocaína (C380, J2457). A falta de confiança na polícia “*corruptível*” é citada por J., que também comentou a discriminação que fariam com seus amigos *punks* (J2527 e 2511). Esta entrevistada mostrou igualmente não confiar em traficantes “gananciosos” que misturariam impurezas à cocaína (J2571 e 2595).

Mas a postura de J. é exceção, pois as referências a traficantes foram geralmente positivas, reveladoras de certa empatia e, eventualmente, de admiração: conseguiriam acumular bens e seriam “*gente fina*” (C370), seriam eficientes em seus negócios e eventualmente esportistas de alguma fama, qualidades que teriam feito K. pensar em traficar para pagar seu consumo (K2615 e 2661). Traficantes são sentidos por alguns como pessoas próximas e incorporadas aos seus cotidianos: a própria J. diz como se condeou com a vulnerabilidade física de um “*coronel da farinha*” (um traficante) que fez parte de sua “*turma*” (J2447-51). No mesmo sentido, de os considerar como próximos, aquele que C. conhece o convidaria “*pra tomar cerveja*” (C370) e o esportista traficante mencionado por K. joga em time que aparece na mídia. Os entrevistados têm, aparentemente, uma visão peculiar do papel social dos traficantes, alguns tendo considerado que até *protegem* a saúde de seus clientes (como visto na seção 4.4.6.2., como uma barreira para a procura de tratamento). Quanto à troca dinheiro/substâncias, parece sentirem uma prática dos traficantes em *cativar*, cedendo de certa quantidade da substância e amenizando possível impressão de tratar-se apenas de comércio:

Eu chegava na boca, às vezes, sem dinheiro e pedia dois papéis para pagar depois. Eles me davam e diziam: ‘você não precisa pagar, isso daqui é pra você ficar sossegado, pode usar à vontade’. Então eu usava... Eles davam aqueles papéis sabendo que eu gastava bem. (K2619)

Como é sabido, um dos significados de “adicto” é “escravo por dívida”. C. contou história ilustrativa de como a palavra pode ser representativa de suas relações com traficantes:

O problema mais sério no trabalho foi um serviço para um traficante. Eu trabalhava para ele e ia pegando tudo em cocaína. Eu demorei quase quinze dias para terminar o trabalho. Quando terminei, eu estava devendo trinta dólares

(...) Sendo que eu usava o dinheiro da minha mãe para comprar as peças. Foi tudo. (C367)

“Escravidão por dívida” também pode ser entendida de outras maneiras: expiação relacionada a fantasias de culpa – não em relação ao traficante, mas talvez à mãe, a quem de fato ficou devendo.

A relações sociais entre traficantes e dependentes é complexa e foge dos propósitos deste trabalho abordá-la, tendo sido esses exemplos citados para mostrar as possíveis implicações na procura de tratamento: podem não perceber tais relações como problemáticas, como identificam em seus outros grupos sociais. Algo diferente ocorre quando há endividamento (seção 4.3.4.3).

Problemas judiciais. Na literatura, há menções a problemas legais levando à procura de tratamento em alguns subgrupos de dependentes (Rounsaville & Kleber, 1985), embora não necessariamente se associando com adesão ao atendimento.

E., por exemplo, referiu-se ao medo de coerção judicial (que tiraria seus filhos de sua guarda) como fator para revisão de seu padrão de uso de álcool. Dois outros citaram problemas judiciais relacionados a suas dependências, mas não os valorizando (F1576 e M2953), o que vai ao encontro de achados em outras pesquisas: podem ser coagidos judicialmente para tratamento mas não valorizam essa coerção (Marlowe e cols., 1996).

4.3.4.3 Problemas financeiros e com o trabalho

Alcoolistas não se referiram a problemas financeiros que fossem determinantes, segundo suas visões, da procura de tratamento; talvez porque mecanismos adaptativos da economia familiar teriam ocorrido de forma menos perceptível do que ocorreria com o uso de outras substâncias. Mas citaram a efetiva perda de controle de gastos não relacionados à compra da substância:

Não tinha dívida, mas as contas chegavam em casa e eu as perdia, cortavam a luz, telefone, atrasei as mensalidades escolares. (E1024)

Até que minha irmã descobriu que eu estava gastando dinheiro, eu gastei bastante. (B223)

Houve portanto pressões familiares neste aspecto, não comparáveis com as pressões de traficantes observadas nos usuários de substâncias ilegais:

Tem um irmão de um conhecido que levou um tiro e teve que amputar o pé. Tinha endividamento grande e chegou lá e queria pegar mais [cocaina], queria tomar conta, né? O negócio embaçou... Destruíram o pé do cara. (C372)

Os usuários de cocaína entrevistados, como C., contaram histórias a respeito de suas dívidas e gastos desmedidos, querendo assim mostrar como o uso se tornou compulsivo. As dívidas não foram percebidas como grandes, aparentemente não as valorizando. Outros mecanismos utilizados para pagar as substâncias, como a venda de objetos próprios ou de familiares, foram depois percebidos como indicativas da perda de controle (K2611).

A percepção de gastos excessivos ou perda de dinheiro ou objetos (diferentemente da época em que se iniciou o uso) não lhes é tão difícil de ser quantificada quanto outras consequências sociais do abuso. Percebem suas prioridades mudarem, junto ao estreitamento de repertório de padrões de uso e diminuição de outros interesses. C. fez uma avaliação minuciosa de como estas mudanças ocorreram (C392-4).

Preocupação com questões financeiras foi dos principais fatores que diferenciaram as subamostras de usuários de substâncias ilícitas no estudo de Power e cols. (1992), sendo mais comum na subamostra que procurou tratamento. Minha amostra não enfatizou este aspecto.

Problemas no trabalho. Manifestaram ter vivido problemas no ambiente de trabalho que influenciaram sua decisão de adiar ou de procurar tratamento. Sendo internado, K. teme perder o emprego, pois sua internação ocorreu por um convênio de saúde intermediado pela empresa em que trabalhava. Uma conhecida o teria desestimulado a se internar por esse motivo e, ponderando o risco de não se reequilibrar socialmente, temeu frustrar-se e retomar imediatamente o uso de *crack* (K2653).

Parecem ser especialmente sensíveis a problemas no trabalho decorrentes do uso das substâncias, como já comentado na seção 4.2.2.3, surgindo claramente a percepção de decair um rendimento habitual:

... prejudica assim: você cheira coca na até quatro horas da manhã, não dorme, fica até as sete horas acordado. Aí você não consegue trabalhar (...) Começar o trabalho no meio do dia não tem jeito. (C325; autônomo)

Tinha hora que eu estava cachimbando, quando dava hora de trabalhar (...) dava a última bola, saía correndo, chegava no ponto suado, apavorado, pegava o ônibus... (...) no outro dia, me falavam 'pô, você vai trabalhar? Usa ele aí [o crack], telefona para a firma e inventa alguma mentira' (...) Falei e aí começou. (K2691)

Iniciando a abstinência, podem sentir como um *ganho* a volta da “confiança” de colegas de trabalho (B273: “queria fazer voltar a confiança que eles tinham...”) (sobre este assunto, ver seção 4.3.2).

Percebem habilidades diminuindo, a rotina de trabalho se alterando, algumas vezes em função de sintomas de abstinência de álcool. Mas um usuário de *crack* achou que seu rendimento no trabalho de início melhorou, mesmo usando o produto no próprio ambiente de trabalho (K2693).

Alcoolistas com síndrome de abstinência podem perceber que o uso de álcool faz melhorar em minutos os sintomas, voltando à produção normal:

Às vezes eu estava trabalhando e não conseguindo fazer as coisas. Eu tinha liberdade para sair e o barzinho era ali do lado. Eu ia lá, tomava uma vodca, depois voltava e trabalhava normalmente. (A120)

A habilidade em “medicar” a síndrome é fator de adiamento da procura de tratamento. Por certo tempo a técnica funciona e ir para tratamento seria abrir mão do controle que o pró-

prio dependente empreende; seria deixar a critério dos clínicos o manejo da síndrome, nem sempre vistos como competentes para fazê-lo (seção 4.4.2.1).

4.4 BARREIRAS PARA A PROCURA DE TRATAMENTO

A não procura mais precoce de tratamento pelos pacientes entrevistados se deveu a vários fatores diferentes. Mantenho a denominação “barreiras” a estes fatores, geralmente utilizada na literatura médico-psicológica, pois eles exercem influências contrárias às motivações para tratamento encontradas nas categorias já comentadas (nas seções 4.2 e 4.3).

Barreiras para a procura de tratamento podem ser: a) fenômenos objetivos ou subjetivos que se interpõem à motivação para tratamento, adiando ou impedindo sua efetivação (analisados nas seções 4.4.1 até 4.4.4) ou b) fenômenos que favorecem a manutenção da dependência ou, em outras palavras, incentivos positivos à manutenção da dependência (4.4.5 até 4.4.7).

Esta última classe de *barreiras* é instigante porque tende a perpetuar o recurso ao uso (que já apresentaria características inequívocas de dependência caso observadas por técnicos da saúde) pela via da atenuação das conseqüências negativas. Já em situação de vida deteriorada, alguns não se sentiram vivendo problemas, não perceberam gravidade em algumas áreas de funcionamento social ou psíquico e não perceberam o uso como descontrolado. Foram estratégias para manterem o uso já *descontrolado*, minimizando algumas conseqüências negativas.

Alguns dos resultados encontrados no *corpus* foram inesperados e não haviam sido levantados na revisão bibliográfica, pelo menos com o detalhamento a que foi possível chegar aqui. As duas primeiras categorias analisadas adiante são complementares e se destacam por este motivo: o medo de os futuros pacientes se entregarem aos cuidados de profissionais e instituições de saúde sentidos como “sádicos” (seção 4.4.1), e a percepção de um distanciamento entre os usuários e os clínicos que os atenderiam (4.4.2). Somados com a categoria seguinte (“tratamento seria impossível ou doloroso”), os achados podem ajudar a explicar alguns comportamentos desta população detectados noutras pesquisas como, por exemplo, sequer

mencionar aos clínicos o uso que fazem, mesmo sendo a menção diretamente relevante aos cuidados com a suas saúdes (Copeland, 1997).

Os demais resultados discutidos nesta seção 4.4 também levantam elementos que ajudam o aprofundamento do conhecimento sobre as barreiras para procura de tratamento. Por tê-las ouvido de pessoas que acabaram por efetivá-la, pude apenas levantar possíveis fatores responsáveis pelo adiamento da procura, a maioria deles de ordem subjetiva. As barreiras de natureza objetiva foram pouco mencionadas ou a elas não foi dada importância pois, se existiram, foram superadas. As subjetivas, tendem, ao contrário, a se manter presentes por não comportarem soluções práticas, podendo reemergir a cada reentrada em tratamento.

O Quadro 7 sumariza as “barreiras” e o texto que se segue as explica.

QUADRO 7 – Categorias e subcategorias referentes às “barreiras para procura de tratamento”

Clínicos e instituições percebidos como sádicos

Percepção da distância entre clínico e paciente

Incompetência do clínico sobre dependência de substâncias psicoativas

O “fervor apostólico” dos clínicos

Frequentar burocraticamente um clínico

O que desejam dos clínicos e instituições

O tratamento e o princípio do prazer

Tratamento seria impossível ou doloroso

Percepções de pressões para usar ou para não se tratar

Relações *positivas* com as substâncias, mesmo na dependência

Compulsão percebida como prazerosa

Sentir-se fisicamente bem

Efeitos positivos das substâncias, mesmo na dependência

Percepção do uso como automedicação

Redução de danos espontaneamente instituída

“Descanso do uso”

cuidados de parentes, amigos e comerciantes / traficantes

Ordália: sobrevivência a atividades perigosas

Padrões de uso “bons”, vias de administração e substâncias “boas”

Cotas de uso, antes de “fazer mal”

Controle sobre as substâncias, sobre a dependência e parar sozinho

4.4.1 Clínicos e instituições percebidos como sádicos

Comento brevemente como revelariam este medo e, posteriormente, conjecturo teoricamente a respeito do fenômeno.

*Achava que seria na base da... de confinamento, devia ser sedado o dia todo...
O que eu imaginava era isso daí, eu dentro de uma cela, sedado, amarrado...
Quer dizer, na minha cabeça era isso aí. (A93)*

Refere-se a como imaginava uma internação, modalidade de tratamento cogitada pelo psicoterapeuta de família que freqüentava.

Uma impressão deste tipo – hospitalização com métodos cruéis – pode corresponder apenas à representação social desse tipo de equipamento psiquiátrico no Brasil ou ao modelo confrontacional de abordagem de dependentes vigente em algumas instituições. De fato, fizeram referências indiretas às más práticas psiquiátricas ainda observáveis no país e que podem sustentar uma representação social negativa dos hospitais psiquiátricos: além da medicação excessiva (que deixasse sedado o paciente, como A. temeü), a eletroconvulsoterapia incorretamente indicada, e com finalidade de tortura, foi temida por um outro entrevistado:

Então comecei a imaginar: 'os caras bateram nele, deram choque pra ele poder ficar dentro da clínica' (...) Fiquei desesperado... Pensava que iam me dar choque, me bater... Pensei que iam me tratar assim da vontade de usar. (K2675 – também comentando sobre um colega que fora internado.)

Vai ao encontro da suposição de que esse temor se trate, ao menos parcialmente, da *representação social* sobre tratamentos psiquiátricos o fato de parentes dos entrevistados poderem ter impressão semelhante, mesmo quando o próprio usuário não a tem (M2971).

Entretanto, o temor de um tratamento – até aqui exemplificado como fenômeno consciente e até certo ponto compreensível diante da precariedade do atendimento psiquiátrico no

país – pode revelar algo de *estrutural* da dinâmica psíquica dos entrevistados, neste momento em que tentam rever seu uso. A idéia de que seriam maltratados não se manifesta apenas quanto à hospitalização, mas também a outros aspectos da relação com os que poderão tratá-los: podem também temer atendimentos ambulatoriais (mesmo se já iniciados) e os próprios pais, quando eleitos como “terapeutas” nesse momento (citarei exemplos adiante). Parecem imaginar que as pessoas que os tratam errariam sistematicamente – revelando despreparo técnico –, ou seriam desequilibrados emocionalmente, ao optarem, por exemplo, por maltratá-los deliberadamente. Em outras palavras, podem temer condutas *sádicas* de seus futuros clínicos.

O entrevistado E. conhecia seu psicoterapeuta analítico há anos e, nos meses anteriores à internação por alcoolismo, ia sistematicamente às sessões sob efeito de álcool, ingerido pouco antes para diminuir tremores e náusea, pois não queria que seu terapeuta percebesse a síndrome de abstinência. Temia que não mais o tratasse se percebesse a gravidade de seu quadro:

... chegou num ponto de eu beber antes de ir para a sessão. Porque eu ficava com medo... eu chegava tremendo... e tendo muito enjôo – então eu bebia pra chegar lá sem enjôo e sem tremer. (E982)

Interpreto que não queria expor seu sofrimento por temer que seu quadro de abstinência fosse interpretado não como sintomas, mas como um descaso seu (já que “*não pensa nada de sério*”, como referiu sobre si mesmo, duas frases antes – E978). Temeria a incompreensão de seu terapeuta, um julgamento moral, portanto um despreparo técnico de quem cuidava dele.

Com dificuldade, talvez por estar naquele momento diante de um entrevistador também médico, F. mostrou sentir que o clínico que o atendia ambulatorialmente era insuficiente:

Não sei, viu? Não sei... Ou se eu que não tava preparado, mas... (...) Ele até deve tá preparado, né? Eu nem lembro se era psiquiatra ou psicólogo. (F1556-1560)

H., que escolheu seus pais como “psicoterapeutas” – tendo ido ao médico para cumprir uma *burocracia*, conforme dá a entender no parágrafo 2005 – também temeu atitudes

desmedidas, mais especificamente do pai, depois da revelação que fizera de seu uso de cocaína intranasal:

... minha preocupação maior seria meu pai. Tipo eles querem internar... precisa ir pra tratamento, uma coisa mais forçada. (...) que no outro dia eu saísse de lá [de sua casa] dentro de uma ambulância para uma clínica. (H1911-2019)

Exemplifico a seguir como manifestaram temor de erros sistemáticos de seus clínicos ou das instituições (erros voluntários ou não, premeditados ou não) e o temor de se defrontarem com clínicos com características tiranas e emocionalmente desequilibrados. Os exemplos citados são muitos para demonstrar a ubiqüidade desse tipo de pensamento na amostra:

... eu imaginava que eu ia... eu ia ser contido... que eu ia ficar... abandonado no meio de um monte de louco, sabe? 'eles vão... quem sabe, eles vão me (...) um enfermeiro... um enfermeiro pra cinqüenta pessoas'. (E1088)

... é enfermeira pegando no pé, é remédio errado a toda hora. (F1672)

Então, pensava: 'puta, devem bater', inclusive quando entrei aqui eu falei pro doutor que estava de plantão, se aqui batiam. (...) Eu confiei nele, mas não confiei assim... demorei quatro dias pra me convencer. (K2675)

Vai te prender, querer te mostrar 'um lado bonito da vida' (...) Não sabem respeitar o estilo de vida que a pessoa leva. Eles querem impor o jeito que eles vivem. (...) está matando a pessoa. (J2567)

... psiquiatra tem cara de louco e, cuidando de louco, então é meio bravo. (C359)

Uma pessoa gritar, a gente sente aquilo ruim uma pessoa gritando com a gente. Parece que não quer fazer aquilo [tratarem de outras pessoas]. (B289)

... *entra meia dúzia de macaco, me seda, me leva...* (D592)

... *um lugar chato, fechado, pessoas pegando no pé, sem poder sair.* (L2777)

Esses entrevistados se referiram, então, ao medo consciente, em algum momento recente de suas vidas, de pais que fazem a “coisa forçada” e de clínicos “que não querem fazer aquilo” (atender), clínicos “com cara de louco”, (ou que talvez possam *ser loucos*), “que impõem”, “pegam no pé”, “pegam e põem no meio de um monte de louco”, “entopem de remédio”, “entram, sedam e levam”, que “devem bater” e que “matam a pessoa por dentro”.

Penso serem poucas as chances de esta perspectiva se dever unicamente à representação social que têm dos serviços e profissionais de saúde mental. A dinâmica psíquica dos entrevistados deve determinar, quer estruturalmente ao longo de suas vidas, quer conjunturalmente, nesse momento específico de tentativa de revisão do padrão de uso, as fantasias de *clínicos sádicos*. Talvez os clínicos estivessem sendo vistos como *aqueles que tiram a substância de suas vidas* e causadores da *falta* que se seguirá. O termo *falta* é usado por Géraud (1990) para designar as manifestações do desaparecimento da relação de prazer com as substâncias opiáceas: dor e angústia; penso que o termo é extensível à relação com outras substâncias.

Se as primeiras tentativas de interrupção do uso são feitas por conta própria, nessa tentativa atual seu *tratamento* é auxiliado por um técnico que, assim como a substância que não leva mais ao prazer originalmente obtido (seção 4.2.3), pode ser percebido como *causa* de seu sofrimento. Atribuiriam ao técnico e à substância a impossibilidade de prazer ilimitado. As defesas maníacas estariam *quebradas* e os mecanismos de cisão e projeção adquiririam um contorno mais desorganizado, onde a projeção ocupa um espaço defensivo preponderante (algo como “*eles são maus e me maltratam*”).

F. se comportou na entrevista de maneira que indica ser plausível a existência desse tipo de fantasia de sadismo dos clínicos. Trata-se de um exemplo de um fenômeno não manifesto conscientemente, diferente portanto dos juízos conscientes exemplificados até aqui.

Nos parágrafos de 1557-60 falava sobre as experiências que havia tido com os *dois médicos* com quem já estivera anteriormente para abordar especificamente seu alcoolismo (um

antes da atual internação e o outro seu atual médico, meu colega). Embora geralmente tenha esperado minhas intervenções para que a entrevista fosse adiante, no parágrafo 1562, contíguo ao assunto “dois médicos”, ele introduz um tema “novo”: abordagem policial que sofreu, agressão, soco recebido no tórax, sentença judicial. Fora agredido por um policial numa delegacia e depois encontra “o colega dele” (F1590) que também o aborda de maneira que considerou agressiva. Presumo que esse assunto possa não ter sido realmente “novo” e que tenha se referido, inconscientemente, à imagem que fazia dos dois profissionais de saúde com quem já tivera contato – teria continuado portanto no assunto “médicos”.

Outro exemplo não manifesto é a revelação de M. de um juízo de valor sobre si (um “*sem vergonha*”) mas que, ao que parece (no contexto da entrevista), imaginava ser meu (M2983). Teria aparentemente se antecipado e emitido *preventivamente* tal juízo, para não ouvi-lo de mim.

Como mostrei em seção anterior, ao comentar os sintomas depressivos da amostra, comumente se encontram verbalizações de sentimentos de culpa frente aos estragos que sentem terem cometido durante a fase “ativa” de suas dependências e a teoria psicanalítica situa a origem do masoquismo moral (Freud, 1976d) exatamente nos sentimentos de culpa inconsciente que levam os indivíduos a se vitimarem e a fantasiarem com agressores seus.

Sadismo e masoquismo são referidos pela literatura psicanalítica como relacionados às dependências de substâncias psicoativas desde os contemporâneos de Freud. Mais recentemente alguns autores passaram a relacionar as dependências aos conflitos e mecanismos de defesa mais precocemente situados no desenvolvimento psíquico, especificamente na fase oral-sádica, em que são vivenciados os conflitos da posição esquizo-paranóide descritos por Melanie Klein (Rosenfeld H., 1968a; Klein, 1986).

Radó (1926) postulou que os dependentes vivenciam conflitos que incluiriam “*uma forte necessidade de punição*” (p.406). O processo de regressão psíquica vivido por eles terminaria em um “*metaerotismo*”: a satisfação sexual excluiria os órgãos genitais e se processaria somente no nível central graças à ação farmacológica direta das substâncias utilizadas. Ocorreria então “*ampla atenuação*” das pulsões sexuais e liberação do componente destrutivo a elas associado, incluindo os situados na instância superegógica. Explica dessa maneira o masoquismo, pois as pulsões agressivas superegógicas têm como alvo exatamente o ego (p.406).

Noutro texto, Radó postulou que as fantasias masoquistas latentes dos dependentes de substâncias psicoativas, inconscientes, são posteriormente “*transformadas*” em fantasias manifestas de “*terror*”. O ego não mais se satisfaz com a punição e, ao contrário, passa a temer o perigo que vem de fora: o ego “*oferece oposição a este esquema dor-prazer; ele deseja prazer sem dor*” (Radó, 1933, p.15-16).

Rosenfeld (1968b) situou parte dos conflitos psíquicos dos dependentes de uma maneira complementar a esta. A *transformação*, mencionada por Radó, se processaria através do mecanismo de defesa de *splitting* egóico: os objetos internos maus são projetados em objetos externos. A partir deste suposto mecanismo, para H. Rosenfeld, alguns comportamentos dos pacientes em tratamento psicanalítico (e, por extensão, penso que em qualquer tratamento) seriam explicáveis: os fatos de ocorrerem *acting-outs* freqüentes e de ocorrerem uma superdependência e uma supersensibilidade às pessoas em quem projetou parte de seu *self*.

Os principais candidatos a serem os alvos dos mecanismos projetivos seriam exatamente os considerados *responsáveis* pela proposta de revisão do uso de substâncias: as pessoas mais próximas e, na fase de procura de tratamento, os clínicos. Sentimentos de culpa conscientes e inconscientes podem se seguir.

F. adotou, por exemplo, a postura de não *importunar* seu médico nem mesmo quanto a um assunto básico, sua alta hospitalar:

... me internei pra tratar, ficar perguntando, né... ‘Ah, eu vou sair quando? Sair quando?’ Acho que fica pior. (F1730)

Embora as frases isoladas possam induzir o leitor a considerar que quem “*fica pior*” seja o próprio paciente, no contexto (F1717 em diante) fica evidente que ele não deseja é que *fique pior* para o médico que o assiste.

Resumindo, alguns de meus entrevistados parecem ter vivenciado fantasias manifestas de *terror* em relação às pessoas que os tratariam e podem ter utilizado estas fantasias para adiar a procura de tratamento e o principal *terror manifesto* creio relacionar-se ao fato de que esses clínicos são os que lhes propõem a abstinência ou, no mínimo, uma redução do uso.

Como mencionei no capítulo primeiro, há evidências de que o oferecimento de diferentes alternativas de tratamento a esses pacientes pode se relacionar com maior procura e

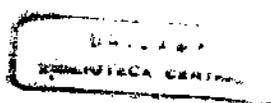
adesão ao tratamento. Talvez este oferecimento atenuar fantasias de que serão alvos de um controle sádico por parte de seus clínicos, na medida em que dá parte do controle e das escolhas ao próprio paciente. Seria importante então *oferecer estas alternativas e veicular a informação de que elas existem* no trabalho de *marketing* feito sobre um serviço público, sobretudo. O conhecimento prévio mesmo que superficial de algumas técnicas terapêuticas por parte do possível futuro paciente parece ser igualmente indicado.

Mas mero oferecimento de alternativas terapêuticas certamente não esgota, embora deva amenizar, os possíveis efeitos negativos de fantasias sado-masoquistas na procura de tratamento, pois ter o *controle sobre o agressor* é um mecanismo de perpetuação do masoquismo (no extremo, há que se manter vivo, *controlando o agressor*, para se manter expiando culpas). O trabalho a meu ver mais importante se fará na relação clínico-paciente ou instituição-paciente e na elaboração que ocorra dos fenômenos transferenciais deste tipo.

Saliento que o fenômeno dos A.A. e N.A. é único em saúde mental, à medida que uma iniciativa leiga é tomada por muitos, inclusive alguns profissionais de saúde, como a única alternativa, ou a mais eficaz, ao problema das dependências. Tratando-se de uma irmandade onde não há, ao menos estatutariamente, figuras de autoridade (a segunda tradição dos A.A. e N.A. ensina que há no programa “apenas uma única autoridade: um Deus amoroso” – N.A., 1998, p.65) cogito se uma das origens da abrangência mundial deste programa não é justamente a ausência destas figuras de ameaçadoras. A este respeito, comento brevemente algo que advém de minha prática clínica diária e que aparece também nas entrevistas: é comum que pessoas que seguem os A.A. e N.A. procurem clínicos e, bem articulados quanto à doutrina do programa que seguem, cheguem à consulta como que em “igualdade de condições”, ensinando a natureza de seu problema e indicando os medicamentos, por exemplo, que não poderiam usar. Nas entrevistas isto é percebido com D. e L., que foram internados em locais que usavam o programa dos 12 Passos.

Cito e comento brevemente quatro trabalhos brasileiros que corroboram minhas considerações, e procedo portanto neste momento a uma triangulação teórica e metodológica visando validar meus achados (à medida que os trabalhos citados utilizam métodos diferentes dos que utilizei – v. seção 3.3.2).

Na pesquisa qualitativa de Fonseca (1997) sobre a representação social da família por adolescentes dependentes de diferentes substâncias psicoativas, internados para tratamento,



concluiu-se que a “violência, autoritarismo do pai e submissão da mãe... [são] *unidades semânticas* que parecem ter a função de fornecer o ‘clima’ ou o ‘ambiente’ que envolve a droga e seus efeitos ‘fraturantes’ na família do adolescente usuário de drogas” (p. 47; grifo da autora), tendo alguns de seus entrevistados verbalizado conteúdos comparáveis aos meus e dirigidos sobretudo ao pai. Indo ao encontro dessas observações, Bittencourt (s.d.) observou no material psicanalítico de quatro pacientes dependentes de diferentes substâncias psicoativas e com fantasias masoquistas justamente o empobrecimento da função paterna, ora um pai “que olha de longe mas não intervém, ora um pai com autoritarismo exacerbado”.⁹

Um dos entrevistados compara seu entendimento do comportamento de seu pai com o que supunha viesse a ser o meu próprio comportamento, eu que seria seu “segundo pai”:

... não sabia o que iria se passar nessa consulta (...) achei que você ia me re-criminar (...) O segundo pai falando alto ‘você tem que fazer isso, fazer aquilo’ (...) Tentava não demonstrar, mas foi difícil. (G1879)

Em pesquisa onde se aplicou um teste psicológico projetivo em amostra de alcoolistas internados em hospital público paulistano, Kolck, Tosi & Pellegrini (1991) concluíram que “agressão e hostilidade para com os outros (...) determinam sérias dificuldades nas relações interpessoais com amplos problemas de adaptação social”, o que vai ao encontro de meus achados, pois a origem das fantasias de sadismo dos clínicos se situaria nas próprias pulsões agressivas dos pacientes e não estariam os clínicos imunes às “dificuldades nas relações interpessoais”.

Já na pesquisa quantitativa de Ferri (1999) sobre padrão de consumo e fatores associados à procura de tratamento por usuários de cocaína, encontrou-se, entre outros resultados, no questionário fechado aplicado, que 21,6% dos pacientes em tratamento e 24,2% dos cocainômanos na comunidade concordaram com a afirmativa “um profissional destes serviços não entenderia o problema” (p.56). Trata-se de razão freqüencialmente importante, embora penúltima e última entre as seis barreiras pesquisadas nas duas subamostras, respectivamente. Outro dado relevante para esta discussão e presente nesse trabalho de Ferri (1999) é que, entre os usuários que nunca haviam se tratado, as características mais rejeitadas ao pensarem em um

⁹ Texto não paginado.

serviço de tratamento foram “prescrição de remédios” e “internação longa”, as que provavelmente tinham como as mais *controladoras*, entre as treze oferecidas para que escolhessem.

Sugiro que nos futuros estudos quantitativos brasileiros a respeito de motivação e barreiras para tratamento nesta população seja pesquisado mais especificamente o *medo* das instituições e dos clínicos, com proposições que mencionem, por exemplo, *medo de um erro técnico* e o *medo de serem de alguma forma agredidos ou maltratados*.

O trabalho de Thom (1986) também não pesquisou especificamente esses itens, mas menciona uma categoria que se aproxima desta que ora formulo: “medo de hospital e de tratamento”. A autora nela incluiu alguns tipos de medo, desde a “vergonha por ter que discutir seus problemas” até o “medo da figura de autoridade do médico” ou o “medo por não saber que tipo de tratamento enfrentará”. Não são feitas considerações detalhadas sobre o que esses pacientes pensavam quanto a estas assertivas. Também britânico, o estudo de Oppenheimer e cols. (1988) encontrou que a maioria dos medos sentida pelos dependentes não se refere aos possíveis comportamentos controladores dos clínicos, por exemplo: 12% dos pesquisados referiram o medo de serem forçados a se absterem das substâncias, o quarto item menos referido entre os 27 “medos” pesquisados.

Frequências igualmente baixas foram encontradas por Grant (1997), entre alcoolistas fora de tratamento, para as barreiras “medo de que internariam” ou “medo do tratamento que lhe seria dispensado” – algo em torno de 4% para ambas, 13.^a e 14.^a entre as vinte e cinco barreiras pesquisadas.

Em vista destas pesquisas com abordagem quantitativa, a frase de Hingson e cols. (1982) ainda resumiria o que a literatura na área de saúde toma como provável: “o adiamento ou não procura de ajuda por problemas com abuso de álcool não parecem decorrer de avaliações negativas dos serviços de saúde” (p. 285), o que vai portanto contrariamente a minhas impressões.

Penso que a extensão da importância deste tema é difícil de ser constatada em estudos quantitativos utilizando entrevistas estruturadas, pois dificilmente o entrevistado concordaria rapidamente com a simples asserção “tenho medo de clínicos” ou outra semelhante.

Poucos trabalhos a que tive acesso corroboram mais claramente minha suposição da importância de medos de serem maltratados pelos clínicos. O de Klingemann (1991) utilizou métodos quantitativos e qualitativos para pesquisar as mudanças espontâneas para abstinência

de alcoolistas e heroínômanos. Cerca da metade da amostra criticou um eventual tratamento que, segundo eles, os fariam alvo de moralismo por parte dos clínicos e gerariam estigma; recusaram essa possibilidade de se tratarem também por “razões emocionais”: sentimentos de ansiedade, medo de rejeição e inibição frente a profissionais de saúde, tendo os pesquisados afirmado algo como: “basbaques puritanos que pensam que são melhores que os que bebem” e “o tratamento tira tudo de você, minha personalidade não ia valer mais nada” (p.740).¹⁰

Copeland (1997) também corrobora minhas suposições ao revelar as críticas de sua amostra sobre as regras demasiadamente rígidas e princípios religiosos igualmente rígidos que teriam alguns programas de tratamento e o *mito das ruas* de que a metadona seria carcinogênica (ou seja, que um instrumento terapêutico geraria mais danos do que benefícios).

Mesmo que um estudo brasileiro também venha a mostrar uma frequência baixa da ocorrência de medos deste tipo (como de certa maneira fez o estudo de Ferri, 1999), as pessoas que terão referido este sentimento provavelmente o teriam vivenciado de maneira intensa e possivelmente determinante de um adiamento ou recusa de tratamento.

Se a análise de conteúdo realizada em minha pesquisa tivesse sido quantitativa, provavelmente essa subcategoria se revelasse entre as mais importantes, pois ocorrências manifestas do tipo analisado são encontradas em 12 das 13 entrevistas realizadas. A possibilidade de uma futura análise quantitativa de conteúdo sobre o *corpus* está sendo cogitada.

4.4.2 Percepção de distância entre clínico e paciente

Esta categoria pode ser vista como contida na anterior. Alguns entrevistados revelaram acreditar que os clínicos que os atenderam ou atenderiam seriam pessoas distantes, técnica ou pessoalmente, e poderiam ter um entendimento diferente dos seus sobre o que é “tratamento”. Bom exemplo de como vêem um distanciamento pessoal dos clínicos é dado por M., que mostrou como se sente mal frente “simples abandono do caso” pelos clínicos (M2931; v. também M2999).

Como já foi sugerido por Thom (1987), os dependentes parecem acreditar que tratar a dependência é assunto para especialistas e não para clínicos gerais. Os dados discutidos abaixo

¹⁰ Tradução minha.

ajudariam a compreender que tipo de “especialização” os usuários esperariam daqueles que o tratarão.

4.4.2.1 Incompetência do clínico sobre dependência de substâncias psicoativas

Alguns entrevistados pareceram temer total *incompetência cultural* (Bernard, 1988) dos clínicos sobre dependência. Que, por exemplo, eles diagnosticassem um inexistente quadro psicótico; tiveram o medo de que os clínicos não enxergassem o que parecia óbvio ao paciente:

Cheguei aqui, a primeira cena que vi foi o X.¹¹ andando em volta da árvore (...) Eu olhei aquilo e falei ‘mas não é por...’, eu pensei ‘não é por aí, eu não sou louco’.(E1094)

O mesmo tipo de medo de ser confundido com um “louco” está exposto em L2839. Também imaginaram os clínicos como pessoas com um certo tipo de ascendência cultural (não puramente profissional) sobre o paciente, e com capacidades específicas utilizáveis para persuadirem seus clientes a fazerem o que não queriam fazer. No exemplo seguinte, I. falou sobre duas parentas, profissionais de saúde, que teriam procurado persuadi-lo a se internar, valendo-se da qualidade de saberem se “expressar bem”:

Ah, porque ‘vai nisso!’, porque ‘num sei o quê’... A minha irmã é médica, a outra irmã é... é... é psicóloga, o outro... são tudo... sabem se... né?... se expressar bem... (I2182)

Mas o contrário desta *ascendência cultural* também ocorreu: sentirem o que lhes pareceram nítidas provas de ingenuidade de clínicos incipientes, o que igualmente indicou sentirem grande *distância* ou *diferença* entre clínico e paciente.

¹¹ Paciente com esquizofrenia residual e com alteração de psicomotricidade.

Um exemplo ocorrido durante minha entrevista com F. demonstra a sensibilidade daquele que procura tratamento frente às diferenças de entendimento que o profissional apresenta, tendo o entrevistado feito questão de corrigir-me quanto ao emprego de um verbo considerado inadequado (v. seção 4.1.6.2). Logo adiante, ele se perguntou se eram os clínicos ou se ele próprio é que estava “despreparado” para um tratamento (F1556), dando a entender que, de qualquer forma, haveria uma grande distância entre os dois (e, ao que tudo indica, fantasiando o mesmo entre mim e ele).

Exemplos podem ser citados sobre como consideraram os profissionais que os atenderam como não conhecedores do assunto dependências das substâncias psicoativas. Cito D., que comentou este tópico em dois momentos distintos (o outro foi em D540):

... eu sabia que lá eu teria... pelo menos alguns profissionais sabendo que existe esse tipo de doença. Você pode sair... com psicólogos aí... 'Ah, você sabe o que é dependente químico?' O cara até sabe, mas... não está experiente. (D568)

M. demonstrou em alguns momentos ter uma compreensão altamente crítica sobre algumas condutas de clínicos que o trataram; como já mencionado, criticou o fato de um deles ter “*simplesmente*” abandonado a condução de seu caso quando as orientações foram contestadas pelo paciente (M2931). Apesar de em certo momento ter tido dois profissionais “*muito bons*” cuidando dele, uma terceira experiência negativa com alguém “*muito má profissional*” foi percebida como determinante de sua recusa em reentrar em tratamento (M3057). A experiência ruim pode ter reforçado resistências ao tratamento que já haviam sido parcialmente superadas à época dessa terceira tentativa.

Também foram feitas referências a clínicos que consideraram aborrecidos e irritantes e que teriam utilizado métodos que lhes pareceram absurdos (C337, I2146).

O futuro paciente parece ter, portanto, expectativas e desejos sobre as características do clínico que dele cuidará especificamente quanto à experiência profissional; temeriam encontrar profissionais ingênuos ou com uma compreensão idiossincrática do problema das dependências. Este dado talvez ajude a compreender os resultados de Copeland (1997), em pesquisa em que pessoas afirmaram *não mencionar para os clínicos o abuso que fazem*, mesmo quando tal menção seria necessária; os entrevistados também referiram não desejar uma abordagem

confrontadora dos clínicos que os atendem – talvez temendo não ser compreendidos. No mesmo sentido, os pacientes estudados por Rohrer e cols. (1992) disseram desejar estas seguintes características das pessoas que deles tratariam, entre outras: que fossem compreensivos, preocupados, cuidadosos, experientes, bons ouvintes, fáceis de se conversar e com “mente aberta”. Isto é, que fossem próximos e competentes, como minha amostra sugere.

Klingemann (1991) mostrou que alguns dos indivíduos de sua amostra (usuários de álcool e heroína que mudaram seus hábitos sem tratamento) referiram-se ao que seria a “incompetência” dos clínicos que os tratariam: “não podem ensinar mais do que já sei” (p.740). Copeland (1997) viu em sua amostra que alguns podem se considerar como tendo problemas únicos e portanto incompreensíveis e inabordáveis.

Expressando-se talvez metafóricamente, B. deixa claro que os pacientes podem não aceitar passivamente o que se lhes dá durante um tratamento, recusando o que é percebido como ruim: em um hospital onde fora internado, o que lhe ofereciam “não dava pra comer, não” (B285).

4.4.2.2 O “fervor apostólico” dos clínicos

A última citação da entrevista de I. (“*sabem se expressar bem*” etc.) se relaciona com um dos comportamentos que mais freqüentemente se constituem como um problema na relação clínico-paciente e denominado por Michael Balint de “função apostólica” – ou, no seu extremo, de “fervor apostólico” (Balint, 1975). Trata-se da tendência de muitos clínicos de aplicar sua “vaga mas quase inabalável idéia sobre o modo como deve se comportar o paciente” e de “converter à sua fé todos os incrédulos e ignorantes entre seus pacientes” (p.180).

É sabido que os clínicos que mais especificamente tratam os dependentes de substâncias psicoativas podem ter uma tendência a apresentar um “estreitamento do repertório” de técnicas terapêuticas diante de seus pacientes, passando a atuar clinicamente de maneira estereotipada, como Bell (1992) salientou em seu artigo sobre a “síndrome de dependência de tratar”. Neste texto o autor parodiou o artigo em que Edwards & Gross (1976) descrevem preliminarmente a síndrome de dependência de álcool. Penso que tais clínicos seriam fortes candidatos a exercerem a *função* e o *fervor* apostólicos descritos por Balint (1975).

O fervor apostólico e a “dependência de tratar” parecem ser percebidos por outros entrevistados além de I. Estas primeiras citações, abaixo, mostram visão simpática ao “fervor”, enquanto a terceira citação, como a de I., mostram o contrário:

Ele, do modo dele lá, ele vai dando voltas, até que a pessoa chega. Não sei se a terapia é isso como funciona: chega no ponto que ele quer (...) Eu acho que ele deve ter um bom conceito sobre o que é o álcool (...) Pessoa que sabe informar o paciente o que é o mal do álcool.(L2799-801)

... a partir do momento que uma pessoa já está 10 anos, 6 anos, 12 anos, 15 anos tratando com dependentes químicos, é outra coisa, é outra mentalidade, acho; acho não, tenho certeza: é outra mentalidade. (D542)

Acho que ela não foi profissional porque ela ditava as regras pra mim, não deixava eu escolher as regras. Ela dizia o que eu tinha que fazer. Ela não fazia eu pensar, eu escolher. (M2925)

Os dois entrevistados simpáticos às características invasivas ou “experientes” de seus clínicos (D. e L.) fizeram tratamentos prévios em clínicas de internação onde se aplicava o Programa dos 12 Passos, programa cujo 12º Passo pode ser interpretado como um incentivo para que cada dependente se torne um “apóstolo”, um propagador da doutrina dos Alcoólicos e Narcóticos Anônimos (N.A., 1998), não se estranhando, portanto, sua visão simpática sobre o “apostolado” terapêutico dos clínicos. Um deles cometeu um lapso a esse respeito, comentando o que se passou consigo ao ter alta hospitalar:

Cheguei em Campinas e falei: ‘(...) preciso achar um psiquiatra dependente químico...’ [ri] aliás, um psiquiatra que saiba. (D570)

Repúdio ao *apostolado terapêutico* estaria na lembrança de um entrevistado, que se queixou da insistência do terapeuta em interpretar tudo, inclusive seus sonhos: “*e aí, você sonhou? pode começar...*’ (...) *Eu não... eu não gostei não*” (I2146). Comportamentos desse

tipo podem ou não afastar um paciente e influenciar negativamente ou não nova procura de tratamento. Mais importante seria o clínico ter consciência de seu comportamento e modulá-lo de acordo com o paciente que atende.

Logo adiante, na seção 4.4.2.4, onde analiso a categoria *o que desejam dos clínicos*, considero outras facetas da relação clínico-paciente que possivelmente intervêm na procura ou adiamento do tratamento.

4.4.2.3 Freqüentar burocraticamente um clínico

Resultado da visão sobre uma relação clínico-paciente distante (seções 4.4.2.1 e 2) e permeada por intenções sádicas (4.4.1) pode ser a ida apenas *burocrática* ao atendimento, por sentir-se obrigado com as pessoas que ajudaram (H2005) ou para “*amenizar a situação*” de crise familiar (G1736). Outro resultado pode ser uma deliberada não colaboração e boicote do tratamento (L2783). O clínico pode ser procurado não por sua suposta função terapêutica, mas tomado como um recurso apenas acessório diante de algumas situações de vida: no caso de M., “*um flagrante da polícia*” o teria motivado mais a procurar o clínico do que as possibilidades terapêuticas ao clínico associadas (M2943).

4.4.2.4 O que desejam dos clínicos e instituições

... *alguma coisa que alimente mais.* (J2581)

... *me satisfazia, parecia que era uma forma mágica.* (M2997)

Os problemas na relação clínico-paciente até aqui abordados se contrapõem às expectativas idealizadas que os dependentes de substâncias psicoativas podem ter sobre um tratamento. Dentre as características desejáveis de um atendimento, enfatizaram as possibilidades de diálogos com os clínicos com estas características: que “*falem direito*” e os estimulem e não apenas ouçam (C345); que sejam pessoas com quem possam se “*abrir legal*” (C347); que

falem palavras tranqüilizadoras e os acompanhem de perto (E1070), intervindo de forma “alegre” e com “paciência” (B281, E1206), indo “devagarzinho” e “ganhando” o paciente (E1052 e 1086). Podem desejar que o clínico particularize seu comportamento frente a seus diferentes pacientes (E1206 e L2799), não os tratando estereotipadamente.

F. mostrou que quanto menos imposição de problemática pelo clínico (no caso, por mim, seu entrevistador), maior sua fluência e espontaneidade. Por exemplo, sentiu-se especialmente à vontade comentando assuntos que lhe eram mais conhecidos, de sua vida prática (F1454 e 1710). Mas no parágrafo 1529 eu *lhe imponho* um problema para pensar e ele, logo em seguida, comenta sobre sua expectativa de encontrar profissionais *inquiridores*: só perguntam, mas ele não sabe responder. Falou mais sobre o que mais intimamente sentia apenas no final (por exemplo, de sua *irritação* no parágrafo 1660), mostrando, ao meu ver, a importância de que o clínico disponibilize tempo para ouvir o paciente. Considerava antes não ter “*palavras pra falar*” como estava emocionalmente (F1502), mas acabou expondo o que sentia.

Acreditando que a função do clínico é “mexer com a cabeça”, “*abrir a mente*” do paciente e que possa escutar, debater problemas e soluções, G. mostrou no entanto imaginar limites bem nítidos para esta função: quer apenas lidar com o problema da dependência de cocaína e não com outros problemas seus (G1768). Nesse mesmo sentido, D. idealizou um clínico perfeitamente adaptado a suas necessidades e limitações, que “*sacasse*” o problema das dependências e não se “*assustasse*” com ele (D760 e 774), mas também que não tocasse em assuntos sobre os quais não se sentia preparado para falar:

Eu só sei falar mais de dependência química. Eu sei falar de outras coisas, mas tudo envolvendo a dependência química. Tudo junto seria em torno da dependência química. (D764)

H. mostrou que espera que um clínico aborde certos assuntos de maneira a não irritá-lo “*profundamente*”, como quando seu psicoterapeuta contrariou suas expectativas de tratamento e sugeriu internação, irritando-o “*pela forma como foi abordado o tema*” (H2017).

I. quer que o terapeuta “não embace” a conversa, isto é, que continue um assunto em pauta e seja incisivo, direto e incentivador (I2156 e 2202). Pensou também que o tratamento deveria ter baixa frequência de atendimentos para não “*virar um vício*” (I2301).

Por sua vez, L. relacionou a função dos terapeutas com a função protetora paterna (L2817 e 2823).

Observei portanto uma variedade ampla de demandas e expectativas idealizadas que convivem com as fantasias de crueldade e de distanciamento dos clínicos (4.4.1; 4.4.2.1 a 4.4.2.3). Perestrello (1996) sugeriu atenção dos clínicos em perceberem e identificarem um *padrão de demanda* de seus pacientes sobre aqueles que o tratam. Chamou atenção para a diferença entre *querer curar-se* e *querer ver-se livre do que está incomodando*. Aquele que procura ajuda “nem sempre está disposto a pagar o preço” (p.129) de se frustrar ao se deparar com clínicos que não satisfazem sua expectativa. Também comentou o desejo do efeito mágico e imediato do tratamento. Entre os dependentes isto parece ser comum (p.ex. em Verinis, 1993 e a seção 1.3.5) e exemplos desse tipo de desejo foram vistos em minha amostra. Com os dependentes de substâncias psicoativas, o clínico se defronta com a tarefa de *substituir* algo com o que os pacientes teriam tido um *prazer oceânico*, utilizando a expressão de Freud (1976b), ou um *flash* (Olievenstein, 1991). Levar isso em consideração seria necessário como parte da estratégia de mantê-los em tratamento.

4.4.2.5 O tratamento e o princípio do prazer

Perguntada sobre os atributos que instituições que tratam de dependentes devem ter, J. (181) faz um relato de um lugar paradisíaco: festas, piscina, nadar, escolher filmes, fazer o que gosta, quartos privativos, “*uma cidade excluída do resto do mundo*” (J2587) que se contraponeria ao “*mundo aqui fora*” onde “*quem parar morre*” (J2593). O sistema idealizado por K. vai neste mesmo sentido: um local de “*área mais ampla, no caso de praticar um esporte*”, com clínicos sempre presentes, com policiais protetores que o levassem ao tratamento (K2681).

M. queria unir “*o útil ao agradável*”: ir ao clínico e usar codeína ao mesmo tempo (2939) e uma abordagem terapêutica que não previsse seu uso de opiáceos seria percebida como estranha ao que já conhece: “*não sei como é fazer psicoterapia sem drogas*” (M3067).

Portanto querem com o tratamento o mesmo *flash* que têm ao usarem, o que foi levantado por Olievenstein (1988) e que aqui se confirmou. H. desejou uma abordagem que eu diria *mágica*, rápida, indolor – e não um “*processo*” de tratamento:

... tava esperando uma coisa, que eu chegasse lá e ele ia me ajudar. Que ele ia me falar alguma coisa que ia dar este ‘estalo’ dentro de mim. Estava atrás de alguém que chegasse e falasse “ó, H., isto aí dentro de você, ó, é isso”. Isso que eu estava atrás. Ou como a dor, você daria um medicamento “ó, toma isso”, eu tomaria e passava. Eu tava a fim disso, não de um processo para isso.
(H2017)

Tratamento voluntário é mencionado como algo tranquilizador e que asseguraria a adesão ao acompanhamento (E80). Para F., isso foi fator que ajudou sua anuência ao tratamento: “*lá só aceita se você quiser vir, né?*” Daí (...) eu falei “*eu vou então*” (F1360).

Tratamento “*com uma certa liberdade*”, com pouca hierarquização das relações clínico-paciente faria manter a motivação do paciente (A109). Aconteceu de um *modelo médico* de atendimento ser tido como ideal e, aparentemente, identificado como *mágico*:

Submetida a remédios, a alimentação, a dormir bem, a ficar de repouso. Vários tipos de coisas pra pessoa ter recuperação rápida e sadia, isto é que sempre pensei. (K2711)

A idealização da rotina de tratamento e das possibilidades terapêuticas parece inserir-se na dinâmica das reações maníacas com que parecem funcionar alguns dependentes de substâncias psicoativas. O exemplo seguinte é particularmente interessante porque mostra uma virada das expectativas, mantendo no entanto o mesmo funcionamento psíquico que recorre a cisões: antes, um tratamento era percebido por J. como algo que “*mata por dentro*” (J2567), agora o “*mundo aqui fora*” o é:

... esse tratamento é meio ilusionário porque ali na clínica ele pode dar essa sensação de que se está bem. Na hora que você sair não é tão real assim... você sabe como é o mundo aqui fora, né? (J2593)

4.4.3 Tratamento seria impossível ou doloroso

Se o desenvolvimento de capacidades de perceber a síndrome de abstinência de uma determinada substância pode contribuir para a percepção da gravidade da situação de dependência e facilitar a procura de tratamento (seção 4.2.1), pode também contribuir negativamente neste sentido, na medida em que o possível futuro paciente pode acreditar que não conseguirá suportar os sintomas iniciais de abstinência e se recuse a iniciar um tratamento por este motivo.

E. foi devidamente orientado quanto ao manejo que seria dado à síndrome de abstinência de álcool, resultando daí a fala de que se sentia seguro quanto a este aspecto do tratamento. No entanto o medo de enfrentar tal dificuldade provavelmente persistiu (embora o negue conscientemente: “*esse medo eu não... realmente eu não tive*” – E1052), pois se surpreendeu com a facilidade encontrada:

Tinha consciência... que eu ia ser medicado, que o medicamento ia me ajudar a passar por essa fase. Mas realmente foi muito mais fácil do que eu imaginei. (E1058)

Não surpreende a *consciência* de que seria fácil: ele (E.) desenvolveu uma habilidade em reconhecer e manejar a síndrome de abstinência que apresentava diariamente, através de ingestão “programada” de bebidas alcoólicas (E962), tendo procurado inicialmente manejá-la sozinho, em casa:

... ia pra casa e pensava 'bom, agora eu vou passar dois dias tremendo e vomitando mas vou parar'. Aí acordava no dia seguinte tremendo e vomitando, pensava, pensava, pensava, voltava, mandava e bebia. (E1144)

À medida que vivenciam seguidamente sintomas de abstinência (sendo então as implicações psicofisiológicas e o manejo da situação mais conhecidos), sentem-se com menos medo da ocorrência da síndrome nas fases iniciais do tratamento. M. não temia os demais aspectos da síndrome de abstinência de codeína (que reconhecia como desagradável mas que sabia limitada no tempo), apenas o aspecto da *fissura* (M3041).

L. e A, alcoolistas, temeram não suportar a compulsão ao uso nos primeiros dias de internação, quando não teriam acesso a álcool. Exatamente neste momento que consideram de maior falta da substância as fantasias de clínicos sádicos são mencionadas:

... trabalhando, eu chegava tarde e saía para tomar uma cerveja com colegas e lá eu não ia ter isso (...) pensava 'como ia ficar, como ia suportar?' (L2781)

A única dúvida que eu tive é se conseguiria ficar sem a bebida. (...) Quer dizer: confinado e sedado. Que a vontade de beber seria a mesma eu estando numa cela ou solto aí, sei lá. (A68-95)

Por sua vez, K., dependente de *crack*-cocaína, temeu compulsão ao uso durante a internação e a conduta terapêutica dramaticamente cruel que os clínicos instituiriam neste momento:

... por exemplo, se eu quisesse usar droga, eu falava... aí você chegava e me dava uma injeção. Daí eu dormia e você me levava pra qualquer lugar. Eu pensava que aquela injeção me derrubava na hora. Então eu pensava '(...) eles vão me levar para um pau-de-arara, vão dar choque na ponta de meus dedos (...) me põem uma camisa de força e eu fico preso até parar a vontade, até parar de gostar da droga. (K2683)

Considere-se que este entrevistado vivia num meio social onde relatos de tortura policial e homicídios faziam parte do cotidiano e é interessante que supõe métodos semelhantes como métodos “terapêuticos”. Já o entrevistado G., em melhor situação socioeconômica, dependente de cocaína e fazendo uso abusivo de álcool, considerava que um tratamento seria totalmente ineficaz ou, mais do que isto, temia ser-lhe prejudicial, e o que tratamento apenas reforçaria a técnica de seus pais de falarem e *mexerem* “na sua cabeça” (G1768). Considerava ineficaz, de forma apriorística, qualquer técnica terapêutica:

‘Pô, eu não vou me envolver com isso, vai me prejudicar mais.’ Achava que até ia me prejudicar, não iria me ajudar. Que eu ia ficar mais abalado ainda.
(G1883)

Para B. (15), um tratamento que o fizesse parar foi, durante certo tempo, percebido como perigoso, pois a dependência poderia voltar “em dobro” posteriormente.

A literatura mostra que a idéia de que o tratamento é ineficaz está presente em muitos dependentes de substâncias psicoativas e, ao contrário, a expectativa de que um tratamento será bem-sucedido relacionar-se-ia com uma maior chance de se entrar em tratamento (Pfeiffer e cols., 1991).

“Não achar que o problema é assim tão sério” foi a terceira barreira mais freqüente entre alcoolistas pesquisados por Grant (1997) entre as vinte e cinco barreiras pesquisadas. Penso que o mecanismo de defesa de negação esteja atuante neste momento promovendo a crença de que os possíveis custos de um tratamento, incluindo a ineficácia, seriam maiores que os custos envolvidos em permanecer sem se tratar. “Não achar que alguém pudesse ajudar” foi a oitava barreira mais freqüentemente assinalada neste estudo. Em conjunto, essas duas barreiras pareceram significar uma descrença na adequação das técnicas terapêuticas para o alcoolismo (Grant, 1997), fato que teria implicações importantes no planejamento e estruturação dos serviços de atendimento, conforme comentei ao final da seção 4.4.1. Apresentando-se como mais acessíveis e eficientes – o que poderia ser obtido ao se oferecer variadas técnicas de atendimento e veiculando informações sobre como se pode lidar satisfatoriamente com a síndrome de abstinência – os serviços e a equipe assistencial estariam se opondo aos meca-

nismos de onipotência e negação e ao medo de sofrer que os usuários podem ter, eventualmente aumentando a chance de entrarem em tratamento.

4.4.4 Percepções de pressões para usar ou para não se tratar

Contraopondo-se às pressões sociofamiliares para procura de tratamento, os entrevistados identificaram também pressões para não se tratarem ou para manterem o uso de substâncias psicoativas, algumas delas sendo argumentos ouvidos e que pareceram reforçar os mecanismos de negação e racionalização de que já se utilizavam: C., por exemplo, ouviu de um amigo que, se usar fosse ruim, as pessoas “que têm dinheiro” (e que supostamente poderiam optar pelo *melhor*) não usariam (361).

Certo tipo de pressão de colegas de uso e a argumentação de conhecidos sobre a ineficácia de tentativas de interrupção de uso parecem corresponder ao entendimento que teriam de haver dificuldades intransponíveis de se romper com o uso compulsivo. Na seção 4.2.1 comentei sobre como meus entrevistados percebiam a *irreversibilidade* desse sintoma. Isto parece ser reforçado pelos grupos, que teriam desdenhado as pretensões dos entrevistados pararem de usar:

... o pessoal dá risada: ‘você vai parar? É muito difícil (...) conseguir’.
(G1861)

... dizia que ia parar, os outros tiravam sarro: ‘que vai parar nada...’ Ai outros falavam (...) ‘todo mundo vai morrer um dia, para que (...) se tratar?’. (K2611)

Em alguns momentos tais colocações teriam sido determinantes da evitação de procura de tratamento (K186 e 190). Aparentemente o grupo reforçou a racionalização e negação das angústias de vivenciarem um fenômeno visto como irreversível. A expressão “*que nada*” contida na citação seguinte parece resumir o *automatismo* com que estas defesas atuam:

Cheguei a ficar quinze ou vinte dias sem usar nada e aí sempre tem um colega que chama você 'que nada, dá um tirinho pra ficar bala! Toma aí, um tirinho não vai fazer mal, não...' Aí você dá o primeiro e atravessa a noite. (C329)

'Não, vamos usar hoje, amanhã você pára'. (D884)

4.4.5 Relações *positivas* com as substâncias, mesmo na dependência

Não reconhecer que o problema com a substância seja sério o suficiente para requerer tratamento pode ser uma das barreiras para a procura de tratamento. Os trabalhos de Hingson e cols. (1982) e Grant (1997) mostraram *que não considerar o problema com a substância como suficientemente grave* seria uma barreira das mais importantes, assim como *sentir que consegue manejar o problema sozinho* (e, para esse fator, o estudo brasileiro de Ferri – 1999 – também aponta). Meus entrevistados expressaram idéias que parecem ter contribuído para esse não reconhecimento. Isso teria ocorrido mesmo em ocasiões de suas vidas retrospectivamente avaliadas como momentos em que a relação com a substância já se configurava como problemática.

4.4.5.1 Compulsão percebida como prazerosa

Compulsão é geralmente sentida como um fenômeno egodistônico pelos pacientes entrevistados (seção 4.2.1), embora nem sempre seja fácil para eles distinguir *desprazer* da compulsão da *satisfação* que o ritual proporciona. Para alguns é difícil abrir mão destes rituais e o tratamento desta necessidade egodistônica representaria abrir mão da satisfação de vê-lo se repetir e da antevisão da satisfação (do *flash*).

As citações abaixo são de pessoas que já percebiam uma relação problemática com as substâncias que utilizavam (cocaína e codeína) mas, ainda assim, a sentiam como prazerosa:

Estava gostando da situação em que estava, entendeu? Já tinha acontecido tudo aquilo, falava 'pô, vou correr atrás por quê?' né? 'Já foi mesmo, então deixa rolar'. (G1835)

... eu gostava, principalmente quando usava, chegava em casa, deitava, eu tinha mania de ficar chupando esse gosto amargo pela garganta. (H2003)

... no fundo, estava gostando da minha situação de... drogado. (...) A única atividade de lazer minha é a droga. (M2927-3055).

“Prazer de usar” é referido na literatura como barreira para a procura de tratamento. Mas esta expressão pode não corresponder ao *prazer* de um usuário ocasional, mas ao *prazer* de consumir um ato compulsivo *per se*. Talvez por não se diferenciarem estes *prazeres* nos questionários fechados, a frequência com que citam tal barreira, nos estudos quantitativos, é pequena: por exemplo, apenas 5,5% da subamostra de alcoolistas de Cunningham e cols.(1993). Se a opção de resposta dada ao entrevistado é menos específica, como em Grant (1997), que deu a alternativa “*queria continuar bebendo ou ficar bêbado*” em seu questionário estruturado, o número de respostas positivas foi algo maior, 12,6%. Em Hingson e cols.(1982) foram feitas perguntas abertas à subamostra fora de tratamento e não houve respostas relacionadas a não querer abrir mão do *prazer de usar*. Minha impressão é de que é difícil para o usuário abordar este tema fora de um *setting* clínico, porque a admissão de não querer abrir mão do *prazer de usar* significa a exposição de propósitos muito íntimos e, segundo certa ótica moralista que parecem temer, *dispensáveis*.

4.4.5.2 Sentir-se fisicamente bem

Alguns referiram sentir-se fisicamente bem mesmo se já tivessem percebido sua dependência da substância. *Sentir-se bem* pode ter adiado a emergência da percepção da gravidade da situação, fator mais comumente presente na literatura como relacionado à procura de tratamento. Perceber uma área da vida (saúde física) como imune às conseqüências negativas

do uso abusivo contribuiria para reforçar os mecanismos de defesa até então utilizados. Um deles mencionou a tolerância farmacológica ao álcool como um elemento positivo, e tampouco se importava com os efeitos colaterais da ingestão excessiva (porque provavelmente teria também desenvolvido uma tolerância ao mal-estar físico advindo deste excesso):

Quinze chopes (...) Eu nem ficava mais bêbado, eu não ficava bêbado (...). Eu podia vomitar assim, um jato, e tomar de novo. (D714-6).

Outro entrevistado se sentia perfeitamente bem fisicamente, enquanto as repercussões sociofamiliares de sua dependência ao álcool já eram há muito percebidas:

Eu não sentia nada fisicamente. (...) Estava tudo bem. (...) Nem dor de cabeça. (A60-4)

Mostra perceber um contraste entre os poucos problemas exclusivamente seus (físicos) com outras conseqüências já tidas como insuportáveis (sociofamiliares).

K. desenvolveu uma compreensão de que os seus problemas pulmonares eram paradoxalmente *melhorados* com o uso mais freqüente do *crack*, e *pioravam* quando fazia uso apenas esporádico:

Você pára um certo tempo de usar, você usa e seu pulmão fica completamente carregado. Agora você usando direto, aquilo lá some, parece que fica normal, não prejudica mais. (K2669)

Fizeram também referências a se sentirem bem social e psiquicamente durante certo tempo, mantendo as funções cognitivas necessárias às tarefas do dia-a-dia: L., por exemplo, referiu-se à capacidade inalterada de trabalhar em função perigosa que exigia cuidados, apesar de que “os outros já não viam desta maneira” (L2771). Por sua vez, durante algum tempo, E. avaliou que cuidava bem dos filhos, cumprindo “aquela coisa mecânica” do dia-a-dia (E1030).

4.4.5.3 Efeitos positivos das substâncias, mesmo na dependência

Além da percepção da compulsão como prazerosa, outros elementos *positivos* do uso continuado foram sentidos numa fase em que já estaria caracterizado o quadro de dependência.

As citações seguintes são de dependentes de cocaína, que falam de efeitos *positivos*, a substância como que *alavancando* um estado de bem-estar imprecisamente descrito:

Eu precisava de alguma coisa pra tentar chegar nesse estado, de uma alavanca. Eu tava pegando essa alavanca na cocaína. (H1969)

Esperto... fica muito rápido, eu não sei explicar, entendeu? (...) quem usa gosta de ficar no estado em que fica. Acho que acelera o coração, você fica bem. (G1783)

Menção desse tipo também está em J2320. Além destes efeitos diretos buscados nas substâncias, os efeitos sociais *positivos* também foram citados, sendo observada associação entre *marginalidade social* (vinculados ao uso) e *força e segurança social*. K. se sentia discriminado pelos amigos homens, mas verificava o contrário com relação às mulheres:

Mulher não nos rejeita (...) As meninas vinham ficar com a gente pra se sentirem seguras. (...) se sentiam seguras porque nós usávamos droga, ninguém mexia com a gente, nós podíamos ir bagunçar onde queríamos e ninguém falava nada. (K2623)

Uma destas mulheres foi introduzida ao uso de *crack* por ele, segundo contou, exatamente por ter percebido um outro efeito *positivo* da substância: a redução de apetite. No contexto da entrevista, mencionou seu sentimento de culpa pela “descoberta” de sua amiga:

Experimentou a primeira vez. 'Nossa, é demais, encontrei o que faltava para minha vida'. (K2659)

K. procurou ser exato em suas observações (trata-se, na verdade, de pessoa com capacidade incomum de observação), mencionando diferenças sutis dos efeitos sociais e psíquicos positivos da cocaína intranasal quando comparados aos do *crack*-cocaína (K188).

A amostra citou também as eventuais melhoras na performance sexual (C404), na qualidade do sono (F1596) e a utilização das substâncias para a melhora de performance em atividades físicas (D532) e recreativas (D532, L2861). Logo, durante certo período de tempo, em suas vidas, mesmo quando já *dependentes*, identificaram de forma ambivalente uma função positiva nas substâncias que usavam.

4.4.5.4 Percepção do uso como automedicação.

F. disse porque usaria álcool em alguns momentos: só de raiva (1706). *Tratava-se assim deste sentimento.*

Dada a alta frequência de comorbidade psiquiátrica entre os dependentes de substâncias psicoativas, uma das explicações para a manutenção do uso, assim como da evitação do tratamento, é a função de automedicação. Mencionaram efeitos anti-socifóbicos do álcool (F1492, I2136) e da cocaína injetada (A36 e 134). Um deles pareceu não contemplar como lidaria com suas dificuldades de relacionamento social sem o álcool:

... tomava algumas coisas, né?, assim, pra ir em certos lugares, assim. (...) sou assim, inibido pra falar, mesmo. (F1492-96)

Logo em seguida, na entrevista, F. comentou sua reação à recente licença hospitalar mostrando suas dificuldades de expressão verbal sem o álcool (F1500). Neste mesmo sentido, E. comentou seu “*medo de perder isso e de não ter nada em troca*” (E1124), referindo-se à interrupção do uso de álcool e ao manejo de algumas situações sociais.

Também alcoolista, B. referiu algo como uma *peregrinação* em busca de uma substância que “servisse para ele”, segundo suas palavras, dando ao relato a conotação de ter buscado uma relação de causa-efeito adequada a suas necessidades:

A cocaína (...) botei muito sangue pelo nariz. O crack... O chá de lírio me deixou mais doido. (...) O chá de cogumelo... qualquer coisa eu estava dando risada sozinho. Maconha me deu uma fome danada. (...) experimentei todas e nenhuma serviu pra mim. Ai eu fiquei com a bebida. (B159-163)

Quando medicado com um fluoxetina, E. teria reconhecido a “lógica” do uso de um antidepressivo e mantido simultaneamente o uso da substância que ele próprio já havia “prescrito” para si, o álcool. No contexto, ficou clara, no mínimo, uma relação temporal entre o luto e o uso excessivo de álcool, sob sua ótica:

... eu não via a hora de descer para o bar e... cortar aquele estado (...) o doutor X. receitou Prozac quando a minha esposa morreu. Acontece que eu tomava Prozac e be... bebia. (E1150-1160).

I. tentou o usar álcool para lidar com os sintomas da síndrome de Tourette, diagnóstico presumido havia pouco tempo, mas cujos sintomas já vivenciava desde a pré-adolescência. Procurou com o álcool aliviar alguns deles, talvez tendo encontrado apenas um efeito ansiolítico:

... a manifestação que isso traz dentro de mim... estando com álcool ou estando sem álcool, é a mesma. O sentimento é a mesmo... e o que eu penso é o mesmo. Estando ou não bêbado. (J2305)

Os efeitos *terapêuticos* das substâncias ficam também evidentes quando do uso de múltiplas substâncias, algumas atenuando efeitos negativos das outras. Entre os cocainômanos que não procuraram tratamento, Carroll & Rounsaville (1992) observaram uso mais freqüente

de outras substâncias, tendo levantado a hipótese de que atenuariam efeitos negativos da cocaína.

C. falou das associações cocaína-nicotina-álcool – segundo ele, “automáticas” (C315):

Eu cheiro e vou fumando um cigarro atrás do outro. Parece que não pára... (...) A garganta fica seca. Tem que beber alguma coisa, se beber água não dá muito certo, então o negócio é beber cerveja, uísque. (C311-13)

O efeito de minimização, via uso de nicotina, de conseqüências negativas da cocaína, não fica claro no relato – mas sim com o álcool: se “*não dá muito certo*” beber água, talvez *desse certo* beber bebidas alcoólicas; e o *problema* que queria resolver não seria apenas a “*garganta seca*”.

Outra hipótese para compreender o uso de várias substâncias como barreira para a procura de tratamento é o efeito de substituição: faltando a substância de escolha, o usuário procura substitutas. M., por exemplo, referindo-se aos dias em que ficou detido, falou do uso excessivo de benzodiazepínicos e analgésicos não opiáceos feito por conta própria (M3041), mostrando o emprego dessa lógica substitutiva.

4.4.6 *Redução de danos* espontaneamente instituída

Redução de danos é expressão que designa medidas preventivas de conseqüências nocivas do consumo de substâncias psicoativas, sem necessariamente visar à redução do consumo (Marlatt, 1999), sendo exemplar a troca de seringas usadas por seringas estéreis.

Medidas dessa mesma natureza, instituídas espontaneamente, teriam adiado em minha amostra a emergência de situações desencadeadoras da procura de tratamento, e por isso estão incluídas entre as “barreiras para a procura”.

Teriam sido estabelecidas de maneira espontânea e a partir de diferentes fontes: do próprio dependente, de seus parentes e amigos e sentidas como advindas mesmo de comerciantes e traficantes das substâncias. Tais medidas teriam postergado ou evitado algumas complicações e feito os entrevistados suporem-se mais protegidos, colaborando com os meca-

nismos de racionalização e negação sobre as angústias relacionadas à percepção da dependência. As medidas de redução de danos a que me refiro podem ter uma eficácia objetiva, mas outras podem apenas reforçar fantasias de um controle mágico-onipotente sobre a morte (seção 4.4.6.3). Exemplifico a seguir algumas delas.

4.4.6.1 “Descanso” do uso

Mencionaram recorrer a um período de tempo sem uso para se recuperarem de efeitos indesejáveis. J. e D. reservavam dois dias da semana para “descansar” do uso de cocaína:

Agora eu uso um pouco menos, tipo final de semana. Começa na quarta até domingo, porque segunda e terça é para descansar um pouquinho. (J2371)

... ia descansando, né? Segunda e terça, começo de semana, ninguém ia sair de casa (...) deixa pra cheirar no final de semana. (D496)

Para ambos, portanto, o final da semana (isto é, os dias de usar) começava na quarta-feira. Para D., quando os sintomas deliróides persecutórios ficaram constantes, ele inverte o “descanso” e passa a não usar nos *finais de semana*, pois isto o exporia a mais pessoas e perceberia a “*paranóia*” como mais intensa (D496).

Efeitos protetores parecidos são buscados ao se “maneirar” o uso no dia seguinte ao de um uso mais abusivo (I2049), ao não associar bebida alcoólica com medicamentos (F1384) ou ao se hospitalizar, como no caso de M. Ele usou a internação para se recuperar parcialmente e tentar reaver efeitos que não mais experimentava com a codeína, “*como no início*”:

... depois que eu saí do hospital X. eu voltei a usar drogas (...) meu corpo já tinha desacostumado. Então foi gradual, como no início, não foi tão freqüente. (M2979)

Medidas deste tipo adquirem uma função paralela que é a *redução* de um *dano* muito específico: o *dano* à economia psíquica representado pelo fato de a substância não mais satisfazer como antes, ou de trazer associadamente efeitos desagradáveis que não permitem que seja percebida como um “objeto ideal” (assunto também abordado na seção 4.2). A redução de danos é uma tentativa de reequilibrar a situação psíquica que sofre *ameaças* depois de instalada a dependência pois, a partir de então, o *sofrimento* da falta interpõe-se ao *prazer* do uso. No caso de M., ele não mais obtinha os efeitos desejados por dois motivos: desenvolveu tolerância farmacológica e a via de administração atual (oral, pois já não dispunha de veias acessíveis) não permitia uma concentração de codeína suficiente para um *flash*. Ele então se hospitaliza, “descansa” (isto é, tenta diminuir a tolerância farmacológica) para, depois da alta, tentar reaver a possibilidade de um prazer intenso com a substância.

4.4.6.2 “Cuidados” de parentes, amigos e comerciantes / traficantes

Algumas relações sociais que têm com outros usuários permitem sentir-se alvos de medidas protetoras (I2166, F1628), proteção que pode ser sentida como também advinda de comerciantes de bebidas alcoólicas (F1636) ou de traficantes:

Este traficante (...) é o que eu mais tinha amizade. Ele falava ‘C., o negócio é o seguinte, você tem que ter cabeça’. Ele dava força pra mim. (...) Falou pra eu parar, me deu força. Ele é um cara muito gente fina. (C374)

As relações sociais entre os entrevistados e estas pessoas são certamente complexas e ambíguas. Se percebem pressões contrárias a um tratamento (seção 4.4.4), também são alvos de *avisos* sobre o *mal* que a substância faria:

... ele chegou e falou ‘você já usou crack?’ Falei ‘não’. ‘Vou pôr pra você, mas isso aqui é ruim, isso aqui você não pode viciar’. (K2639)

Recebera esse conselho de um colega. Houve referências também a medidas protetoras de complicações vindas de parentes próximos, que tentariam *negociar* um uso mais controlado. K. fala de locais mais protegidos para uso do *crack*, a casa da mãe de um amigo:

E tinha um lugar que só eu e um colega usávamos, que era a casa deste meu colega, que a mãe dele não usava, só que sabia que nós usávamos (...) E ela só admitia que fumasse na casa dela, só se fosse eu. (K2627)

Para ele, esta mãe tentava protegê-los de usarem em locais perigosos. Por sua vez, a mãe de M. comprava a codeína, para que ele não furtasse dinheiro e objetos de casa, *reduzindo o dano* de uma deterioração ainda maior das relações familiares:

Quando não tinha dinheiro, minha mãe me dava todo dia dinheiro pra comprar seringa, agulha e o belacodid. (M3035)

Ele relatou também uma *ajuda* menos direta: sua noiva “*fazia de conta*” de que a situação estava sob controle (M3005). Também para E., um *conluio* familiar para não tomarem medidas sobre seu padrão de uso foi percebido como demonstração de afeto:

... pra agüentar o que ela agüentou tem que gostar muito, né? Realmente gostava muito de mim. (E1016)

Não referiram ter pedido ajuda para controlar o uso, mas valorizaram, ao menos retrospectivamente, medidas *espontaneamente tomadas* por essas pessoas próximas. O pedido de ajuda, propriamente, seria concretizado apenas quando da procura de tratamento (seção 4.5.1).

Portanto, os *cuidados* de terceiros estão incluídos entre as barreiras porque teriam ajudado a perpetuar a situação de usarem e não entrarem em tratamento. Trata-se de um tema ainda mais complexo porque pode ser difícil para os dependentes discernirem entre *pressões* egodistônicas e *cuidados* egossintônicos das pessoas próximas.

O estudo quantitativo de Carroll e Rounsaville (1992) encontrou diferenças significativas entre os cocainômanos quanto à estratégia de controle “pedir a outros que ajudem a con-

trolar o uso”, mais comum no grupo em tratamento – o que deve refletir outra estratégia significativamente (e obviamente) diferente nos dois grupos: a própria procura de tratamento.

Brennan & Moos (1991) encontraram, entre alcoolistas de sua amostra, que os tinham maior suporte familiar e de amigos *procuraram menos* tratamento. Levantaram a hipótese de que isto se deveu à “assistência informal” que substituiria a ajuda profissional. Em minha amostra, o caso de H. ratifica a plausibilidade dessa hipótese, à medida que “elegeu” seus pais como seus cuidadores, indo ao clínico apenas burocraticamente (H2005). Os outros exemplos, citados acima, são menos extremados, mas penso que igualmente exemplares de como o suporte sociofamiliar pode representar uma barreira para tratamento durante certo tempo. Esta subcategoria é complementar a “pressões para usar e não se tratar” (4.4.4), diferenciando-se por ser uma tentativa de redução de danos e não um incentivo direto ao uso.

4.4.6.3 Ordália: sobrevivência a atividades perigosas

Os entrevistados relataram, em muitos momentos, pensamentos de que, tomando-se os cuidados necessários e respeitando a *cota de uso* (seção 4.4.6.5), estariam protegidos magicamente de perigos. Sobreviver a episódios de vida perigosos foi tido como uma consequência natural e esperada de certas atividades, tendo J. comentado “correr atrás da morte” (J2419) e que se sentia “excitada” com a *overdose* e com atividades como o *body-jumping* e pára-quedismo. D., por sua vez, referiu-se a um acidente de carro e à explosão de uma bomba em suas mãos (D526 e 720) e, em seguida, na entrevista, comenta que não dá importância aos riscos que corre: “*não estou nem aí*” (D744).

Fantasias ordálicas parecem estar comumente presentes na dinâmica psíquica e em várias manifestações socioculturais, mesmo de não dependentes de substâncias psicoativas. Trata-se da idéia de que sobreviver a atividades mortais revelaria uma proteção de ordem sobrenatural ou do juízo divino. Sobreviver a elas relaciona-se ao prazer de ver confirmada a eficácia dos mecanismos maníacos, a reafirmação da onipotência.

Por que incluir as fantasias ordálicas entre as “barreiras para tratamento”? Para os propositores dessa hipótese da ordália entre os dependentes (Valleur, 1989; Charles-Nicolas & Coguic, 1991), os rituais de contínua exposição a *overdoses*, esportes radicais, idas a pontos de

tráfico perigosos etc., esses rituais visariam antes à manutenção da vida, sua reafirmação frente à morte (que, afinal, seria vencida e suplantada). O pretendido pelos usuários parece ser aquelas mesmas sensações originais experimentadas quando começaram a usar a substância (Valleur, 1989), uma tentativa de romper o ciclo de uso *compulsivo* (egodistônico) através do retorno a esses efeitos originais de *sensações fortes*. Minha amostra me faz tender a concordar com esses autores: os entrevistados, enquanto estiveram recorrendo a rituais ordálicos, utilizavam um recurso a mais para lidarem com suas angústias, postergando o recurso a um tratamento e, por isso, incluí esta subcategoria entre as barreiras ao tratamento.

4.4.6.4 Padrões de uso “bons”, vias de administração e substâncias “boas”

Na mesma lógica de redução de danos, ocorreu de elegerem substâncias e maneiras de usar consideradas boas, corretas ou inofensivas, quando comparadas a outras. B. relatou diálogo com um amigo em que consideraram as vantagens de algumas substâncias sobre outras, pesando o preço e os efeitos indesejáveis (B157). Ele é dependente de álcool e teria voltado a beber, depois de seis anos abstinência, após provar uma aguardente diferente das que já havia experimentado, pois “*não ardia*” (B181), uma *boa* aguardente.

Os entrevistados desenvolveram uma percepção peculiar sobre os efeitos de algumas substâncias ou algumas vias de administração. Um deles, dependente de cocaína intranasal, não mais cogitou o uso injetável depois de presenciar as reações físicas de um amigo (C413). G., também usuário de cocaína, disse o seguinte sobre a maconha e sobre o uso intravenoso:

*Maconha não prejudica em nada. Pelo menos pra mim nunca prejudicou (...)
Isto aí eu tenho certeza. [Drogas injetáveis] ... isto aí eu nunca quis. Eu tenho até pavor de seringa. Isto aí não me desce, não. (G1887-89)*

Tem “*certeza*” de há substâncias *boas* de abuso a que recorreria se parasse com o uso de cocaína, motivo de sua consulta. Esse mesmo entrevistado considerou que o LSD poderia tratar a dependência de cocaína (G1893), tendo, então, o LSD esse lado *bom*. Também cocaínômano, D. descartou o uso de *crack*:

Nunca vou experimentar (...) não me atrai em nada. (...) deve sair um cheiro horrível. Só um cheiro de num sei o quê com num sei com o quê aí... pó com alguma coisa. Não dá certo, nem tem. (D914-6).

Ao passo que um dependente de *crack* descartou o uso de cocaína intravenosa, que daria uma *“loucura boba”* (K2671), assim como descartou o uso cola, lança-perfume e maco-nha, que deixariam o *“organismo estranho”* (K2715), o que não sentia o *crack* fazer.

Como G. desenvolveu ou aceitou como correta a *teoria* de que o LSD trataria a dependência de cocaína – embora não tenha tentado esse tratamento – outras *teorias* sobre efeitos e interação de substâncias foram elaboradas, com menor ou maior plausibilidade. H., por exemplo, percebe em si a interação cocaína-álcool numa única via: *“não é a cocaína que puxa o álcool, para mim, e sim o álcool para a cocaína”* (H1917); percebe também o efeito hipnótico do álcool sobre a insônia gerada pelo uso da cocaína (H2003): o álcool *trata* a intoxicação por cocaína.

J. atribuiu a *overdose* de cocaína que a levou a um pronto-socorro e ao psiquiatra à *“qualidade da farinha, que não era boa”* (J2595). Logo, se *tivesse sido boa*, sente que não teria entrado passado mal, mas nesse dia não conseguiu instituir esta medida de *redução de danos*.

4.4.6.5 Cotas de uso, antes de “fazer mal”

‘Toma aí, um tirinho não vai fazer mal, não...’(C329)

E aí eu fui levando durante um bom tempo (...) fui achando ‘dá pra queimar vela’, vamos dizer assim, dá pra agüentar mais um pouco. (D432)

O “tirinho” (talvez um diminutivo afetivo – aspiração de uma *pequena carreira* de cocaína) parece conotar a inocuidade do ato: pouca cocaína não faria mal.

A citação de D. mostra que acreditou que ainda havia *espaço* para uso, tanto em relação a sua saúde física quanto às relações familiares, embora já considerasse viver “*uma dependência muito forte*” (D432). Teria feito um balanço dos custos e benefícios, e não procurou tratamento até que percebesse os custos como muito maiores, quando ultrapassou um limite de uso vagamente pré-estabelecido.

O mecanismo de avaliação da relação custo-benefício foi portanto explicitado por este entrevistado. Para outros, tal raciocínio é menos evidente mas também leva à idéia de imaginar ter uma “cota de uso” antes de conseqüências mais graves acontecessem:

Aí ele abusou o tanto que podia, aí começou a passar mal. (J2451)

4.4.7 Controle sobre as substâncias, sobre a dependência e *parar sozinho*

Por que eu sei o meu limite, né? Quando eu vejo que a coisa tá pegando pro meu lado eu dou uma parada. (G1807)

O dito nesta citação seria igualmente uma medida de redução de danos através da “cota de uso”, mas é discutido em categoria à parte porque tem um aspecto de *onipotência* ainda mais evidente. Durante período de tempo significativo para alguns usuários, o padrão de uso *dependente* não gerou desconforto suficiente para os levarem à procura de tratamento. Teriam mantido a *sensação de controle* sobre o uso, sobre os efeitos adversos e sobre o manejo destas situações.

“Crença de que pode resolver os problemas sozinho” é a segunda e terceira barreiras mais freqüentes entre usuários de cocaína em tratamento e na comunidade, respectivamente, entre as seis pesquisadas por Ferri (1999): 30,5% e 41,8%. O mesmo foi apontado por Grant (1997) entre alcoolistas: “pensar que deveria ser forte o suficiente para manejar o problema sozinho” foi barreira para 28,9% da amostra, a mais freqüente.

O pouco tempo decorrido desde o início do uso foi fator para se considerar a situação ainda sob controle (A36). As substâncias consideradas adulteradas e por isso “fracas” e inócuas foram tomadas como garantia de que não terão acidentes durante a intoxicação (G1801).

Mas o uso de parâmetros objetivos como esses foi suplantado pelo recurso a pensamentos mágico-onipotentes menos *fundamentados*. E. e F (1400) sentiram poder parar sozinhos, quando quissem e “*tudo bem*” (E1169), enquanto J. ponderava riscos de usar a partir de uma vaga avaliação de seu estado psíquico no momento do uso, não importando o tempo, quantidade ou qualidade da substância, mas “*o jeito que está sua cabeça*” (J2453).

Adaptações *técnicas* sutis do cotidiano de uso de substâncias ocorreram e promoveram *sensação de controle* – adaptações que, quando se revelaram insuficientes, revelaram a angústia subjacente:

... usava e (...) não perdia trabalho por causa da droga. Eu pensava 'já que eu saio de madrugada [do trabalho], eu começo a usar na sexta para o sábado'. Então eu nunca faltava. Ai depois de certo tempo comecei a faltar. Ai me dava um desespero. (K2651)

O controle onipotente do uso foi mostrado também ao minimizarem as chances de acidentes. Mesmo observando em colegas efeitos adversos graves de uma intoxicação, D. não pareceu se impressionar: fala da situação e complementa: “*foi só isso*” (D382). O mesmo se passou ao observar esses efeitos negativos da cocaína em si mesmo:

Me assustava, tal, mas eu sempre falei 'nunca vou passar disso, tal, nunca vai acontecer mais do que isso'. (D632)

Aprenderem a lidar sozinhos com a síndrome de abstinência (*automedicando-se* com a substância – E964) e o auxílio de pessoas próximas que também negavam a situação (E1236) são elementos que reforçariam a sensação de *controle*. Mesmo esgotando-se esses recursos, podem preferir lidar sozinhos com a situação, não pedindo ajuda: “*fiquei em casa... tava mais no tremor*” (F1366). A literatura aponta que, quando entram em tratamento, há indícios de que a adesão à psicoterapia é mais fácil se se sentem com *menos controle* sobre suas vidas e sobre o uso das substâncias (Pfeiffer e cols., 1991).

4.5 FACILITADORES DA PROCURA DE TRATAMENTO

O Quadro 8 sumariza as categorias desta seção.

QUADRO 8 – Categorias referentes aos fatores “facilitadores da procura de tratamento”

Prontidão de ajuda (se solicitada) e persistência de egos-auxiliares

Experiências terapêuticas anteriores consideradas positivas

Emergência de outros interesses e prazeres

A questão do “fundo do poço”

4.5.1 Prontidão de ajuda (se solicitada) e persistência de egos-auxiliares

Pessoas próximas dos dependentes entrevistados teriam passado, a partir de certo momento, a valorizar mais seus problemas com as substâncias, e isso pode ter dificultado o autocontrole onipotente da situação de dependência. Os entrevistados passaram a se entregar aos cuidados de outras pessoas, seus egos-auxiliares. Relataram diferentes fontes de ajuda em momentos relacionados à entrada em tratamento: parentes próximos, assistente-social, médico do trabalho, clínicos que já os vinham acompanhando, *staff* dos serviços onde iniciaram tratamento e até conhecidos encontrados ao acaso (neste caso, M3023) – percebendo tal disponibilidade destas pessoas como um reforço ou como *gatilhos* (desencadeantes) de ações dirigidas a tratamento. Com frequência, isso ocorreu no local de trabalho.

K. referiu-se aqui à sua chefia, dias antes de procurar tratamento:

... falei para ele que estava viciado em crack, que queria parar, que não tinha mais jeito. (K2647)

“*Não tinha mais jeito*” revela enxergar esgotarem-se os recursos próprios para lidar com seus problemas. O primeiro a ouvi-lo foi o chefe, que comunicou o fato ao serviço social, que desencadeou avaliação médica. Para o entrevistado, o manejo moroso ou inadequado da

situação teria inviabilizado o início de um tratamento, em momento considerado propício por ele:

... ele acelerou as coisas. Minha irmã antecipou a consulta com o médico. Já fui lá, ele me deu uma folha, fui na firma. Na firma foi completamente rápido. (...) [Se demorado] não teria me internado. Não tinha conseguido parar. (K2647-9)

Outro entrevistado solicitou ajuda da mãe, tendo escolhido um horário *adequado* para chegar em casa e encontrá-la, expondo-se intoxicado depois de uma noite e uma manhã usando cocaína e álcool (G1744 e 1827). Divisou receptividade e prontidão de sua mãe:

... percebeu e falou 'você está usando cocaína novamente?' (...) Ela falou 'o que você está querendo, você quer ser internado?' Falei '(...) acho que um tratamento psicológico pra mim seria o ideal'. (G1744)

Alguns modificaram a cadência da entrevista ao falarem da maneira prática como as providências para o tratamento foram tomadas pelas pessoas próximas. Os períodos ficam maiores (como em L2907), a fluência aumenta, falam mais animadamente. Penso em dois motivos para esta mudança de ritmo: primeiro, trata-se de assunto prático, expresso na forma de um *caso*, contrapondo-se aos temas que lhes exigiam mais abstração e reflexão; segundo, a necessidade de elaboração psíquica de algo que lhes teria surpreendido: foram alvos de cuidados em momento em que sentiam que *agrediam*, sendo este um momento de aparente reintrojeção de *objetos bons*.

... minhas irmãs me entregaram para o dr. Y. (...) ... ele falou para o dr. T. e o T. foi atrás da X. [assistente social]. (B143)

A seqüência de disponibilidades (irmãs → médico 1 → médico 2 → assistente social → clínica) mostra atuação sinérgica de pessoas próximas em momento percebido pelo entrevista-

do como propício para iniciar um tratamento. Nas citações anteriores, de K., isto também se mostrou: irmão → irmã → médico → firma, onde teria sido “*completamente rápido*”.

Algo assim também se deu com L.: logo que foi “*entregado*” (L2719) por um colega de empresa, sua esposa passou a insistir que se tratasse, sinergicamente à assistente-social e ao médico do trabalho. L. viveu aparentemente intensa persecutoriedade nesse momento, mas retrospectivamente avaliou-o como positivo (“*deu certo*”), considerando-se acolhido:

... deu certo isso aí, a X. [do serviço-social] fazer a proposta e ficou combinado de um dia minha mulher ir lá conversar comigo e com o dr. Y. Aí já marcou a data da internação. (L2719)

A. e M., usuários de álcool e codeína respectivamente, viram disponibilidades decisivas dos clínicos que já os atendiam para uma mudança de modalidade de tratamento, visando mais especificamente tratarem do abuso que faziam:

Falou 'então, você vai para a clínica, eu vou com você, se for necessário eu vou com você'. E nós marcamos para um dia ou dois depois. (A52)

... abri o jogo com ele, ele me sugeriu internar (...) Foi ele que ligou, ele que arrumou a internação. E eu fui. (M2961 – sobre o clínico em que ia só para pegar atestados)

Os mais jovens deram-se conta de suas *dependências* em relação aos pais, em suas procuras de tratamento. J. viu-se depressiva após a *overdose* e seus pais a “foram tirando” desse estado (J2393). Embora durante toda a entrevista fale de sua irritação com os procedimentos por eles tomados (fazê-la ir à consulta, por exemplo), também viu a função *auxiliar* que os pais teriam tido. Perguntei a C. porque pediu que sua mãe procurasse um psicoterapeuta para ele:

Sei lá, dependendo muito dela, né? Acho que deve ser mais ou menos por aí. Dependendo em todos os sentidos. (C333)

Quanto a D. referiu a vontade de encontrar um local “legal” para se internar e sentia-se determinado a encontrá-lo. Mostrou como percebe sua mãe uma extensão imediata sua:

‘Não, eu vou achar’, e aí um certo dia minha mãe achou. (D606)

Chegado o dia de se internar noutra cidade, ele foi cercado de um grupo:

Eles foram almoçar comigo em São Paulo (...) Nós fomos, todos nós. Estava lá... ah... meu avô, minha mãe, meu pai, meu irmão, minha irmã, a X. [namorada] e eu. (D734)

Não procuro entender o significado mais abrangente deste “cerco” nesse sistema familiar específico (seis pessoas acompanhando o paciente à internação, talvez elegendo um membro familiar doente, cuidadosamente levado ao hospital), mas o significado desse fenômeno para o entrevistado, que o entendeu como *cuidados* familiares, facilitadores do tratamento pelo qual já havia optado.

Essa análise igualmente não se ocupa de entender os fenômenos familiares, clínicos ou de política de recursos humanos nas empresas (mencionados nas citações acima), mas faz emergir significados a eles atribuídos pelos entrevistados. Todos interpretaram as situações relatadas como facilitadoras da procura de tratamento. O que antes era sentido como ação invasora e pressões (seção 4.3.1), nesse momento é visto como demonstração de afeto. Ocorreu uma mudança na interpretação dos papéis familiares e de outras pessoas próximas.

A pesquisa brasileira de Ferri (1999) também aponta para esse fenômeno. Duas subpopulações foram estudadas: cocainômanos em tratamento e os que não haviam procurado tratamento no último ano. Sobre a primeira fonte de ajuda, que procurariam se tivessem problema com cocaína, a subamostra em tratamento referiu *um familiar e um serviço especializado* como os recursos mais prováveis. A outra subamostra referiu um *amigo* e a *igreja*. Portanto, antes de entrarem em tratamento, evitariam familiares e profissionais. Se já receberam ajuda dessas instâncias, talvez tenham sido desfeitas fantasias de que seriam maltratados.

No mesmo sentido, outro dado relevante da pesquisa de Ferri (1999) foi o encontro de que o “suporte recebido de família e amigos” foi fator preditivo para a *reentrada* em tratamento. A situação de reentrada em tratamento ocorreu para sete de meus treze entrevistados (A, D, F, H, I, L e M), embora os demais tenham igualmente referido esse apoio no período imediatamente anterior à primeira procura de tratamento.

Usando a terminologia do modelo transteórico (seção 1.3.7), os estágios de pré-contemplação e contemplação relacionar-se-iam a um certo isolamento social do dependente e no período de ação isto se romperia. Klingemann (1991) perguntou-se se *a rede de suporte social refeita* seria causa ou consequência da interrupção do uso (p.741). Parafraseando-o: a aceitação de egos-auxiliares seria causa ou consequência da procura de tratamento? Meus entrevistados parecem indicar que essa aceitação é consequência de experiências positivas e da quebra das fantasias persecutórias quando a situação foi vista como fora de controle.

I. foi exceção e não considerou em momento algum as ações familiares como associadas a afetos amorosos. Seria talvez uma formação reativa, pois, dentre os componentes da amostra, ele era dos que mais dependia de iniciativas familiares. Cada atitude de sua família foi vista aparentemente como invasora, inútil e agressiva – inclusive a tentativa de sanarem suas dívidas:

Tão fazendo conta pra mim lá. Ó, modéstia à parte, conta eu sei fazer... e bem.
(I2273)

Os demais entrevistados, ao contrário, seguiram este esquema resumido por B.:

O pensamento foi: 'eu tenho que parar com isso'. Eu ia procurar ajuda e minhas irmãs foram na frente. (B267)

Pessoas próximas *persistindo no papel de egos-auxiliares* foi fato divisado positivamente pelos futuros pacientes. Perceberam-nas dispostas, por anos, a proporcionar-lhes ajuda. E. considerou seu psiquiatra como tendo bom *timing* neste sentido:

... foi me convencendo... devagarzinho, até que eu aceitasse. (E1052)

A família de F. também foi sentida como persistente: teria tentado por três anos fazê-lo se tratar. Sua esposa e irmãs o teriam incitado ao longo deste período (F1518-20).

Retrospectivamente, E. entendeu que sua família e ele próprio precisaram de tempos diferentes para compreender o problema da dependência de álcool – alguns anos de diferença. O psiquiatra lhe foi indicado por familiares, que já entendiam seu problema como de dependência de álcool, três anos antes de ele próprio aceitar tratamento específico:

... na minha opinião eu tava ali... por problemas psíquicos... Mas eu tenho a impressão de que a família já pensava no problema do álcool, né? Eu não.
(E1076)

A conotação é de não considerar o alcoolismo um de seus “*problemas psíquicos*”, separando-o de suas outras dificuldades emocionais. O exemplo seguinte mostra que a percepção do próprio corpo precisou ser estimulada por outras pessoas que, assim, incentivaram K. a rever seu padrão de uso. Fala de sua namorada:

Ela falava ‘(...) você não está vendo que está acabando com você, olha o seu rosto...’ Ela colocava a mão no meu rosto e pegava no meu braço: ‘olha seu braço, olha sua perna’. (...) Ela falava isso direto então isso aí foi legal, até quando eu resolvi de vez me internar. (K2657)

A literatura revisada indica que receber “sugestões” para reduzir ou interromper o uso, a partir dos que pertençam a sua rede social, pode contribuir para a entrada em tratamento de alcoolistas (Weisner, 1993). Minha análise ratifica essa associação. Frykholm (1979) encontrou em sua amostra de ex-dependentes (que espontaneamente interromperam o uso problemático, a maioria deles de anfetaminas) que teriam encontrado “as pessoas certas no momento certo” (p.375), ou seja, no momento em que estavam *prontos* para a revisão do padrão de uso.

Aspecto relacionado é considerarem como um reforço positivo receberem incentivos, depois de procurarem o tratamento, de pessoas com quem teriam vínculos afetuosos. L., por exemplo, citou a demonstração de afeto de sua mãe como algo que o teria ajudado a aderir ao

tratamento que se iniciava (L2913) e A. citou a atenção afetuosa dos funcionários da instituição em se tratava, passando a “sentir-se em casa” e com “uma força maior” para manter-se em tratamento, ajudando-o a romper com as fantasias de que a instituição iria ser cruel com ele (A107).

4.5.2 Experiências terapêuticas anteriores consideradas positivas

O que considerariam como “experiência positiva” é também abordado na seção 4.4.2.4, onde se analisou a categoria sobre *o que desejam dos clínicos*.

Indicaram alguns fatores percebidos como positivos nas experiências anteriores próprias ou alheias: saber que é possível um tratamento bem-sucedido, através de exemplos de que tenham tomado conhecimento; obter conhecimentos sobre a natureza dos próprios problemas de saúde, facilitando assim a formulação de teorias próprias ou a adoção de teorias alheias (possivelmente possibilitando a sensação de terem maior “controle” sobre o problema e sobre a situação de tratamento); conhecer algumas das características e das técnicas empregadas pelos serviços e pelos profissionais.

F. teve duas experiências anteriores (consultou um médico e foi a um grupo de A.A.) e acredita que, embora malsucedidas quanto à redução do uso de álcool, contribuíram para a procura de tratamento que acabara de efetivar. Isto se deveria a ter conhecido as supostas causas, características e conseqüências da dependência do álcool:

Às vezes ficou conhecendo mais... as causas, né?, da... do álcool (...) que podia acontecer... podia ter uma (...) recaída pior ainda, (...) pegar uma cirrose também, que eu já vi... conhecido meu já... morreu disso. (F1642)

Dependente de cocaína intranasal, C. pediu que sua mãe procurasse um psicólogo. Sentiu-se confortável em fazê-lo por dois motivos: sua mãe se tratou com esse tipo de profissional e melhorou (portanto “*tem mais conhecimento nessa área*” – C335); o segundo motivo foi sua própria experiência anterior quando criança (C357).

Por seu turno, K. não acreditava em tratamento eficaz e contemplou a possibilidade ao se deparar com a experiência de um colega. Tal conhecimento teria sido decisivo para passar da pré-contemplação para a contemplação de uma mudança de hábito de uso de *crack*:

Y. usava crack com a gente, tinha sumido (...) depois eu vi ele bem gordo, bem saudável mesmo (...) Falou 'eu me internei, (...) não quero mais usar' (...) Dai que eu tirei um pensamento, falei '(...) isso tem solução'. Já fiquei contente porque tinha solução. (K2673)

Embora tenha se tratado pela primeira vez de dependência de álcool (mantendo-se abstinência por dois anos), A. vislumbrou nova possibilidade de um atendimento bem-sucedido, mas agora para uso de cocaína injetada:

Pensei 'eu vou procurar o pessoal da clínica, eles já me ajudaram uma vez, eu já estive lá'. (A04)

Coerentemente, experiências tidas como negativas levaram I. a não acreditar em sucesso da terceira tentativa de tratamento: “*não vai dar certo*” (I2158).

Procura anterior e avaliação positiva do atendimento recebido contribuiria para a reentrada em tratamento, relação constatada estatisticamente por Weisner (1993), que comparou alcoolistas em tratamento e fora de tratamento. O mesmo encontrou Grant (1996) em subgrupos de sua amostra (os empregados, os de maior escolaridade e os de maior gravidade de dependência). Nesse mesmo sentido, um dos principais fatores preditores para entrada em tratamento encontrados por Pfeiffer e cols. (1991) foi a expectativa de que ele seria bem-sucedido.

Mas o exato papel de experiências anteriores é complexo. No estudo de Frykholm (1979), por exemplo, a amostra não considerou as internações como razão importante para o abandono do uso de substâncias; os ex-usuários referiram que cuidados não profissionais foram mais importantes, embora tivessem espontaneamente procurado este tratamento prévio.

4.5.3 Emergência de outros interesses e prazeres

Perspectiva de novos interesses contribuíram para mudança de postura de alguns, não só no sentido de procura de tratamento, mas sobretudo, aparentemente, de tentar mudar o padrão de uso sozinhos. Há em C365, J2362 e L2759 relatos sobre o significado de chegar à maioria, falta de tempo disponível para usar ou início de um novo trabalho. São situações em que a dependência não era ainda percebida como uma condição limitante.

Maior gravidade do quadro traria a percepção subjetiva de restrição de outros interesses e prazeres e considerariam tal restrição como contribuintes da procura de tratamento. Constatando que não há espaço para interesses alternativos emergirem, cogitam tratar-se. Se ainda os percebem, desejariam mudança sem tratamento. Estudos que identificaram fatores associados à remissão de dependência sem tratamento citam alegações como “aumentou meu interesse por outras coisas” (Galduróz & Masur, 1990).

4.5.4 A questão do “fundo do poço”

A discussão na seção anterior é contígua ao problema do “chegar ao fundo do poço” como um fator de rendição a um tratamento.

A metáfora designa a situação de colapso físico, psíquico e nas relações sociais e seria um pré-requisito para a entrada em tratamento, assim considerado principalmente pelos que utilizam o ideário dos A.A. e N.A. (N.A., 1998). Não verifiquei tal situação de colapso em minha amostra, parecendo antes ter ocorrido uma somatória gradual de acontecimentos (geralmente sem características dramáticas) que culminou com a idéia de considerar um tratamento formal. Somente B. se encaixaria no padrão de colapso geral, dando ele ao tratamento que recebeu uma significação de *ressurreição* (“quando vi que estava caminhando para o lado da morte...” – B140).

A expressão “fundo do poço”, propriamente, foi utilizada apenas por L. e M. na acepção mencionada no parágrafo anterior. L. a menciona uma vez e lhe dá o significado de uma situação que não permite piora nem saída, a não ser “para cima” e com ajuda de alguém. M. expressou o mesmo significado:

Aí chegou o ponto crítico, cheguei ao fundo do poço mesmo. Ai chegou a hora do... ou eu partia pra este tratamento ou tava arriscado a perder tudo: emprego, família... minha vida estava se acabando. Ai... era enterrar a vida. (L2833)

... desta vez eu não cheguei até o fundo do poço, que era a recaída que... você não... uma pessoa não consegue fazer nada... Só a droga... (...) Não tinha mais perspectiva nenhuma de vida. Não ia trabalhar... Quando eu ia, não fazia nada. (M2955-61)

Mas M. amenizou esse sentido noutras vezes em que se valeu da expressão, associando-a aos enunciados “estar bom” e “existirem mais coisas”, que não conotam uma situação *sem saída* (M2969 e 2977).

O entrevistado E. não usou a expressão, mas dá este sentido de *fundo de poço* a sua situação: “*enfim, tudo comprometido, né?*” (E962). Ressalte-se que esse entrevistado não perdera a guarda dos filhos (como temia) ou o emprego, ou a namorada (como também temia).

Subjetivamente, sentiram-se em algum momento numa situação de colapso mas, como M. indicou, tal falência não parece ter ocorrido objetivamente. A expressão talvez lhes sirva para mitificar suas situações de vida previamente ao tratamento, o que teria possivelmente várias funções em suas dinâmicas psíquicas, incluindo a de se vitimarem perante seus pares ou seus clínicos.

De qualquer forma, eventos negativos abruptos ajudaram-nos a ter esta percepção de situação limite com prognóstico de piora progressiva (A58: “*o nível foi lá embaixo, baixo demais. E daí vai descer cada vez mais*”), mas suas falas em geral carregam ainda o teor subjetivo de “ter vela pra queimar” (D432), isto é, ainda não teriam, segundo eles próprios, chegado a um *fundo de poço*.

Entre usuários de substâncias ilícitas, aqueles que procuraram tratamento apresentaram, no estudo de Power e cols. (1992), preocupações com um número maior de áreas da vida, indicando, segundo eles, que a “*ajuda é vislumbrada quando a vida se torna inadministrável*” (p.901), algo que sugere um contraponto às minhas considerações.

Também contrapondo-se a esta visão de certa forma *determinista* de Power e cols. (1992) o estudo de Klingemann (1991) encontrou que alguns sujeitos de sua amostra se mostraram especialmente sensíveis a pressões e reverteram sua situação de dependência antes que um nível de privação dramático fosse atingido. Segundo o autor, seriam “bons estrategistas”, como G. também também teria se revelado:

... aquela decadência total. Eu não estava mais progredindo. Parado no tempo. Falei 'eu tenho que dar um jeito'. Tive que começar a dar um jeito. (G1873)

Ele aceitou tratamento como parte de sua estratégia de contornar os problemas emergentes e “*amenizar a situação*” (G1736), satisfazendo os pais e não aceitando o tratamento como válido, de início. Entre os “bons estrategistas” que interromperam o uso nocivo de substâncias sem tratamento, Klingemann (1991) encontrou exatamente a tendência ativa de rejeição de ajuda profissional e uma inclinação para isolamento social na fase de interrupção espontânea do uso.

5. CONCLUSÕES

Conclusões correspondentes aos objetivos geral e específicos desta pesquisa:

a) Foi possível obter de meus entrevistados referências manifestas e verbalizações a partir das quais inferiram-se possíveis motivações e barreiras para procura de tratamento formal entre dependentes de substâncias psicoativas. O conhecimento deste processo de procura pelas disciplinas que compõem aos campos da saúde mental e da psicologia dos cuidados com a saúde teria sido aumentado, na medida em que foram levantadas variáveis ainda não discutidas na literatura (até onde se pôde verificar), como, por exemplo, as barreiras: clínicos e instituições percebidos como sádicos (4.4.1), relações positivas com as substâncias mesmo na dependência (4.4.5) e redução de danos espontaneamente instituídas (4.4.6). Do mesmo modo, as significações dadas por meus entrevistados às variáveis já conhecidas na literatura penso que contribuem para uma visão mais abrangente e para um aprofundamento da compreensão deste complexo assunto das motivações e barreiras para tratamento.

b) Quanto aos dois primeiros objetivos específicos (seção 2.2): as motivações e barreiras foram organizáveis em quatro grupos contendo dezoito categorias, algumas delas divisíveis em subcategorias (seções 4.2 a 4.5). Abrangeram: *motivações* situáveis nas esferas do psiquismo e da vida social, *barreiras subjetivas* para procura mais precoce de tratamento e *fatores de facilitação*, quando a resultante apontou para a procura de tratamento.

c) Correspondendo ao terceiro objetivo específico (seção 2.2), observei a atribuição de *significados* próprios às variáveis relacionadas à procura de tratamento que efetivaram. Tais significados foram discutidos ao longo do capítulo anterior e revelam uma compreensão aparentemente idiossincrática da amostra frente ao tema e subtemas a eles sugeridos e aos problemas que vivenciam quanto ao seu quadro clínico. A maneira peculiar como se referem aos problemas psíquicos ou às pressões sociais que teriam colaborado com a procura de tratamento ou a maneira como idealizam um tratamento e os clínicos que os atenderiam são exemplos dessa idiossincrasia (por exemplo, seções 4.2.3, 4.3.4 e 4.4.1).

d) Quanto ao quarto objetivo específico (v. seção 2.2), observei que os elementos da amostra têm uma imagem peculiar dos profissionais de saúde que os atenderiam, observação possivelmente extensível à população de dependentes de substâncias psicoativas como um todo. Por um lado, têm *fantasias* de um tratamento *prazeroso* (que os “*alimente mais*”); por outro lado, têm expectativas de encontrarem clínicos distantes e cruéis (sendo estas aparentes barreiras para tratamento mais precoce). Ainda a ser estudada, a extensão destas fantasias e expectativas junto à subpopulação oculta aos serviços de saúde (isto é, que nunca os procurou), teria possíveis importantes implicações para a saúde pública, sendo possível caminho de fomento à procura precoce de tratamento.

e) Quanto ao quinto objetivo específico, algumas sugestões de como possivelmente fomentar a procura de tratamento pela população de dependentes de substâncias psicoativas foram feitas ao longo do capítulo quarto. Algumas delas são: que os clínicos, nos atendimentos inespecíficos (que não visam a dependência) diferenciem os mecanismos de defesa *negação* e *repressão*, melhor modulando estes encontros (seção 4.1.6.1); que, nestes atendimentos inespecíficos, em geral realizados nos serviços de atenção primária à saúde, se procure aumentar o nível de consciência do usuário sobre os sintomas indicativos da dependência (4.2.1); que igualmente procurem aumentar, *também sem confrontá-los*, o

nível de consciência dos usuários sobre as alterações psíquicas e sociais possivelmente associadas ao uso que fazem (4.2 e 4.3); que se invista no aprimoramento da competência técnica e cultural dos profissionais de saúde mental sobre dependência e dependentes de substâncias psicoativas, sobretudo dos que se dispõem a atender esta população específica (4.4.2); que se faça divulgação das características dos programas terapêuticos voltados para esta população, de maneira a ser um contraponto às fantasias de sadismo que os futuros pacientes podem ter destes serviços (4.4.1); que se orientem os serviços médico-sociais de empresas, e as próprias famílias dos usuários, quanto ao fator facilitador do tratamento que representaria sua prontidão de ajuda, quando ela for solicitada pelo usuário (4.5.1).

Outras conclusões:

f) A despeito das limitações da pesquisa (abaixo mencionadas), este estudo pôde trazer à tona elementos que favoreceriam maior adaptação dos serviços assistenciais à população de dependentes de substâncias psicoativas, facilitando (por serem mais conhecidas) o manejo prático das resistências ao tratamento, até mesmo na subpopulação *oculta* aos serviços de saúde. Sugiro, por exemplo, que os serviços de atenção primária à saúde (preferencialmente), veiculem informações de *como* um tratamento seria feito.

A pesquisa trouxe à tona, igualmente, categorias passíveis de serem aprofundadas em novos estudos clínicos-qualitativos ou com outras metodologias qualitativas, como a psicanalítica, pouco conhecidas e referentes como são à subjetividade dos dependentes de substâncias psicoativas.

g) O trabalho levantou novas variáveis (contidas nas categorias analisadas) a serem consideradas em estudos quantitativos clínico-epidemiológicos, facilitando o desenvolvimento ou o refinamento de modelos descritivos e explicativos do processo de procura de tratamento nesta população. A hierarquização da importância das variáveis levantadas (frequência e intensidade com que se apresentam) poderá ser feita posteriormente a partir de instrumentos que as quantifiquem. Entretanto, o estabelecimento de nexos compreensíveis entre as variáveis deverá continuar sendo feita em estudos clínico-qualitativos, como este. A pesquisa colabora, portanto, com a validade construtiva e de conteúdo destes futuros instrumentos aplicáveis à população brasileira.

h) Limitações desta pesquisa: os resultados discutidos ficam limitados por alguns fatores relativos à amostra, a despeito de se ter procurado fechá-la a partir também do

critério de *variedade de tipos*. A inclusão de mulheres adultas teria provavelmente acrescentado novos elementos à discussão (sabe-se que há, por exemplo, barreiras ao tratamento que lhes são próprias). O mesmo se aplica para dependentes de substâncias que se constituem em grupos populacionais que ainda menos freqüentemente chegam aos serviços assistenciais, mesmo públicos (por exemplo, *meninos e meninas de rua*) ou a usuários com comorbidades específicas (como a SIDA). O estudo perdeu também em abrangência por não ter entrevistado a subpopulação que nunca procurou tratamento, sendo minha intenção estendê-lo a estes dependentes de substâncias psicoativas ocultos aos serviços de saúde. Outra limitação, obviamente presente em todos os estudos qualitativos (é intrínseca a eles), diz respeito aos tipos de variáveis possíveis de serem estudadas em amostras não randômicas. As variáveis levantadas neste trabalho são classificáveis entre as *clínicas e capacitantes* para a procura e não, naturalmente, entre as *predisponentes* (isto é, aquelas que definiriam a propensão de procurar tratamento antes do início da dependência – por exemplo, as sociodemográficas).

SUMMARY

Introduction: It is important to know the motivations and the barriers for treatment by psychoactive substances dependents, which have important clinical and public health implications. The purpose of this research was to know how the clients themselves assess and experience the search procedure for formal treatment (that means, by health care workers) which they were living in.

Methods and procedures: I had utilized a methodology of qualitative research applied to the health care setting called *clinical-qualitative* method. It was a non-comparative, exploratory case study. A theoretical sampling of thirteen psychoactive substance dependents, at the beginning of the treatment, was interviewed individually (semistructured in-depth interview). The interviews transcriptions were undergone to a qualitative content analysis.

Results and discussion: The interviewed clients had made references and speeches considering what I had inferred about the correspondent categories to the proposed aims. The clients had attributed their own *meanings* to the related variables on their searching for treatment, and also they had revealed a quite idiosyncratic understanding in the presence of the proposed themes in the interview and to the problems that they have been facing for their case notes. A qualitative content analysis had resulted on the formulation of eighteen categories (some of them containing subcategories) grouped as: 1) Motivations to the treatment related to a breakthrough of an *unstable psychological balance*; 2) Related motivations of social-familiar phenomenons; 3) Subjective barriers to the searching for treatment earlier and 4) Facilitation factors for the searching of the formal treatment. It was discussed in the presence of the concepts of the transtheoretical model, the health belief model, of the medical psychology and of the psychoanalytic metapsychology.

Conclusions: The methods used were considered adequate for the exploration of the object (subject) and for the aims of the study. The formulated categories imply on: 1) the physicians and the health care services could use them as an additional tool on the starting

management of treatment of this population; 2) being useful in the institutional marketing of these services, to be also applied upon the hidden subpopulation that do not seek for treatment; 3) Some of these represent new variables that must be studied in quantitative studies, due to this research is trying to contribute to the face and construct validity of a future Brazilian structured questionnaire on this issue; 4) They come to surface elements which are possible of being deepened in new clinical-qualitative studies or with other qualitative methodologies, as the psychoanalytic one. The restrictions of the study were pointed out.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLEN, K. – Development of an instrument to identify barriers to treatment for addicted women, from their perspective. **Int J Addict**, 29(4):429-444, 1994.
- ALMEIDA FILHO, N.; SANTANA, V.S.; MARI, J.J. – **Princípios de epidemiologia para profissionais de saúde mental**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1989. 67p.
- ALVES, R. – **Filosofia da ciência: introdução ao jogo e suas regras**. 8ª. ed. São Paulo, Brasiliense, 1986. 209p.
- APPLETON, J. V. – Analysing qualitative interview data: addressing issues of validity and reliability. **J Adv Nurs**, 22(5):993-997, 1995.
- ARRUDA, S.L.S. – **Vivências clínicas de um grupo de mães cujos filhos estão em ludoterapia**. Campinas, 1991. (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas)
- BALINT, M. – **O médico, seu paciente e a doença**. 2ª. ed. Rio de Janeiro, Atheneu, 1975. 332p.
- BANNENBERG, A F.; RAAT, H.; PLOMP, H.N. – Demand for alcohol treatment by problem drinkers. **J Subst Abuse Treat**, 9(11):59-62, 1992.
- BARDIN, L. – **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Edições 70, 1979. 225p.
- BARDSLEY, P.E. & BECKMAN, L.J. – The health belief model and entry into alcoholism treatment. **Int J Addict**, 23(1):19-28, 1988.
- BAUS, J. – **Em busca de uma tipologia motivacional relativa ao tratamento do alcoolismo**. São Paulo, 1996. (Tese – Doutorado – Universidade de São Paulo)
- BELL, J. – Treatment dependence: preliminary description of yet another syndrome. **Br J Addict**, 87(7):1049-1054, 1992.
- BERELSON, B. – **Content Analysis in Communication Research**. New York, Hafner, 1984. 220p. (Reedição fac-similar da edição de 1952)

- BERNARD, H.R. – Unstructured and semistructured interviewing. In: _____ – **Research methods in cultural anthropology**. Newbury Park, Sage, 1988. p.203-224
- BERNFELD, S. – Os estudos de Freud sobre a cocaína. In: BICK, R. – **Freud e a cocaína**. Rio de Janeiro, Espaço e Tempo, 1989. p.295-321
- BITTENCOURT, L. – Toxicomania e masoquismo. **Agenda da Psicanálise**, p.73-78, s/d.
- BLEGER, J. – **Temas de psicologia: entrevista e grupos**. 4ª. ed. São Paulo, Martins Fontes, 1989. 113 p.
- BOGDAN, R.C. & BIKLEN, S.K. – **Qualitative research for education: an introduction to theory and methods**. 3rd. ed. Boston, Allyn and Bacon, 1998. 276p.
- BOTEGA, N. – **No hospital-geral: lidando com o psíquico, encaminhando ao psiquiatra**. Campinas, 1989. (Tese – Doutorado – Universidade Estadual de Campinas)
- BRENNAN, P.L. & MOOS, R.H. – Functioning, life context, and help-seeking among late onset problem drinkers: comparisons with nonproblem and early onset problem drinkers. **Br J Addict**, 86(9):1139-1150, 1991.
- BRITTEN, N. – Patients' ideas about medicines: a qualitative study in a general practice population. **Br J Gen Pract**, 44(387): 465-468, 1994.
- _____ – Qualitative interviews in medical research. **BMJ**, 311(6999):252-253, 1995.
- BROOKE, D.; FUDALA, P.L.; JOHNSON, R.E. – Weighing up the pros and cons: help-seeking by drug misusers in Baltimore, USA. **Drug and Alcohol Dep**, 31(1):37-43, 1992.
- BUDNEY, A. J.; RADOVOVICH, K.J.; HIGGINS, S.T.; WONG, C.J. – Adults seeking treatment for marijuana dependence: a comparison with cocaine-dependent treatment seekers. **Exp Clin Psychopharmacol**, 6(4):419-426, 1998.
- CARROL, K.M. & ROUNSAVILLE, B.J. – Contrast of treatment-seeking and untreated cocaine abusers **Arch Gen Psychiatry**, 49(6):464-471, 1992
- CHARLES-NICOLAS, A. & COGUIC, A. – Clínica das Toxicomanias. In: BERGERET, J. & LEBLANC, J., org. – **Toxicomanias: uma visão multidisciplinar**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991. p.62-77

- CHITWOOD, D.D. & MORNINGSTAR, P.C. – Factors which differentiate cocaine users in treatment from nontreatment users. **Int J Addict**, 20(3):449-459, 1985.
- COMTE, A. – **Curso de Filosofia Positiva (e outros)**. São Paulo, Abril, 1983. p. 3-39 (Os Pensadores)
- CONTANDRIOPOULOS, A.-P.; CHAMPAGNE, F.; POTVIN, L.; DENIS, J.-L.; BOYLE, P. – **Saber preparar uma pesquisa: definição, estrutura, financiamento**. São Paulo, Hucitec, 1994. 215p.
- COPELAND, J.C. – A qualitative study of barriers to formal treatment among women who self-managed change in addictive behaviours. **J Subst Abuse Treat**, 14(2):183-190, 1997.
- CUMMINGS, K.M.; JETTE, A.M.; ROSENTOCK, I.M. – Construct validation of the Health Belief Model. **Health Educ Monogr**, 6(4):394-405, 1978.
- CUNNINGHAM, J. A. – Untreated remissions from drug use: the predominant pathway. **Addict Behav**, 24(2):267-70, 1999.
- _____; SOBELL, L.C.; SOBELL, M.B.; AGRAWAL, S.; TONEATTO, T. – Barriers to treatment: why alcohol and drug abusers delay or never seek treatment. **Addict Behav**, 18(3):347-353, 1993.
- DANIS, D.; D'EPAGNIER, C.; UDRY, C. – Pression de l'entourage et motivation des patients alcooliques et toxicomanes pour entreprendre un traitement. **Rev Med Suisse Romande**, 117(11):913-8, 1997.
- DEMO, P. – **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo, Atlas, 1985. 255p.
- DENZIN N.K. & LINCOLN Y.S., ed. – **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks, Sage, 1994. 643p.
- DICLEMENTE, C.C. & HUGHES, S.O. – Stages of change profiles in outpatient alcoholism treatment. **J Subst Abuse**, 2(2):217-35, 1990.
- DOWNE-WAMBOLDT, B. – Content analysis: method, applications, and issues. **Health Care Women Int**, 13(3):313-321, 1992.
- DUFORT, G.G.; NEWMAN, S.C.; BLAND, R.C. – Psychiatric comorbidity and treatment seeking. Sources of selection bias in the study of clinical populations. **J Nerv Ment Dis**, 181(8): 467-474, 1993.
- EDWARDS, G. & GROSS, M.M. – Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. **BMJ**, 1(6017):1058-1061, 1976.

- FAUPEL, C.E. & HANKE, P.J. – A comparative analysis of drug-using women with and without treatment histories in New York City. *Int J Addict*, 28(3):233-248, 1993.
- FERRARI, A.F. – **Metodologia da pesquisa científica**. São Paulo, McGraw-Hill, 1982. 318p.
- FERRI, C. – **Cocaína: padrão de consumo e fatores associados à procura de tratamento**. São Paulo, 1999. (Tese – Doutorado – Universidade Federal de São Paulo)
- FINNEY, J.W. & MOSS, R.H. – Entering treatment for alcohol abuse: a stress and coping model. *Addiction*, 90(9):1223-40, 1995.
- FONSECA, M.C.A. – **A representação da família pelo dependente de drogas**. São Paulo, 1997. (Tese – Mestrado – Universidade de São Paulo)
- FONTANELLA, B.J.B. – **Tratamento das toxicomanias: impasses na medicina, tentativas de respostas – dados sobre Campinas (SP)**. Campinas, 1991. (Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas)
- FREUD, S. – **Ânsia e temor pela cocaína (1887)**. In: BICK, R., org. – **Freud e a cocaína**. Rio de Janeiro, Espaço e Tempo, 1989a. p.167-173
- _____ – **Sobre o início do tratamento (Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I) (1913)**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. 2ª. ed. Rio de Janeiro, Imago, 1976a. p.161-187. v.XII
- _____ – **O mal-estar na civilização (1930 [1929])**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. 2ª.ed. Rio de Janeiro, Imago, 1976b. p.73-171. v.XXI
- _____ – **A negativa (1925)**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. 2ª. ed. Rio de Janeiro, Imago, 1976c. p.291-300. v.XIX
- _____ – **O problema econômico do masoquismo (1924)**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. 2ª. ed. Rio de Janeiro, Imago, 1976d. p.195-212. v.XIX
- _____ – **Über Coca (1884)**. In: BICK, R., org. – **Freud e a cocaína**. Rio de Janeiro, Espaço e Tempo, 1989b. p.63-86

- FRYKHOLM, B. – Termination of the drug career: an interview study of 58 ex-addicts. **Acta Psychiatr Scand**, 59(4):370-380, 1979.
- GALDURÓZ, J.C.F. & MASUR, J. – The unofficial history of drug use: a study in a Brazilian sample. **Br J Addict**, 85:1577-1581, 1990.
- _____; ANDREATINI, R.; RIECK, L. – A "mentira" do alcoólico: um estudo relacionado ao consumo de álcool. **J bras psiq**, 41(3):117-9, 1992.
- GEORGE, A.A. & TUCKER, J.A. – Help seeking for alcohol-related problems: social contexts surrounding entry into alcoholism. **J Stud Alcohol**, 57(4):449-57, 1996.
- GÉRAUD, B. – A falta. In: OLIEVENSTEIN, C., org. – **A Clínica do Toxicômano**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989. p.65-76
- GEWANDSZNAJDER, F. – **O que é método científico**. São Paulo, Pioneira, 1989. 226p.
- GRANT, B.F. – Barriers to alcoholism treatment: reasons for not seeking treatment in a general population sample. **J Stud Alcohol**, 58(4):365-71, 1997.
- GRANT, B.F. – Towards alcohol treatment model: comparison of treated and untreated respondents wity DSM-IV alcohol use disorders in the general population. **Alcohol Clin Exp Res**, 20(2):372-8, 1996.
- GREEN, J. – Commentary: generalisability and validity in qualitative research. **BMJ** [periódico disponível on line] 319, 1999. Disponível em <URL: <http://www.bmj.org/cgi/content/full/319/7207/418#resp1>> [05/05/00].
- GRISPOON, L. & BAKALAR, J. B. – **Cocaine: a drug and its social evolution**. New York, Basic Books, 1976. 308p.
- HANNA, E.Z. – Attitudes toward problem drinkers revisited: patient-therapist factors contributing to the differential treatment of patients with alcohol problems. **Alcohol Clin Exp Res**, 15(6):927-31, 1991.
- HARTNOLL, R. – Research and the help-seeking process. **Br J Addict**, 87(3):429-437, 1992.
- HELZER, J.E. & PRYZBECK, T.R.– The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. **J Stud Alcohol**, 49(3):219-224, 1988.
- HILGARD, E.R. & ATKINSON, R.C. – **Introdução à psicologia**. São Paulo, Nacional, 1976. 680p. (Atualidades Pedagógicas, v. 100)

- HINGSON, R.; MANGIONE, T.; ALLAN, M.; SCOTCH, N. – Seeking help for drinking problems: a study in the Boston Metropolitan Area. **J Stud Alcohol**, 43(3):273-288, 1982.
- JANZ, N.K. & BECKER, M.H. – The health belief model: a decade later. **Health Educ Q**: 11(1):1-47, 1984.
- JASPERS, K. – **Psicopatologia Geral**. 2a. ed. Rio de Janeiro, Atheneu, 1979. 1029p. 2v.
- JORDAN, C.M. & OEI, T.P.S. – Help-seeking behavior in problem drinkers: a review. **Br J Addict**, 84(9):879-988, 1989.
- KALINA, E. & KOVADLOFF, S. – Aspectos individuais da drogadicção. In: _____ – **Drogadicção: indivíduo, família e sociedade**. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1988a. p.25-43
- _____ – Introdução. In: _____ – **Drogadicção: indivíduo, família e sociedade**. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1988b. p.15-24
- KENDLER, K.S.; NEALE, M.C.; HEATH, A.C.; KESSLER, R.C.; EAVES, L.J. – A twin-family study of alcoholism in women. **Am J Psychiatry**, 151(5):707-715, 1994.
- KLEIN, M. – Sobre a teoria de ansiedade e culpa. In: _____; HEIMANN, P.; ISAACS, S.; RIVIERE, J. – **Os progressos da psicanálise**. 3a. ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1986. p.290-312.
- KLINE, A. – Pathways into drug user treatment: the influence of gender and racial/ethnic identity. **Subst Use Misuse**, 31(3):323-42, 1996.
- KLINGEMANN, H K-H. – The motivation for change from problem alcohol and heroin use. **Br J Addict**, 86(6):727-744, 1991.
- KOLCK, O.L.V.; TOSI, S.M.V.D.; PELLEGRINI, T.F. – Auto-imagem em alcoólicos crônicos. **Temas**, 42:374-382, 1991.
- KVALE, S. – **Interview: an introduction to qualitative research interviewing**. Thousand Oaks, Sage, 1996. 326p.
- LAKATOS E.M. & MARCONI, M.A. – **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo, Atlas, 1991. 270p.

- LÉVI-STRAUSS, C. – **A noção de estrutura em etnologia (e outros)**. 2^a. ed. São Paulo, Abril Cultural, 1985. p.1-43 (Os Pensadores)
- LODI, J.B. – **A entrevista: teoria e técnica**. São Paulo, Pioneira, 1981. 176p.
- LONGSHORE, D. – Help-seeking by african american drug users: a prospective analysis. **Addict Behav**, 24(5):683-6, 1999.
- LÜDKE, M. & ANDRÉ, M.E.D.A. – **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo, EPU, 1986. 99p.
- MacKINNON, R.A. & MICHELS, R. – **A entrevista psiquiátrica na prática diária**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1981. 382p.
- MARCONI, M.A. & LAKATOS, E.M. – **Técnicas de pesquisa**. São Paulo, Atlas, 1990. 231p.
- MARLATT, G. A. – **Redução de danos**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1999. 275p.
- MARLOWE, D.B.; KIRBY, K.C.; BONIESKE, L.M.; GALSS, D.J.; DODDS, L.D.; HUSBAND, S.D.; PLATT, J.J.; FESTINGER, D.S. – Assessment of coercive and noncoercive pressures to enter drug abuse treatment. **Drug Alcohol Depend**, 42(2):77-84, 1996.
- MARTINS, J. – Psicologia da cognição. In: MARTINS, J.; DICHTCHEKENIAN, M.F.S.F., org. – **Temas fundamentais de fenomenologia**. São Paulo, Moares, 1984. p.75-87
- MELMAN, C. – Alcoolismo e toxicomania: uma abordagem psicanalítica. **Temas**, 23(45):41-49, 1993.
- MERLOS, A.S.G. – Aceitação e rejeição do alcoolismo: um estudo com alunos de enfermagem. Ribeirão Preto, 1985. (Dissertação – Mestrado – Universidade de São Paulo) [Resumo disponível no banco de dados LILACS]
- MILLER, W.R. – Motivation for treatment: a review with emphasis on alcoholism. **Psychol Bull**, 98(1):84-107, 1985.
- MINAYO, M.C.S. – **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. 2a. ed. São Paulo, Hucitec, 1993. 269p.
- MONTOYA, I.D.; HAERTZEN, C.; HESS, J.M.; COVI, L.; FUDALA, P.J., JOHNSON, R.E.; GORELICK, D.A. – Comparison of psychological symptoms between drug abusers seeking and not seeking treatment. **J Nerv ment Dis**, 183(1):50-53, 1995.

- MORSE, J.M. & FIELD, P.A. – **Qualitative research methods for health professionals**. Thousand Oaks, Sage, 1995. 254p.
- MULFORD, H.A – Rethinking the alcohol problem: a natural processes model. **J Drug Issues**, 14:31-43, 1984.
- N.A. – **Narcóticos Anônimos / Narcotics Anonymous**. Chatsworth, Narcotics Anonymous World Services, 1998. 117p.
- NAPPO, S.A., GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R. – Uso do “crack” em São Paulo: fenômeno emergente? **Rev ABP-APAL**, 16(2):75-83, 1994.
- NIR, Y. & CUTLER, R. – The unmotivated patient syndrome: survey of therapeutic interventions. **Am J Psychiatry**, 135(4):442-447, 1978.
- O'LEARY, M.R.; SPELTZ, M.L.; WALKER, R.D. – Influence of reported helplessness on client-clinician relationships in na alcoholism program. **Hosp Community Psychiatry**, 31(11):783-784, 1980.
- OLIEVENSTEIN, C. – Aspectos psicodinâmicos do desenvolvimento do toxicômano. In: BUCHER, R., org. – **As drogas e a vida - uma abordagem biopsicossocial**. São Paulo, EPU, 1988. p.89-95
- _____ – **O destino do toxicômano**. São Paulo, Almed, 1985. 174p.
- _____ – O toxicômano e sua infância. In: BERGERET, J. & LEBLANC, J. – **Toxicomanias: uma visão multidisciplinar**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991. p.78-90
- OMS – **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID - 10**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993. 351p.
- OPPENHEIMER, E.; SHEEHAN, M.; TAYLOR, C. – Letting the client speak: drug misusers and the process of help seeking. **Br J Addict**, 83(6):635-647, 1988.
- ORFORD, J. & HAWKER, A – An investigation of an alcoholism rehabilitation halfway house: II: the complex question of motivation. **Br J Addict Alcohol Other Drugs**, 69(4):315-323, 1974.
- PAVLOV, I. P. – **Reflexos condicionados, inibição e outros textos**. São Paulo, Mandacaru, 1990. 345p.
- PERESTRELLO, D. – **Medicina da pessoa**. 4^a. ed. São Paulo, Atheneu, 1996. 272p.

- PFEIFFER, W.; FEUERLEIN, W. & BRENK-SCHULTE, E. – The motivation of alcohol dependents to undergo treatment. **Drug Alcohol Depend**, 29(1):87-95, 1991.
- PINSKY, I.; SILVA, E.A.; MARQUES, A.C.; FORMIGONI, M.L.O.S. – Abandono de tratamento por dependentes de álcool e drogas: um estudo qualitativo dos motivos. **Rev ABP-APAL**, 17(4):150-4, 1995.
- POLGAR, S. & THOMAS, S.A. – Interview techniques and the analysis of interview data. In: _____ - **Introduction to research in the health sciences**. London, Curchill-Livingstone, 1991. p.119-129
- POPE, C. & MAYS, N. – Qualitative research: reaching the parts other methods cannot reach: na introduction to qualitative methods in health and health services research. **BMJ**, 311(6996):42-45, 1995.
- POPPER, K. – **A lógica da pesquisa científica**. São Paulo, Cultrix, 1975. 567p.
- POWER, R.; HARTNOLL, R.; CHALMERS, C. – Help-seeking among illicit drug users: some differences between a treatment and nontreatment sample. **Int J Addict**, 27(8):887-904, 1992.
- PROCHASKA, J.D. & DICLEMENTE, C.C. – Stages and processes of self-change of smoking: toward na integrative model of change. **J Clin Cons Psych**, 51(3):390-395, 1983.
- PULL, C.B.; SAUNDERS, J.B.; MAVREAS, V.; COTTLER, L.B.; GRANT, B.F.; HASIN, D.S.; BLAINE, J.; MAGER, D.; ÜSTÜN, B.T. – Concordance between ICD-10 alcohol and drug use disorder criteria and diagnoses as measured by the AUDADIS-ADR, CIDI and SCAN: results of a cross-national study. **Drug Alcohol Depend**, 47(3):207-16, 1997.
- RADÓ, S – The psychic effects of intoxicants: na attempt to evolve a psycho-analytical theory of morbid cravings. **Int J Psycho-Anal**, 7:396-413, 1926.
- _____ – The psychoanalysis of pharmacothymia (drug addiction). **P Q**, 2:1-23, 1933.
- RAMOS JR, J. – **Semiotécnica da observação clínica**. 6^a. ed. São Paulo, Sarvier, 1982. 1127p. 2v.
- RITSON, E. B. & CHICK, J. D. – Dependence on alcohol and other drugs. In: KENDELL, R. E. & ZEALEY, A. K., ed. – **Companion to Psychiatric Studies**. Edimburg, Churchil & Livingstone, 1988. p.476-504

- ROGALSKI, C.J. – The Addiction Severity Index: predicting relationship to a hospital and a professional. *Int J Addict*, 25(2):179-193, 1990.
- ROHRER, G.E.; THOMAS, M.; YASENCHAK, A B. – Client perceptions of the ideal addictions counselor. *Int J Addict*, 27(6):727-733, 1992.
- ROSENFELD, D. – El paciente drogadicto: guía clínica y evolución psicopatológica en el tratamiento psicoanalítico. *Rev. de Psicoanálisis*, 29(1):99-135, 1972.
- ROSENFELD, H.A. – Da toxicomania. In: _____ – **Os estados psicóticos**. Rio de Janeiro, Zahar, 1968a. p.148-165
- _____ – Notas sobre a psicanálise do conflito superegógico num paciente esquizofrênico na fase aguda (1952). In: _____ – **Os estados psicóticos**. Rio de Janeiro, Zahar, 1968b. p.75-120
- _____ – Psicopatologia da toxicomania e do alcoolismo (revisão crítica da literatura psicanalítica) (1964). In: _____ – **Os estados psicóticos**. Rio de Janeiro, Zahar, 1968c. p.245-273
- ROSENTOCK, M. – Why some people use health services. *Milbank Memorial Fund Q*, 44:94-124, 1966.
- ROSS, H.E.; LIN, E.; CUNNINGHAM, J. – Mental health service use: a comparison on treated and untreated individuals with substance use disorders in Ontario. *Can J Psychiatry*, 44(6):570-7, 1999.
- ROUNSAVILLE, B.J. & KLEBER, H.D. – Untreated Opiate Addicts: how do they differ from those seeking treatment? *Arch Gen Psychiatry*, 42(11):1072-1077, 1985.
- RUBIN, H.J. & RUBIN, I.S. – **Qualitative interviewing: the art of bearing data**. Thousand Oaks, Sage, 1995. 302p.
- RYAN, R.M.; PLANT, R.W.; O'MALLEY, S. – Initial motivations for alcohol treatment: relations with patient characteristics, treatment involvement and dropout. *Addict Behav*, 20(3):279-97, 1995.
- SANDELOWSKI, M. – Rigor or rigor mortis: the problem of rigor in qualitative research revisited. *Adv Nurs Sci*, 16(2):1-8, 1993.
- _____ – Sample size in qualitative research. *Res Nurs Health*, 18(2):179-183, 1995.
- SARTRE, J.-P. – **A imaginação (e outros)**. 3ª.ed. São Paulo, Nova Cultural, 1987. (p.33-105) (Os Pensadores)

- SEGAL, H. – **Introdução à obra de Melanie Klein**. Rio de Janeiro, Imago, 1975. 147p.
- SOBELL, L.C.; SOBELL, M.B.; TONEATTO, T.; LEO, G.I. – What triggers the resolution of alcohol problems without treatment? **Alcohol Clin Exp Res**, 17(2):217-224, 1993.
- SOLÍS, L.R. & MEDINA-MORA, M.E. – La utilización de los servicios de atención para la salud mental por mujeres mexicanas: resultados de dos encuestas. **Salud Ment**, 17(1):7-10, 1994.
- STRACK, M.F.; WELLS, J.E.; JOYCE, P.R.; HORNBLOW, A.R.; OAKLEY-BROWNE, M.A.; BUSHNELL, J.A. – Factors affecting the use of mental health services in people with alcohol disorders. **N Z Med J**, 102(880):601-603, 1989.
- THOM, B. – A process approach to womens's use of alcohol services. **Br J Addict**, 79(4):377-382, 1984.
- _____ – Sex differences in help-seeking for alcohol problems – 1: the barriers to help-seeking. **Br J Addict** 81 (6):777-788, 1986.
- _____ – Sex differences in help-seeking for alcohol problems – 2: entry into treatment. **Br J Addict**, 82(9): 989-997, 1987.
- _____ ; BROWN, C.; DRUMMOND, C.; EDWARDS, G.; MULLAN, M.; TAYLOR, C. – Engaging patients with alcohol problems in treatment: the first consultation. **Br J Addict**, 87(4):601-611, 1992.
- TUCKER, J.A – Predictors of help-seeking and the temporal relationship of help to recovery among treated and untreated recovered problem drinkers. **Addiction**, 90(6):805-809, 1995.
- _____ & GLADSDJO, J.A. – Help-seeking and recovery by problem drinkers: characteristics of drinkers who attended Alcoholics Anonymous or formal treatment or who recovered without assistance. **Addict Behav**, 18(5):529-542, 1993.
- TURATO, E.R. – Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, 2(1):93-108, 2000a.
- _____ – **Metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica e aplicação no campo da saúde**. Livro submetido à publicação, 2000b.

- UNIS, G.; PONS, A.H.; GUS, G.; KRAHE, J.L.; AMON, L.C.; CARVALHO, L.T.; RAMOS, S.P. – Influência do curso médico no aprendizado do alcoolismo. **Rev AMRIGS**, 31(4):300-3, 1987.
- ÜSTÜN, B.; COMPTON, W.; BABOR, T.; BAIYEWU, O.; CHATTERJI, S.; COTTLER, L.; GOUGH, A.; STIPEC, M.R.; VRASTI, R.; HASIN, D.; ROOM, R.; VAN DEN BRINK, W.; REGIER, D.; BLAINE, J.; GRANT, B.F.; SARTORIUS, N. – WHO study on the reliability and validity of the alcohol and drug use disorder instruments: overview of methods and results. **Drug Alcohol Depend**, 47(3):161-169, 1997.
- VALLEUR, M. – Hedonismo. Ascese. Ordálio. In: OLIEVENSTEIN, C., org. – **A Clínica do Toxicômano**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1989. p. 39-51
- VARNEY, S.M.; ROHSENOW, D.J.; DEY, A.N.; MYERS, M.G.; ZWICK, W.R.; MONTI, P.M. – Factors associated with help seeking and perceived dependence among cocaine users. **Am J Drug Alcohol Abuse**, 21(1):81-91, 1995.
- VERINIS, J.S. – Alcoholics initial expectancies of and attitudes toward treatment. **Int J Addict**, 28(9):827-836, 1993.
- WANBERG, K.W. & JONES, E. – Initial contact and admission of persons requesting treatment for alcohol problems. **Br J Addict** 68(4):281-285, 1973.
- WEISNER, C. – Toward an alcohol treatment entry model: a comparison of problem drinkers in the general population and in treatment. **Alcohol Clin Exp Res**, 17(4):746-752, 1993.
- WINDLE, M.; MILLER-TUTZAUER, C.; BARNES, G.M.; WELTE, J. – Adolescent perceptions of help-seeking resources for substance abuse. **Child Dev**, 62(1):179-189, 1991.
- WOODRUFF, R.A.; GUZE, S.B.; CLAYTON, P.J. – Alcoholics who see a psychiatrist compared with those who do not. **Q J Stud Alcohol**, 34(4):1162-71, 1973.
- ZOLA, I.K. – Pathways to the doctor: from person to patient. **Soc Sci & Med**, 7(9):677-689, 1973.

(ANEXO 1)

CORPUS – TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

Notas sobre o estilo das transcrições:

A escolha do estilo lingüístico do transcrito varia de acordo com os objetivos do estudo. Aqui, a transcrição foi integral e *não acrescentou nem retirou palavras* das falas dos entrevistados e do entrevistador, exceto algumas locuções expressivas e interjeições. Entretanto, foram feitas algumas adaptações visando maior conforto, resultando num transcrito de diálogos *próximos aos literários*. Assim:

a) As sobreposições de falas foram transcritas como se a vez de cada um falar tivesse sido respeitada (nestes momentos o diálogo transcrito se mostra com palavras isoladas ditas por um ou por outro; p.ex., em I103: “*Você acha que mudou...*” etc.);

b) Preservou-se a ortografia etimológica em detrimento da ortografia fonética na maioria das situações. A fidelidade aos sons correspondentes à pronúncia do entrevistado (a maneira particular como se utiliza da prosódia) resultaria em uma leitura inutilmente árdua (p. ex.: *não foi / num foi; como te explico? / comu ti xplico?*). Os plurais, mesmo quando não pronunciados, foram transcritos como se tivessem sido. Algumas contrações foram “corrigidas” (*para / pra*) e outras não (*não é? / né?*);

c) Erros gramaticais especialmente indicativos do nível de escolaridade do entrevistado foram mantidos na transcrição (B13: “*minhas irmãs (...) contou tudo?*”); mesmo assim, alguns erros de concordância verbal e nominal foram corrigidos;

d) Locuções expressivas e interjeições foram mantidas ou retiradas dependendo do que considere mais apropriado no balanço entre *fidelidade ao áudio, entendimento do transcrito, conforto de leitura*;

e) Ininteligibilidade de palavras ou segmentos foram indicados com observações entre colchetes. Explicações sobre quem são as pessoas e instituições citadas foram feitas também entre colchetes. Os nomes próprios foram substituídos por letras, mantendo-se a coerência destas ocorrências (p. ex., “José” pode ter sido substituído por “Y.”, mas todos os mesmos “José” mencionados pelo entrevistado foram mantidos como “Y.”). Alguns nomes de instituições ou cidades que não identificariam o entrevistado foram mantidos;

f) Pausas entre as palavras e frases não concluídas foram indicadas por reticências;

g) Comentários descritivos foram descritos entre colchetes, p.ex.: [riu], [quebra da fita];

h) Entonações particularmente enfáticas foram pontuadas com ponto de exclamação;

i) Menções ao discurso direto de outrem ou aos pensamentos foram transcritos entre aspas;

j) Hesitações em pronunciar palavras foram indicadas com a primeira letra ou sílaba + reticências;

k) Sinais de pausa (ponto, vírgula, ponto-e-vírgula, dois pontos) e entonação interrogativa foram usados e

l) Minhas falas foram transcritas em itálico e negrito e as dos entrevistados sem destaques tipográficos.

m) As iniciais dos entrevistados foram substituídas por iniciais fictícias de A. a M., em ordem alfabética pela sequência com que as entrevistas foram realizadas. As datas de realização das entrevistas, mencionadas nos cabeçalhos de cada uma, foram modificadas para contribuir com o anonimato (mantendo a mesmo período de tempo entre uma e outra entrevista e situadas na mesma época do ano da data real de realização).

A.

ENTREVISTA NÚMERO 01

Local e data de realização: em clínica de internação psiquiátrica no dia 11/12/97

Duração aproximada: 80 minutos

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:

Inicial fictícia: A.; *Sexo:* masculino; *Idade:* 50 anos; *Etnia:* branco; *Procedência:* Campinas- SP; *Escolaridade:* ensino médio completo; *Estado civil / situação familiar:* casado, dois filhos (15 e 18 anos), mora com esta família; *Profissão / ocupação:* publicitário desempregado; *Religião:* católico praticante

ALGUNS DADOS CLÍNICOS:

Substância preferencial de abuso / tempo de uso: uso intravenoso de cocaína
.há 20 dias

Outras substâncias que usa: dependente de álcool em abstinência há dois anos, interrompida há 20 dias; tabagista há 25 anos (10 a 15 cigarros/d)

Há quanto tempo no atendimento atual: 6 dias internado; teve internação anterior por dependência de álcool, ficando abstinente desta substância até há 20 dias. Relatou que começou a usar cocaína injetável há 20 dias por sentir-se deprimido depois de perder o emprego e estar tendo dificuldades de relacionamento familiar. Foi para consulta na clínica durante a madrugada, não tendo planejado este pedido de ajuda até algumas horas antes.

Outros problemas de saúde: não apresenta

OUTROS DADOS SOBRE A ENTREVISTA:

Eu próprio o havia atendido na internação anterior. Expressou-se lentamente, aparentando estar deprimido, porém tranquilo com relação à entrevista. Eu me senti levemente ansioso, talvez pelo fato de ser a primeira entrevista para a pesquisa, depois das duas piloto; escolhi dia e horário propícios para que a entrevista pudesse se estender livremente, procurando dar mais conforto à dupla.

TRANSCRIÇÃO:

1. *Bem, o objetivo da entrevista é entender o processo que culminou com sua vinda para cá. O que passou na sua cabeça quanto à procura de tratamento. Se eu entendi bem, a decisão foi súbita, durante a madrugada, nas horas anteriores...*

2. Bom, como eu estava fazendo isto daí praticamente a noite inteira, o dia inteiro, neste dia, quando começou... a clarear minha cabeça, eu comecei a cair em mim, a cair na realidade... A pensar: puxa vida, tenho dois filhos, cinquenta anos... Entrar numa dessa não é justo para mim e para minha família, principalmente para a minha família, né? Quer dizer, o álcool ainda é, perante a sociedade, é mais... passa mais fácil, né? Mas a droga já é mais comentada, mais difícil. Eu pensei muito nos meus filhos, na minha mulher, na hora. Achei que não devia mais continuar fazendo isso e sim procurar uma ajuda.

3. *Você pensou neles com relação ao risco de você se matar ou se continuasse usando eles...*

4. Não, mas a intenção era acabar com tudo, mesmo. Minha intenção era – sabe? – acabar mesmo... Mas quando fui cair na realidade, durante a madrugada, quando eu vislumbrei a coisa eu falei: espera aí... Eu achava que não era justo deixar meus filhos desamparados. Quer dizer, "desamparados" é um modo de dizer: eles iam ficar com a mãe deles, mas não é a mesma coisa. Então de repente eu falei: vou procurar ajuda. Mas... no momento eu não pensei em vir direto para cá, eu pensei em procurar um hospital, um pronto-socorro, fazer qualquer coisa... Mas eu falei: vou a um PS, drogado como estou, pô, quer dizer, pensei: eles vão fazer uma ocorrência [boletim de ocorrência policial]. Geralmente é o que fazem, né? Pensei "eu vou procurar o pessoal da Clínica, eles já me ajudaram uma vez, eu já estive lá". Aí eu vim para cá.

5. *O problema de uma ocorrência policial são as repercussões?*

6. Ah... as repercussões, é lógico. No ramo... na coisa do meu trabalho... eu praticamente faço o jornal da polícia... Uma ocorrência, a polícia me prende e aí não daria, eu seria barrado...

7. *Você pensou então nas consequências para sua profissão, não para sua família...*

8. Foi mais os meus filhos, viu, doutor...

9. *Se viesse à tona...*

10. Se viesse à tona eu feriria mais a eles, né? Daí a pouco a molecada ia dizer: "pô, ele usa..."

11. *Você tinha medo de seus filhos passarem a usar drogas depois que soubessem que você usava?*

12. Por causa do uso e... dos amigos, né? Iam falar: pô, o seu pai é drogado... Passam mil e uma coisas na minha cabeça. E mais pelo uso: eles podiam pensar: se meu pai faz, por que não posso fazer? Teriam o mesmo direito... Então, é por isso que eu achei que não devia mais usar.

13. ***Agora, naquela madrugada, em alguns momentos você pensou em se matar...***

14. Pensei...

15. ***Como foi esse processo, esse pensamento?***

16. Pensei o seguinte: eu estava usando a coisa... Quando eu passei e comprei os litros de vodca, os três litros de vodca, eu falei... o negócio é o seguinte – sei lá se a droga fez um efeito que me deixasse mais deprimido – eu vou tomar isso daqui – certo? – e vou jogar o carro contra um caminhão, um barranco, qualquer lugar, aí; acabar com tudo de uma vez. Assim eu não vou trazer problemas para mais ninguém, não vou incomodar mais ninguém. Porque eu... eu sei... quando nós conversávamos naquele dia [entrevista juntamente com a esposa realizada na clínica], eu sentia que eu... eu estava incomodando meus filhos, minha mulher, o pessoal todo. Eu achei que se eu conseguisse fazer isso... não haveria mais problemas comigo, eu não traria mais problemas para eles.

17. ***Você acabou não tomando essa atitude. O que determinou a não tomada desta atitude?***

18. Eu acho que o arre... não sei se pode dizer arrependimento ou não. Eu acredito que a idéia foi clareando... À medida que foi clareando eu achei que deveria procurar uma ajuda. Se eu continuasse ali... se eu continuasse fazendo [usando] eu tinha certeza de que ia fazer [cometer suicídio]... ia acabar com a vida. Sei lá se só com a minha vida ou com a de outras pessoas que não tinham nada com isso também, né? Podia provocar um acidente...

19. ***Você ficou andando pela [rodovia] Bandeirantes, é isso?***

20. Pela via Bandeirantes, pela via Anhanguera, andei.

21. ***Parando o carro?***

22. É... eu andei por diversos lugares. Andei no meio do mato, parei o carro e entrei no meio do mato... Quando foi clareando a idéia foi que eu falei... não tem nada a ver, né? Eu posso machucar alguém, matar alguém que

não tem a ver. É melhor procurar uma ajuda. Mas... para minha casa eu não poderia ir... [trecho ininteligível].

23. ***Você estava bem desidratado...***

24. Estava, completamente.

25. ***Tinha o aspecto de estar mais magro; na verdade não era isso...***

26. Não era isso...

27. ***Você devia estar sem se alimentar, sem ingerir líquidos...***

28. É, porque nesses quinze dias que eu usei a droga eu não ingeri álcool, não é? Secava muito a minha garganta, eu não conseguia falar, ouvir. Parece que tampava o ouvido. Então eu começava a tomar água, tomava muita água e aí começava a voltar a voz, a limpar, o ouvido a destampar.

29. ***Bom, então você diz que o mais importante foram os seus filhos. E quanto a você, à importância que você dava a sua vida, mesmo. Quer dizer, você esteve à beira de cometer suicídio...***

30. No momento eu não pensava em mim, não. No momento eu não pensei nenhuma vez em mim, certo? Porque eu saí com aquela finalidade e, em princípio, eu iria até o fim e não pensei, em nenhum momento, em mim.

31. ***Esta motivação por se matar foi substituída pela de continuar vivendo?***

32. Não.

33. ***Tanto fazia?***

34. Tanto fazia. Não foi não. Eu achei... eu acarretei muitos problemas para os outros que estavam a minha volta, no caso, minha família. E atingindo minha família, devia atingir mais pessoas também. Não me recordo, mas devo ter feito...

35. ***Você teve uma experiência de tratamento para o álcool e acabou parando de usar. Quando você pensou em interromper o uso da cocaína, imaginou que o processo seria semelhante ao do álcool, que as dificuldades seriam parecidas?***

36. Eu pensei o seguinte: como era o início, há pouco tempo eu estava usando, seria mais fácil do que o álcool. Para mim, foi mais fácil. Quando eu bebia, nas duas primeiras semanas me deu um desespero muito grande, eu queria sair, queria beber, queria... A partir do momento que passou o efeito, passou efeito, tal... comecei a conscientizar que estava tendo uma vida completa-

mente errada, não senti vontade – não estou sentindo vontade, necessidade nenhuma daquilo. Eu creio que estava mais usando é para poder fazer meus negócios, é para abrir, né? Me abria mais, conversava. Agora, o álcool foi mais difícil. O álcool foi realmente difícil.

37. ***Você, quando veio para a internação por causa da bebida, já bebia há muitos anos...***

38. Já.

39. ***Naquela época, o que determinou a parada do uso? Por que você teve vontade de interromper?***

40. Vontade de interromper? Bom, primeiro foi pressões da família, né? Porque a X. [esposa], ela não estava tomando conhecimento, ela não ligava... ela achava que eu não ia parar de beber, então ela não tomava conhecimento. Mas meus filhos ficavam muitos preocupados, inclusive o maior; o maior ficava desesperado. Às vezes eu chegava... bêbado, né?, enquanto eu não melhorasse ele não saía do meu lado, na cama. Então, pomba, uma criança, um adolescente passar por isso... E depois, com a terapia que eu fui fazendo, pus na cabeça que eu tinha que mudar.

41. ***Começou a terapia de casal?***

42. É.

43. ***Antes de parar de beber?***

44. Antes de parar... Terapia de família.

45. ***No que ajudou esta terapia na decisão de parar?***

46. Em nada, nenhuma ajuda. Não me ajudou em nada, não me ajudou no relacionamento com minha família, em nada, tá?... Um dia, a gente conversando com o X. [terapeuta] ele falou: “ – Procura se ajudar, rapaz! Vai, se interna... Vai para uma clínica.”. Eu não admitia isso. Pensava: “pô, mas eu não sou alcoólatra, não sou. Eu não vou me internar, eu não sou alcoólatra!”. Passou um tempo, eu parei inclusive de fazer terapia com ele. Um dia bebi, caí numa discussão, numa briga. A partir daquele dia, no dia seguinte, eu achei que devia procurar alguma ajuda, fazer alguma coisa.

47. ***Esta briga...***

48. Nós estávamos em quatro pessoas... meu pai, um amigo e uma secretária nossa.

49. ***O que aconteceu?***

50. Houve uma discussão, nós estávamos numa mesa, houve uma discussão num tom de voz um pouco elevada.

51. ***Com outras pessoas?***

52. Não, entre nós, ali, a respeito do trabalho. E eu me levantei. Eu estava com um copo na mão, de cerveja, me levantei e o garçom, que estava perto de mim, pensou que eu fosse agredir meu pai. E ele me agrediu... e eu revidei... Ele me deu um soco, mas só que me pegou por trás e eu joguei o garçom em cima da outra mesa e veio um monte de garçons e começou aquela briga frenética. Eu perdi todos os dentes. Eu fui me afastando e caí na escada e quando caí começaram a me chutar. E então no dia seguinte eu me olhei e vi aquilo. Então, pô, não é possível, eu tenho que procurar uma ajuda, né? Então eu liguei para o Dr. Z. e ele falou para eu dar um pulo lá para conversar. Fui lá, conversei com ele, ele falou, ele foi bem claro: “ – Veja lá o que você está fazendo, ninguém está obrigando, ninguém está forçando, você é quem quer”. Falei: “ – Eu quero. Eu quero fazer um tratamento”. E desde então eu pensava que conseguia. Eu não me considerava alcoólatra de jeito nenhum... A partir daquele momento eu quis fazer o tratamento. Falei: “ – Eu quero fazer o tratamento, sim”. Falou: “ – Então, você vai para a clínica, eu vou com você, se for necessário eu vou com você”. E nós marcamos para um dia ou dois depois.

53. ***Eu não me lembro de você estar com problemas nos dentes quando veio para cá naquela época...***

54. Não... porque eu já tinha feito... Eu perdi todos os dentes, doutor. Eu fui ao dentista, pedi licença do emprego... Tinha férias vencidas, quis tirar as férias. Eu fiz um tratamento. Inclusive quebrei a mão também; estava engessado. Quer dizer, não foi logo na seqüência. Depois daquilo é que me conscientizei que tinha que procurar. Depois do tratamento no dentista, extrai todos os dentes, não tinha mais condições, eu procurei o Dr. Z. Não foi de imediato.

55. ***Da briga até a internação foi quanto tempo?***

56. Acho que, mais ou menos, de vinte e cinco a trinta dias. Foi mais ou menos isso.

57. **No dia seguinte à briga, você achou que a briga era um sinal de você estava sem controle sobre a bebida?**

58. É... foi mais ou menos isso. Porque... se eu não fosse agredido, ali, eu não ia brigar. Eu não parti para agressão, eu não agredi ninguém, eu fui agredido. Me defendi e revidei. Mas eu achei que eu não podia continuar a beber. Eu fazia, antes, muita cobertura, muita festa, muita sociedade, os colunáveis, tal, e nunca tinha me acontecido uma coisa dessa. E quando aconteceu isso daí eu falei: o nível foi lá embaixo, baixo demais. E daí vai descer cada vez mais. Foi quando eu achei que deveria fazer este tratamento.

59. **Quer dizer que a repercussão do uso do álcool sobre sua saúde física não teve muita influência...**

60. Eu não sentia nada fisicamente. O único problema que eu tive, físico, foi uma para renal.

61. **Um cálculo renal?**

62. É... parou o rim esquerdo. Foi a única coisa até agora, que eu me lembre, desse jeito. Eu fiz um *check-up*, coração, essas coisas todas aí...

63. **Estava tudo bem?**

64. Estava tudo bem. Então, fisicamente, a não ser o problema do rim, eu não sentia nada. Nem dor de cabeça.

65. **Então foi uma coisa relacionada mesmo à família e a esta briga.**

66. É... foi.

67. **E aí, a partir de momento em que você resolveu se tratar deste problema, como evoluiu? Você chegou a ter dúvidas do tipo: "Será que eu realmente preciso parar?" Você quis voltar atrás, voltar a beber?**

68. Não, dúvida de parar eu não tive não. A única dúvida que eu tive é se conseguiria ficar sem a bebida.

69. **que você achava? Por que não conseguiria? Qual é a... que tipo de necessidade você imaginou que podia ter?**

70. No início, eu fiquei... Não sei posso falar que é depressivo, sei lá. Sentia necessidade de álcool. Ficava nervoso. Pensava...

71. **Isso quando você estava bebendo ou logo...**

72. Não, quando parei. Nos primeiros dez, doze dias, foi isso daí, tá? Eu me imaginava dentro de um bar, bebendo.

do. Sonhava que estava bebendo. Não sei se isso é sonho, se é delírio, né? Mas eu me imaginava bebendo.

73. **E depois que passou essa fase, estes dez, doze dias, que é a fase de desintoxicação, o organismo a partir daí não estava dependente do álcool do ponto de vista físico. E aí você achou que era mais possível ficar sem beber ou continuou achando...**

74. Não, continuava achando que não conseguiria. Eu, a partir do momento em que saí daqui [clínica], no primeiro dia em que o senhor me deixou sair [o entrevistador foi seu médico na primeira internação], foi três dias antes de eu sair, saí num sábado e tive alta numa segunda ou terça, se não me engano; eu saí e pedi para minha mulher: "Não dá, vamos andar, vamos passear com o carro, vamos passear, eu quero andar, pega a estrada, pega isso, pega aquilo...". Nós paramos no *shopping* e no *shopping* eu... vi o pessoal tomando uma cervejinha, cerveja em lata, e me deu uma tremenda vontade... Falei: "Acho que vou tomar uma cerveja". Me deu uma vontade louca de beber. Mas na hora eu pedi um café e falei: "Vamos embora, vamos sair, vamos...". Saí. Depois daquilo lá eu parei de frequentar os lugares que eu ia. Bares, restaurantes, sair com os amigos. Fiquei um bom tempo sem sair, sem... Trabalhava, voltava. Mesmo o pessoal lá do Y. [empresa]... Depois que eu tive alta fiquei uns dois ou três meses no Y. e informatizaram, me mandaram embora. Evitei sair com as pessoas, até pegar confiança. Depois ia no clube, via o pessoal com cerveja, eu pedia refrigerantes, comecei a pegar autoconfiança e comecei a sair novamente. Aí comecei a ir em bar, conversar com os amigos, voltei a jogar bola, voltei... quer dizer... tive a certeza de que eu conseguiria parar de beber. Mas, no princípio, assim, acho que eu tinha medo de sair e beber.

75. **E aí a primeira vez que você voltou a comprar bebida alcoólica foi agora, antes da internação, e não chegou a usar.**

76. É. Bom, comprar eu comprava. Levava para casa para o churrasco. Comprava cerveja, estas coisas.

77. **Para uso próprio...**

78. Para uso próprio só refrigerante. Foi a primeira vez. Nunca mais eu pensei em comprar algumas coisas para eu tomar.

79. **Quando você fazia terapia, antes de resolver parar de tomar, imagino que o terapeuta falava que você devia parar de beber, sua esposa devia falar também isso...**

80. Falava.

81. **O que você achava de eles falarem isso? Você não estava convencido...**

82. Aí... eu achava que eu ia ali para ser malhado. Que a única pessoa errada que havia ali, no grupo, era eu... Então eu não admitia, eu achava que não. Que, tudo bem, eu bebia, eu tinha minhas falhas, mas todos eles devem estar mentindo, meus filhos, minha mulher. Quer dizer, o modo de tratar... Às vezes eu estava em casa, me davam patada, eu saía. Se ela não me perturbasse eu ficava quietinho, ali. Então falei: "– Não sou o único culpado disso aqui não, eles estão todos mentindo. Se cada um coopera um pouquinho, tudo bem...". Eu não admitia não, achava que...

83. **O que você sentia quando o terapeuta dizia que você devia parar?**

84. Ele falava para eu dar uma parada, manear, em vez de ficar com os amigos, sair com a família. Acho que eu tentei fazer isso... tentei fazer, mas chegava num restaurante, pegava um copo de chope, uma cerveja, aí começavam a voltar assuntos passados, e voltando assuntos passados eram só cacetadas... Eu parei com isso também.

85. **Você achava que eles exageravam?**

86. Não, eu é que não admitia.

87. **Na época, você achava que ela falava a mais do que você realmente fazia?**

88. Não, falava realmente o que eu fazia, mas eu não admitia. Eu achava que não era nada daquilo, não; a verdade era o que ela estava dizendo, o que ela estava relatando. Se eu pudesse fumar...

89. [interrupção para o entrevistador buscar um cinzeiro]

90. **Quando o terapeuta disse pela primeira vez que talvez valesse a pena ser internado, você já tinha resolvido parar de beber. Isso foi depois da briga?**

91. Não, ele havia me explicado isso antes, durante umas sessões, mas eu não admitia...

92. **que você achava, antes de querer parar de beber, da idéia de internação? Quero dizer, de um**

tratamento específico, o que você sentia em relação a isso?

93. Eu imaginava completamente diferente o tratamento. Achava que seria na base da... de confinamento, devia ficar sedado o dia todo... O que eu imaginava era isso daí, eu dentro de uma cela, sedado, amarrado... Quer dizer, na minha cabeça era isso aí, né?

94. **Que esse era o único tipo de "tratamento" que poderia haver...**

95. É... Quer dizer: confinado e sedado. Que a vontade de beber seria a mesma eu estando numa cela ou solto por aí, sei lá...

96. **E depois, qual foi a idéia que você foi tendo?**

97. Depois que eu me interneiei?

98. **Ou mesmo antes, eu imagino que se você achava que era isso que aconteceria, você nem teria vindo...**

99. Até o momento em que eu arrumei as minhas coisas e disse para X. [esposa] que eu ia me internar, até o momento de chegar na clínica eu imaginava isso. Que seria uma coisa assim... que eu ia ficar separado do grupo, ficar confinado mesmo. Até o momento em que eu cheguei aqui eu imaginava isso...

100. **Demorou para perceber que não seria assim ou já nos primeiros dias...**

101. Não. Quando eu cheguei fiquei isolado, eu estava deprimido, já era a falta do álcool, não tinha bebido. Fiquei sentado num canto. Depois, no segundo ou no terceiro dia, eu fui me adaptando, conversando um pouquinho, e sentia mal, também. Porque na época a clínica tinha bastante paciente, tinha pacientes depressivos, aquela moça que tinha se queimado, jogado álcool e colocado fogo. E então eu me sentia mal, realmente eu me sentia mal. Falei para minha esposa que eu estava arrasado de ver tudo isso aí... Depois fui me acostumando, conversando com as pessoas...

102. **Quando você chegou para internação, percebeu que seria diferente, logo de cara, ou...**

103. Não, a idéia continuou. Eu entrei ali, aí fechou e trancou [a porta de entrada da clínica], eu me senti mal, me senti mal mesmo. Falei: "– Pomba, agora eu vou ficar preso, vão me jogar num canto aí e vão... sei lá o que vão fazer... E o negócio vai ficar ruim".

104. **E aí você entrou para consulta...**

105. Entrei, conversei... Cheguei mais ou menos na hora do almoço, aí já me convidaram para almoçar, tal... As pessoas vieram conversar comigo... Na época estava... não me lembro o nome dele... A gente falava "o japonês". Ele me deu muita força nos primeiros dias. Depois eu fui me adaptando... Vi que não era nada daquilo...

106. **No final da internação, que imagem você fazia da clínica ou dos profissionais, especificamente daqui, pois foi onde você ficou, não é? Imagino que mudou a sua visão...**

107. Ah, sim... completamente. Porque... Os enfermeiros da noite tratavam a gente com muito respeito e carinho, né? A atenção era muito grande, que eles davam pra gente. Quer dizer, mudou completamente. Já comecei a me sentir em casa. Apesar de estar em tratamento, me sentia bem, comecei a me sentir bem. Eu acho que é isso que me deu uma força maior para...

108. **Pela experiência que você teve, como acha que deve ser o serviço, a instituição ou os profissionais... Quais seriam os pré-requisitos necessários para as pessoas cuidarem de outras com problemas com álcool?**

109. Tem que ser este modo de tratar as pessoas, com atenção. Com certo carinho... Às vezes a gente abusa um pouco no falar qualquer coisa. Mas eu acho que é mais a atenção dada à pessoa e que faça a pessoa se sentir à vontade. Estar em tratamento não é estar numa prisão, estar confinado, não estar... Um tratamento com uma certa liberdade que é dado aqui na clínica. Fui uma vez visitar um hospital lá em Joaquim Egídio [subdistrito de Campinas], uma visita muito superficial, na época, fui fazer um trabalho... É completamente diferente o tratamento lá.

110. **Foi antes de você resolver...**

111. Bem antes. Depois que eu fiz o tratamento aqui... Entre os pacientes... Entre os enfermeiros e os médicos... É uma igualdade, tratam todo mundo igual, não fazem diferença... Isso dá uma força para o paciente.

112. **O primeiro contato que você teve com alguém que tratou de você foi com o terapeuta de família?**

113. Foi. Eu tinha conversado com uma psicóloga. Quer dizer, uma coisa muito superficial, assim... Ela mexia com cristais, pirâmides, fui só por curiosidade.

114. **[Interrupção de alguns minutos para trocar a fita cassete]**

115. **Da primeira vez, tremores, dificuldades de sono, tudo isso estava ocorrendo?**

116. Estava. Inclusive quando eu trabalhava no Y. [empresa], eu trabalhava muito o traço, né? [trabalho gráfico]. Não conseguia fazer nada, eu pedia para os outros fazerem para mim. Não conseguia traçar nem com o esquadro, régua, com régua de prancheta; não conseguia fazer...

117. **E aí a ingestão de álcool melhorava isso?**

118. Melhorava.

119. **Esta percepção de que o álcool melhorava seu desempenho no trabalho fortalecia a idéia de que você não deixaria de beber?**

120. É. É mais ou menos por aí. Às vezes eu estava trabalhando e não conseguindo fazer as coisas. Eu tinha liberdade para sair e o barzinho era do lado. Eu ia lá, tomava uma vodca, depois voltava e trabalhava normalmente. Quer dizer, eu achava que o álcool estava...

121. **Daquela primeira vez que você parou espontaneamente, você não sentia tremores, estas coisas...**

122. Não, só na parte da manhã tinha um pouco.

123. **E aí, quando você parou e ficou bem sem beber, daquela primeira vez, os tremores não aumentaram muito?**

124. Não, fiquei bem. Foi diminuindo. Teve uma época em que...

125. **Demorou quanto tempo, uma semana?**

126. Não, não foi coisa rápida, não.

127. **Bem, deixa eu ver se tenho outras perguntas para fazer... Neste processo de interrupção de uso de álcool e cocaína, usa-se pouca medicação, a medicação não tem função de fazer alguém parar de usar, usa-se para regularizar o sono, por exemplo. Quando você pensou em se tratar, então, tanto da primeira quanto da segunda vez, onde você achava que estava a solução? Em que procedimento, qual característica de atendimento que você iria receber, iria te ajudar? Não é uma questão de remédios, não é?**

128. Não, não é remédio não. Porque o remédio já na primeira vez eu soube... Eram mais vitaminas... Eu acho que foi mais a ajuda tua, ajuda psicológica, eu acho que foi mais isso. O remédio eu já sabia que eram vitaminas.

Não tinha remédio nenhum que curasse o alcoólatra, seria mais...

129. ***De agora em diante, já que não há na medicina uma previsão de tempo de tratamento, e você ficou estes dois últimos anos sem beber e praticamente sem tratamento...***

130. Eu tive um pouco... Com o F. [grupo-terapeuta], eu fui umas cinco vezes...

131. ***Um mês, um mês e meio... Como você está vislumbrando seu futuro em relação ao álcool e à cocaína?***

132. Bom, o álcool eu risquei, não tenho mais... E a cocaína também, eu não quero mais saber disso. Não sei se vou fazer uma terapia longa, mas que vou procurar, vou, vou fazer, vou tentar, pelo menos até a hora em que eu vir que estou em condições de interromper. Porque eu acredito no seguinte: para mim agora a cocaína não está fazendo falta, eu não senti nada, desde que eu me internei. No dia seguinte senti depressão e depois disso eu não senti vontade, não senti falta.

133. ***Quando você começou a usar, vinte dias antes da internação, você estava deprimido, pelo que relatou. Você acha que usou como uma forma de medicação para você mesmo?***

134. Pode ser, viu, doutor. Pode ser que eu tenha feito uso disso aí para me... liberar, né? Porque eu me sentia mais liberado, com autoconfiança, quero dizer, eu acredito que sinto, sim, por isso.

135. ***Bem, eu acho que é isso. Esta fita eu vou transcrever e tirar todos os elementos que possam identificá-lo, por exemplo, quanto à profissão...***

136. O.k.

B.

ENTREVISTA NÚMERO 02

Local e data: realizada no consultório no dia 18/12/97, depois da alta hospitalar

Duração: aproximadamente 80 minutos

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:

Inicial fictícia: B.; *sexo:* masculino; *idade:* 29anos; *etnia:* negro; *Procedência:* Campinas-SP; *Escolaridade:* ensino fundamental incompleto; *Estado civil / situação conjugal:* casado, sem filhos, mora com a esposa e dois enteados; *Profissão / ocupação:* eletricitista de automóveis, empregado no serviço público
Religião: católico não praticante

ALGUNS DADOS CLÍNICOS:

Substância preferencial de abuso / tempo de uso: usuário de álcool há 17 anos (desde os 12 anos, portanto); ultimamente uma garrafa de vodka e cerca de 200ml de pinga por dia.

Outras substâncias que usa: atualmente nenhuma, experimentou várias (v. transcrição)

Há quanto tempo no atendimento atual: 50 dias (3 dias em UTI, 35 dias em clínica psiquiátrica e há 10 dias em tratamento ambulatorial)

Outros problemas de saúde: admitido em UTI por TCE (traumatismo crânio-encefálico) depois da terceira crise convulsiva tônico-clônica generalizada interpretada como relacionada à síndrome de abstinência do álcool (avaliação neurológica normal por ocasião da alta); admitido em clínica psiquiátrica há 45 dias, apresentava-se desidratado, com hepatomegalia, transaminases elevadas.

OUTROS DADOS SOBRE A ENTREVISTA:

Foi um paciente de manejo clínico difícil: grave estado de dependência, nível de escolaridade baixo, social e culturalmente muito diferente dos clínicos. A boa evolução e aderência inicial ao tratamento surpreendeu. Expressou-se durante a entrevista de maneira simples e fazendo questão de mostrar sentir-se grato à equipe que o vinha tratando. Pareceu estar à vontade, na medida em que me conhecia já há cerca de 40 dias, e iniciava acompanhamento ambulatorial. Talvez por estes mesmos motivos, eu também me senti à vontade durante a entrevista, apesar de ser a segunda realizada para a pesquisa (a primeira no consultório). Começamos informalmente, com o tema de seu casamento (a esposa o acompanhou ao consultório neste dia).

TRANSCRIÇÃO:

137. *Você acha que, depois que você se casou, mudou alguma coisa com relação à questão do álcool?*

138. Bom, Bruno, na minha vida mudou muita coisa. Quanto ao casamento, muitos me perguntam se eu estou arrependido de ter casado. Não estou arrependido. Estou com uma vida agora... Eu não pensei que chegasse a ter uma vida como esta que tenho agora: fora do álcool, uma vida maravilhosa, tanto com ela [a esposa] quanto com os filhos dela, com quem minha família achou que ia dar encrenca. Eles gostam de mim, nós combinamos muito bem. Minha vida mudou, é totalmente diferente da que eu vivia...

139. *O que você acha que aconteceu para dar esta guinada, esta mudança tão grande?*

140. Para mim foram os muitos pedidos que fizeram. Minha mãe até fez promessa para eu parar de beber. E a minha vontade também. Quando eu vi que morreria, me deu vontade de parar de beber. Quando eu vi que não dava mesmo, que eu estava caminhando para o lado da morte, falei: agora vou me salvar. Eu não achava... Eu tinha ajuda, mas para as pessoas me ajudarem, eu tinha que largar daquilo lá.

141. *[trecho ininteligível: fala dos irmãos]*

142. *Em que momento, B., você pensou que estava caminhando, como você diz, para o lado da morte?*

143. Foi depois que eu fui para a UTI. Eu tinha caído, sim. Eu bebia um dia bastante, no outro eu desmaiava e custava muito para eu poder voltar. E neste dia eu pensava que queria parar de beber, mas não conseguia: a garganta coçava. Eu tinha que beber para parar. Uma para tirar a tremedeira, para firmar o corpo. Quanto mais bebia, mais vontade dava. Então neste dia eu desmaiei, passei seis dias na UTI. Nem sei como foi o meu Natal no ano passado, passei em coma. Nem sei como *passou [esta entrevista ocorreu às vésperas do Natal]*. Eu voltei do hospital querendo... querendo parar, no esforço de parar, eu não tinha controle, jamais eu voltaria... Até que minhas irmãs me entregaram para o dr. Y. tomar conta de mim, ele é da E. *[empresa na qual o entrevistado trabalha]*; me entregaram para o M., ele falou para o dr. T. *[também da empresa]* e o T. foi atrás da X. *[funcionária do setor de pessoal, que fez as vezes de assistente social]*. Aí eles souberam que eu estava bebendo mesmo; antes eles me perguntavam e eu dizia que não; não falava a verdade para eles. No dia que eles me levaram para internar na C. *[clínica psiquiátrica em*

que ficou internado] eu nem sabia... aproveitei esta ajuda que eles me deram, aproveitei a sua ajuda também. Aí pensei: não vou mais beber, não vou mais beber, fiz esforço: falei que não, falei que não... Até que consegui chegar neste ponto que cheguei agora.

144. **Quer dizer que há duas coisas: uma foi a internação na UTI e a outra foi a insistência das pessoas pedindo para você parar de beber?**

145. Foi.

146. **Antes da internação da UT, você ainda não estava convencido de que tinha que parar de beber?**

147. Não. Não estava convencido de jeito nenhum. Quanto mais falavam para eu não beber, mais eu bebia.

148. **Você achava que ia acontecer o que, que você ia morrer?**

149. Achava que era mentira. As pessoas falavam que dava cirrose; achava que era mentira, que isso não existia, não. Eu falei: "o meu tio morreu com oitenta anos e sempre bebeu na vida dele, não morreu de cirrose nenhuma". Minha mãe falava: as pingas antigamente não tinham a química que têm agora.

150. **Um amigo seu morreu de cirrose...**

151. Não, ele estava vivo ainda. Depois que entrei em coma, depois que fui internado, eu tinha parado já de beber, foi quando ele morreu.

152. **Se você achava que era mentira, invenção, se você achava que as pessoas diziam que dava cirrose só para convencê-lo, mas que era mentira... De certa forma você não confiava muito nas pessoas que falavam isso, naquela época...**

153. Não, eu dizia que se conselho fosse bom não se dava, vendia. Tem hora em casa que eu fico imaginando o que eu fiz na vida. O tanto que cheguei a fazer bagunça por causa da bebida. E hoje eu estou são. Hoje me sinto alegre comigo mesmo. Quando é que eu podia... Tanto de perder o serviço, não estava nem aí. Hoje eu imagino que se eu perder o serviço... Tenho medo de perder; não faço greve. Dizem que a empresa vai acabar, que o prefeito não quer mais ela. Queriam fazer greve: eu fui o primeiro a sair fora. Eu digo para eles que, quando entrei na E., foi para trabalhar, não para fazer greve. Se estivesse com álcool na cabeça, para qualquer coisa que me chamassem eu topava. Porque eu

não tinha nada para pensar... Eu não pensava em mim, ia pensar nos outros?

154. **Você chegou a ter uma internação antes de conseguir para de beber, na C. [clínica]; depois foi só em hospital-geral, não em hospital psiquiátrico. Como foi aquela primeira internação sua? Não adiantou de muita coisa, não é?**

155. Aquela primeira internação foi assim, Bruno: eu sofri o acidente e me levaram para o Z [hospital-geral municipal]. Eu fugi de lá. Minha irmã foi buscar o atestado e eles deram só de um dia. Eu perdi dias de serviço e continuei na bebida. Estava com os pontos na cabeça e só bebendo, só bebendo. Fiquei quinze dias sem voltar na E. e o chefe e a S. foram a minha casa. Me levaram para W. [hospital universitário], lá não tinha vaga. No outro dia ela me falou para procurá-la; eu desmaiei lá no consultório da empresa. Deu trabalho para eu voltar e nem em casa eu voltei: já me levaram direto lá na clínica. Eu não estava mesmo com vontade de parar de beber, não. Saí da clínica, fiz a cirurgia na mão. Bebi de novo em cima, voltei para o serviço. Os parafusos que estavam na mão, ao poder do álcool, não iam sarar mesmo: estufaram os quatro para fora. Tive que voltar de novo.

156. **Quando você foi para clínica pela primeira vez, o que você achou daquilo? Você não tinha vontade de parar beber...**

157. Não tinha vontade de parar de jeito nenhum. Quando me internei não tinha vontade de viver, não. Aí eu cheguei lá e dei de cara com o F. [outro paciente], aquele moleque que tinha lá. Ele pôs na minha cabeça que, saindo de lá, eu tinha que beber de novo. Ele dizia que depois de sair ia beber só pinga, que é mais barata que a cerveja. Ia fumar só maconha porque é mais barata e fazia pouco mal para a pessoa do que o crack, o chá de cogumelo, o lírio...

158. **Você já usou estas coisas?**

159. Já usei tudo. Nenhuma dessas serviu para mim. A cocaína, na primeira vez que experimentei, botei muito sangue pelo nariz. O crack... O chá de lírio me deixou mais doído. No outro dia estava meio ruim. O chá de cogumelo... qualquer coisa eu estava dando risada sozinho. Maconha me deu uma fome danada.

160. **Estas drogas você usou pouco?**

161. Usei uma vez só para ver o que dava. Fui criado no meio da malandragem do J. [*bairro de Campinas conhecido como violento e onde há tráfico*].

162. **Por que você experimentava? Você queria o quê?**

163. Porque as pessoas falavam que era bom, que ficava muito doido, que era bom. Eu experimentei todas e nenhuma delas serviu para mim. Aí eu fiquei com a bebida. E a bebida, eu não era muito chegado nela não. Eu parei seis anos...

164. **Depois você continuou?**

165. Depois fui para a estrada, fui trabalhar de socorrista na estrada, eu e mais um mecânico. Aí foi que eu voltei a beber.

166. **Você voltou a beber, então, por quê? Trabalhava à noite?**

167. Não, não trabalhava à noite. Trabalhava na estrada para uma transportadora. O patrão não gostava que ninguém mexesse nos caminhões dele na estrada, tinha que ser os próprios funcionários dele. Nós íamos para o norte – Bahia, Fortaleza –, Rio Grande do Sul... Nós andávamos por tudo. Passava mais de um mês sem voltar em casa... Porque a frota de caminhões dele era bastante, não era pouco caminhão, não.

168. **Mas, então, por que você voltou a beber nesta época?**

169. Ficava longe da família, ficava um mês sem voltar em casa...

170. **[frase ininteligível] Você acompanhava o caminhoneiro?**

171. Acompanhava o mecânico-socorrista. Mecânico e motorista de uma só vez. Na estrada nós fazíamos, os dois, né? Um pouco ele e um pouco eu... Quando eu entrei eu fiz o teste de motorista e passei no teste de motorista. Quando eu entrei, entrei mesmo para trabalhar na estrada, não entrei para trabalhar em barracão, não. Até que o teste que foi feito comigo foi feito em São Paulo, a matriz dela é em São Paulo.

172. **Você gostou desta vida? Quanto tempo você ficou?**

173. Quatro anos.

174. **Você voltava um pouco para casa?**

175. Voltava. Ficava um mês, um mês e meio na estrada sem voltar.

176. **E aí voltava e ficava quantos dias?**

177. Voltava quando acabavam as peças. A gente trocava peças de motor... Aí nós passávamos uns dias aqui. Tinha vezes que tínhamos sorte e passávamos quase um mês aqui em Campinas, não dava serviço na estrada. Mas na época do calor, arrebenta motor demais na estrada.

178. **A aí você começou a beber nesta época?**

179. Foi lá em Fortaleza. Comecei a tomar aquela pinga lá, aquela tal de Ipioca. Ela não arde.

180. **É mais gostosa?**

181. É mais gostosa, ela não arde e... É quase igual ao uísque, mas só que uísque é ruim pra caramba, de uísque eu não gosto. Eu não gosto de uísque. Ela era da cor do uísque, mas não ardia, tinha outro sabor. Foi esta pinga que eu comecei a beber; as outras eu punha na boca e ardia. E aí eu acostumei de novo e voltei ao vício de novo. Até um homem falou para mim: já que você parou de beber, o dia em que você voltar a beber você bebe o dobro. E foi verdade mesmo: bebi o dobro.

182. **Por que será que o recomeço é pior?**

183. Não sei o que é, não. Beber dobrado... Ele falou para mim: no dia em que você voltar a beber você vai beber dobrado. Bebi mesmo.

184. **Você se lembra de quando se começa a beber? Tem pessoas que continuam a beber normalmente... Não dá problema. Quando você começou a ter a idéia de que estava fazendo mal? O que começou a acontecer para você pensar: "puxa, acho que estou bebendo demais...?"**

185. Acho que começou na [palavra ininteligível]. Porque eu fiz três anos na transportadora, aí eu tirei férias, né? As férias eu tirava certinho, mesmo. Tirei férias e fiquei uns tempos em Campinas, fiquei uns dois meses sem sair, né? Eu entrei de férias, depois voltei, e ele colocou o N., né? O N. estava gostando da estrada e eles falaram "o N. não pode porque o N. é casado e a mulher dele vem reclamar aqui". Fiquei dois meses e bebia direto aqui. Até bebia bebida no serviço, mesmo. Eles iam para lá e traziam para nós... Traziam para a turma que trabalhava na oficina, na carga... Os motoristas traziam. Nós bebíamos lá dentro, mesmo. Quando um estava na porta da auto-elétrica, uma sala bem grande, tinham uns dois na porta vigiando... Nós bebíamos direto, todo dia.

186. **Foi aí que você começou a achar que estava bebendo demais?**

187. Estava achando que estava bebendo demais.

188. ***E aí você lembra o que passou na sua cabeça?***

189. Aí eu comecei a sair e já não voltava mais em casa. A mãe ficava pensando que eu... Saí um dia e passaram três dias sem voltar em casa. Ela já ligava lá atrás de mim. Era bebida demais. Já estava começando a deitar, já. Bebia demais e um pouco mais eu ia para o chão.

190. ***Quando começou a perceber que estava bebendo demais não deu vontade de parar?***

191. Ah... Eu tinha vontade de parar, mas não conseguia! Não conseguia... aí já abriu a E. [empresa] ali do lado, do lado do barracão da transportadora. Aí já desmontou aquela turma da E. Até hoje aquilo é... boca de litro, mesmo. No começo da E., no fundo dela tinha uma lanchonete, lá. Eu saía da transportadora e entrava no meio da peãozada, me enfiava lá, saía meia-noite, meia-noite e meia. E não ia embora para casa, não, ia para a rua... Nós íamos para a bagunça. Não voltava para casa... Não imaginava uma família mais...

192. ***Isto faz quantos anos?***

193. Foi em 86... Foi em 88 que eu comecei a beber, mesmo. Eu não bebia. Até que eu falei para você... Foi no dia do jogo do Corinthians x Guarani, não tinha água e apareceu pinga lá... Eu entrei na pinga. Naquele dia em diante eu não parei mais. Era todo dia. Era de manhã, era...

194. ***Você percebeu que estava bebendo demais e não conseguia parar... Quanto tempo demorou desde a época em que você achava que tinha de parar até conseguir parar?***

195. Foi depois de quatro anos que eu estava bebendo direto.

196. ***Nestes quatro anos você teria vontade de parar, se conseguisse? Ou não?***

197. Nem passava pela cabeça parar de beber.

198. ***Parar de beber só começou a fazer parte de seus planos depois da UTI?***

199. É. Depois que começou a fazer mal, mesmo, que vi que não agüentava mais, mesmo. Tem vez que... Eu vindo pela estrada... [trecho inteligível sobre, aparentemente, o risco que corria vindo pela estrada tendo que beber]. Chegava a noite eu dormia, não agüentava. De manhã tinha que tomar uma para poder firmar os nervos e poder vir. Aí eu cheguei e pedi acordo. Aí eu vi que ia

bater o caminhão na estrada, que eu ia morrer... Ia morrer, ia ser muito mais pior.

200. ***Você preferiu pedir demissão?***

201. É.

202. ***Em vez de parar de beber, preferiu pedir demissão...***

203. É, daí fiz um acordo.

204. ***Se você tivesse parado de beber naquela época, você poderia ter continuado no emprego, né?***

205. É. Eu também pedi o acordo mais interessado na E. [empresa]. Já estava arrumando este segundo emprego. Porque tinha o H. que me conhecia da C. [outra empresa]. O chefe falou para eu procurar ele quando saísse. Eu saí de lá em novembro, dois dias de teste... Demorou mais para entrar por causa dos vários exames que eles pediram para fazer, demorou... Entrei lá em janeiro de 94.

206. ***Você tinha muitos amigos que bebiam, né? Agora como é?***

207. Eu tenho uns amigos que bebem. Só que agora eles não oferecem mais bebida para mim. Eles vêem que eu dei um jeito de não beber, eles não oferecem mais.

208. ***Você fala dos colegas ou dos conhecidos do seu bairro?***

209. Eu mudei lá do F. [bairro]. Quando eu chego lá, na casa da minha mãe, que eles me vêem, eles vão conversar comigo, contar caso.

210. ***que vocês conversam atualmente?***

211. Eles falam para mim: "– Como você fez para parar de beber?"

212. ***Estão todos querendo parar de beber, lá?***

213. Tem. Aquele que teve cirrose parou. Agora ele conseguiu andar, porque não andava mais... Quando ele andava era com um pedaço de pau se escorando. Eu peguei e falei para eles: primeiro, foi a internação, depois foi o remédio que eu tomei, e também um pouco de vergonha que eu criei, se não não tinha parado com o álcool.

214. ***A casa onde você costumava beber, lá no seu bairro, era para quantas pessoas? [bebiam, o entrevistado e seus amigos, num lugar a que denominavam "capela".]***

215. Dois cômodos; lá cabia gente pra caramba.

216. ***Uma casa ou um barraco?***

217. Um barraco. O terreno da prefeitura, lá... Eles fizeram um barraco... O que morreu e o que deu cirrose.

218. ***Você ia e conversava sobre o quê, lá?***

219. Eu ia para beber, mesmo. Chegava o primeiro ali e já iam chegando... Na base de uns quinze por dia passavam pela "capela"...

220. ***Chegava hora em que tinha quinze lá dentro?***

221. Quinze lá dentro, todo mundo bebendo.

222. ***Quem pagava esta bebida, vocês?***

223. Quando eu andava com dinheiro direto... Uma vez eu fiquei sem trabalhar mas eu tinha dinheiro. Eu não esperava o INPS, não. Tinha dinheiro, ia na Caixa Econômica e tirava dinheiro para gastar. Até que minha irmã descobriu que eu estava gastando dinheiro, eu gastei bastante. Só guardou no Bradesco e no Itaú, ela conseguiu guardar. Porque o da prefeitura eu tirei tudo senão fechava a conta. Deixei o da Caixa Econômica pra poder gastar. Essa conta ela não sabia que eu tinha. Eu tenho esta conta desde 85, até hoje eu não fechei ainda.

224. ***Tinha conta e quantos bancos?***

225. Tinha em três.

226. ***Quantas sua irmã controlava?***

227. Ela controlava o Econômico, o Bradesco. Tinha a Caixa Econômica só que ela não sabia, agora esses dias é que ela ficou sabendo.

228. ***Você também estava construindo uma casa escondido, não?***

229. Está lá até hoje, eu vou vender ela.

230. ***Por que você escondeu?***

231. Queria viver sozinho pra ninguém me encher a paciência no negócio da bebida. Quando eu comprei este terreno, a minha irmã, ela estava junto comigo. No dia em que ela me disse que ia dar a entrada lá, eu disse que não ia dar entrada coisa nenhuma, não. Aí eu peguei e dei a entrada e fui pagando.

232. ***Agora a casa já está começada?***

233. A casa está começada, agora vou ver veneziana, tudo, faltam alguns trincos. Eu peguei e pus à venda, lá. Falei "vou vender". Vou ficar mais perto da minha mãe.

234. ***Você estava querendo morar sozinho?***

235. Morar sozinho pra ninguém encher minha paciência com negócio de bebida, para eu parar de beber.

236. ***E hoje, o que você acha disso?***

237. Uma palhaçada. Morar sozinho... aí que eu morria afogado na pinga, mesmo.

238. ***Quer dizer que sua família foi importante para você parar?***

239. Foi. Foi importante e depois eu fiquei conhecendo a L. [esposa] A L. me conheceu ainda bebendo. Até que eu estava com gesso no braço, ainda. A M. [amiga comum] eu conhecia há cinco anos. Falou para ela que eu era um cara muito bonzinho. Ela me conheceu através do marido dela, eu era muito amigo da A, e aí a L. se benzeu inteira. Aí eu tirei o gesso do braço e ela falou que eu desapareci. Foi a época em que eu estava internado. Depois voltei e já tinha parado [de beber] e consegui ficar...

240. ***O namoro começou depois da internação?***

241. Depois.

242. ***Quer dizer que a L., mesmo, não te ajudou na interrupção. Ou você acha que já estava gostando dela?***

243. Eu já estava gostando dela e ela gostando de mim, só que eu não sabia... A M. não tinha falado para mim. Foi depois que eu sumi, que eu voltei e não estava bebendo mais, que eu consegui ficar com ela.

244. ***Você acha que ter gostado da L. ajudou você a parar de beber, ou não? Não agora, atualmente, na época em que você decidiu parar.***

245. Na época em que eu resolvi parar ela deu bastante ajuda para mim. Quando eu vim para rua eu estava fraco ainda, estava correndo risco de voltar a beber de novo. As minhas irmãs contaram tudo para ela, o que eu era, contou tudo. Foi até que eu apanhei nojo. Hoje eu não posso mais com o cheiro do álcool. Apanhei nojo do álcool.

246. ***Nem quando você se lembra lá da Ipioca, que deve ser gostosa...***

247. Não, eu não quero saber... Me dá até um negócio no estômago.

248. ***Se você fosse pôr na balança: quem te ajudou mais: a família, a namorada, os médicos, os enfermeiros, as pessoas do seu trabalho...?***

249. Foi.

250. ***Quem você acha que teve mais importância? Não digo no tratamento, mas na vontade de parar de beber?***

251. Na vontade minha de parar de beber, Bruno, foram minhas irmãs e a L. Elas foram me dando conselhos. Elas

foram me dando conselho foi ajudando eu para esquecer da bebida.

252. ***Tiveram paciência?***

253. Tiveram muita paciência para me ajudar. Depois que fiquei conhecendo a L., não tinha jeito de dar vontade de beber. Ela não largava direto, né? Todos os passos que eu dava ela estava junto, nós ficamos sem ver um ao outro quando eu estava trabalhando. Quando eu chegava na cidade ela estava me esperando no ponto de ônibus.

254. ***Isso quanto tempo?***

255. Ah, isso de março até junho, foi quando a gente amigou, primeiro.

256. ***Mesmo antes de conhecer a L., você, parece, já esteve se ligando a pessoas. Antes você se ligava mais à bebida.***

257. É na bebida.

258. ***Por que você se afastava da pessoas, assim?***

259. Não tinha jeito, eu já estava bêbado. Eu tinha afastado, afastado as pessoas, mesmo. Não estava ligando para mulher mais, não. Afastei mesmo, não tinha mais jeito, todo dia eu estava bêbado. [trecho ininteligível: fala da relação com a antiga namorada e noiva e com os parentes dela, que tentavam "destruí-lo".]

260. ***Na época em que você bebia, havia gente que tentava fazer você parar, sua família, a assistente-social... Mas tinha gente que te incentivava a beber?***

261. Tinha: a noiva.

262. ***que ela dizia?***

263. Que a bebida não fazia mal, que ela bebia desde criança e nunca fez mal. Com ela eu comecei a tomar cerveja, a misturar bebida forte, aí subia. Quando me machuquei foi por causa dela. Fui internado e ela não foi nenhum dia me ver...

264. ***A vontade de parar de beber, você acha que aconteceu de repente ou foi aos pouquinhos?***

265. Desta segunda vez, eu mesmo tinha pedido para ser internado, né? Eu não conseguia parar sozinho.

266. ***Foi uma decisão de uma vez na sua cabeça, ou...***

267. Não, foi uma decisão de uma vez, mesmo. O pensamento foi: "eu tenho que parar com isso". Eu lá procurar ajuda e minhas irmãs foram na frente.

268. ***Com relação ao tratamento: o que você acha que te ajudou?***

269. Lá [onde ficou internado] eu estava intoxicado, né? Tomei remédios para combater o álcool.

270. ***Qual a função do tratamento, além de ajudar na desintoxicação?***

271. Acho que o tratamento foi para mim bom. Tudo foi bom para mim, o tratamento mais a ajuda das pessoas. Foi tudo ótimo. Eu estava é morto, mesmo.

272. ***Quando você resolveu parar, você devia querer melhorar outras coisas na sua vida...***

273. Eu queria fazer voltar a confiança que eles tinha em mim. E voltou. Agora eu faço o serviço e eles não vão perguntar para os outros se está certo, mesmo. [trecho ininteligível: fala da boa aceitação de seu trabalho junto aos supervisores.] E agora eu tenho confiança em mim.

274. ***Tem gente que quando resolve procurar um tratamento não resolve parar, mas só diminuir, que controlar o uso da bebida, beber normalmente. O que acha disso?***

275. Isso aí, Bruno... Isso aí não tem controle... Um dia você bebe menos, noutro dia bebe mais. Aí quando... emenda tudo de uma vez e não tem controle não.

276. ***Em alguma época você acreditou que pudesse ter?***

277. Tentar diminuir? Conseguia um dia só, depois voltava a mesma coisa.

278. ***Mas você tentou apenas diminuir?***

279. Cheguei a tentar. Não tive controle sobre a bebida.

280. ***Antes de passar por este tratamento, que idéias você fazia dos médicos, dos enfermeiros, dos terapeutas, que idéia você fazia deles?***

281. Eles tiveram toda paciência comigo. Porque no começo eu ficava bravo. Eles têm paciência comigo. Eles me levavam no normal até pegarem confiança em mim.

282. ***Antes você achava que as pessoas falavam mentira para você; que o álcool causava cirrose... então você não confiava muito...***

283. Não, não confiava não. Depois passei a confiar porque eu vi que não dava jeito, mesmo. Não adianta pelear mais, não tem jeito.

284. ***Quando você se lembra da clínica onde ficou, o que você pensa?***

285. A clínica foi importante porque me ajudou a viver, né? Não fosse a C. [clínica]... Agora, esses hospitais em

que passei aí... não é fácil não, o X. [hospital] foi um. O X. [hospital] tinha tratamento pro álcool, mas não é como na C. [clínica]. Porque a comida do X. [hospital] não dá pra comer, não. Na C. [clínica] não tinha vontade de ir embora. Eu via o pessoal pulando o muro, pensava: vou embora para quê? Eu tenho que sarar. A C. [clínica] foi muito importante para mim. Todo mundo que trabalhava ali dentro foi muito bom para mim.

286. ***As pessoas gostam de você na C. [clínica]...***

287. É por isso que eu vou lá, passa um mês e eu vou lá visitar, uma visita alegre. Foi um lugar em que eu consegui viver. A X. [gerente] falou para mim que fica contente quando me vê. Um paciente que sarou e volta lá para visitar.

288. ***Por que você acha que a X.. [gerente] é diferente das enfermeiras do Y [hospital], por exemplo? Ou em que a cozinheira é diferente? Em que eu seria diferente do médico do X. [hospital]? Por que esse pessoal é diferente?***

289. normal da pessoa é conversar, Bruno, com a gente. A gente sente o que vocês estão fazendo com a gente. Não é falar com aquela falta de educação. Não é falar gritando. Uma pessoa gritar, a gente sente aquilo ruim, uma pessoa gritando com a gente. Parece que não quer fazer aquilo. Agora este pessoal da clínica, a A. [assistente social] vem conversar comigo tudo sério, tudo normal. Eu vou compreendendo aquilo. Vocês não tratam com falta de educação. É um tratamento, e eu vou compreendendo aquilo, até que no fim eu fui esquecendo a danada [aguardente]. Até a A., hoje mesmo eu estava conversando com ela, nós estávamos brincando, eu estava brincando com ela. Ela falou: "Eh, meu tranqueira... O que o meu tranqueira virou? O meu tranqueira virou homem". Ela falou que o único funcionário que deu mais trabalho na E. [empresa] fui eu. Diz ela que agora tem uma mulher dando trabalho para ela.

290. ***Deixa-me ver se tem mais alguma pergunta. Sim, na época em que você resolveu parar de beber, sua mãe estava bem de saúde?***

291. Estava bem. Estava doente, mas não estava tão atingida. Ela ficava muito triste de ver o filho.

292. ***Bem, o que eu queria perguntar é isso. Você gostaria de falar alguma coisa que possa ter ajudado você tomar a decisão de parar de beber e eu não tenha perguntado?***

293. Não, Bruno.

C.

ENTREVISTA NÚMERO 03

Local e data: realizada no consultório no dia 20/01/98

Duração: aproximadamente 70 MINUTOS

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:

Inicial fictícia: C.; *sexo:* masculino; *idade:* 18 anos; *etnia:* branco; *Procedência:* Campinas – SP; *Escolaridade:* ensino médio incompleto; *Estado civil /situação familiar:* solteiro, sem filhos, mora com os pais e dois irmãos; *Profissão / ocupação:* técnico de telefonia, desempregado; *Religião:* não tem

ALGUNS DADOS CLÍNICOS:

Substância preferencial de abuso / tempo de uso: cocaína intranasal há cerca de dois anos

Outras substâncias que usa: álcool, maconha, nicotina

Há quanto tempo no atendimento atual: 10 dias

Outros problemas de saúde: não tem

OUTROS DADOS SOBRE A ENTREVISTA:

Terminei a entrevista com a sensação de que não havia sido frutífera para os objetivos da pesquisa, achando que as respostas não tinham sido bem desenvolvidas pelo entrevistado. O entrevistado, no entanto, pareceu à vontade e nada *defensivo*. Minhas intervenções foram numerosas e, na audição da fita cassete, pareceu-me que isto se deveu às sinalizações claras que o entrevistado fazia que havia terminado a resposta e esperava pela próxima colocação minha.

TRANSCRIÇÃO:

294. *[Explico os objetivos da pesquisa]*

295. Uma coisa é a discriminação que o pessoal tem. O drogado, ele é... sei lá, muito discriminado hoje em dia na sociedade. Já, em outro caso, começa a prejudicar bastante a pessoa.

296. *Como é isso do preconceito?*

297. preconceito é o seguinte, não digo que é só o pessoal mais velho, mas todo mundo que nunca se drogou, que nunca usou isso aí, eles discriminam. Eles discriminam mais um drogado do que um ladrão, né?

298. *Você sentiu essa discriminação de que maneira?*

299. Sentí. Eu tenho amigos que, quando viram que eu estava usando direto, cortaram legal, sabe? Sendo que eu nunca ofereci para ninguém isso aí. Eles cortaram. Discriminaram legal. Estando no meio de roda de amigos, eles começam a tirar sarro de você. Tiram sarro direto.

300. *Normalmente é o oposto: quem usa tira sarro de quem não usa...*

301. A gente tira também, né? "Aquele cara é careta, aquele cara é babaca." Mas o pessoal que não usa também tira bastante, só que tira de uma forma... por exemplo, se estiverem com um monte de meninas, eles jogam você lá embaixo. Falam "Que nada, o cara cheira pra caramba, o cara está estragado já, está só com a carcaça". Pô, é foda...

302. *Alguém falou isso de você? Perto de você? Como você se sente?*

303. Falam direto. Dá raiva, mas aí você acaba entrando no sarro. Mas é meio marcante. Sei lá, machuca um pouco, né?

304. *Você percebe este tipo de discriminação faz tempo?*

305. Faz muito tempo não, um ano mais ou menos.

306. *Você também falou dos prejuízos...*

307. Eu, que cheiro... você vai jogar bola e não consegue correr, você vai nadar e quase morre sem fôlego. Que mais? Cheirar um carreirão numa noite, no outro dia você acorda e vai trabalhar, você está quebrado. No começo do dia você fica... que tá louco... parece que levou um monte de porrada no outro dia. O olho vermelho... não quer fechar. É ruim pra caramba, no começo do dia é bravo... depois melhora.

308. *Você usa cocaína há quanto tempo?*

309. Vai fazer dois anos agora em junho, julho.

310. *Esses prejuízos de não conseguir fazer exercícios, acordar mal no dia seguinte, isso começou quando?*

311. Mais ou menos oito meses depois que eu comecei. Quando a gente cheira, eu em particular fumo bastante. Uma noite que eu pego pra cheirar eu fumo um maço ou dois de cigarros. Eu cheiro e vou fumando um cigarro atrás do outro. Parece que não pára...

312. *Tem gente que bebe...*

313. É, beber cerveja também eu bebo, dá muita sede, né? A garganta fica seca. Tem que beber alguma coisa, se beber água não dá muito certo, então o negócio é beber cerveja, uisque...

314. ***Por que fumar quando cheira?***

315. Não sei, você acaba de dar um tirinho e dá aquela vontade de fumar pra caramba. Não sei o que acontece. Na hora, é automático.

316. ***Então você fala de prejuízos físicos: perder fôlego, acordar desanimado, cansado. Prejuízos sociais: discriminação pelos seus amigos. E do ponto de vista psicológico?***

317. Tem vez que você quer desistir de tudo. Você fala: "não cara, que se foda, o negócio é cheirar". Aí, de repente, já bate aquela outra... parece que vira tudo e você fala: "tenho que parar com isso". Vira totalmente ao contrário. Na mesma hora, é automático. Penso "vou parar com isso, vou parar, vou parar". Aí, beleza... você fica um, dois, três dias... chega no terceiro ou quarto dia, você fica meio... Tendo dinheiro na mão, você usa. Sei lá, o negócio é meio esquisito.

318. ***Você tem sensação de culpa, arrependimento, quando cheira?***

319. Tenho depois. Na hora em que eu vou deitar, que começa a passar a loucura, você começa a ficar naquela neurose... Aí sim dá aquilo de culpa, de sentimento de culpa, arrependimento dá bastante. Mas sempre é depois, porque na hora você não está nem aí com nada. Até o primeiro tirinho vai, depois que você deu o primeiro tirinho, aí fodeu tudo. Aí você não quer parar mais.

320. ***E a sua família nesse seu processo de resolver se tratar, de resolver parar de usar, o que percebeu na família, se é que percebeu...***

321. Olha, minha mãe tá melhorando. Tô melhorando agora o relacionamento com ela. Minha irmã, discuti com ela no sábado, ela disse que eu estava cheiradão, sendo que eu não estava, eu estava meio bêbado, voltando da escola de cadetes [festa]. Depois que eu falei tudo, que me desabafei, parece que melhorou um pouco este lance de ela ficar falando de mim.

322. ***E o ao longo destes dois anos, você acha que a situação familiar piorou?***

323. Piorou bastante. Pior em todos os termos. Uma é que eu saía de carro, ficava até quatro, cinco horas da manhã numa segunda-feira, quinta, quarta-feira... não

tinha dia. E meu pai pegava no pé por causa do carro. E a minha mãe a mesma coisa: "pô, você vai ter que trabalhar amanhã e está aí no meio da rua até três horas..." Piorou bastante; e agora é que está começando a andar um pouco.

324. ***E o trabalho, nesses dois anos, como foi?***

325. Ela prejudica assim: você cheira cocaína até quatro horas da manhã, não dorme, fica até as sete horas acordado. Aí você não consegue trabalhar. Fica sem dormir, parece que levou um monte de porrada no dia anterior. Você tenta dormir e consegue até umas onze horas. Começar o trabalho no meio do dia não tem jeito. Começava a trabalhar ao meio-dia, ia embora às quatro para dormir...

326. ***Você me disse que pensou pela primeira vez em parar de usar cocaína há alguns meses, seis, oito meses. Quando você pensou em parar de usar você não pensou em tratamento...***

327. Tentei parar por conta própria só que você não consegue depois que você está embalado, você não consegue... a não ser que seja uma pessoa de cabeça bem forte, mesmo. Mas mesmo assim é difícil, tenho certeza de que é difícil.

328. ***Você chegou a tentar parar...***

329. Cheguei, sim, a tentar. Cheguei a ficar quinze ou vinte dias sem usar nada e aí sempre tem um colega que chama você "que nada, dá um tirinho pra ficar bala! Toma aí, um tirinho não vai fazer mal, não..." Aí você dá o primeiro e você atravessa a noite. E assim vai. Aí, no outro dia, você fala "não deu nada no outro dia, toma um tirinho hoje pra você". Aí começa tudo de novo.

330. ***Faz uns seis, oito meses que você vem tentando parar? Você se lembra quando teve a idéia de procurar um tratamento, mesmo?***

331. Então... foi um dia em que eu cheguei muito louco em casa. Minha mãe falou que... não sei como foi... ela falou que eu estava cheirando e tal... Peguei e falei assim: "É, mãe, estou cheirando mesmo, hoje eu cheirei, tô muito louco e... eu quero parar, só que eu não estou conseguindo". Ela falou: "Se você não tentar se ajudar, você não vai por caminho nenhum". E eu falei pra ela procurar alguma coisa pra mim, e tal... Ela procurou e aí...

332. ***Por que você pediu pra sua mãe procurar, e não você mesmo?***

333. Não sei. Sei lá, dependo muito dela, né? Acho que deve ser mais ou menos por aí. Dependo em todos os sentidos. Não, todos não. Assim, em termos financeiros eu dependo bastante dela. Sei lá, o carro dela... tudo, né? A parte mais material é dela.

334. ***Parece que o lado mais prático de sua vida ela "controla". Será que você pediu a ela o tratamento por que você acha que ela tem mais capacidade para ir atrás, saber das coisas?***

335. Não, é porque ela sempre fez trabalho com psicólogo, né? Acho que já há seis, oito anos ela trabalha com psicólogo e ela tem mais conhecimento, sim, nesta área. Então eu também já pedi pra ela ir atrás. Ela tinha medo de sair na rua sozinha, aí ela começou a fazer um trabalho com psicólogo, ela parou de fumar, voltou a ser normal. Sai, vai para onde quer.

336. ***Você achava que ela tinha mais experiência nessa área de psicologia... ela foi atrás?***

337. Ela foi mas arrumou uns psicólogos aí que eu não gostei, tá louco... Cheguei a ir conversar com eles, não gostei não. Tinha um que era chato pra caramba. Tinha uma outra que era meio... xaropona.

338. ***Por que um era chato e a outra xarope? Por que você não gostou?***

339. Um era meio... sei lá... não dava pra conversar com o cara, ele não falava nada. E já a outra, o jeito dela, assim, não bateu bem com o meu. Meio esquisitona, minha personalidade não bateu com a dela, quando é assim, não vai.

340. ***Estou curioso pra saber qual aspecto dela não te agradou.***

341. Não sei...

342. ***Era jovem?***

343. Tinha uns trinta anos.

344. ***Ela falou algo de que você não gostou?***

345. Ela nem falava direito, eu é quem mais falava.

346. ***Então você foi a dois psicólogos, um psiquiatra e depois veio aqui? Você foi perseverante... você foi em quatro profissionais... o que estava buscando?***

347. Estava procurando um lugar onde me sentisse bem, entendeu? Para... sei lá... me abrir legal, ter um pouco mais de força pra ver se paro com esse negócio aí...

348. ***Hoje, quando você imagina um tratamento pra dependência química, como você imagina que seja? O que seria necessário pra alguém se tratar?***

349. O que seria necessário? A pessoa tem que ter força de vontade, em primeiro lugar. Porque eu vejo muitos caras aí que... Falei que estava indo num psicólogo e que ele estava fazendo um estudo... falei pra um amigo meu... a respeito de jovens, adolescentes drogados e que eu ia entrar nesta tese, no meio do estudo. Ele falou: "Pô, você vai ser cobaia?" Esta pessoa cheira faz quatro, cinco anos, já, faz muito tempo já e... ele não procura se tratar, sabe? Se está vendo que o cara está se fodendo, all. Está indo pra merda mas tá ali. Quem não vê? O cara perdeu o carro, uma casa que eles tinham aí. Acabou todo o dinheiro por quê? Por causa dele que é um babaca... O cara não procura, o cara não vai atrás. Quer dizer, não tem força de vontade, né?

350. ***E sobre o que ele falou de você fazer papel de cobaia, você acha isso também?***

351. Não, eu não acho assim. Se eu achasse assim eu não tinha nem... Eu penso totalmente ao contrário...

352. ***Cobaia é um animalzinho que alguns cientistas usam para estudar remédios, estas coisas... Usam o bicho e depois descartam. Este tipo de pesquisa, ao mesmo tempo em que a entrevista vai servir pra tese, é uma forma de te conhecer, não vou te descartar, vamos continuar o tratamento se você quiser...***

353. Claro...

354. ***Mas esta visão de seu amigo é interessante porque ele parece crer que os que tratam de dependentes de drogas são pessoas más...***

355. Deve ser mais ou menos assim. Porque no estado em que ele está, não dou pra ele mais três anos de vida. Eu não quero assim! O cara é colega, gente fina, mas o cara precisa ter um pouco de cabeça, né? Senão não vai pra frente, não...

356. ***Faz seis meses que você acha que tem que parar de usar, ou diminuir. Mas só depois de seis, oito meses é que você procurou alguém pra se tratar. Neste período, que idéia você fazia das pessoas que tratam de dependentes químicos?***

357. Olha, eu nunca fui contra isso aí, mas eu... Eu não tô entendendo muito bem... É um trabalho... como vou colocar? Eu já sabia mais ou menos como é um psicólogo

go. Tem muita gente ignorante que acha melhor procurar uma igreja, ele acha que é melhor ter a força da cabeça. Eu já tinha conhecimento de psicólogo porque eu fazia tratamento quando pequeno. É um trabalho que ajuda as pessoas assim... dá uma força pras pessoas, entendeu? Você se abre com a pessoa e é uma ajuda... você se ajuda com o psicólogo...

358. **E o psiquiatra? Eu, por exemplo?**

359. Não tinha muito conhecimento. O que eu conhecia é que ele trabalha com louco, né? Quando minha mãe marcou com o Z. [médico psiquiatra], falei: "Mas não estou ficando louco". Ela disse que o psiquiatra é um psicólogo que pode receitar remédios. Eu até falei pra uns caras que tava indo num psiquiatra. Falaram: "Pô, tá ficando louco?" Não, não é bem assim. Peguei e expliquei. O psiquiatra tem cara de louco e cuidando de louco... então é meio bravo... é o que se conhece na rua.

360. **Nestes seis, oito meses você recebeu pressão para parar de usar. Teve também pressão no outro sentido?**

361. Tem... Isso aí tem bastante. Você chega num cara que nunca parou, nunca procurou ajuda e fala: "Vou parar de cheirar". Ele fala: "Que nada... o negócio é bom..." Começam a jogar aquele verde... tenho amigo que tem uma Mercedes. Então falam: "Se fosse ruim, esse cara não usava, ele não precisa trabalhar pro resto da vida, o pai tem dinheiro pra caramba... por que você acha que ele tá cheirando? Porque o negócio é bom!" É desse jeito, sabe? Fiquei quieto.

362. **rompimento recente de seu namoro teve a ver com a cocaína?**

363. Não é que teve a ver. Ela não sabia, só que eu falei pra ela depois que a gente terminou. Eu ligava para ela no sábado e dizia que ia tomar um banho e ia pra casa dela. Quando saía, encontrava alguém e só voltava pra casa às seis horas da manhã, sem nem estar aí com nada... Era pra cheirar... Eu dava desculpas.

364. **Você completou dezoito anos há doze meses, coincidindo com estes 8 meses que você começou a querer parar de usar. Teve alguma coisa a ver?**

365. No dia do meu aniversário eu quase jurei pros caras: "Vou criar cabeça e parar de cheirar, agora que estou fazendo dezoito anos". Foi a partir daí mesmo que comecei a pensar um pouco. Dezoito anos marca muito, né? Você é maior, tem que tirar todos os documentos,

você tem responsabilidades. Se fizer cagada, você vai pra cadeia. Contribuiu sim...

366. **[Nega problemas físicos neste último ano. Nega problemas de dívidas com traficantes.]**

367. O problema mais sério no trabalho foi um serviço pra um traficante. Eu trabalhava para ele e ia pegando tudo em cocaína. Eu demorei quase quinze dias para terminar o trabalho. Quando terminei, eu estava devendo trinta dólares, na época eu pegava em dólar, não era real. Sendo que eu usava o dinheiro de minha mãe para comprar as peças. Foi tudo...

368. **[nega ameaças de traficantes]**

369. **Qual a idéia que você faz de traficante?**

370. Agora que eu conheço... tem BMW, carro zero. O cara é uma pessoa normal. Esse cara, se ele estiver passando na rua e encontrar comigo, vai me convidar pra tomar cerveja... Ele é uma pessoa muito gente fina. Tem uns que são meio cheio de botar banca, cheio de querer.

371. **Você conhece alguns e são meio barrapitada, às vezes...**

372. É, é sim. Tem vez que você vai e eles estão com metralhadora por baixo da blusa. Na hora que você chega de carro, mandam apagar o farol e já põem o negócio na porta do carro: "E aí, beleza? Quanto vai?" É perigoso. Se você conhece o cara, não oferece perigo. Se você quiser bater boca lá num ponto de venda, você tá fodido. O negócio é chegar lá e pegar amizade, não custa nada! Se começar a dar mancada, aí fodeu... tem um irmão de um conhecido, que levou um tiro e teve que amputar o pé. Tinha endividamento grande e chegou lá e queria pegar mais, queria tomar conta, né? O negócio embaçou... destruíram o pé do cara.

373. **Como você acha que os traficantes vêem esta questão de tratamento?**

374. Este traficante do X. [bairro] é o que eu mais tinha amizade. Ele falava: "C. [nome do entrevistado], o negócio é o seguinte, você tem que ter cabeça". Ele dava força pra mim. O cara é casado, a mulher dele não sabe. Ele falava que tinha que ter cabeça: "Eu já cheirei pra caramba, não sinto mais vontade dessa porra aí. Tô bem de vida". Hoje ele está mais forte [mais rico]. Falou pra eu parar, me deu força. Ele é um cara muito gente fina.

375. **Sobre a escola. Você está sem estudar... tem a ver com a cocaína?**

376. Parei de estudar ano retrasado. Ano passado eu recomecei e este ano também recomecei. Eu acho que não [tem a ver]. Na época em que comecei a cheirar, eu não cheirava na escola. Aí, já no outro ano, eu acho que sim, que tem alguma coisa a ver. Foi na época que eu estava com este T. [traficante]; eu pegava um monte de farinha. Ia até a escola, nossa! Alucinado... entrava na classe, entrava conversando com todo mundo. Aí batia aquela neurose, todo mundo estranhava, batia aquela neurose. Ficava parado... e eu ia de carro pra escola, eu trabalhava, então já ia direto. E eu já deixava um tirão deste tamanho batido dentro do carro... dentro do portamalas trancado. Eu descia pro carro correndo (pedia pro professor deixar eu ir pro banheiro, ia lá no carro e voltava falando mais que a boca. Aí, quando parei, a segunda vez que parei [de ir à escola], comecei a faltar na escola pra cheirar, comecei a mentir. Falava pra minha mãe que eu ia pra escola e não ia. Ficava noutro bairro, cheirava...

377. *Você costumava mentir assim antes? Você falava pra sua namorada que ia passar lá e não ia...*

378. Quando eu andava de bicicleta, eu era pequeno, né? Eu ia pra longe mas não poderia falar pra ela. Eu tinha que falar pra ela que eu tinha ido na casa de um amigo, que estava brincando lá...

379. *Você falou de uma "neurose" que a cocaína causa... o que aconteceu de mais grave?*

380. Se, por exemplo, você está andando [de carro] e tem um carro branco atrás. Vem vindo atrás, normalmente. Aí, depois, você encontra um carro branco, você fica assim, achando que está atrás de você. Mas, porra, não tem nada disso, sabe? No outro dia que você vai... você estava muito louco, muito alucinado. No outro dia você volta a si, aí sim... Uma vez eu estava cheirando, aquela vez tava mesmo. Lá no B [bairro] tem uma boca de farinha que é lá pra baixo, ficam polícia à paisana, só que eu não sabia e fiquei sabendo no outro dia. Eu estava indo e um táxi, um Opala-táxi eu vi. Peguei, fui num posto, tomei uma cerveja, voltei. Tinha o opala atrás. E eu não parei pra ele, eu já fiquei meio assim, eu já estava muito louco... Porra, fiquei com medo. Aí, este Opala sumiu e eu peguei a avenida Getúlio Vargas de novo e esse Opala estava parado numa esquina; na hora em que eu passei ele foi atrás. Aí tinha um carro de um

lado e outro do outro lado da rua. Um com o capô aberto e outro com a porta aberta e dois caras pra fora. Aí na hora em que eu fui chegando na lanchonete X, na hora que eu estava chegando assim, o carro que estava parado um pouco pra frente, ele atravessou na minha frente. Aí eu engatei ré no carro e nem vi quem vinha atrás, quase que eu bato num carro parado. Saí a milhão. Vinha um carro daqueles com a polícia atrás... aquele dia quase morri do coração. E ainda estava com cocaína em cima... Isso faz muito tempo já, não era nem de maior...

381. *Você já viu alguém passando muito mal pelo uso de cocaína?*

382. Um colega meu passou mal, estava com falta de ar, abria a boca assim, colocava a cabeça para fora do vidro, ficava passando a mão assim [no peito] e falava "ô meu, ô meu, tô com falta de ar". E eu falava para ele pôr a cabeça para fora. Foi só isso também.

383. *Isso te assustou?*

384. Assustou um pouco, na hora, depois não.

385. *Você já soube de alguém, que morreu por overdose?*

386. Não, não.

387. *Na sua família, neste último ano, aconteceu alguma coisa séria, problemas financeiros, por exemplo?*

388. Não.

389. *Sobre seu pai, ele nunca se intrometeu nesta situação?*

390. Acho que ele nem sabe, ele acha que eu parei.

391. *Houve alterações no comércio de cocaína? No preço?*

392. Mudou bastante. Na época em que comecei a cheirar, eu ganhava um salário mínimo eu pegava um grama (hoje uma grama é R\$ 15, mais caro que o ouro, né?), um papel, na sexta e, se sobrasse... eu não pegava no sábado; mas era sempre assim: seis ou sete papéis por mês, sabe? ainda sobrava um dinheiro bom pra mim. Eu ia no McDonald's toda semana, com dinheiro meu. E sobrava dinheiro pra comprar camisa, uma calça, um negócio assim. Gasolina do carro, uma cerveja de vez em quando. Hoje em dia, não, meu...

393. *Você deixou de consumir outras coisas para consumir cocaína?*

394. Teve dias que sim. Hoje em dia eu estou melhorando; mas eu cheguei a... o pessoal me chamava para comer lanche, e eu com dinheiro para comer, falava: "não, agora tô duro". Diminuíram as roupas. Viagens... diminui um pouco, mas é que diminuíram as oportunidades para mim. Acho que não foi em consequência, não...

395. ***Você procura tratamento mais por você ou por sua mãe? Porque foi depois de uma discussão com sua mãe que você resolveu...***

396. Mais por mim.

397. ***O que você pensa de hospitais, clínicas, etc., de internação? Fazenda do tipo W.?***

398. Disso aí eu só vi falar pela TV. Sei lá, acho muito pesado, né? Ficam lá plantando alface, batata [ri]. Pra mim é pesado ficar trabalhando de graça, lá... Não acho legal isso não. As clínicas... isso aí é no caso de uma pessoa totalmente perdida, né? Mas não sou contra, não, sou a favor. Se eu estivesse nesse caso, eu gostaria de ir. Gastaria, não, ia ser obrigado a me internar. Mas não sou contra não.

399. ***Como você acha que vai ser daqui pra frente?***

400. Pela minha força de vontade minha tendência é melhorar. Eu quero parar com isso aí. Tem que melhorar. Tomara que melhore.

401. ***Mais uma coisa que contribuiu para você se tratar do uso de cocaína?***

402. Ah, sim, outra coisa. Você falou de namorada... Onde eu vou eu arrumo mulher, meu... Agora que eu estou saindo sem usar nada, porra... Quando eu larguei da minha namorada, ela é que largou de mim, então tinha que fazer o seguinte: partir para outra. Mas só que aí eu comecei a cheirar demais. Não tinha uma sexta, sábado e domingo... Domingo até que falhava. Mas eu nunca gostei de sair meio cansadão. Eu comecei a cheirar demais e quando eu cheiro demais e não consigo ficar com ninguém. Eu não falo, não gosto de parar onde tem pessoas. Parece que os caras... parece que tem um monte de gente querendo me pegar ali no meio. Parece que todo mundo está olhando pra você. Você entra assim e parece que você é a atração... da peça...

403. ***O interesse sexual diminui com a cocaína?***

404. Ah, até aumenta. Tem vez que aumenta...

405. ***Você sente que está mais sociável agora?***

406. Só quando estou sem usar nada. Aí, sim, eu sou... Eu mudo totalmente, os caras mesmo falam... Quando me vêem dirigindo acelerado, eles dizem: "Ele está de cara [limpa] hoje, sem usar nada." Agora eles estão vendo que estou melhorando um pouco.

407. ***Você já pensou em morrer?***

408. Não, isso aí, não. Eu acho que não. Olha... de vez em quando... sei lá, sei lá. Quando a pessoa está meio injuriada... Sei lá, não penso em me matar, sabe? Pô, morrer, já pensou em dar uma porrada de carro? Como ia ficar minha mãe, aí?

409. ***Você então não pensa em morrer, é mais a preocupação de ocorrer um acidente?***

410. Sempre gostei de acelerar [o carro], desde pequeno, mesmo quando não tinha carro. Na rodovia a primeira coisa é pôr o sinto. Na cidade eu ainda tenho que me acostumar.

411. ***[Nega problemas com outras drogas]***

412. ***crack...***

413. Sei lá... Fica muito louco. Vê até bichinho na frente. Depois que passa o efeito, o que tiver vai. Eu vejo os caras que saem comigo, eles gostam é de fumar, mesmo. Já tive oportunidade de dar baque, tá louco, tenho medo desse negócio. Vi uma vez um cara dando baque do meu lado, você precisa ver o jeito que o cara ficou, pelo amor de Deus. O cara babava, parecia cachorro louco.

414. ***[Nega uso abusivo de álcool pelos pais]***

D.

ENTREVISTA NÚMERO 04

Local e data de realização: no consultório, no dia 16/02/98

Duração: aproximadamente 120 minutos

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:

Inicial fictícia: D.; *sexo:* masculino; *idade:* 24 anos; *etnia:* branco; *procedência:* Campinas-SP; *Escolaridade:* ensino médio completo; *Estado civil /situação familiar:* solteiro, sem filhos, mora com os pais e uma irmã; *profissão / ocupação:* sem profissão, não trabalha; *Religião:* espírita praticante

ALGUNS DADOS CLÍNICOS:

Substância de dependência / tempo de uso: cocaína intranasal há cerca de 5 anos

Outras substâncias que usa: álcool; já experimentou várias (v. entrevista)

Há quanto tempo no atendimento atual: 20 dias; teve internação em clínica especializada em dependência há cerca de 6 meses

Outros problemas de saúde: não tem

OUTROS DADOS SOBRE A ENTREVISTA:

Chegou cerca de 10 minutos atrasado para a entrevista, desculpando-se. Mostrou-se ansioso principalmente no início (cometendo um lapso de linguagem logo de início); mostrou-se ao longo da entrevista mais formal, procurando se expressar corretamente gramaticalmente, eventualmente *mandando recados* para eventuais leitores.

TRANSCRIÇÃO:

415. *Por que do atraso?*

416. Pelo seguinte, eu... é... eu fiz tudo pra que a hora funcionasse do jeito que estava programado. Porque eu já teria que ter levado a X. [cachorra]. Mas eu levei após... eram... eu cheguei acho que eram duas horas, duas e quinze, por aí, né? E fiquei até agora no veterinário, certo? Se eu trago a cachorra, ela fica na caçamba, a caçamba é fechada. Eu levei pra casa, troquei de roupa, lavei a mão, o rosto, né? Pelo menos, né? Porque, fora a alergia que eu tenho do pêlo do cachorro... e vim embora.

417. *Você tem cachorros?*

418. Somos quatro cães, aliás, temos quatro cães. Cinco cães. Três filhas e dois pastores alemães.

419. *Você se importa de estar gravando?*

420. A gente sempre sente... aquela... alguma... Aliás, a gente sabe que alguma coisa está acontecendo, né? Tá gravando, você sabe que cê tá falando, você vai escutar depois... ou não, não sei... Mas você sabe que é uma prova, um material que identifica uma pessoa, a espécie de conversa, o assunto, etc.

421. *Eu te expliquei que o acesso à fita é só meu.*

422. Sim, entendi... Mas mesmo assim... [ri]

423. *Qual é a sensação?*

424. Sensação de... uma coisa assim... Faz de conta que você tá numa entrevista mais importante; é importante, inclusive. Mas, sei lá, algumas das outras coisas... Uma sensação de... grandeza? Não... não é. É uma sensação gostosa, isso eu posso lhe dizer.

425. *É bom? Eu estava imaginando que lhe fosse desagradável...*

426. Não... eu acho legal dar a minha opinião, eu gosto, eu gosto... acho legal. Acho que... as opiniões, as idéias... pra ajudar alguém, pra fazer alguma coisa, acho legal, se tiver alguma... um projeto, alguma coisa que esteja por trás... é legal.

427. *[explico o projeto de pesquisa]*

428. Que recorreram... Eu já havia... há um tempo... já falado de clínicas. Foi no final do namoro com a K., a namorada que engravidou e... foi no ano pa... foi no ano retrasado, em 95... no final de 95 pra 96.

429. *Ou de 96 pra 97?*

430. da K. Não, esse é o da, esse aí foi o da S.

431. *Um ano antes tinha ocorrido...*

432. É... acho que... foi um ano antes? Ou não? Foi naquele ano? Acho que foi naquele ano, 96 pra 97, né? Tinha ocorrido o assunto de... Eu cheguei pros meus pais e mostrei uma carta que escrevi, falei "olha, eu tô a fim de clínica". Mas minha mãe achou que eu tava... Não que ela achou, é que não sabia que tava tão... assim... tão feia... como o D. falou... o fruto já tava... tão madura a coisa, sabe? Já tinha... estourado. Já tava numa dependência muito forte, já tava dependendo de cocaína em quantidades... é... superiores até... E aí eu fui levando durante um bom tempo... até 97 agora... fui achando "dá pra queimar vela", vamos dizer assim, dá pra agüentar mais um pouco.

433. **Isso... Da primeira vez em que você pensou em se tratar até ir pra clínica foi quanto tempo?**

434. Um ano... Mais de um ano, Bruno.

435. **Nesse um ano o que aconteceu? Sua mãe não acreditou muito?**

436. Fiquei levando a vida do mesmo jeito que tava... escola, rua, carro, dinheiro, é... que mais? Festas...

437. **Drogas...**

438. Droga já tava incluído no primeiro plano. Num podia pôr, aliás... Não dava um tiro... antes de sair de casa se não tivesse a droga, vamos dizer assim. Primeiro tinha, depois pensava que ia ligar pra não sei quem pra ver se... noitadas. Sabe? Tipo um ano mais ou menos nessa paranóia aí... E aí a S., minha ex-namorada, do lado... acompanhando. A S.?... É... foi 97... se foi 97 foi... isso mesmo.

439. **E... essa carta... você escreveu uma carta pra sua mãe dizendo que queria clínica...**

440. É... que eu tinha cheirado, que eu sou viciado em cocaína.

441. **Ela não sabia...**

442. Não, ela desconfiava, né? Que eu era adicto, não sei o quê... Ela falava... Na época eu não sabia ainda... a palavra adicto, adição. Hoje eu já sei. Mas na... escrevi viciado, e tal...

443. **Nessa época o que aconteceu pra você resolver dizer que era viciado...**

444. Brigas com a K. Nesta época, não, eu tava com a S., eu confundí. Foram... foram discussões, algumas discussões, né? E... com a namorada, com a família, fazia tudo que tava a fim... Fazia o que queria... Usava cocaína. Cocaína pra lá, cocaína pra cá... Pouca maco-nha, já nem tava mais fumando, fazia um bom tempo que eu nem tava mais fumando... A droga de... preferência ficou na cocaína. Aí... já viu, né? Agora dia e noite cocaína, dá um tiro, tal, volta, paranóia da...

445. **Você fala de brigas com a namorada... Você acha que foram umas das principais coisas ruins que aconteceram?**

446. Não, foram boas, até, as brigas. Serviram... serviu pra alguma coisa, né? Ela tava tentando me mostrar que não era a saída... a saída ideal, ia ser uma saída pro fundo do poço... que eu já estava... aliás, ia ser uma saída pro fundo da terra... E que veio acontecer depois de um tempo, né? Quase que eu fui pro balalau. [ri]

447. **Ela insistiu que você estava usando demais?**

448. Tava. Eu tava usando...

449. **Na época quem mais sabia que você usava?**

450. Eu acho que... a mãe, minha mãe sabia.

451. **E ela falava menos...**

452. Falava, mas... era difícil segurar, né? Quando a gente quer, a gente dá um jeito e...

453. **Quando se quer dá um jeito... E... alguma coisa aconteceu pra você achar que tinha que parar.**

454. Aconteceu... Aconteceu foi no dia seis de outubro... Seis de outubro de 1997, que eu entrei em convulsão... Não sei, passei mal, não sei se é entrar em convulsão... Passei mal porque usei da seis da manhã até... o meio-dia, meio-dia e meia, eu usei cocaína, em quantidade grande, em carreiras grandes, gordas, grandes... pra que acabasse mais rápido, né?... Aí, foi... eu vim a passar mal depois de... uma hora, uma hora e meia eu comecei a passar mal. Aí eu vi mesmo, eu tava... uma sensação estranha, inclusive eu tive uma... Inclusive... não sei como posso chamar isso, uma viagem, vamos dizer assim, com alucinação e que... eu vi uma mulher tocando harpa, né? Naquele hora eu vi uma mulher tocando harpa, uma mulher tocando uma harpa, e eu me aproximando dela e ela se afastando, foi a hora que eu comecei a passar bem mal, mesmo, comecei a... depois... inclusive a babar muito... saía sangue do nariz, né? Comecei a babar muito, babava bastante...

455. **Na sua casa?**

456. Na minha casa. Quem tava lá era a S. com minha mãe.

457. **Elas sabiam que você estava usando?**

458. Não, elas começaram a me ajudar, né? Mas... elas... não tinham visto, não viram... não viram... A S. foi pra faculdade. Minha mãe... eu fiquei no quarto dormindo, fingindo que tava dormindo, usando carreiras grandes e... bastante, né? Ela não entrava, né? Não entrava no meu quarto.

459. **Sua mãe não...**

460. Não... achava que não estava acontecendo nada, que eu tava dormindo.

461. **E aí a S. voltou pra sua casa...**

462. Aí, comecei a conversar com ela, tal... Aí eu tava passando mal. Inclusive eu acho que foi neste dia que ela quase... Não, não foi neste dia... É... eu já estava lá

em cima... na cama... eu deitei no chão... do outro lado da almofada... comecei a passar mal...

463. ***Chegou a perder os sentidos?***

464. Olha, que eu me lembro... não conseguia me movimentar muito... Fazia os movimentos, mas os sentidos eu... ainda escutava alguma coisa.

465. ***E aí foi levado ao hospital?***

466. Fui levado pro hospital, me deram um... um soro... eu fiquei com... acho que uma meia hora, uma hora parece que foi, muito soro, né? Acabou, fui embora pra casa, comi... dia nove de outubro eu tava dentro da clínica.

467. ***Três dias antes...***

468. Três dias antes ocorreu esse fato. Três dias depois eu... fui direto.

469. ***Aí você foi pra Ubatuba, quebrou a perna.***

470. Quebrei o pé... é... foi... bati, chutei o cara, machuquei o pé, chegou a quebrar, já fui com a muleta... [rí].

471. ***Em três dias viabilizaram a clínica, devia ter alguma coisa pensada.***

472. Então, foi o seguinte: já, já tinha uma coisa pensada, nesse dia já tinha. Já tava querendo, acho, procurar clínica. Minha mãe já tava atrás, nós já estávamos, por isso tinha uma... entrevista com o... aquela casa do Padre W. que passa pela entrevista, tal... que vai pra... que fazenda que for... ver que fazenda que é. E... pra ser internado. E aí não fui, já estava... em São Paulo...

473. ***Já havia todo um movimento de procurar um tratamento.***

474. Havia, porque eu já estava cansado... já estava sabe? Era só cocaína, cocaína, cocaína... Chegou uma hora que eu estava muito cansado, estava muito magro, tava... acho que nem pensamento direito eu não tava... eu nem tava... A gente fica meio grogue, grogue, grogue... Hoje eu vejo que eu tenho os sentidos mais... assim... as palavras, eu mesmo me perco um pouco, mas... acho que tenho mais sentido da minha vida sem cocaína, porque... porque... com a cocaína na... não dá pra ter.

475. ***Esse cansaço vinha antes da convulsão, um ano...***

476. Mais até.

477. ***Você já percebia que não tava tão bom, sem aquele encanto...***

478. No começo com doze anos de idade, treze anos de idade ou quatorze, quinze... eu comecei com quatorze... então... realmente é gostoso, mas a partir do momento que você experimentou você já sabe que aquilo lá vai te fissurar de novo, aí você já tá ferrado... A própria... Aí eu acho que vem muito antes... A curiosidade já é um início de dependência, porque... eu acho que é o seguinte: se você não experimentou, você sabe que faz mal tal... que vicia... que hoje em dia tem milhões e milhões no mundo inteiro etecétara, etecétara, dependentes de cocaína, do ópio, de qualquer tipo de material químico, aí... dependência química. Quer dizer o cara já sabe... quer dizer, ele já tá indo, praticamente, pro vício, ele já tá sabendo que ele vai se viciar... parece que o cara já tá conformado com a coisa que ele vai se viciar, entendeu? Agora, muitos falam que não, "que isso, seis meses eu paro" pára nada, não pára. Pára se fizer uma coisa certa, muita dedicação, aí para. Mas a maioria é curiosidade. Já sabe que vai direto ao encontro. Apesar de que conheço pessoas que cheiraram e detestaram, nunca mais cheiraram. Foi mal, quer dizer, essa... realmente não dá. Mas a maioria da população no mundo aí, eu acho que... sabe?

479. ***E no seu caso, quando você começou a usar você já sabia que tinha esse risco?***

480. Já, já sabia, e fui atrás. Eu queria era provar... A gente andava num bando, uma turma, queria crescer através da droga. Então, quer dizer, assim: a droga dava muita ilusão, nos dava uma ilusão de que nossa turma era a pior, era bagunceira e realmente, a gente se tornou isso mesmo. É que a droga nos dá... a gente pensava, que dizer, ela dava realmente tudo isso. De certo modo ela dava porque ela dá criminalidade, ela não dá loucura, ela dá *stress*, alucinações, ela dá vandalismo, ela dá um monte de coisas... Acho que muitos atos que cometi, inclusive, a maioria deles é que eu estava drogado. Aí, falam "não, drogado não faz isso". Faz, cara, faz... Não adianta falar que não faz. Você pode ver o moleque na Praça da Sé, aqui na praça... cheirando... cola de sapateiro. Chega meia hora, ele vai buscar uma bolsa...

481. ***Você já cheirou?***

482. Nunca... Não! Cheirei cola de sapateiro, já. Cheirei uma vez, sim cheirei.

483. ***E aí?***

484. Ah... coisa horrível, dá uma dor de cabeça. Eu nem cheguei a cheirar... quando você pega no plástico... Peguei a lata e... já... sabe? Uma coisa muito enjoativa, nossa senhora!... Eu começava aquele doce de leite assim... muito doce mesmo. Uma coisa que ai olha, você já... um sabor horrível. Olha, cola de sapateiro, benzina, eu já cheirei até éter, benzina, mas nunca mais cheirei. Cheirei quando a gente era moleque. Olha... troço de louco, viu? Quero nem... Produto desinfetante também... isso já me faz mal. Tudo faz mal, né?

485. **O que você usou e gostou?**

486. Cocaína, maconha e cerveja.

487. **Álcool, só cerveja?**

488. Cerveja. Destilada, vodca era a única.

489. **Começou a beber com quantos anos?**

490. Comecei com onze, em L. [cidade próxima], comecei a beber cerveja. É aquele lance, né? Às vezes começa dentro de casa, mas meu pai nunca me deu a cerveja... eu que ia lá e pegava. Mas muitos pais hoje... vai toma... só a espuminha... só molha o bico aí na espuminha. Começa assim. Nessa de molhar o bico se começa com nove anos, dez anos, é impressionante quando... Tinha um amigo meu na clínica que começou assim também, o Marcelo. Tomou um gole e...

491. **E maconha, com quantos anos?**

492. Comecei com doze, treze anos. Um tempo antes do que a cocaína, mas também a cocaína comecei com quatorze a quinze anos, por aí, mas era difícil de achar. Aí depois de um tempo tornou-se fácil, fácil, fácil, fácil, fácil... aí... fácil... aí você cai dentro da coisa, sabe?

493. **E aí você passou uma época em que você usava todos os dias a cocaína?**

494. Praticamente todos os dias, Três, quatro, cinco dias da semana. Descansava dois, o resto... Segunda e terça não cheirava, era quarta, quinta, sexta, sábado e domingo. Segunda, terça e quarta não cheirava ou quinta não cheirava, cheirava sexta, sábado, domingo...

495. **Por quê?**

496. Depende, ia descansado, né? Segunda e terça, começo de semana, ninguém ia sair de casa, tal. Hoje... Apesar que hoje em dia... olha... as minhas recaídas... recaí duas vezes, eu acho que cheirei na segunda, porque não encontrei ninguém... e a melhor coisa é você dar uma volta de carro, tal, não se vê ninguém. Mas... segunda e terça é começo de semana, deixa pra cheirar

no final de semana. Você vê que ficou tão paranóia que eu até inverti... chegou uma hora que eu acho que até invertia... Cheirava na segunda e na terça, porque na sexta, sábado e domingo era tanta gente que você não agüentava ficar na frente de todo mundo.

497. **Por que não agüentava?**

498. Eu tava... paranóia... ligadeira, ligação, encanação, tem alguém atrás de mim... tem alguém, sabe? Do lado querendo me matar. O cara tá olhando pra mim; tá falando que tô ligado, eu tô pescando. O garçom passou, deixou cair uma garrafa, você já fica esperto, sabe? Um tá batendo boca com outro, você já acha que é com você. Tem dois batendo boca, o cara olhou, cê fala: "é comigo...É... é..."

499. **Isso num bar, por exemplo...**

500. Cheio de gente, até na rua, até na rua.

501. **No início não devia ser assim, você cheirava e não sentia isso.**

502. Não, no início eu cheirava e fazia parte da sociedade, assim. Fazia e estava ali com... no meio, tranqüilamente. Hoje ela... não te deixa mais neste meio. Cê não consegue explicar... num... num casamento. Se você cheirar num casamento. Cê num fica no casamento. Porque família daqui, família de lá, você não fica, não tem jeito. Pode ter bebida, comida, de tudo lá...

503. **A primeira vez que você teve esta paranóia você sabia que era a cocaína que dava...**

504. Não... eu acho que não. Não, eu acho que já sabia, tal... Olha, comecei a saber a partir do momento em que comecei a cheirar, entendeu? Mas eu me lembro quando fui pegar com o B., lá em L. [cidade próxima], eu cheirei, a minha primeira era um papel preto, um sanito preto, uma *bright*... uma *bright* muito brilhante, Bruno. Olha... a pureza dela era maior do que de hoje em dia, viu? E assim, sempre foi, né? Antigamente, todo mundo, não tem o que falar... cheirava que era mais pura ainda. Bom, eu pegava... é impressionante, a gente... A primeira vez que eu peguei foi assim, e eu cheirei e fui pro clube nadar. Nadei, tal, mas tava ligadão, os dentes amortecidos, aquela coisa meio anestesiada, cê não sentia... O gosto escorrendo na sua garganta... você puxava vinha, assim, tal, nossa!

505. **O gosto é bom?**

506. Dependendo da cocaína, é. Se for da cocaína, cocaína assim, acho que é bom.

507. ***Você aspira mas vem pra boca um pouquinho?***

508. Salivar, né? É uma coisa... é, desce...

509. ***E essa paranóia, então... muitas vezes a pessoa sabe que é causada pela cocaína mas na hora que tá tendo acha que é verdade mesmo: o garçom está olhando, a pessoa está te observando... Na hora você não acha que é cocaína... ou achava?***

510. Não... O cara acha... você sabe que é pó que te deixa assim. Mesmo assim acreditava, vai ver ele tá olhando mesmo, tal... Todas as loucuras, todos as pensamentos passando na sua frente, na sua cabeça, rápido. Me incomodava.

511. ***[faço algumas perguntas em seguida, sobre saber ou não que a cocaína seria a causa.]***

512. As duas coisas, mesmo, ao mesmo tempo. Só que se você percebia, dava uma indiferença... seu amigo... você vai conversar com ele, tal, né? "Opa, e aí? Tudo Bom? Ô D., tá ligado? Tô. Vamos dar uma aí", num sei o quê, tal, ia acompanhando pro bar. Aí tomava uma ceva, tentava descontraír, conversar, mexer com mulherada, tal... Mas era foda...

513. ***E ao mesmo tempo tendo as paranóias?***

514. É, as paranóias, ligadeiras. Ao mesmo tempo, ligadeira. Você só esperta ali no seu rabo, ali... Querendo saber quem tá do seu lado. Pegava forte a coisa.

515. ***Teve alguma vez que você ficou com muito medo de alguma coisa?***

516. Teve um lance assim... Tava cheirando em Tabatinga, né? Que eu tive que sair de casa, tava numa farrá, saí de casa pensando, paranóia, ter visto alguém em casa, lá em cima, à noite, em Tabatinga. A casa é um sobrado, né? Então eu desci, fui pro muro, subi em cima do muro, assim. Porque do muro dava pra ver o que estava se passando na rua e na casa. Saí de dentro de casa [ri]. Uma vez o cachorro tava comigo. Tranquei a casa e ficou eu e o cachorro pra fora, assim, de casa, esperando o cara... chegar. O cara na sua cabeça tava ali. Passava qualquer coisinha assim, já... no meio do mato.

517. ***Você ia pro meio do mato?***

518. Em Serra Negra eu cheguei a ir, pra me esconder ou procurar alguma coisa, mas eu já ia armado, pior ainda.

519. ***Você ia armado com quê?***

520. Revólver.

521. ***Você sabe atirar?***

522. Ah... eu sempre atirei. Meu avô tem um 28 também, que é dele, as armas são dele. Mas eu carrego, limpo, e atiro também.

523. ***Qual a relação entre essa paranóia e esse cansaço que a cocaína causou?***

524. A cocaína causa cansaço físico, psíquico, meu... tal, psicológico... Ela te dá uma estafa muito grande, acaba com seu nariz, sua mucosa nasal, acaba com tudo, pulmão, fígado, né?

525. ***Você sentia alguma coisa ruim?***

526. Dói, no peito. O nariz dói, sangra. Cheguei um dia... eu tive que ir pra universidade pegar minha namorada pra me levar pro hospital que eu tava com dor no peito, nessa região do lado direito. Eu tinha cheirado muito, né? Sem comer... começou a me doer... Não sabia... Tiraram uma chapa, não tinha nada, não sei até hoje o que era, às vezes dói. A costela, bati o carro, quebrei a costela, capotei o carro [boceja] Mas, eu acho que... pode ter sido a cocaína, não sei qual efeito que ela não teve nisso.

527. ***À medida que acontece o cansaço, por que simplesmente não parou de usar?***

528. Porque... eu acho que a fissura... Essa tal vontade que a gente sente... é uma vontade que não existe... mesmo assim... a gente sabe que não existe e passa... Aliás, ela não existe, a gente não vê, mas tá sentindo, tá precisando... Essa... de corpo pedir cocaína... olha... não sei se meu corpo chegou a pedir cocaína, acho que mais minha cabeça, entendeu? Mais minha cabeça deve ter chegado a pedir cocaína. Assim, aquela... a mente... tal... tava lá necessitando. Acho... que ela age psicicamente, né? Então eu acho que... eu mais pedia é nesse sentido. Ia atrás e corria atrás de cocaína direto.

529. ***Então quer dizer que houve uma época em que havia cansaço e ao mesmo tempo procura por cocaína? Você queria e não queria...***

530. Cheirava... me, mas não querendo. Cheirava, eu cheirava.

531. ***Isto é a percepção da dependência: quando você não quer usar mais sente a necessidade de usar...***

532. É... Aí foi também um troço que eu tive, não tô querendo usar e tô usando... tô dependendo dela pra fazer qualquer coisa. Bruno, eu andava de bicicleta e andava com uma pedra no bolso. De bicicleta, fazia exercício, o coração tum, tum, tum, batendo, suando, com a pedra no bolso e o canudo. Parava, sentava, [funga] cheirava e... andava de bicicleta de novo. Maior esforço físico, não sei até onde tava fazendo mental, sabe? Tava agindo... tava agindo duplamente, não sei. O organismo tá recebendo várias doses de cocaína, estimulante (não sei se é estimulante ou o que que é) e fazendo exercício, quer dizer, tava suando... eu bebia a água também, né? Quer dizer, isso já chegou a fazer, cheguei a fazer também.

533. ***E a questão do tratamento... Quer dizer, pra alguém chegar à conclusão de que precisa se tratar, eu imagino que você deva ter percebido que não ia parar sozinho, é isso?***

534. Não, eu não ia parar sozinho. Aliás, eu não vou conseguir parar sozinho.

535. ***Quando percebeu que não ia parar sozinho?***

536. A partir do momento que eu vi que e tava cheirando muito, mesmo. Cheirando assim, acabava cinco, pegava outras cinco, pegava mais, tal, fazia alguma coisa pra pegar.

537. ***Cinco gramas?***

538. Cinco gramas de cocaína. É, percebi que... era pra tudo, qualquer coisa eu tava com a mão na cocaína. Ia namorar, eu ia com cocaína...

539. ***Antes de pensar em tratamento, você já ouviu falar em clínicas, terapeutas, estas coisas. O que você achava?***

540. Eu frequentava psicólogos mas não me adiantava porque eles procuravam não saber... não iam atrás da causa, eu acho, ou... mostrar mesmo a dependência. Porque eu já era dependente na época. Então... eu também não sei se cheguei a falar, acho que pra alguns eu falava, pra maioria deles eu falei, praticamente todos inclusive, que eu ia mais nesse sentido mesmo. Falava que eu usava cocaína, maconha e álcool. Mas eram poucos que conheciam sobre dependência química, né? Então eles tratavam mais a pessoa psicologicamente, o psicólogo, fazer ele entender uma série de coisas, tal. Mas não mostravam... assim... que a cocaína traz...

continua trazendo de mal, de ruim, de nocivo, que ela causa as paranóias, as dependências...

541. ***Você acha então que há profissionais que conseguem tratar e outros que não conseguem tratar da dependência química?***

542. Não conseguem porque não é a área deles. Olha, todos eles devem ter estudado a mesma coisa, os psiquiatras, todos os psiquiatras, todos os psicólogos, mas eu acredito que cada um vai seguir sua linha, ali, sua meta de conduta, né? Psicanálise ou psiquiatria e... eu acho que... eles devem entender, mas não a partir do momento que uma pessoa já está dez anos, seis anos, doze anos, quinze anos tratando com dependentes químicos, é outra coisa, é outra mentalidade, acho; acho não: tenho certeza, é outra mentalidade.

543. ***Qual é a mentalidade?***

544. Mentalidade de tratar o dependente químico que, além de sofrer vários padrões anormais, vamos dizer assim, psicológicos, anormais de... psicanálise, ele também tem vários padrões anormais de dependente químico. O cara, além disso, ele é dependente químico, entendeu? Ele ser dependente químico complica... o dobro a situação dele, a mente dele age totalmente com efeito da cocaína.

545. ***Por que você acha que algum psiquiatra e psicólogo se dedicam a este tema e outros não?***

546. [ri] Deve ser do gosto de profissional, né? Eu acho que hoje em dia tá tendo mais campo pra esta área. Acho que os psiquiatras... Tá havendo mais conscientização que a dependência química tá se tomando uma ali... tá se tomando um agravante muito sério, vai se tornar pior porque atrás disso vem a AIDS, vem prostituição, homicídio, assassinatos, estupro, vem... polícia. Tudo isso gera... a droga gira em tudo isso, ou tudo isso gira em torno da droga ou vice-versa, há um ciclo muito grande vicioso, é difícil falar, mas... Eu acho que os psiquiatras estão vendo tudo isso e tão... vão ver se conseguem segurar essa moçada que tá aí, né?

547. ***O primeiro contato seu com psicólogo foi quando?***

548. Nossa... eu morava em L. [cidade próxima]. Eu vinha acho que de L. pra cá. Mas... é... daí eu parei. Depois eu fui com o X. [psicólogo], eu acho, fui com uma psicóloga lá, aí foi... foi batendo aqui, ali...

549. ***Por que você ia consultar o psicólogo?***

550. Soluções... É... explicações, informações.

551. **Mas não sobre drogas...**

552. Sobre drogas não, não, nem tanto... Eu acho que vinham primeiro os meus problemas sentimentais, psicológicos, depois eu ia resolver a droga.

553. **O que te incomodava nesta época? Problemas sentimentais...**

554. Me incomodava... pai, mãe... entendeu? Assuntos mal resolvidos, é... namoradas... uma série de coisas também...

555. **O que você sentia de ruim que você tinha que melhorar?**

556. Vontade de viver, ansiedade, angústia, é... loucuras, assim, coisas exageradas, bebidas, tomava todas, sempre droga, droga, droga.

557. **Mas quando você procurava psicólogos nesta época, queria melhorar em que aspecto?**

558. Eu queria crescer, queria sair dali e ir pra um lugar melhor, pra uma coisa... Queria me entender mais, eu acho que... é mais correto isso. Queria me entender melhor pra que eu conseguisse sair, ver o que estava acontecendo. Porque só eu que não estava enxergando. Todo mundo, vamos dizer, via... ou... Só eu, faz de conta que eu estava preso numa bolha preta, fazendo vários atos, todo mundo me via só que eu não conseguia ver... fora, ou seja, eu acho que a droga me deu... a droga nos dá, assim, a maioria das pessoas... a gente não percebe a vida, como a vida passa rápido, as coisas passam, tudo passa... os pássaros não são os mesmos, daqui a pouco já passou tudo de novo... o rio, a água que corre já passou, já não é a mesma. Então ela... me tampava, me tirava da realidade da vida, da realidade do momento... ela me... fiquei meio pra trás...

559. **Você escreveu uma carta pra sua mãe um ano e tanto antes de você ir pra clínica. Nessa carta você disse que tava viciado (é o termo que você usou) em cocaína e que você queria uma clínica...**

560. Certo... aí eu comecei... eu falei: "não mãe... acho que..." eu falei "não mãe, não precisava tanto, acho que dá pra encarar essa". Minha mãe falou: "Ah, então tá bom", só que eu tava jogando, tava manipulando...

561. **O que passou na sua cabeça pra escrever essa carta?**

562. Porque eu tava com a K. e eu tava sofrendo um pouco. Tava naquele, naquela depressão muito grande.

Usando muita cocaína, tal, e ficava no apartamento da K, tal e... que ela ia trabalhar mas eu ficava ali dia inteiro, deprimido. Saía muito à noite, a turma era muito unida, tal, saía muito...

563. **Se deprimia de noite...**

564. É... se deprimia à noite? Não, à noite eu saía, saía e usava... [ri] saía e usava.

565. **Essa depressão era depois que usava?**

566. Era depois que usava, no dia seguinte.

567. **E clínica, por que clínica?**

568. Porque era um meio de ajuda, porque eu sabia que lá eu teria... pelo menos alguns profissionais sabendo que existe esse tipo de doença. Você pode sair... com psicólogos aí... "Ah, você sabe o que é dependente químico?" O cara até sabe, mas... não está experiente.

569. **Mas por que clínica? Por exemplo, os profissionais que você encontrou lá... ou eu aqui... a gente atende também fora de uma clínica...**

570. Por que dá idéia de um lugar que há profissionais que tratam deste mesmo problema e que sabem que há um núcleo, sabendo que aí tem alguns outros pontos... adiante ou em volta, Campinas, como eu achei você, tal, pô, legal. Apesar que aqui eu encontrei... foi em Campinas, mas... eu cheguei em Campinas e falei: "não, eu preciso achar um psiquiatra dependente químico..." [ri] aliás, um psiquiatra que saiba... você saiba falar pra ele o que é que é e ele sabe, meu, ele já sabe o que é isso."

571. **Você diz assim, "psiquiatra dependente químico..."**

572. É... isso aí... [ri]

573. **Por exemplo, o AA e o NA não têm profissionais lá, são ex... adictos em recuperação que orientam, que mostram como o programa funciona, tal... Eu, por exemplo, não sou dependente químico, acho que os profissionais que cuidaram de você na clínica também não...**

574. Alguns eram ex-alcoólatras.

575. **É? Os profissionais?**

576. É, uns profissionais.

577. **Médicos?**

578. Médicos, é.

579. **Mas alguns outros, não?**

580. Alguns não.

581. ***Então como é que esse conhecimento que um profissional pode ter de um problema que ele não viveu? Alguns não viveram...***

582. Bom, mas pelo menos eu acho que o cara só de ter estudado pelo menos a metade da vida dele tudo isso ou a psiquiatria... Tudo bem, separa antes, o cara fez psiquiatria, psicologia e começou a se especializar nisso. A partir do momento que ele começou a se especializar ele tá estudado, ele tá lendo, tá vendo... ele não passou mas ele tá vendo, ele tá vendo o que tá acontecendo, a dependência, atende, etcétera. O cara tá sentindo, tá lendo e tá vendo e... alguns outros fatos, sei lá, de repente cê já viu alguém na rua, perguntou "o que cê tem?" o cara "não, tô, muito louco", sei lá o quê... Cê vê o estado, alcoólatra, cê vê aquele monte na rua, conversa com poste, toca pandeiro com o número da sua casa, tá conversando tocando pandeiro. Aconteceu isso em casa, Ah... o cara pára e toca pandeiro...

583. ***Tocar pandeiro é tremer?***

584. Não... tocar pandeiro... porque eles tocam pandeiro fazendo um samba, tremem também, o cara toca pandeiro, treme também... e conversando com número assim, tocando... Esse tocar pandeiro ele... tem dois sentidos, sentido duplo, né?

585. ***Quem treme, toca pandeiro... Quando você estava pra ir pra clínica, ou seja, nos dias anteriores, os três dias anteriores à sua ida, ou quando você marcou consulta aqui comigo antes de conhecer a clínica ou de me conhecer, que idéia você fazia das pessoas que estavam... que iam te tratar?***

586. Que iam me tratar? Bom...

587. ***Quando você chegou lá...***

588. É, eu tinha que ter uma idéia, né? Eu não tinha idéia nenhuma, eu acho que tava indo prum lugar que eu não conhecia ninguém ainda só o... fiquei conhecendo o Dr. Z. na hora lá, mas eu tinha uma idéia da... pequena idéia era essa... são pessoas que sabem... que vão me dar orientação...

589. ***Você tinha uma idéia positiva...***

590. Positiva da coisa... Eu falei "Ah, não, vão ter nego que vão me... que vai me dar um monte de injeção, tá?" Se tivesse eu nem ia... eu nem iria...

591. ***Então passou pela sua cabeça que poderiam te dar um monte de injeção...***

592. Podia... "cê tá precisando dormir? Cê quer dormir?" Porque ficar dez dias sem dormir... cê fica mais cinco só de... só de tabela, né? Então cê precisa dormir, de um calmante? Falei: "não, não preciso de nada", consciente. Falei: "eu vim me internar, estou me internando por livre e espontânea vontade, porque se não nem meu pai nem minha mãe conseguiriam me trazer para cá"... Eu vim por causa disso... Ah... porque não adianta o cara pegar e chamar um... Tem gente que foi assim, chamar um segurança na hora, da clínica, que os caras lá, põem a camisa-de-força, dá injeção, cê dorme, tchau, lá na sala de psiquiatria. Mas pra onde que eu fui, não... era um lugar, uma chácara que tratava as pessoas já que estavam dispostas... não os doidos que ainda... doidos, né? Não, por exemplo, eu que ainda... Por exemplo, que não tava a fim de ir, não vou... meu pai fala que eu vou, começa aquela briga, tal... Eu tô em casa tranquilo, entra meia dúzia de macaco, me seda, me leva pra uma ala de psiquiatria que eu só fico lá a partir do momento que eu aceitar... aceitar... ajuda, né?

593. ***Você sabia que estas coisas podiam ocorrer antes de você ir pra lá?***

594. Não, não sabia.

595. ***Você não foi pressionado em nenhum momento?***

596. Nenhum momento...

597. ***Em nenhum momento eles te puseram na parede assim: "ou você se trata ou... vai para de receber dinheiro, mesada..."***

598. Graças a Deus, não. Não, já haviam parado, já haviam parado, mas sempre dava um jeito...

599. ***Então eles pressionaram...***

600. Pressionaram nesse sentido: cortaram meu dinheiro, tal... mas eles pressionaram, no sentido... eu acho que não foi pressionar... eles foram mais prevenidos: "olha, já que a gente não vai internar, tal, vamos tirar o dinheiro, tirar o carro, tirar..."

601. ***Como você reagiu?***

602. Eh... tudo bem? Acho que...

603. ***Ficou bravo?***

604. Não, fiquei bravo num ponto: falei: "agora que eu vou usar mais ainda", a idéia era assim, péssima, um troco... Porque era besteira, eles estavam fazendo isso por... é o bem da gente mesmo, nosso bem, querem o nosso bem, então...

605. **Quando sua mãe tirou o dinheiro, o carro: "já que você não quer se tratar, eu vou tirar, não quer se internar..."**

606. Mas não foi nesse sentido, é porque nós não achávamos a clínica boa, porque eu não queria ir no Padre W., ia ainda fazer entrevista. Mas não foi mais ou menos nesse sentido, não... foi porque não havia uma clínica ainda. Eu tinha certeza, graças a Deus, que eu ia achar uma clínica legal, e achei... Eu não conhecia a C. [clínica], não conhecia nada, ainda, então... minha mãe tinha ido. "Não, eu vou achar", e aí um certo dia minha mãe achou.

607. **Mas essa retirada da mesada e do carro... não tem uma conotação de "você não está fazendo o que a gente quer, então eu vou tirar isso pra te... ajudar a não usar".**

608. Tem, a conotação é neste sentido também. Mas...

609. **Tanto é que você usou mais pra revidar...**

610. Pra revidar, é... tem razão, mas...

611. **Então houve uma época que você não queria se internar, naquele momento parar.**

612. Pensava em me internar mas não queria parar de usar. Quanto mais usar, melhor, porque eu não sei que dia eu vou me internar, então vou usar...

613. **Qual foi a gota d'água? Porque havia um momento em que você achava que era bom para mas não queria parar. Achava que o tratamento seria até bom mas não tava a fim de parar... sua mãe tirou o carro, o dinheiro, você usou mais ainda. Qual foi o momento em que isso mudou, "Tá bom, eu quero, eu vou."?**

614. Foi nesse dia seis de outubro, três dias antes da internação, três dias antes. Até então eu tava usando e ia continuar a usar, três dias antes.

615. **E se não aparecesse a clínica?**

616. Se não tivesse acontecido eu acho que ia na clínica na segunda ou na terça-feira ou até depois de esvaziar mais a clínica eu iria. Acabei indo ainda no domingo.

617. **Então iria de qualquer forma?**

618. Eu ia, tava mais ou menos previsto uma clínica, mas não sabia qual, na quinta-feira que a minha mãe lá no W. [grupo de ajuda mútua para familiares] um senhor falou pra ela: "tem uma clínica em São Paulo assim, assim, assim", na quinta-feira. Não, na quinta ou na sexta, porque eu já estava em São Paulo, ou Ubatuba?

Acho que foi na sexta-feira, porque eu já fui embora na sexta, né? É, fui embora na quinta à noite... dia seis de outubro, seis... sete... é, quinta-feira, dia seis. Fui embora à noite pra São Paulo, sexta-feira eu já estava em São Paulo...

619. **No dia seis que foi uma... quinta, né? Te assustou o que aconteceu com você? Ou não?**

620. É assustar, assustou, né?

621. **Não muito...**

622. Não muito, mas assustou.

623. **Você tinha medo de morrer?**

624. Na hora, não. Na hora eu tava mais...

625. **Digamos, no dia seguinte, lembrando o que tinha acontecido...**

626. Ah, poderia ter morrido.

627. **Isso dava medo?**

628. Ah, até dava, dava sim. Mas depois o tempo passa, volta tudo ao que era... volta... tudo igual, cê fica o mesmo maluco, mesmo... querendo usar droga, volta, volta tudo. Você fica com medo depois de um dia, um dia e meio, cê não usa... Depois cê sai, dá um tirinho... Vai pegar mais...

629. **Nesse dia seis, foi o primeiro dia que você achou que passou mal? Ou já achava...**

630. Eu já tinha passado mal às vezes, sabe, assim, garganta fechada, tal, querendo vomitar, certo? Vomitar... Já, já havia passado mal.

631. **E aí quando isso acontecia te assustava?**

632. Me assustava, tal, mas eu sempre falei: "nunca vou passar disso, tal, nunca vai acontecer mais do que isso". Aí que aconteceu um pouco mais, né? Espero que tenha mais consciência que pode ser que seja pior ainda e eu morro mesmo. Então, não estou a fim de fazer...

633. **Dentro de sua visão religiosa a pessoa morre e continua existindo... Na alma, no espírito... A morte pra você não é uma coisa que te assusta muito... ou é?**

634. Não, não me assusta. Se eu morrer agora eu vou, daqui duas horas... eu vou... eu vou ficar muito bravo quando chegar em algum lugar. Eu vou ficar bravo porque não vou ter entendido o porquê. Após o momento que eu entender, não vou fazer mais nada, eu vou aceitar e tudo bem... se tiver que fazer alguma coisa eu faço...

635. **Fazer o quê?**

636. Ah, o trabalho lá... se tive que trabalhar lá... lá trabalha. Lá cê trabalha, cê estuda; eu vou fazer, vou desenvolver pra voltar à Terra e cumprir um dever mais... cumprir uma vida melhor, vamos dizer assim. Mas se nessa aqui eu for bem sucedido, não pretendo voltar pra cá, não. [ri]

637. **Se a pessoa for bem sucedida, não reencarna aqui?**

638. Não, reencarna, pode até reencarnar, mas no meu caso eu tô falando que eu não tô a fim...

639. **É uma questão de opção?**

640. É, pode ser.

641. **Se não reencarnar, fica...**

642. Fica por lá trabalhando, ajudando.

643. **Bom, você dizia que as brigas com a S. e com a K... Você sentia que magoava as duas? Quando você usava, elas não gostavam...**

644. Não gostavam.

645. **Elas nunca aprovaram isso...**

646. Não, nunca.

647. **Você sentia que magoava elas?**

648. Magoava, sentia... magoava muito.

649. **E a sua mãe, você acha que magoava também?**

650. Também.

651. **Mas ela mostrava isso, ficava chateada?**

652. Mostrava, minha mãe mostrava. Minha mãe geralmente, às vezes, ela me via, tal, voltava com o olho inchado de lágrimas, tal, que já tinha chorado.

653. **O que você sentia?**

654. Raiva... tristeza... Ficava com raiva da cocaína, tal, que eu tava usando...

655. **E seu pai?**

656. Meu pai, meu pai ficava mais na dele, ele não via acontecer isso. Ultimamente ele via porque eu... eu fiz alguns escândalos, assim, dei um tapa numa flor lá [?], não agüentava mais, tava meio de saco cheio, tava meio... Aí o pai vinha: "o que aconteceu?" Tal... Um dia eu bebi tanta vodca, quando eu namorava uma I., que fui pra casa carregado, cheguei em casa, briguei com meu pai, cê acredita? Falei um monte de asneiras pra ele lá... em frente de casa... Aí eu dei uma chave de braço nele, me derrubou, aí eu caí... Foi, sabe?... Fui pra... quebrei as coi... quebrei um aparelho de som dentro do meu quarto, loucura... Fiz coisas, assim, que eu...

657. **Isso embriagado?**

658. Embriagado, faz um ano aí que... Tava mais ou menos com vinte e um, vinte, vinte e um anos, vinte e dois... vinte e um...

659. **O que você acha deste episódio?**

660. É... episódio chato, né?... aconteceu, hoje em dia não acontece mais isso.

661. **Que mais além da... Fala mais das namoradas e da sua mãe...**

662. Minha avó... meu avô...

663. **Como foi a participação delas?**

664. Minha avó, ela pouco sabia, ela morreu antes que a coisa... Hoje ela já sabe, minha avó...hoje ela já sabe. Mas meu avô sabia.

665. **Você acha que eles contribuíram de alguma forma pra você querer se tratar?**

666. Também, contribuíram...

667. **Como?**

668. Ah... sentimentos, carinho, amor, né? Eles sempre amaram. Meus pais, graças a Deus, eles sempre tiveram esse amor por mim; por meu irmão também. Por tudo, né?

669. **Escola. Parou... tinha parado de estudar...**

670. Ah, eu parei... ó, Bruno acho que faz uns seis anos que eu estou atrasado, né? Era... dava pra acabar a faculdade, né? Durante estes seis anos eu repeti, parei, surfei, viajei, fiquei, fui, voltei... sabe? Enganei, trapaceei... [ri] e... seis anos de... brigar com meu pai... e...

671. **Tô lembrando daquele acidente com seu colega...**

672. Faz dois anos... 97 eu acho... 95 pra 96, foi em janeiro de 96. A gente foi... a gente saiu de São Paulo era três horas da manhã, dormindo, fomos viajando até seis horas mais ou menos, tomamos café, tal... Chegou em Recife ou Aracaju, eram... depois de algumas horas... e já recebemos acho que um lanchinho... aí começamos a tomar cerveja, Brahma, Brahma, Brahma, só Brahma. Chegou em Recife, Brahma, Brahma. Brahma, Brahma, Brahma, Brahma, Brahma, chegou em Salvador, depois Aracaju Brahma... Ficamos tomando... De avião. A gente não descia porque ia descer em Recife. Parei em Recife, descí, tal, esqueci a carteira com tudo lá dentro, tive que subir no avião, já estava meio pra lá, meio pra cá, as bagagens já estavam sendo removidas, as pranchas, chegou em Recife, entrei no banheiro, cochei um fumo,

um baseado, no banheiro do aeroporto, saí na rua com eu e o Edgar, paramos do ônibus, na banquinha da frente, compramos uma ceva, tomamos.

673. **Cocaína?**

674. Cocaína não levei, só fumo.

675. **O acidente deste seu colega você acha que de alguma forma pesou assim na... nesta decisão de não usar mais?**

676. Olha, pesar, pesou... mas em compensação eu usei mais e mais em seguida. Pesou mostrando que eu tinha que parar de usar. Eu acho que eu tive... achei que eu tinha que ter feito alguma coisa, mas não era... Eu nem vi o cara...

677. **Você se sentia culpado?**

678. Me sentia, baseado no seguinte: eu ia num dia, ele ia em fevereiro, só que a companhia dele, tava muito difícil pra ele ir... Então...era carnaval, tava muito difícil, tava mais caro... e a minha ia ser naquele dia... [fim do lado da fita] E aí ele falou comigo: "eu vou com você." Um dia ele falou pra mim, naquele ano: "vamos pra Fernando de Noronha?" Falei: "vamos no final do ano". Falou: tá bom. Chegou um belo dia ele bateu em minha porta e falou: "e aí, vamos?" Falei: "cê tá falando sério? Vamos." Só que já estava programado pra eu ir mesmo, com a minha mãe, eu já tava vendo, etecétara. Minha mãe deu esta viagem porque eu estava acabando um namoro de dois anos e meio, então tava meio ruim, né? Então minha mãe deu pra eu dar uma distraída e ele pegou e foi junto.

679. **Sua namorada teve uma gravidez?**

680. Foi da K.

681. **E ela abortou?**

682. Abortou.

683. **Esponaneamente?**

684. Esponaneamente, teve uma hemorragia à noite, foi parar no hospital.

685. **Quantos meses?**

686. Dois meses, quase três meses.

687. **Isso foi em...**

688. 96 pra 97.

689. **Foi mais ou menos um ano depois do acidente do...**

690. Do E., foi, foi... Porque eu acabei de namorar com a M., tal... Depois comecei a namorar com a N. foi lá

naquele bar, esqueci o nome. Comecei a ficar com ela lá, foi mais ou menos em junho.

691. **E aí ela engravidou em...**

692. Em setembro, outubro...

693. **Você sabia que ela estava grávida? Ia assumir a gravidez?**

694. Ia.

695. **E aí abortou espontaneamente?**

696. Abortou espontaneamente.

697. **Isso foi em... logo em seguida acabou o namoro? Você começou com a T.?**

698. Comecei com a T.

699. **Por que o namoro acabou depois do aborto?**

700. Sei lá, melhor não continuar... porque ela já estava cansada por causa da cocaína. A mulherada não agüenta ficar do lado de nego que... que cheira, que usa droga. Não dá, viu... a não ser se a mulher faz isso que ele faz, aí sim... aí juntou o mel com a abelha, né?

701. **Por que não agüenta?**

702. Ah... a mulherada que.... quer que... [inaudível], é careta, certo? De sanidade, vamos dizer. É... não agüenta, não tem pique pra essas coisas. Pode pôr qualquer uma do meu lado, aí, que se eu tivesse cheirando a mesma coisa não ia agüentar.

703. **Este aborto mexeu com você?**

704. Olha, eu queria ter um filho e ao mesmo tempo não. Eu queria porque eu ia ter mais responsabilidade, que eu ia ter que cuidar de alguém, né? Ia ter que trabalhar... inclusive tinha arranjado um emprego, depois que ela abortou eu falei: "ah, vou sair fora, cair na gandaia de novo."

705. **Liberou?**

706. Liberou...

707. **Teve algum outro acontecimento importante neste ano antes de você decidir ir pra clínica? Teve o aborto, teve o acidente, teve o rompimento da namora...**

708. Ah... capotei o carro... [rí]. Foi em dois de julho de 96. Era quatro e meia da manhã, o cara bateu em mim, capotei o carro...

709. **Foi culpa sua?**

710. Não, eu estava na minha, o cara passou na minha preferencial, correndo, bateu, eu nem vi. Perda total da Parati. Eu quebrei a costela, eea abriu a cabeça aqui e

aqui atrás e machucou o joelho. Destruíu o joelho. Eu quebrei a costela e ralei o ombro.

711. ***Dois ou três meses depois ela engravidou...***

712. Engravidou.

713. ***Você tinha cheirado, nesse dia, tinha bebido?***

714. Tinha bebido quinze chopes. Numa média das nove horas...

715. ***Quinze chopes?***

716. Quinze chopes. Eu nem ficava mais bêbado, eu não ficava bêbado, chegava uma hora que eu não... Eu podia vomitar assim, um jato, e tomar de novo. Cheguei várias vezes a vomitar assim: ruhhhh... Um jato... e tomava de novo, sem comer, nem nada.

717. ***E a cocaína neste dia, tinha...***

718. Não usei, não tinha usado.

719. ***Esses acontecimentos todos...***

720. Teve a bomba em 1989, acidente de bomba...

721. ***Na época você não usava nada...***

722. Usava maconha, álcool. Em 1989 eu já estava com dezesseis anos, cocaína... já tinha ido pros Estados Unidos, tava indo um mês antes, no mês seguinte, em julho, foi em junho ou foi em julho.

723. ***Na Copa do Mundo, né?***

724. É, me aconteceu isso.

725. ***E esses acontecimentos... não... não faziam você pensar, assim, que estava na hora de parar?***

726. Olha, eu acho que não fazia. Se fazia, eu não tomava conhecimento. Eu estava... não tomava nenhum tipo de conhecimento, não estava a fim... não queria saber. Então...

727. ***E com a S.? Parece que ela foi importante nessa... pra começar com o tratamento seu.***

728. É, a S. foi importante porque ela que chegou ali e encarou, né? meu, falou: "O negócio é o seguinte, meu, eu vou te levar pra clínica, você vai ver".

729. ***Ela chegou a ameaçar: "ou você se trata, ou o namoro acaba", ou não?***

730. Não, ela... ela falou o seguinte: que se após clínica, eu voltasse a cheirar, ela ia perder o amor, onde... e foi o que aconteceu, né? Nós perdemos por outros motivos, mas também acabou sendo por este. Ah, eu acho... a... eu acho que a psicologia mostra as... as... pras pessoas as coisas que estão incomodando. E eu tô... eu acho que eu estava incomodando agora a S., eu não estava... a S. não estava uma pessoa mais feliz. Entendeu? Então ela

tem... e tem todo o direito de não querer mais e... Foi isso, basicamente isso.

731. ***E no dia que você veio pra clínica, você foi com quem?***

732. Eu, a S., meu avô, meu pai, minha mãe e eu.

733. ***Seus irmãos não tiveram participação nisso...?***

734. Eles foram almoçar comigo em São Paulo, nesse dia, domingo. Nós fomos, todos nós. Estava lá... ah... meu avô, minha mãe, meu pai, meu irmão, minha irmã, a X. e eu.

735. ***Bom, se eu estou entendendo bem, houve uma evolução ao longo de anos, né? até você chegar a ter uma vontade de parar de usar que vem crescendo aos pouquinhos?***

736. Foi.

737. ***Não foi uma coisa de repente...***

738. Não, foi uma coisa... devagar. Foram momentos que me levam... e que me levam a reflexões, a... pensar... ao... está entendendo? Ver o que estava acontecendo, como um... o que que eu estava me... me... me... me transformando, não tinha paciência pra nada...

739. ***No que você achava que estava se transformando?***

740. Num cara louco, completamente louco, eu estava ficando louco. Aliás, eu fiquei louco mesmo. Hoje eu... é, eu fiquei mesmo, eu acho que eu fiquei mesmo tantã da cabeça.

741. ***Como? Por quê?***

742. Ah, muito uso de drogas, meu.

743. ***Mas... não, por que você acha que enlouqueceu? Que comportamento que você teve?***

744. Ah, não é um comportamento doentio, mas um comportamento anormal. Ah, eu acho... eu sinto que mui... eu... olha, isso eu deve ser que eu nasci assim, eu sinto muito atirado a... não... não corro muito ri... não... não gosto de correr risco; vai... se tem risco, vai, se... depois você vê, entendeu?, se você machuca ou não. E às vezes eu me machucava feio, de bicicleta, tudo. Não corro... é a... aliás, eu corro risco, gosto de correr risco, eu não estou nem aí.

745. ***Mas você está chamando, assim, de loucura, entre aspas, essa vontade de correr risco inutilmente?***

746. É, agora a outra loucura de paranóia, de... de medo... né? também.

747. **Isso de não... que você falou de... não tinha paciência pra nada?**

748. É, não tinha.

749. **Ficava irritado com qualquer coisa?**

750. Ficava irritado... qualquer coisa, qualquer coisa.

751. **Brigava, ou não?**

752. Brigava, discutia, se fosse qualquer pessoa, trânsito, com os meus pais, com a minha mãe, namorada... né? Hoje em dia não, hoje em dia eu estou...

753. **Se alguém na... na... nesse momento aí que você estava irritado, bravo e cheirando, ou na... no momento que você tivesse que encarar...**

754. Eu estava com o meu ca...

755. **...a paranóia, tal... digamos assim, que nesse momento, a S. ou a sua mãe viessem com conversa de te internar. O que que aconteceria?**

756. Ah, eu não ia conseguir escutar, eu acho... não ia dar muita atenção. Falei: "Não, eu já sei, já sei, já sei...", eu falo isso: "Ah, já sei, já sei".

757. **Não houve nenhum momento, assim, na sua vida, em que você tinha uma visão negativa dos terapeutas? Falava: "São uns babacas e estão querendo..."**

758. É, já, eu já te falei isso já.

759. **Como é que é?**

760. Ah, é pensar: "Ah, é... não tem jeito, eles... eles não entendem disso mesmo, de drogas". Eu já pensei isso, eu acho que inclusive eu relatei já algumas coisas assim. Por exemplo, com você não, eu já sei que... está entendendo? Essa é a diferença de... de psicólogos e psi... e psiquiatras que sabem lidar com dependência química, ou psicólogos que sabem lidar com dependência química.

761. **Qual a diferença?**

762. É essa daí, você acabou de falar...

763. **Que não são babacas.**

764. É, esses o... é, esse assunto, que não são babacas nesse assunto, e em outros assuntos também não. Porque é... não adianta, eu... eu... eu só sei falar mais de dependência química. Eu sei falar de outras coisas, mas tudo envolvendo a dependência química. Tudo junto, seria em torno da dependência química.

765. **Você fez ao todo, antes de ser internado, anos de terapia. Chegou a se somar todos os...**

766. É, três meses, cinco meses, dois meses.

767. **E isso você acha que essa experiência te ajudou de alguma forma?**

768. Ajudou pra conhecer mais, ajudou pra dar uma... uma força, tal... Eu conheci mais os... os tera... a... a psicologia, a... aquela... a palavra terapia mesmo, terapia, você, eu, eu, e o meu eu, vamos dizer assim, né? Você entrando em contato com você mesmo, com o seu eu. Então... ajudou nesse aspecto, ajudou, ajudou bastante. Mas poucas respostas, poucas informações necessárias que eu pudesse... falar: "Olha, droga é ruim mesmo! Droga causa dependência, morte, loucura". Entendeu?

769. **Nessa época, se os terapeutas falassem, você iria prestar atenção?**

770. Olha, eu acho que até... até iria, viu. Até iria. Iria porque as informações... é, é umas informações que eu...

771. **Que você disse que se sua mãe ou a S. falassem isso num momento que você não queria ouvir, você não ia nem prestar atenção.**

772. Ah, mas eu estava cheirado. Cheirado eu não vou numa... numa terapia... Eu já cheguei a ir, mas... é, eu cheguei a ir, mas é... foi uma loucura horrível.

773. **Como é que foi?**

774. Ah, foi ruim, viu, meu. Porque inclusive a pessoa não sabia que eu tava. Então eu tava já... entrei que... omitindo. Já entrei... no... o... não... não entrou o D., entrou o D. já substituído pela droga. Tá entendendo? E eu já... falando um monte e... quer dizer... não deu pra apro... falei a coisa mas não sei se deu pra aproveitar muita coisa ali. Mas foi... foi desagradável, e foi agrada... desagradável porque eu tava mentindo pra pessoa, o psicólogo, e... e agradável porque eu tava cheirado, né? tava vendo que a pessoa não tava nem se ligando, eu tava até curtindo com a cara da pessoa até, né? tá entendendo? Eu aposto mesmo, que se eu entrar cheirado aqui, você vai perceber.

775. **Talvez até não.**

776. É, tal... é...

777. **Depende do...**

778. Ah, mas e a... a nós já, né?... não... não dá pra perceber que o... aliás, não dá para perceber, dá para

perceber. Eu já mudo, já mudo! Sabe, o nariz começa a escorrer, credo! e... eu não consigo ficar falando, eu já fico encanado, encanado com o barulho do ventilador, encanado que alguém tocou a... que tem alguém atrás dessa porta, que você não fechou aquela porta... tem um olho de gato, se tivesse eu ficava atra... olhando no olho de gato. Eu já fiquei num apartamento ali... no olho de gato, caçando assim, no olho de gato pra ver se vem alguém. É.

779. **O gravador [inaudível] pra não esquecer de nada.**

780. Ahm.

781. **O que... quando você pensa assim: você na palavra "terapia". Terapia significa tratamento. Quando você pensa em tratamento, você pensa em quê?**

782. Esse tratamento eu penso em ajuda...

783. *Uhm.*

784. ...humanitária, uma ajuda [riso]... uma ajuda de conjunto.

785. **Como assim?**

786. Ah, assim, mais do que uma pessoa, duas, três pessoas.

787. **Te ajudando...**

788. Me ajudando.

789. **Quando você foi pra clínica, você achava que lá ia encontrar ajuda?**

790. Achava, certeza.

791. **E encontrou?**

792. Encontrei.

793. **Você... é... essa questão, assim, da diferença do... dos terapeutas que cuidam de um drogadito e os que não cuidam. Não está claro ainda pra mim essa... O que você acha que uma pessoa que trata de dependente químico precisa ter ou ser para tratar dependente químico? Além de conhecimento, né? você falou de conhecimento...**

794. Paciência. Olha, eu não sei, mas psicólogo eu acho que também tem paciência, mas eu acho que, o dependente químico precisa ter o... o terapeuta do dependente precisa ter: a habilidade, eu acho, eu acho que... conhecer o assunto, sacar o... sacar o que está falando, assim, no sentido de... porque... por exemplo, a gente está falando, você está analisando, então eu não estou preocupado, eu estou falando. Certo? Alguma coisa que eu

falar pode... vai servir pra você buscar o... buscar alguma coisa ou... falar: "Ah, quer dizer que... você ia gostar de usar droga ainda?". De repente eu falo: "Ah, mas eu po... estou gostando, gosto de usar", "Ah, então quer dizer que você está usando?", "Não, eu não estou usando, mas estou gos... não go... gostei e tal". Pra ter essa... É aí que o em resolver a situação da droga. Ele não vai diretamente resolver a droga. Ele vai resolver os seus problemas de personalidade, sentimentais. Mas eu acho que a droga... e eu acho que tirando a droga, é melhor você resolver todos esses problemas sem droga. Porque não tem como, acho, que um profissional tratar um adicto... com droga. É a... é a... é difícil você ver, eu acho que é difícil um profissional tra... fim... me tratar... "Eu estou já usando droga", venho me tratar, "Eu estou na terapia, posso ir todo dia, mas eu estou usando droga". Não está adiantando, não vai adiantar em nada. Você tem que tirar a droga. Tirou a droga, você consegue tratar o paciente. Tira o álcool do alcoolatra, aí você consegue falar com ele, senão você não vai falar nunca. Você fala e ele vai falar: "Ha, bi, bá, bu...", e ó, você vai vim falar comigo, eu estou mais ligado do que... o gato... já a duzentos e vinte, fico colocado assim, ó... Não dá, é.

795. **Você acha que consegue? Conseguiu conversar com os terapeutas lá da clínica, ou aqui, de um jeito diferente? Que você não conseguiria conversar com outras pessoas?**

796. Com certeza.

797. **Como é que é?**

798. É um... não tem aque... a barreira, não tem aquela barreira de... de... aquele assunto: droga! Você fala em droga... se ouve falar: "droga" em um restaurante, metade vai parar de comer. Lógico, para o terapeuta, mesmo que o terapeuta e psicólogo já escutou, ele pode encarar numa boa, mas se ele não está acostumado ele não vai... tocar o barco.

799. **Você acha que a pessoa se assusta com esse assunto? É isso?**

800. Olha, assusta, viu, eu acho que algumas devem assustar sim. Que, olha, eu assusto a droga... ah, o psicólogo é... "Bom... agora, né? nem sei, nem sei de nada", nem quer saber que sabe que é trabalho mesmo. Entendeu? Eu acho que... puta! já... já tratar um louco é difícil, imagine com droga? Deve ser bem por aí, eu acho, viu. Faço essa idéia, mais ou menos. Eu não sei se

a... é... está muito forte, mas... a idéia, mas eu... eu devo pensar assim, que... eu tive um tratamento com um terapeuta que já conhece as drogas, já sabe disso, já sabe um monte de coisa, você chega mais à vontade. Você tem essa vontade... de chegar no cara e falar: "Olha, eu consumi cocaína". Entendeu? O cara: "Ah, por quê? tal, 'num sei o quê', ah, mas como foi o efeito? 'num sei o quê?', bebeu...". O cara sabe... olha... "Ah, consumi cocaína", "Ah, consumiu? Tá. E então, como está o seu... o seu sentimento 'num sei do quê?' ou tá...". Não dá, meu, você já é... fico... eu falo: "Ah, minha amiga, eu... [riso], eu quero saber da cocaína, eu não quero saber do... da outra coisa. Eu quero saber como que eu vou parar de usar". Tá entendendo? Eu não quero saber se a... se o meu coração está apertado por causa não sei do quê, isso eu vou saber depois, mas primeiro é a cocaína. O primeiro passo pra mim antes de começar é falar: "Olha, tá... cocaína". Não tem jeito. Eu não tenho como eu conversar ou me entender... se tiver cheirando cocaína. Se eu parar eu dá pra aí pensar, se eu não... não parar...

801. **Quer dizer que... a possibilidade de dialogar sobre esse assunto, sobre... de entrar na mesma sintonia...**

802. Uhum.

803. ... **estar na mesma faixa.**

804. É.

805. **Na mesma...**

806. Faixa.

807. **Faixa...**

808. Seria isso. Tirar a droga.

809. **É, hoje, depois de ter passado por início de tratamento em clínica, é... e antes, que diferença tem a maneira como você... vê os terapeutas? Hoje e antes de...**

810. Aham. Tem saída no final do túnel. Porque o túnel parece que está tudo preto, preto, preto, preto, não tem saída, você vai andando assim, tem uma hora que você fala: "Olha, não tem saída". Tem saída no final do túnel. Tem uma porta, você vai abrir, você vai encontrar alguma coisa. E outra, é outra visão, é outro... são... pequenas... são poucos... pessoas que sabem. Tem bastante gente que você vê na televisão, campanha da droga, e tal, mas é... é... são poucos que sabem que existe um A.A., um N.A....

811. **Poucos...**

812. Poucos adictos, poucas pessoas, poucos profissionais. Né? São profissionais ligados a isso. Alguns podem achar... que [inaudível], mas não... não estejam ligados.

813. **Como é que você acha que vai ser daqui pra frente, assim, o seu projeto? Assim, se vai ser difícil, se não vai... se... é... se você vai se adaptar [inaudível]? Como é que...**

814. Bom, eu acho que é mais problema de adaptação, viu, meu... em relação ao grupo, vamos dizer, não sei se... vamos ver como é que vai ser, se vai... ter um grupo e tal... Mas ao tratamento, vamos dizer, é... psiquiátrico... dependente, né? só os dois na sala, eu acho que... é bom, é bom, se fosse continuar assim, acho que poderia dar certo, acho que vai dar certo. Com esforço, tal, um esforço psiquiátrico... Se for em grupo, também acho que dá e muito certo. Acho que o grupo sempre ajuda mais, sempre há motivação. No final do grupo a gente... sei lá, vai cada... cada um garante e faz uma coisa, entendeu? Rezar... Ou então você sai daqui sabendo que vai ter chance de sobreviver aí fora. Que a tentação, ela vem, ela vem da sua própria namorada, às vezes. Você quer transar com ela, mas você quer estar um pouco mais drogado e... de ver a reação prazer. Sabe, até ne... né? nisso, a... coisas assim... sabe, fumar um na maçã... Vai comer uma maçã, "Ah, vamos fumar um nesse aqui, na maçã, tal".

815. **Bem, como assim? Fumar um na maçã...**

816. É, fura aqui e furo em cima, põe o baseado em cima, [simulação de uma tragada], e puxa pela maçã, vem com gosto de maçã...

817. **Uhum.**

818. Né? porque é por aqui, por... eu pito aqui... Sabe, é isso, Bruno...

819. **Mas, assim, maconha, na maconha...**

820. Maconha, assim, se... você torce um baseado...

821. **Uhum...**

822. ... encaixa na maçã...

823. **Mas aí fica tudo molhado, porque a maçã vai molhar o...**

824. Vai molhar, mas vai queimar. Aí vem aquele gosto de maçã. Depois você come a maçã [riso]. Quer dizer, sei lá, a tentação está aí e...

825. **Está em todos os lugares.**

826. Está em todos os lugares. Imagine num bar, onde que tem... amigos da... que andam, que costumam cheirar, imagina!
827. *Ahm...*
828. Eu... eu disse essas duas coisas, porque é pra você ver a...
829. *Como é que do bom pode vir o ruim.*
830. É, tá aí.
831. *Como é que estava... o, assim, o lazer seu antes do tratamento?*
832. Muito pouco lazer.
833. *Cinema, lá, essas coisas...*
834. Cinema, ia cheirado. E eu ia...
835. *Diminuiu? Você acha que diminuiu, ou não?*
836. Diminuiu.
837. *[inaudível]*
838. Diminuiu. Diminuiu bastante.
839. *Pressão de polícia, teve alguma vez?*
840. Nunca, sempre fugi da polícia.
841. *Pressão, assim, de grupo, pra você continuar usando ou não continuar usando?*
842. Ah, incentivo, incentivo dos amigos, a...
843. *Continuar usando...*
844. Pra eu continuar usar, "Não, vamos usar hoje, amanhã você pára".
845. *É... oferta de cocaína, diminuiu ou aumentou? Como é que é?*
846. Diminuiu, hoje em dia não... né? não chega muita oferta.
847. *Eu digo, e antes da... decisão...*
848. Ah, antes a gente...
849. *... de você parar.*
850. ... cocaína direto. Tinha oferta...
851. *Não tinha problema de oferta, de... de pouca...*
852. Não, não tinha problema.
853. *A situação econômica da sua família não mudou, né?*
854. Não.
855. *Antes do seu tratamento, não houve nenhuma mudança nesse aspecto?*
856. Não.
857. *Estado de saúde de alguém da família...*
858. Ah, pai e mãe... pai e mãe nervoso, né? meio tristes, tal, hoje mais felizes, contente...
859. *Nenhum colega seu teve overdose?*
860. Um ano... um ano... eu perdi alguns colegas meus.
861. *Morreram...*
862. Morreram de *overdose*.
863. *Aqueles que você me falou que ele.. aqueles dois...*
864. Torrentino e o Ponta.
865. *No carro, né?*
866. É, os dois no carro, é, no Samuca.
867. *Isso já faz bastante tempo já, né?*
868. Faz, faz um tempo já.
869. *E você perdeu quantos amigos que morreram?*
870. Perdi já vários, viu.
871. *Dá para ter um idéia, assim, mais de cinco?*
872. Olha, é... acidente de carro também foram, mas *overdose* eu acho que uns... mais de seis.
873. *E isso não... não te influenciou a parar?*
874. Influencia sim, mas não pára.
875. *Uhum.*
876. Não pára.
877. *[inaudível - 3 segundos]. É... [silêncio - 25 segundos]. Você falou que a sua vida sexual era melhor, mais ativa com a cocaína.*
878. É, com a cocaína, ou... é... é... eu não sei se era com a cocaína. Parece que a minha aposta em deixar a cocaína, você fica mais na sua mesmo, mais natural, né? mais ao natural, acho que a cocaína dava a sensação de você sempre querer transar. Realmente eu transava. Mas eu acho a... transava mais do que o necessário. Não haveria... não havia necessidade de transar tanto assim. Ela estimula o seu sentimento de... seu... a sua sexua... a sua sexualidade, ela te... te aflora, né?... então você fica... louco pra transar, come a namorada, transa o dia inteiro, né?... vai sair, toma... acabou de tomar banho, já estava voltando de novo... Então é... é isso, agora eu... hoje não, eu acho que eu percebo que estou mais... assim, dou uma transada, tal, fico... posso ficar uma semana sem transar, não... transe daqui dois dias, transe on... se der para transar... num dia, outro dia eu transe, tal, mas, sabe, não...
879. *D., é... voltando um pouquinho: antes da clínica, você tentou parar de usar por conta própria?*

880. Olha, eu já fiquei um ano sem usar cocaína, quando eu estudei no colégio N.

881. ***E isso, você tinha quantos anos?***

882. Foi em 92... dezessete, dezoito anos, por aí, dezessete, dezesseis, dezessete anos.

883. ***Aí depois, vai, depois você começou a usar de novo... e em seguinte, depois, teve novas tentativas de parar?***

884. Parava uma semana, quinze dias, vinte dias, um mês, dois meses, quando eu ia pra praia.

885. ***E por que parava?***

886. Parava porque eu estava num lugar que não encontrava cocaína, tava na praia, tava fazendo esporte, surf.

887. ***Nunca parou, assim, uma semana, um mês, por achar que estava fazendo mal para você?***

888. Já, já cheguei a parar também, mas depois eu já voltei a usar de novo.

889. ***Mais rápidas essas interrupções?***

890. Começou a...

891. ***Mais curtas?***

892. Mais curtas, depois mais curtas. Depois foram interrupções mais curtas até um dia que... você cheira direto.

893. ***Você pensou em se matar, em algum momento?***

894. Já, já pensei. Eu nunca tive coragem.

895. ***Por causa desse problema de cocaína, ou não?***

896. Por causa desse problema de cocaína.

897. ***Pensou em se matar.***

898. Já.

899. ***Chegou a imaginar algum meio?***

900. Ah, os pulsos, né? mas o pulso é morte lenta, no caso eu tiro... revólver. Né? Mas nunca tive coragem e tal. No instante... instante, a vida fala mais alto, né? Pelo menos pra mim.

901. ***Cocaína injetável, você nunca usou?***

902. Nunca.

903. ***O que que você acha?***

904. Ah, eu... não combina comigo, nada que é injeção combina comigo.

905. ***Por quê?***

906. Ah, eu não gosto de agulha, nunca fui simpático a agulha.

907. ***Por quê?***

908. Não tive simpatia com a agulha. Acidente da bomba, tal, várias... anestésias.

909. ***Mas você achava o quê? Achava que era muito violento? Acha violento?***

910. Acho muito violenta a injeção.

911. ***Não é violento cheirar, também?***

912. Mas é... violento cheirar, também. Mas parece que a injeção você vê o seu sangue misturando assim, e eu não quero ver o meu sangue misturar. Aqui mistura, mas... pelo... pelo... pela seringa não. É muito... E a dor, né?

913. ***Crack?***

914. Nunca na minha vida. Nunca vou experimentar. Nunca diga "dessa água não beberel", mas olha, a... crack... cara, é uma coisa... não me a... não me atrai em nada.

915. ***Por quê?***

916. Ah, não sei, deve sair um cheiro horrível. Só um cheiro de num sei o quê com num sei com quê aí... pó com alguma coisa. Não dá certo, nem tem...

917. ***Quer dizer que na cocaína, cada elemento, assim, o cheiro, o gosto, tudo agradável? Era?***

918. É.

919. ***Por isso que você...?***

920. É, por isso que eu ia atrás.

921. ***Bom, eu acho que é isso. Você acha que eu não perguntei alguma coisa que você gostaria de falar?***

922. Ah, se tem alguns jovens que não procuram auxílio por alguma ou algum... fato... Eu acho que tem, viu, algum fato.

923. ***Por exemplo...***

924. Ah, mãe, pai, bloqueiam, esse tipo de discriminabilidade, diz que vai expulsar de casa. Eu acho que a... esses jovens teriam que procurar e teriam que quebrar essa barreira. Só assim a gente vai conseguir... a ficar sem droga.

925. ***Como assim? Você acha que... os pais que...***

926. Não querem nem ouvir falar que o filho é drogado. Entendeu? Esses pais prejudicam os filhos. Não pode acontecer isso. Se o seu filho é e você não quer aceitar... mas então, pelo menos, tudo bem, mas pelo menos você faça alguma coisa de útil. Você não quer ver que ele está no A.A. e no N.A., mas... dê esperança pra ele que

ocê... ame-o, ama o filho e tal. Agora, não rejeita, se rejeitar um abraço, não vai ver o filho. Se rejeitar vai ver o filho no caixão. Dito e feito, rejeitou o filho, é um abraço, o moleque sente e sabe, a gente sabe, aí... piora a situação.

927. ***Você acha que é mais sensível à rejeição do que as outras pessoas? Você...***

928. Bom...

929. ***... recentemente foi rejeitado...***

930. Pela S.?

931. ***Sim. Você está dizendo assim: "se o drogadito for rejeitado pelos pais..."***

932. É, nesse sentido.

933. ***... ele é... acaba morrendo, digamos?***

934. É, digamos que já tá... nesse sentido de não... não aceitar o fato que o filho dele cheira cocaína... Põe ele pra fora de casa... primeira coisa é pôr o filho pra fora de casa.

935. ***Isso costuma ser... é... a temática do W. [programa de ajuda mútua para os pais], né?***

936. Pôr o filho pra fora de casa? Tem...

937. ***Tem uma coisa assim? E se ele não aceita as condições, né?...***

938. Da casa.

939. ***... da casa, e... e vai...***

940. Vai pra fora, vai, vai pra fora. Verdade.

941. ***Não é isso?***

942. É isso mesmo. Mas aí que tem um problema também, né? Precisa ver que que é. Se ele não quer parar de usar droga, tudo bem, então vai pra fora. Mas se o pai não tem... "Ah, você usa droga, então, mas você vai trabalhar, vai em alguma coisa, só que você pode ficar aqui". Olha, eu acho que pôr pra fora de casa... sei lá, eu... pode ser que não.

943. ***[inaudível]***

944. Pode ser que não, pode ser que não aconteça nada, o lugar onde saia da... fique na rua, vá trabalhar, arranje emprego, se dá bem, ganha dinheiro, fica rico, pronto. Vai saber... só ir pra rua, né?

945. ***Agora, quando você... veio aqui, a sua queixa principal era que não conseguia sair da barra saia da sua mãe, da sua... da sua mãe e do seu pai.***

946. É, eu estava preso ainda a eles, né? eu estou um pouco preso. Mas parece que eu já estou... dando o meu grito de liberdade aí e estou... procurando o meu cami-

nho, né? vou procurar o meu caminho. Não dá pra ficar parado, não dá pra ficar parado.

947. ***Mais alguma coisa que você queira falar que não foi dito?***

948. Não, acho que praticamente isso, que... [inaudível]... e a... e se ajudem. É só isso. Não tem mais nada não.

E.

ENTREVISTA NÚMERO 05

Local e data de realização: em clínica de internação psiquiátrica em 16/03/98

Duração aproximada: 80 minutos

DADOS SOBRE O ENTREVISTADO:

Inicial fictícia: E.; *Sexo:* masculino; *Idade:* 39 anos; *Etnia:* branco; *Procedência:* Campinas-SP; *Escolaridade:* ensino superior completo; *Estado civil / situação familiar:* viúvo, dois filhos crianças, mora com eles; *Profissão / ocupação:* engenheiro empregado na empresa da família; *Religião:* católico não praticante

ALGUNS DADOS CLÍNICOS:

Substância de dependência / tempo de uso: álcool, há 20 anos, pior há 4 anos

Outras substâncias que usa: nenhuma

Há quanto tempo no atendimento atual: 8 dias internado; faz psicoterapia psicanalítica individual há cerca de dois anos; seu psicoterapeuta o encaminhou para internação psiquiátrica para manejo do quadro de dependência.

Outros problemas de saúde: hepatomegalia no exame físico de admissão, sem outras alterações.

OUTROS DADOS SOBRE A ENTREVISTA:

O entrevistado foi tratado por outro médico durante sua internação, tendo eu participado de algumas atividades terapêuticas com ele; vinha fazendo hospital-dia nos últimos dias. Solícito, estava à vontade na entrevista, aparentemente.

TRANSCRIÇÃO:

949. *O objetivo, E., como expliquei, não sei se você está lembrado, é o seguinte: entender porque algumas pessoas com problema com álcool ou drogas procuram tratamentos e outras não procuram. E a gente sabe que a maioria das pessoas, ou não procura ou demora muito para procurar, de forma... seria assim... seria melhor você ficar um pouquinho mais perto do gravador, que ele não... assim... só mais... De forma, então, que... E existe também uma diferença entre resolver parar de beber, no caso...*

950. Sei.

951. *... e procurar o tratamento. Por exemplo, algumas pessoas querem parar de beber, mas não procuram tratamento...*

952. Sei.

953. *... imediatamente. Demora. Então eu queria que você me contasse, assim, o que aconteceu, como foi seu processo para resolver procurar tratamento para essa doença.*

954. Bom, eu realmente sou um desses casos que demorei... pra procurar, né? Eu demorei praticamente quatro anos. Quer dizer, eu comecei a beber muito, em escala fora daquele nível social, quando a minha esposa morreu há quatro anos atrás, e eu procurei o tratamento agora. Eu realmente acho que num certo ponto, depois que a minha esposa morreu, acho que eu... bebia porque gostava, eu passei a gostar de beber, não queria... parar. Acontece que agora, quatro anos depois, a situação chegou num ponto que... que eu percebi que eu tava perdendo tudo o que eu tinha, filho... quer dizer, a família quis tirar os filhos na Justiça, eu... eu tava perdendo namorada... e começando a me sentir mal fisicamente, né? Então, a família cogitou da... quer dizer, a idéia não partiu de mim, é... eu nunca me imaginei numa situação dessa... A família cogitou do tratamento e eu... Aceitei prontamente porque eu percebi que... que a situação era grave.

955. *Quer dizer que a... o primeiro... a primeira pessoa que você procurou foi o doutor X.?*

956. Foi o doutor X., o doutor X. me trata...

957. *Desde que começou...*

958. É, desde aquela época, teve um... um espaço de tempo que interrompeu o tratamento porque eu sofri um acidente... de motocicleta e aí teve um mulete e o hospital, e foi uma... Então ele dizia que o tratamento tinha que ser no divã, no consultório... então teve que ser interrompido.

959. *E você faz terapia com ele há quanto tempo?*

960. É...

961. *Desde quando?*

962. Tirando a... a... agora, depois que eu recomecei, são... seis meses já, né? Quer dizer, ele, junto com a família, nesses seis meses foi um... eles cogitaram no... no tratamento, na internação... umas duas, três vezes. Na terceira vez foi que eu aceitei. Porque eu... não me

imaginava nessa situação, eu achava... dizia: "Não, eu vou parar, eu vou parar de beber", mas quando chegou... na terceira vez que eles cogitaram, eu percebi que... se eu não aceitasse eu não... não ia conseguir parar. E... que já tava com a saúde comprometida... vida social comprometida, né?... Enfim, tudo comprometido, né?

963. **Você diz, assim, saúde... por que motivo?**

964. Eu tava começando a me sentir mal. Eu acordava de manhã... com... com enjôo, com ânsia, e eu só conseguia parar de ter ânsia quando tomasse uma... uma dose. Então... e eu não sentia apetite, quer dizer, eu fiquei praticamente... vinte e cinco dias, por aí, sem comer nada, absolutamente nada. Quer dizer, o que me sustentava era o álcool, eu tomava álcool com coca-cola em vez de almoçar. Então o açúcar do refrigerante mais o álcool. Então quer dizer, acordava de manhã com... com ânsia, com... e se não toma... e se demorasse pra tomar uma eu já... a ânsia e o enjôo não passava. Eu percebi que eu tava mal mesmo, né?

965. **Depois que eu tomava, demorava... mais ou menos quanto tempo pra passar?**

966. Depois que eu... eu tomava a primeira dose, na segunda já passava... de um... num espaço de meia hora, assim. De manhã, antes de... de trabalhar eu tomava duas doses... Aí passava imediatamente.

967. **Quando que você... esse enjôo, logo na parte da manhã, você percebeu faz muito tempo?**

968. Olha, esse enjôo vem... de quase um ano pra cá, vem de uns nove meses pra cá, o enjôo.

969. **Então quer dizer que agora você sente que piorou nessas últimas semanas, anteriores... à internação, ou não?**

970. Ah, piorou, sem dúvida.

971. **Vomitava...**

972. Era uma coisa muito esporádica, né? E agora voc... vamos dizer, um mês antes... né? um mês, um mês e meio antes da internação, começou a ficar uma coisa assim de... é... vomitar biliar pura, né? porque eu não tinha nada no... mais pra vomitar... mas era biliar pura e... [inaudível - 2 "...]... enquanto eu não... enquanto pa... quando passava o efeito da bebida, dessas duas doses que eu tomava de manhã, o enjôo voltava e eu... tornava a vomitar biliar, aí tinha que voltar ao bar e beber mais... Quer dizer, eu só tava bem... e apto pra traba-

lhar, pra fazer qualquer coisa que fosse se bebesse... num é?

973. **E quando você percebeu, assim, que piorou esse... essa náusea, vômito, tudo isso, o que você pensou, assim? Você associou uma piora no seu estado de saúde, né?**

974. Estado de saúde.

975. **Mas o... o que... você sentiu medo de estar com um problema mais grave?**

976. Senti. Eu senti muito medo de... de já estar com uma cirrose, né? eu sei que a cirrose é perigosa, é... não sei se em todos os casos, mas pelo menos na maioria dos casos leva à morte... e eu tinha muito medo de ter uma cirrose, né?... de já estar num... num ponto comprometido com cirrose. Eu resisti... quer dizer, deste ponto pra frente eu ainda resisti um mês, eu... mais ou menos aí... Quer dizer, é... essa resistência desse um mês é porque aí... eu tava num estado... mental completamente inútil, né? Quer dizer, pra mim... eu voltar pra... ter um momento de reflexão... pra pensar... sobre o assunto foi difícil. Né? porque eu tava bêbado de dia e à noite desmaiava. Então... e aí foi um mês assim, né?

977. **Esse estado de... inútil, do ponto de vista de pensamento, como é que é que reflete? Como é que você se sente hoje?**

978. Ah, é um... né? um... é uma coisa assim: você... é... porque e... esse último mês eu... aí eu praticamente não trabalhei. Quer dizer... um... a... né? o meu cer... o meu trabalho é... um trabalho que... quer dizer, eu sou engenheiro, né? eu faço cálculo... Então eu... eu... eu não tinha mais raciocínio pra isso. Então a única coisa que eu fazia era... praticamente eu ficava no bar e... ouvindo piada de bar, besteira de bar e... dava risada com os amigos, ia pra casa e desmaiava à noite. Quer dizer, um estado inútil. Você não pensa nada de sério, nada...

979. **E a... e a análise nesse período de um mês, você chegava lá... é um lugar onde a gente pensa, né?...**

980. Pois é...

981. **Como é que era?**

982. ... aí a coisa... e... esse mês essa coisa chegou num ponto que... o doutor X... quase desistiu... né? Porque... chegou num ponto de eu beber antes de ir para a seção. Porque eu ficava com medo... eu chegava tremendo... e

tendo muito enjôo, então eu bebia pra chegar lá sem enjôo e sem tremer. E é lógico, o médico percebe... Até que da última vez que ele propôs o... o trata... a internação, o tratamento que havia, ele falou: "Olha aqui, infelizmente não tem outro jeito, se você não aceitar... eu não vou mais te tratar assim". Aí... mas... eu tenho impressão que nem... precisava, né?... ele... quer dizer, eu aceitaria de qualquer maneira, né? Apesar que...

983. ***Não precisava nem ter dado essa intimada que ele deu.***

984. É, não, mas ele falou porque, já como ele tinha um... continuasse desse... quer dizer, o que adianta uma terapia se você bebe antes de vir? Né? não... ele falou porque realmente não adiantaria mais nada o tratamento dele mesmo, né?... a terapia dele, né?

985. ***Voltando um pouquinho, A., assim, além do problema da náusea e vômito, mais algum sinal físico, assim, desconforto físico que você tinha?***

986. Eu sempre tinha... é... muita coceira. Coceira na... na orelha, na... no rosto, na perna. Em nível de coceira, assim, eu percebi bem isso.

987. ***O que você imaginava que fosse isso? O que você pensava?***

988. Eu imaginava que fosse um efeito qualquer do... do álcool. Simplesmente isso, um efeito qualquer do álcool.

989. ***E ficou apreensivo com isso tudo, ou não?***

990. Não, nem fiquei muito apreensivo não.

991. ***Mais com o problema da náusea...***

992. Da náusea. Porque aí é... o medo da cirrose, né?

993. ***No caso, você falou que ficou um mês sem trabalhar. Eu imagino que os problemas do trabalho já vinham sendo...***

994. Ah, não...

995. ***... já vinham existindo antes, já...***

996. Já.

997. ***... devia ter havido...***

998. Diminuído o ritmo de produção, né? minha produção não era mais a mesma. Quer dizer, eu trabalhava... é... se... cinco, seis horas por dia... e mal trabalhava, né? Então...

999. ***Você não recebeu, assim, nenhuma... pressão no trabalho para parar de beber?***

1000. Ah, senti bastante. Bastante pressão.

1001. ***Você é... trabalha para uma empresa ou é dono da empresa?***

1002. Eu trabalho pra uma empresa, a empresa é da família... né? Mas eu sou assalariado, eu... é da família, mas eu não... eu sou assalariado, não... não sou acionista da empresa, nada... E... sou bastante pressão da... por parte da família.

1003. ***Quer dizer que a pressão da família e do trabalho é mais ou menos a mesma, então?***

1004. É mais ou menos a mesma, exatamente. Foi a mesma.

1005. ***De que maneira que houve essa pressão, assim, no que diz respeito ao trabalho? Que tipo de...***

1006. No que diz respeito ao trabalho, eu chegava pra trabalhar, o patrão olhava pra mim e falava: "Você já bebeu"... algumas vezes eu tentava negar, mas na maioria das vezes... qualquer um percebe... é evidente, né? E... "Você já bebeu, você precisa parar com isso, precisa se tratar". Aí eu dizia: "Não, eu vou parar, eu vou parar". Até perceber que... que realmente eu teria que fazer o tratamento.

1007. ***Quando você diz assim, que [inaudível - 2"]. "Eu vou parar, eu vou parar", você devia estar sendo sincero, né?***

1008. Tava sendo sincero.

1009. ***E qual a dificuldade que você via na época, de parar?***

1010. A dificuldade que eu via na época é a seguinte: porque... a única... vida social que eu tinha então, era ir para o bar beber. Quer dizer, eu acostumei tanto a fazer isso que... eu não conseguia... eu teria... eu tinha que fazer isso pra ter algum momento, assim, de... de... de... de alegria, de lazer... né? Então ficou... o que era muito... pra quebrar esse... círculo vicioso foi muito difícil. A bebida causou muito transtorno. Quer dizer, eu me... desde que a minha esposa morreu, eu tenho uma namorada, gosto muito dela, né?... e causou muito transtorno no nosso relacionamento, quer dizer, ultimamente a gente não está nem se vendo mais.

1011. ***O que que ela dizia pra você a respeito do problema do álcool?***

1012. Ela dizia pra mim que, simplesmente, se eu não fosse me tratar, que ela não queria mais saber de mim. Porque eu realmente bebo, eu não... quer dizer, é difícil pra pessoa agüentar o bêbado, né? Mas aí eu, bêbado, tentava me impor. Eu pegava o carro, aparecia

no... no apartamento dela, eu... Ela falava: "Você não pode ficar aqui nesse estado", eu... eu batia o pé que queria ficar. Quer dizer, praticamente eu obrigava ela... a me aceitar, né? Então chegou num ponto que... que ela passou a fugir de mim. Quer dizer, eu passei a não ter mais nada.

1013. ***Começou a fugir de você...***

1014. Como eu passei a não ter mais nada na vida, nem namorada, os filhos... em vias de serem tirados na Justiça, né?... Então a única coisa que eu tinha realmente era o bar e a bebida, né? Quer dizer, eu achava que... ali era o meu conforto, era o conforto que eu tinha... social, afetivo...

1015. ***Fora o terapeuta, tinha alguém você sentia, assim, mais próximo de você na...?***

1016. Justamente a... a namorada. Porque... veja bem, ela... passou a se esquivar de mim, a... s... se distanciar de mim... mas ela jamais chegou pra mim e falou: "Olha, o nosso relacionamento está terminado". Porque na realidade ela queria que eu me tratasse e ficasse bom pra poder ter um relacionamento decente comigo. Quer dizer, a pessoa pra te... pra agüentar o que ela agüentou tem que gostar muito, né? Realmente gostava muito de mim. Então ela foi sempre quem foi que... a da... A família sempre fez muita pressão, mas nunca deu apoio... né? O apoio sempre veio do doutor X. e da namorada.

1017. ***O apoio que você se refere, seria o quê, assim? Que tipo de apoio?***

1018. apoio de... quer dizer, o doutor X. é profissional, né? um profissional com quem me dou muito bem, eu... Porque às vezes você não se dá bem com determinado... psiquiatra, com determinado profissional, mas no caso, o doutor X., eu me dou muito bem com ele, e o apoio da namorada... é justamente um apoio assim de... é de carinho, de... de atenção, quer dizer, de eu... de eu percebi que ela... se distanciava de mim, mas que não queria... terminar comigo, terminar, né? Era uma maneira dela forçar a barra pra eu fazer o tratamento, né? Tanto que aqui na clínica, ela dá o maior apoio, ela vem todo dia, sabe, todo dia ela pergunta... é toda manhã, "O que você precisa?". Ela sabe que eu saio de manhã pra trabalhar mas pergunta: "O que... quer que eu traga um cigarro? Quer que eu traga um chocolate?", assim, muito fin...

1019. ***Te dá atenção.***

1020. Muita atenção, muito carinho.

1021. ***E com relação aos seus filhos? A parte da família que queria tirar o...***

1022. É, eles queriam tirar...

1023. ***Seriam os seus pais...***

1024. Os meus pais e mais... a avó materna, né? A avó materna, minha... sogra... Quer dizer, eles começaram a perceber que... eu comecei a abandonar... a casa, né? chegou num ponto que... nem conta de banco eu não pagava mais, né? Não tinha dívida, mas as contas chegavam em casa e eu as perdia, cortavam a luz, telefone, atrasei as mensalidades escolares. Eu já não acompanhava mais a lição de casa das crianças, né?... Quer dizer, eu chegava em casa e desmaiava. Nesse ponto, quando isso começou a acontecer, a... babá... das crianças, que é uma babá antiga, de anos, já... se mudou, quer dizer, ela percebeu a situação e se mudou pra minha casa. É uma pessoa que não tem compromisso com outras pessoas, ela é... também é viúva, não tem filhos... Então ela falou... ela mesma falava pra mim: "A., você precisa... se tratar, e eu vou mudar pra cá pra dar uma força pra você", tal. Senão as crianças estariam completamente largadas. E eles perceberam, as crianças... é lógico, percebem, né?

1025. ***Como é que foi? Como é que você sente a... ou sentiu a... as repercussões pra eles?***

1026. Olha, eles... o mais velho, de dez anos, por exemplo, ele reclamava muito que eu só bebia, que eu chegava em casa e dormia, depois eu acordava tarde, dez, onze horas da manhã, que eu não saía mais pra passear com eles... Agora, por exemplo, quando eu vejo eles... eles falam pra mim: "Nossa, pai, agora que você tá legal assim, agora que você tá bom!" Falam pra mim... me dá um... me dá até um aperto na hora que eles falam isso.

1027. ***Mas na época, você se sentia distante deles...***

1028. Me sentia.

1029. ***Quando fez uso do álcool... você percebia?***

1030. É, eu comecei a perceber esse tipo de situação mais recentemente. Eu comecei a perce... quer dizer, esse tipo de situação também me pressionou... a aceitar o tratamento, porque daí eu comecei... porque an...

antes eu tava no meu... "eu bebo, mas eu estou acompanhando os meus filhos... tá... tem horário pra tomar banho, pra escovar os dentes...". Mas isso... sabe, é aquela coisa mecânica, que já vem de... de anos e anos atrás, continua a mesma coisa, agora, o carinho e o afeto do pai realmente estavam faltando. Eu comecei a perceber isso... de uns meses pra cá, só... que não... que não era como eu achava, que... a situação... "Não é a mesma, não...". Quer dizer, eu realmente estava largando as crianças... Isso foi uma das situações que me... pressionou bastante, assim, sabe. Eu sempre fui um pai... muito chegado... muito afetuoso, assim, muito toque físico, de pegar o filho e pôr no colo, fazer carinho... E isso, ultimamente, simplesmente não acontecia mais, né?

1031. **Mais alguém, assim, significativo, você sente que se afastou? Seus filhos, sua namorada, o terapeuta...**

1032. Não, nessa última fase... Eu sempre fui uma pessoa... eu nunca fui assim... muito social, então, né?... nem na... na época que eu não bebia. O X. costuma dizer que eu sou um *outsider*, né? Como que eu ia falar? Eu não tenho... mas realmente eu sempre tive essas pessoas... porque na... amigo de bar, enfim, não conta, né? é aquela tal história, né? é ali, quando você está bêbado, que você fala um... você fala um... conta umas piadas, tá bêbado, eles dão risada, tal, né?... Mas a... sempre foi a namorada... e meus filhos e o terapeuta, só isso aí. Sempre foi por aí. Tem um... um ou outro amigo que d... que ficou da época de faculdade que eu posso dizer que são amigos mesmo, até mais amigos do... do que o meu próprio irmão, né? E... mas mora um em São Paulo e o outro em W. [cidade], são dois, entende? E esses assuntos... pelo fato de estarem longe, não sei se tivessem aqui perto, se não se afastariam também, provavelmente, né?

1033. **Quando o X. e a sua família pressionou por três vezes a internação... Nas duas primeiras, como é que você?... você reagiu diferente da... da terceira?**

1034. Da terceira. Pelo seguinte: eu tenho muito medo de internação. Eu não sabia o que era internação, nunca tinha passado por isso. Quer dizer, eu não me... simplesmente eu n... não me imaginava in... internado

numa clínica. Então quando eles falavam isso eu dizia que não queria, que eu ia... parar sozinho.

1035. **O que você imaginava que era uma internação?**

1036. Ah, eu tinha uma péssima idéia, né? de internação, eu... n... Realmente eu não sei dizer o que eu imaginava que era, mas a idéia eu... que era uma idéia desagradável. Assim, uma coisa... desagradável, uma coisa... tipo assim, vamos dizer, uma coisa pra louco. Eu falava: "Pô! eu não sou louco. Eu bebo, só". Entende? Na realidade, um... do estado da pessoa que bebia a quantidade de álcool que eu bebia de... de um louco não é muito diferente.

1037. **Ou de certa forma, né?**

1038. É, de certa forma.

1039. **[inaudível - 2 "]**

1040. Então eu... eu... eu achava assim: "N... na internação é coisa pra louco, eu não sou louco". Quer dizer, eu achava que eu ia sofrer muito aqui, que...

1041. **Sofrer de que maneira?**

1042. Eu não sei... exatamente, sabe... eu ia ter a minha liberdade restringida... é... eu não ia poder fazer... sabe... todas coisas, né?... eu imaginava que eu não ia poder ler um livro, que eu não ia poder... Enfim, eu tinha outra idéia, que a coisa não...

1043. **Por exemplo, você diz assim, que... você tinha, de certa forma, um certo controle sobre esses sinais, esses sintomas de abstinência, um deles foi náusea, vômito...**

1044. Sei.

1045. **...dores, né? Vou sa... saber se... se bebesse isso parava?**

1046. Sabia...

1047. **Na hora que... você aceita uma interrupção, ou se aceitasse uma interrupção, esse controle já não ia mais ser seu.**

1048. Lógico.

1049. **Você pensava com medo, assim, digamos, de... perder o controle sobre esses...?**

1050. Não.

1051. **... seu físico, assim?**

1052. Não, não, não... não... não, não tinha esse medo não, eu a... eu achava que... depois que eu... teve a... da última vez eu tava... o doutor X. me explicou direitinho... ele falou: "Olha, eu não sei como que o seu

figado está comprometido, mas... você vai passar por e... por exames lá e... é... quer dizer, essa desintoxicação mais grossa, em três, quatro dias... vai passar, você vai parar de tremer...”, quer dizer, ele me explicou tudo direitinho. Me explicou que uma internação numa clínica desse nível não era o que eu tava pensando, num é? Enfim, foi me convencendo... devagarzinho, até que eu aceitasse. Mas esse medo eu não... realmente eu não tive, eu s... aí...

1053. **Como é que você achava que ia lidar com náusea e tudo?... tremor...**

1054. Eu... eu...

1055. **... você já vinha [inaudível]...**

1056. ... eu... eu... eu achava que de... durante essa fase eu ia ser medicado, né? que...

1057. **Tinha consciência disso.**

1058. Tinha consciência... que eu ia ser medicado, que o medicamento ia me ajudar a passar por essa fase. Mas realmente foi muito mais fácil do que eu imaginei. Foi no... no segundo dia eu já tava aqui, eu já não sentia mais náusea e... eu já não tremia mais. Quer dizer, o meu... eu acho que o meu fígado realmente não tava tão comprometido quanto eu... imaginava. Graças a Deus!

1059. **Já fez os... os exames chegaram?**

1060. Fiz os exames. Meu exame... ele indicou um certo grau de necrose, mas mínimo. Agora eu... o doutor Pereira me explicou mas eu não sei... não entendi direito... quer dizer, eu acho que esse... grau de necro... necrose é irreversível, né? isso... Mas enfim, meu fígado... funciona bem ainda.

1061. **Ele tem uma capacidade de regeneração...**

1062. Tem?

1063. **... limite.**

1064. Sei.

1065. **Quando que há uma perda no fígado... digamos que tem agora a... que ele não esteja funcionando cem por cento, aí...**

1066. É.

1067. **... talvez ele venha a funcionar, separando...**

1068. Cem por cento.

1069. **Cem por cento. Funcionar. Agora, o que se perdeu, fica uma cicatriz.**

1070. Foi exatamente o que ele disse, que fica uma cicatriz, que... que o caso não era pra preocupação. Na segunda vez que ele exa... examinou, ele falou: “Olha, já desinchou bastante. Você está bem, tá...”

1071. **Quando você procurou o X., depois que a sua esposa faleceu...**

1072. Foi, foi, foi desse jeito.

1073. **Você já estava bebendo bastante?**

1074. Já, já tava bebendo bastante.

1075. **E você procurou-o para o problema do álcool ou não?**

1076. Olha, eu... porque o X., foi uma... amiga do meu... dos meus pais que indicaram... que indicou... o doutor X... Eu, na minha opinião, eu tava ali... por problemas psíquicos... Mas eu tenho a impressão de que a família já pensava no problema do álcool, né? Eu não.

1077. **Então você mesmo não...**

1078. Não.

1079. **... cogitava... o problema do álcool.**

1080. Não, eu não. Eu... eu... naquela época eu imaginava que eu nunca ia ter problemas com álcool. Eu jamais teria problemas com álcool, entendeu? Quer dizer, eu já bebia bastante, não... no nível de... de ultimamente, mas já bastante... Mas eu não achava que... que aquilo não... que aquilo lá não... não ia pra frente... né? que eu pararia logo. E realmente eu não parei... né?

1081. **Quando você... uma coisa que me deixou curioso, falou assim que... achava que na internação você não ia poder ler... Por quê?**

1082. Eu não sei, eu... quer... quer dizer, eu nunca soube o que é uma internação, né? a gente ouve falar do hospital psiquiátrico... quer dizer, eu n... eu ouvia falar no num SPA...

1083. **Uhum.**

1084. ... ou no hospital psiquiátrico. Eu não sabia que havia esse... tipo de clínica, né? Então o... eu falei: “Bom, obviamente, pra um SPA é que eu não vou... né? eu vou pra um hospital psiquiátrico” e... tinha muito medo disso, né?... de ter... eu falei... “eu vou chegar lá e...”

1085. **É medo de ser maltratado?**

1086. Tinha medo de ser maltratado.

1087. **O que você imaginava?**

1088. Ah, eu imaginava que eu ia... eu ia ser contido... que eu ia ficar... abandonado no meio de um monte

de louco, sabe? "Eles vão... quem sabe, eles vão me pegar e eu... eu vou ficar no meio de um monte de louco, abandonado... eu tenho... um enfermeiro... um enfermeiro pra cinquenta pessoas, sabe, eu vou...". Quer dizer, eu tinha muito medo realmente desse tipo de situação. Quando o doutor X. me explicou, "Não, não é... não é... nada disso. Não, não é..."

1089. ***Mas eu imagino, digamos, o dia que você chegou aqui. Ainda alguma apreensão deveria ter.***

1090. No dia que eu cheguei aqui eu cheguei apreensivo, né? Porque ele explicou como era, mas enfim... você quer ver, né?

1091. ***Uhum.***

1092. Você quer ver. Aí eu fiquei meio apreensivo porque... eu cheguei aqui e encontrei... eu não sei se pode falar o nome ou não pode...

1093. ***Pode, depois eu tiro.***

1094. Tá, então eu cheguei aqui, a primeira cena que eu vi foi o X. andando em volta da árvore, lá em cima... Eu olhei aquilo e falei: "mas não é por...", eu pensei "não é por aí, eu não sou louco". Entende? Mas já no dia seguinte eu já tinha percebido. Aí o doutor V. me entrevistou, eu expliquei pra ele a minha apreensão, ele falou: "Não, você... fica então. Veja, ex... experimente. Se você quiser ir embora, você chama o doutor X. e vai embora". Mas no dia seguinte eu já tinha percebido que não era nada daquilo que eu tava pensando [inaudível]. Eu percebi bem rápido a situação.

1095. ***Atividades, assim, de lazer... Como é que estava antes de você resolver se tratar?***

1096. Ah, eu não... atividade de lazer não... praticamente não tinha, né?... Eu fui... eu fui uma pessoa... quer dizer, eu realmente perdi tudo o que eu tinha na vida, porque eu fui corredor de *motocross*, entende? Eu fui atleta, eu corria vinte quilômetros por dia... E, sabe, eu participo... ia... em muita festa, sabe, muita reunião em casa de amigo... e... juntava os amigos, ia ao Playcenter, em São Paulo, enfim, eu sempre tive uma vida assim... plena de lazer. E ultimamente eu não tinha mais nada não, era só o bar mesmo.

1097. ***Você acha que isso se deveu ao problema do álcool ou a outros fatores aí que contribuiu para você...***

1098. É...

1099. ***... ser um outsider, como um...***

1100. ... eu acho que o álcool, os fatores... foi um... vamos dizer, um *starter*, né?... da... da coisa. Depois o álcool acabou de tirar... Quer dizer, eu fui... eu era uma pessoa assim, apesar de ser um *outsider*. Porque no... na... afinal de contas, houve época aí que era moda ser um *outsider*, né? Aí... eu fui levando os tombos, né? fui mudando.

1101. ***Isso de ser outsider tem a ver com timidez, ou não?***

1102. Eu acho que tem um pouco sim. Eu acho que tem a ver com timidez, um pouco. Sabe, eu, assim... eu era uma... na infância... muito tímido... E eu realmente acabei me soltando... quer dizer, eu era muito tímido, eu era uma criança que não tinha, assim, uma... uma vida social de criança.

1103. ***[quebra da fita]***

1104. ... e... quando na no... na adolescência, o que acabou me soltando, quer dizer, eu comecei a ter uma vida de rua. Eu aprendi a fumar maconha... Entende? Aí aquela rapaziada toda de... de... de rua, de... de motocicleta e tal, todo mundo gostava de mim, e tal, então eu falava: "Bom, a vida é essa, então", né? "A vida é por aí".

1105. ***Mas você se considerava ainda um pouco inseguro depois... você disse que com essa timidez... na infância, e depois melhorou um pouco...***

1106. É.

1107. ***... mas essa insegurança persistiu de alguma forma?***

1108. Olha, a insegurança diminuiu bastante, porque eu era... nessa fase de adolescente de rua, eu passei a ser uma pessoa, assim, bastante querida, assim, pelos amigos, sabe, uma pessoa que... por exemplo, quando eu chegava... todo mundo gostava de mim... sabe, e... a gente ia viajar, ia acampar, e fazia um monte de coisas e eu era sempre convidado, eu era... Então, quer dizer, de uma certa forma... aquela rapaziada lá dos anos 70, né? do...na época que virou moda fumar maconha, essas coisas... é... a rapaziada me deu bastante segurança, assim, uma coisa que vinha tra... eu achava que a vida era aquilo, né? Mas isso, de certa maneira, foi me... me gerando problemas, né?

1109. ***O álcool não...? O álcool libera um pouco as pessoas, solta, né?***

1110. Solta.

1111. ***Você acha que de alguma forma, bebeu para se soltar?***
1112. Não, acho que não.
1113. ***Para enfrentar as situações sociais?***
1114. Não...
1115. ***Isso não?***
1116. Não, eu comecei a beber realmente pra enfrentar a tristeza e depressão. Aí... quer dizer, é que nem eu disse isso, foi uma situação de vida, tristeza, depressão, foi um *starter* da coisa. Aí depois você bebe porque bebe, né?
1117. ***Mas agora, digamos assim, que optando por parar de beber, teoricamente você teria que fazer outras coisas para enfrentar...***
1118. É.
1119. ***... a depressão, tristeza... De uma certa forma, não houve, assim, uma... um... um medo de parar de beber?***
1120. Houve.
1121. ***Automaticamente ficaria mais deprimido ou mais...***
1122. Houve, sem dúvida.
1123. ***Como foi?***
1124. Eu tive esse medo, eu tive um medo de... parar de beber e... e não saber no... como enfrentar... Quer dizer, eu achava que a única coisa que eu tinha na vida era o... é... era eu descer pro bar e beber e... e... afinal de contas, ali, ou bem ou mal eu tinha algum momento... quer dizer, eu achava que os amigos ali eram sinceros, eram... né? É, enfim, era um bar que... a frequência era... era um pouco mais alta, né? um... era... frequência de gerentes do *shopping*... uma coisa assim... Então, eu tinha certo... um certo momento social ali, e eu fiquei com medo de perder isso e de não ter nada em troca, assim.
1125. ***Nesses quatro anos, quando perce... você passou a considerar que bebia demais? Mais do que devia...***
1126. Eu passei a considerar que bebia mais do que devia de dois anos pra cá.
1127. ***E quando você acha que... que... pensou pela primeira vez que tinha que parar de beber?***
1128. Olha, eu pensei...
1129. ***Que você mesmo, assim, percebeu que tinha que parar?***
1130. Eu comecei a... perceber que eu tinha que parar de beber.. justamente de uns dois anos pra cá também.
1131. ***E veio junto com essa...***
1132. É.
1133. ***...percepção?***
1134. Exatamente. Mas aí é... é aquela tal história, você acha que parar de beber você pode deixar para o dia seguinte, n... você fala: "Não, eu paro. Eu tenho força de vontade. Eu tenho uma... uma boa estrutura, né? eu... eu tenho um... um desenvolvimento intelectual, eu paro a hora que eu quiser".
1135. ***Você chegou a tentar parar de beber? Alguma...***
1136. Não, não tentei. Não cheguei a tentar assim.
1137. ***... nem alguns dias, assim?***
1138. Não, nem alguns dias. Eu simplesmente, por achar isso... que eu da... que eu tenho um bom desenvolvimento intelectual, uma boa estrutura, que... que eu não... não tinha preocupação em tentar parar, que eu pararia a hora que quisesse. Mas não foi assim que aconteceu. Quer dizer, já da... dos o... só com os meus farrapos eu comecei a perceber que não era assim... a coisa, que ti... que a coisa tinha chegado num ponto que realmente... não era da maneira que eu imaginava.
1139. ***Mas como é que você percebeu isso?***
1140. Eu percebi isso quando.. as pessoas começaram, né?... quando eu comecei a perceber que... eles estavam tramando pra... tirar meus filhos na Justiça, quando eu comecei a perceber que eu tava perdendo a namorada... E que eu tava perdendo tudo e que apesar disso tudo eu não parava isso. Aí eu percebi que a coisa era... não era como eu imaginava...
1141. ***De uma certa forma, quando essas pressões ficaram mais presentes, você... é... eu digo, não necessariamente tentou parar, mas, cogitou parar de beber.***
1142. Não tentei, não tentei, é que eu achei que... precisaria sim, parar. Mas aí eu já percebi que tava difícil.
1143. ***Como é que você percebeu se você não tentou realmente parar?***
1144. É porque é alguma coisa assim, eu... bom, eu bebia... tem aquela história de... de... de beber pra tirar a ansia, a tremedeira... aí... à noite bebia mais, quer

dizer, chegava quase na base de um litro de vodca por dia... aí ia pra casa e... e ia pra casa e pensava "bom, agora eu vou passar dois dias tremendo e vomitando mas vou parar". Aí acordava no dia seguinte tremendo e vomitando, pensava, pensava, pensava, voltava, mandava e bebia. Quer dizer, eu não fazia o que eu tinha me proposto a fazer na noite anterior. E... isso foi praticamente todo dia, to... toda noite eu me propunha.. eu me propunha, não era pra ninguém.

1145. ***E aí você percebeu que não conseguia levar adiante.***

1146. Aí eu percebi que não consegui isso. Exatamente.

1147. ***E isso de quantos meses pra cá? Seis meses, mais ou menos?***

1148. Uns seis meses, mais ou menos.

1149. ***Então quer dizer que nesses últimos seis meses, toda vez que você bebia, você, ao mesmo tempo em que realizava o ato, você tinha uma idéia junto, que era assim: porque não devia estar fazendo isso.***

1150. Exatamente. Exatamente. "Eu não devia estar fazendo isso, quer dizer, eu vou passar uns dois, três dias, agora... vomitando, tremendo... E... mas... e vou parar". E... mas eu não fazia... quer dizer, cogitava na... à noite, né? quando... cheio de álcool na cabeça, eu... eu cogitava isso. No dia seguinte eu... já acordava ruim, vomitando biles pura, e tremendo... aí eu não via a hora de descer para o bar e... cortar aquele estado. Quer dizer, no fim eu... nesses últimos meses eu bebia pra cortar o estado físico, você entende?

1151. ***E medicamento, você chegou a tentar?... para...***

1152. Não.

1153. ***... em casa, para... interromper...***

1154. Não, não, não cheguei a tentar, não.

1155. *No dia...*

1156. Nem foi me proposto... isso também.

1157. ***Ia ser complicado também...***

1158. É.

1159. ***... o risco de misturar com o álcool, né?..***

1160. Ah, exatamente, isso aconteceu comigo há... há quatro anos... não era medicamento pra controlar álcool, na época era... eu tomava Prozac, né? o doutor X. receitou Prozac quando a minha esposa morreu.

Acontece que eu tomava Prozac e be... bebia. Quer dizer, chegava a desmaiar no... no próprio bar, né? Então...

1161. ***Aconteceu... assim, isso de desmaiar no bar é uma coisa, assim, bem...***

1162. É.

1163. ***... chamativa, né? é uma coisa que... é um sinal de alerta bem claro. Outros sinais, assim, graves, na sua atuação com os seus filhos, no trabalho, alguma coisa que tenha saído muito errada?***

1164. Ah, esse... essa história de desmaiar no bar, isso, aconteceu há quatro anos, por eu ter misturado com o remédio... e... eu acho que eu imagino que o Prozac seja um... um remédio que não... não pode misturar com álcool, né?

1165. ***Então quer dizer que na época o problema do álcool não era tão...***

1166. É, não.

1167. ***... percebido como problema.***

1168. Não, não. Eu parei de tomar o remédio... né? Falei: "Bom, eu não tomo mais esse remédio, pronto. Parar de beber eu paro quando eu quiser e... tudo bem".

1169. ***E nesses últimos seis meses, aproximadamente, aconteceu alguma coisa assim... grave, assim, com a família no trabalho? A sua saúde, você já...***

1170. Não.

1171. ***... disse que...***

1172. Na família, no trabalho... n... não... o trabalho... eu simplesmente... eu praticamente abandonei, né? Mais nada... eu não... eu não sei se é...

1173. ***Alguma falha grave sua no trabalho?***

1174. Não, não. Não, eu só... d... fui diminuindo a... o ritmo da produção, né? Eu... eu realmente tenho... eu sou formado desde 82... ahm... quer dizer, chega num ponto que você faz o seu serviço assim... de olho fechado, né? Mas então diminuí o ritmo de produção, mas o que faz, faz... faz certo, né?

1175. ***E com os seus filhos, teve alguma coisa...?***

1176. Ah, com os meus filhos teve...

1177. ***Uma coisa mais séria, por exemplo, de um deles adoecer e...***

1178. Não, não teve nada disso.

1179. ***Nada traumático, assim, do tipo...***

1180. Não, não teve nada traumático. O que teve de traumático... com os meus filhos é de eu... de eu chegar bêbado em casa... porque o meu apartamento é térreo... e a... achar que tem gente espiando pela janela... sabe, esse tipo de coisa, e as crianças... quer dizer, eu e as crianças em casa... e eu: "Tem gente na janela. Tem gente na porta". Quer dizer, os meninos... quer dizer, isso deve ter sido traumático pra eles, né? Mas nada assim de doença, não aconteceu nada assim.

1181. ***E com a namorada, assim... ela... teve algum rompimento, mesmo que...?***

1182. Tá, houve várias vezes, vários rompimentos, assim de... dela chegar e falar: "Bom, essa de agora foi a última...", eu chegar bêbado na casa dela e ela falar: "Essa foi a última vez, eu não quero mais te ver assim. Não apareça mais, não ligue". Entende, isso realmente me causava uma angústia muito grande, né? Aí eu me culpava, "Tá vendo...", eu pensava: "Tá perdendo tudo que tem", entende? Eu realmente gosto muito dessa menina, ela... essa menina me tirou do buraco quando a minha esposa morreu.

1183. ***Quantos anos ela tem?***

1184. Ela tem trinta e cinco anos.

1185. ***E você tem...***

1186. Trinta e nove. Então foi uma coisa assim... ela... quer dizer, a minha esposa morreu... eu obviamente não tinha condições de gostar dela... né? Mas ela falava pra mim: "Não tem importância, A., eu... eu sei que você gosta da... da falecida, mas eu gosto de você, eu quero te dar uma força sim...". E foi devagarzinho, tal, no... ela foi me ganhando. Então, realmente, hoje eu gosto muito, eu tenho muito carinho, sim. E quando ela... eu chegava bêbado na casa dela, ela falava: "Pra mim acabou, não quero mais te ver na minha frente...". Isso me causava uma angústia muito grande, né?

1187. ***Você acha que ela falava seriamente?***

1188. No momento sim. No momento sim, porque... ela ficava desesperada, mas, no dia seguinte eu ligava, eu... falava: "Olha, F., eu vou... eu vou parar, sabe... Dá um tempo, dá uma força pra mim e...". Ela já falava: "Tá bom, então... vamos ver se você vai parar mesmo".

1189. ***Sexualmente teve... algum problema, assim, de decair a atividade sexual?***

1190. Ah, decaiu, a atividade sexual decaiu, né? Sabe, a atividade sexual que era intensa... sempre foi muito intensa entre a gente, né?... Já ultimamente não... decaiu bastante, assim, acho que... acredito que um... oitenta por cento, pelo menos. Quer dizer, você passa... chega num ponto, você passa... a nem conseguir ereção direito, num é, é... fica difícil a coisa. E a pessoa também... passa a não... não gostar mais de se deitar com... com um homem assim, né?... Então deitar... quer dizer, paralisar, nunca paralisou, mas, caiu em oitenta por cento, pelo menos.

1191. ***Como é que você acha que deve ser, A., ou, como é que devem ser os profissionais ou as instituições, as clínicas? no caso, que cuidam de dependentes químicos?***

1192. Como eu acho que devem ser?

1193. ***Assim...***

1194. Olha...

1195. ***[inaudível]... que... características que essas pessoas, ou clínicas... Instituições deveriam ter pra poder tratar um dependente químico?***

1196. Olha, eu não sei, eu não tenho... quer dizer, conforme eu disse, eu não... que realmente eu não conheço esse tipo de instituição, né? Eu... eu conhecia um... já imaginava um SPA ou um hospital psiquiátrico. Eu acredito que... que as condições aqui são... ideais, quer dizer, pra mim realmente funcionou... bem. Sabe, eu... não sei, eu sou assim.

1197. ***Provavelmente, muitas pessoas, você mesmo, né? você... chegou apreensivo, tinha uma...***

1198. É.

1199. ***... idéia de que era... e... o próprio X., quer dizer, cuidando de você nesses...***

1200. Nesses...

1201. ***... tempos... É... que característica que essas pessoas tiveram...***

1202. Ahm.

1203. ***... ou têm, que facilitaram o seu tratamento? Você falou assim, que a... "Pode ser um psiquiatra bom, mas a gente não se dá bem com ele". Por que você se deu bem com o X.?***

1204. X., eu tenho impressão que... é um psiquiatra assim... ele... ele é menos sério. Entende? Ele... aquela história de... de divã, né?..

1205. *Uhum.*
1206. *...que o psiquiatra fica atrás, ele... por exemplo, tem psiquiatra que... se você ficar cinqüenta... quarenta e cinco minutos sem falar nada, ele.. fica quarenta e cinco, cinco... cinqüenta minutos... ali. O X. intervém, ele... vamos dizer, é uma... uma pessoa alegre, assim, é... extrovertido, né?... é uma característica que me ajuda bastante. Então, acho que no caso... de um paciente do meu tipo, porque eu sou introvertido, eu sou tímido, entende? Então é... é uma característica que... no meu caso... eu não sei se pra outro paciente seria diferente, é lógico, né? acredito até que o doutor X., pra outro paciente deve ser diferente... né? Então isso é uma característica que me ajuda bastante. E tem... e a paciência, né? A paciência, porque... sabe, a compreensão que... compreensão que... sabe, eu estou passando aquela compreensão que... eu estou passando por uma situação... que afinal de contas, eu... de uma certa maneira eu... eu não busquei... isso, quer dizer, eu caí nessa situação, né? A vida me levou a isso.*
1207. *Voltando um pouquinho, na época em que você estava bebendo bastante, quando... antes da internação...*
1208. *Uhum.*
1209. *... é... essas pressões familiares ou no trabalho... eu imagino que você devesse sentir, pelas pessoas que te pressionavam e que não te davam apoio...*
1210. *Sei.*
1211. *... uma certa... uma certa mágoa, ou raiva, ou...*
1212. *Bastante.*
1213. *O que que sentia por eles?*
1214. *Mágoa, né? Raiva, eu realmente... eu não... não sei, eu acho que eu sou meio incapaz de sentir raiva, né? Mas muita mágoa, sim.*
1215. *Mas você achava que eles exageravam, por exemplo? Que a situação...*
1216. *Não, não, eu...*
1217. *... não era tão grave assim?*
1218. *Não, ultimamente não. Eu achava que eles tinham razão, mas... que no entanto não... não me davam a mão, né? porque... porque é muito fácil você... constatar uma coisa... uma situação... quer dizer, pra quem está de fora, pra mim não era fácil constatar a*
- minha situação, mas... pra eles era. Agora, eles não me davam a mão, não me ajudavam.*
1219. *Mas houve época, assim, que você achava que eles pressionavam... é... indevidamente...*
1220. *Houve época.*
1221. *... sem precisar, que a coisa era exagerada?*
1222. *Houve época, quando eles... a família foi quem começou a pressionar primeiro, né?... Eu... quando eles começaram eu achava que... que era exagerado sim. Quer dizer, depois eu percebi que não, que eles pressionavam com razão, que... já nessa a... nesses últimos seis meses, essa época de... de consciência minha que a coisa... não tava boa mesmo, que... eles tinham razão. Tinham razão, mas não me ajudaram.*
1223. *Na época, digamos, de seis meses atrás, a sua namorada também devia pressionar de um modo...*
1224. *Bastante.*
1225. *E você também sentia que ela pressionava e... sem...?*
1226. *Não.*
1227. *Havia um exagero nesse...?*
1228. *Não, muito pelo contrário. Ela pressionava... Quer dizer, ne... nessa fase é que houve esses rompimentos que... que deu... um, dois, dias depois ela... acabava por reatar.*
1229. *Seis meses antes de vir...*
1230. *É.*
1231. *... pra cá?*
1232. *É, foi nessa época, isso.*
1233. *Ela pressionava?*
1234. *Não.*
1235. *Quando passava...*
1236. *Não, antes ela também acreditava que... e que eu poderia parar... s... sozinho. Ela passou a não acreditar mais em... vamos dizer, do início desse ano pra cá, sabe.*
1237. *De uma certa forma ela compartilhava com você essa...*
1238. *Compartilhava.*
1239. *... essa certeza de que você ia conseguir se...*
1240. *Exatamente.*
1241. *... autocurar.*

1242. ... e ela não... ela não bebe, mas... ela achava que tudo bem, que eu... ia conseguir, diminuir, parar... que realmente eu não ia parar, mas que eu ia diminuir, que eu ia beber socialmente.
1243. **Então, digamos que ela não pressionasse...**
1244. Não.
1245. **Não havia uma... falava assim: "Pô! você tem que parar porque senão a coisa não vai adiante."**
1246. Não, ela não...
1247. **Não ia pressão desse tipo?**
1248. Não, a...
1249. **[inaudível - 2seg]... pra parar.**
1250. Não, é. Não havia, da parte dela não. Não havia realmente. Quer dizer, a situação toda... de... realmente deteriorou, né? de seis, sete meses pra cá.
1251. **Você sente que mudou o conceito, assim, que você tem sobre a sua família... de seis meses pra cá? Que antes, pressionavam, você achava indevidamente, que era uma coisa exagerada...**
1252. Uhm.
1253. **... da parte deles.**
1254. Sei.
1255. **De seis meses pra cá você pelo menos concordou que... que eles... assim... a idéia estava correta, que você tinha que parar...**
1256. Eu concordei, nesse sentido mudou. Sabe, eu concordei, eles... realmente tavam corretos...
1257. **E emocionalmente, assim?**
1258. Emocionalmente um... mudou também, porque veja bem, eu vivia bêbado... né?... e bêbado não pode constatar nada. Agora, ultimamente... eu posso constatar que realmente... eu não tenho o apoio deles... sabe, eles ten... não sei porque, mas, tentam dinamitar... o meu relacionamento com a minha namorada... como tentaram dinam... dinamitar o meu relacionamento com a mãe dos meus filhos antes de eu me casar... Entende? Então, realmente, hoje eu... eu tenho realmente até um certo desprezo, assim. Eu não cortei contato, eu entro, saio... Mas, por exemplo, eu chego... na casa do meu pai, eu vou lá para o escritório da... da construtora. Eu chego, trabalho, o meu serviço, modéstia à parte, é muito bom, sabe... e... mas... aí o motorista da construtora vem me trazer aqui e... eles nem sabem que horas que eu saio pra voltar pra clínica, eu não falo "tchau", não... quer dizer, eu desprezo completamente, e...
1259. **É...**
1260. Eles nunca vieram me ver aqui, né? na clínica. Aquela tal história: tá na mão do profissional, tá...
1261. **Você acha que perdeu a confiança de alguma pessoa no trabalho, ou com sua namorada ou dos seus filhos? Que a confiança dessas pessoas que você... tava de alguma forma abalada... durante [inaudível - 2"]...**
1262. Eu per... eu, sem dúvida, perdi um pouco a confiança dos meus filhos. Perdi a confiança de todo mundo, né? da namorada...
1263. **E no trabalho?**
1264. No trabalho eu perdi a confiança do meu patrão... porque ele percebeu que... não dava mais não, né?... Perdi e eles tinham razão. Tinham razão.
1265. **Isso te incomodava ou não? Antes da internação...**
1266. que me incomodava bastante...
1267. **[inaudível - 2"]**
1268. Principalmente no tocante aos meus filhos... no tocante a tudo, mas no tocante ao serviço, principalmente, porque eu tive uma... uma... uma fase de... de serviço que eu... eu fui diretor da... da construtora. Então, quer dizer, eu tive uma fase lá em cima já. E e... porque o... o engenheiro tem uma certa... hierarquia, né?... o engenheiro de... de obra é um engenheiro... assim... é um engenheiro, vamos dizer, recém-saído da faculdade. Acontece que eu tenho treze anos de prática. Então eu voltei de diretor técnico da... da construtora a... a ser um engenheiro de obra, quer dizer, eu... realmente fui colocado... de lado, né? Isso me incomodava bastante, né? eu tinha até uma certa vergonha... né? do pessoal... né?... de ter recaído... caído assim no serviço. Sempre me incomodou muito isso.
1269. **Finalmente, agora, então... uns dias antes da internação – eu suponho – houve o... a decisão. Tomada a decisão de se internar, como é que as coisas aconteceram? Foi quem que tomou as iniciativas assim?**
1270. doutor X. Era... a coisa foi o seguinte: essa terceira vez que eles me propuseram foi uma quinta-feira... né? eu... a quinta-feira... meu... era o meu... o meu dia de terapia normal... onze horas da manhã,

ainda era terça e quinta às onze horas da manhã. Eu fui... eu cheguei na quinta-feira às onze. Tomei uma dose pra parar de tremer e pra cortar o enjôo. Fui pra minha terapia, chego lá, está a minha família inteira lá. A hora que eu vi a família eu falei: "Ih! a coisa tá feia, viu". Aí entramos... o doutor X. fez todo mundo entrar, eu com a família, tudo. Aí ele chegou e falou: "Olha, A., não tem mais jeito. Sabe, você... precisa aceitar...". Eu falei: "Tá bom". Então, antes disso, de eu falar "Tá bom", ele me explicou, ele falou: "Não é do jeito que você está pensando. Sabe, é uma clínica muito boa. É uma clínica pequena, tem poucos parentes, o que faz... dá um certo aspecto familiar...". Ele me explicou, me explicou... Eu falei: "Tá bom, então eu vou...". E acabando isso ele falou: "Olha...", o doutor X. falou pra mim: "É pra já. Se quiser, aí você vai, pega a sua mala, vai agora...", eu falei: "Não. Deixa pra amanhã cedo então, que... eu preciso conversar com os meus filhos. Sabe, vou dizer a ele que o... pra eles que o pai... o pai tá doente, que vai se tratar. É, eu não quero ir... ir sem conversar com eles antes". Ele falou: "Tá bom". Aí já ligou aqui pra M., na frente... na minha frente, na frente da família. Falou: "Olha, M., tem paciente aí pra você, mas só que eu gostaria de... de ficar, de tratar, né". Quer dizer, já ficou tudo tratado por telefone, no dia seguinte eu vim de manhã. Nesse dia, à tarde ainda bebi... né? Completamente amargurado só de... quer dizer, consciente que tinha tomado a decisão certa, porque eles falaram pra mim nesse dia: "Olha, você... se não tiver não vai... porque... isso não funciona se você não quiser". Eu falei: "Não, eu vou, eu acho que... eu preciso ir, sabe". Aí nesse dia à tarde, uma angústia tremenda, né?... daí não... já nem voltei no escritório nem nada e... quer dizer, já nem tava mais trabalhando, eu, nos ul... praticamente só ia passear no escritório. Mas aí já be... bebi à tarde, cheguei à noite em casa... meio alto já, b... peguei as crianças e botei na minha frente e expliquei... fala: "Olha, o papai tá doente e vai se tratar. "Ah, você vai no médico, pai?", "Não, não vou só no médico, filho, eu vou... eu vou ter que ficar uns tempos no... no hospital. Mas eu vou sair no fim de semana, venho ver vocês, se está tudo em ordem. Vocês não precisam ficar preocupados...", "Ah, tá bom, pai. Tá bom". Eu peguei, eu já tinha bebido, fui pra cama, desmaiei, acordei na sexta-feira cedo e vim pra cá.

1271. ***E você arrumou sua mala sozinho...?***

1272. Arrumei minha mal sozinho.

1273. ***E veio aqui sozinho?***

1274. Não, o meu pai veio me trazer. Eu não vim sozinho. Aliás, eu não sei se... se fosse pra vir sozinho, se eu realmente viria. Sabe, eu acho que tem esse último... pra quebrar a resistência de u... de uma vez, né?... no último instante, da... família pegar, passar e me pegar e trazer de fato, né?

1275. ***Então, quer dizer que embora você sinta o seu pai, assim, como uma pessoa distante... teve... nesse dia ele teve algum papel...***

1276. É, o... eles... e... são pessoas... O pessoal da minha família... eu... eu não sei se isso é uma caracteri... característica aí de... de classe média, isso porque... mas é... quer dizer, eles tomam... providências práticas, né?... O que falta neles é um apoio... emocional. Eles... agora, as providências práticas eles tomam, nunca me faltaram pro... providencias práticas. Agora, apoio emocional, sentimental, nenhum.

1277. ***E isso do seu pai te trazer aqui foi uma providência prática? Você não sentiu nenhuma...***

1278. Completamente.

1279. ***... nenhum interesse da parte dele, além dos medicinais...***

1280. Não, o interesse...

1281. ***... nem na parte afetiva?***

1282. ...que eu parasse de beber. Não, afetivo não. Meu pai e... é uma pessoa muito prática. Só que o meu pai... ele... ele é uma pessoa assim que... ele, por exemplo, não... não acredita em terapia. Sabe, ele... meu pai é uma pessoa assim: dois mais dois são quatro, pronto, sabe. Ele... você vai... quer dizer, o interesse dele era tudo assim: "Não, você vai lá, vai parar de beber e pronto". Ele simplesmente... isso. É... né? É uma pessoa muito dura, né? É uma pessoa que... que dizer, eu não conheço a história de vida dele, acho que... devido à história de vida dele ele... se tornou uma pessoa muito dura, de sangue frio. E não é uma máscara, porque normalmente existem pessoas que são duras e que isso é uma máscara. No caso dele não é, ele é uma pessoa muito dura mesmo, s... muito sem emoção, sem... né?

1283. ***A., tem algum fator, assim, que possa ter contribuído pra você resolver se tratar, que a***

gente não abordou? Você lembra de alguma coisa?

1284. Não. Olha...

1285. **Algo que tenha desencadeado...**

1286. Não, eu... realmente eu... os... os dois principais fatores foram os filhos e a namorada. Duas coisas que eu não queria perder, s... são duas coisas que são a minha vida, sabe. E esses foram os dois fatores principais, e o...

1287. **O medo, né?**

1288. Em terceiro lugar o medo... do estado físico. Mas eu tenho impressão que se não fossem esse dois fatores emocionais... eu teria deixado correr o estado físico, né?

1289. **Assim, dívidas, você não teve nesse período?**

Assim, crise financeira...

1290. Tive de... tive... tive dívidas, porque... você deve, você... você descontrola, né?

1291. **Uhum. Mas alguma crise...**

1292. Nada muito f...

1293. **... financeira...?**

1294. Não, nada muito assim... Mas... é... era coisa assim: eu devia em vários lugares, sabe, o eu... as contas atrasadas, mas tudo... nada que não se possa... que se eu... vamos dizer que eu não tivesse sido internado e de... que tivesse conseguido parar de beber sozinho... Eu ia escrever um pouco daqui e dali e ia dar um jeito nisso. Entende, ia demorar meses, assim, até eu...

1295. **Uhum.**

1296. Quer dizer, eu atrasei a escola das crianças, eu não dei... ficou um monte de coisa pendurada... né? Mas é que são coisas que eu acredito que, vamos dizer, num espaço de quatro, cinco meses eu conseguiria pôr em dia sim.

1297. **Mas então, comparando, entre a perda das crianças e da... da guarda das crianças, e da... sua namorada, e o seu problema de saúde, o medo, por exemplo, de vim a ter uma cirrose e morrer, você corre esse medo da cirrose em segundo lugar?**

1298. Em segundo lugar, sem dúvidas.

1299. **Você acha que por si só, esse teria sido um fator...? Digamos que a... que a... sua namorada e os seus filhos tivessem assegurados, que iam**

ficar com você... Você acha que por medo de ter uma cirrose teria sido suficiente?

1300. Eu acho que talvez eu prolongasse um pouco mais a coisa, sabe. Mas eu acho que eu ia acabar... percebendo também que... que teria que fazer. É, eu... realmente eu... a parte emocional é muito mais forte pra mim. Entendeu? Eu...

F.

ENTREVISTA NÚMERO 06

Local e data de realização: em clínica de internação psiquiátrica, no dia 25/03/98

Duração aproximada: aproximadamente 70 minutos

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:

Inicial fictícia: F.; *Sexo:* masculino; *Idade:* 36 anos; *Etnia:* branco; *Procedência:* Campinas-SP; *Escolaridade:* ensino fundamental incompleto; *Est. civil / sit. familiar:* casado, dois filhos pré-adolescentes, mora com esta família; *Profissão / ocupação:* serralheiro, empregado
Religião: católico não praticante

ALGUNS DADOS CLÍNICOS:

Substância da qual é dependente / tempo de uso: álcool, usa há 20 anos, pior há 7 anos

Outras substâncias que usa: nenhuma.

Há quanto tempo no atendimento atual: 10 dias internado; teve atendimento ambulatorial breve anterior. Outros problemas de saúde: sua queixa principal foi queda da própria altura há um ida, depois de uso de álcool. Tempo máximo de abstinência nos últimos 7 anos: 20 dias. Sem alterações ao exame físico, sem outros diagnósticos clínicos, quadro de fobia social como comorbidade psiquiátrica.

OUTROS DADOS SOBRE A ENTREVISTA:

Mostrou-se inibido, mas no final parecia melhor. Vinha sendo atendido por outro médico na clínica, tendo eu participado de algumas atividades terapêuticas com ele.

TRANSCRIÇÃO:

1301. *Mas o mais importante agora, F., é que você passou por uma série de problemas na sua vida e agora você decidiu se tratar. E uma das coisas que eu queria te perguntar era isso. Por que você decidiu se tratar? O que aconteceu, assim, de... na sua vida... que te deu vontade disso?*

1302. Olha, mais mesmo, que nem... que eu... né? foi por causa da minha família, familiares mesmo, né?

1303. *Te levou?*

1304. É, eles estavam muito preocupados comigo, porque cada dia que passava tava piorando, né? Ah, tinha vez que passava um mês, três meses... chegava nos três mês... meses... passava um mês, quinze dias, até... bebia, mas a... tava mas mais ou menos. Eu só não larguei disso porque... bebia e ficava ruim mesmo. Então foi indo e foi indo, eles falaram, eles tentaram levar eu já em um... em alguns grupo de A.A.

1305. *Como é que você estava?*

1306. Tentaram, eu fui até umas três vezes. Mas... eu achei... que foi bom, né? mas quase não... só que não... eu não tava quere... eu querendo ir. "Não, 'tal dia' nós tem que ir lá". Eu não... vou... nem assim, eu acoitava, o vizinho que tava me cobrando pra fazer as coisas, parece que é pior, eu me sinto parece que pior. Então dessa última vez agora nós conversamos comigo pra mim vir. E daí eu... pensei mais e vim, né? Aí eu vim mais...

1307. *Por que dessa vez você aceitou? eles forçaram também um pouco, né?*

1308. Ah, forçaram não forçaram, né? Eles conversaram, minha irmã... os outros conversaram. E aí cos... era comigo. Não é agressiva não, "Você vai lá, você vai lá se você quiser". E daí eu vim por... eles trouxeram eu aqui, eu não sabia onde era. Me trouxeram, por livre e espontânea da vontade minha [inaudível - 2"]. Mas já inventaram de faz... de levar eu nos coi... mas eu ia... é assim, ia e família ficava junto, né? Parece que isso... não sentia bem.

1309. *E a família ficava junto?*

1310. Não, eles participavam lá na... que nem no grupo do A.A. de lá do padre W. que eram diversos tipos de grupo também, né? Eu ficava participando em um mas sabia que a minha mãe estava em outro, outros coiso, mas... Então, aí... eu, assim, não ficava à vontade assim.

1311. *Quando eles... você diz assim, que dessa vez eles não forçaram, elas não forçaram, eles conversaram...*

1312. Ahm. É que nas outras vezes não foi forçado, eles conversaram, eu falei: "Eu vou". Acabava indo, parece que num... não ficava legal no ambiente pra mim.

1313. *Qual foi a diferença? Por que gora você aceitou? Como é que foi? Por que dessa vez você aceitou e das outras vezes...?*

1314. Ahm... deixa eu ver. Acho que foi mais por causa... dessa vez acho que foi pior, uma das piores das vezes, né? andei me machucando. Por isso que... numa dessa, atravessar a... eu vinha vindo atravessar a rua, vinha um carro... bati... no carro... eu caí, né? Essa última vez que eu fiquei ruim mesmo... aí eu tenho de atravessar a rua, e nós cata... caindo, caí na... ainda bem que caí num lugar com... movimento nenhum.

1315. ***Você caiu na rua?***

1316. Não, eu caí foi num terreno.

1317. ***Mas podia ter caído na...***

1318. E no... na rua, né? Quando eu cheguei em casa sozinho que eu vi que... ah, mas daí... Mas na... dessa daí... recaída que eu dei, que eu machuquei, isso aí foi... passou uns vinte minutos depois, parece que eu não tinha nada. Eu estava machucado, ainda tava sentindo, mas parece que... tinha passado o efeito...

1319. ***Do álcool?***

1320. ... é, parece que eu já tava mais normal já.

1321. ***Foram com aqueles machucados que você chegou aqui?***

1322. É, metade do dente foi faltando...

1323. ***Você quebrou os dentes, né? em sequência desse...***

1324. Não, né? é... quebrei, eu já tinha ido... quebrado, né? uma parte dele já tava quebrado, faz tempo já. E ele tava trincado já no meio. Saiu... bem naquele lugar saiu o resto.

1325. ***Quantos dentes quebrados?***

1326. Um só. Só um, só esse. Ele já tinha quebrado o de... faz muito tempo.

1327. ***Eu entendi que você falou metade dos dentes...***

1328. Ah, metade de um dos dentes, né?

1329. ***Ah, tá.***

1330. [risos]

1331. ***Em uma metade, né?***

1332. É.

1333. ***Eu pensei que tivesse...***

1334. [inaudível]

1335. ***... quebrado uma porção.***

1336. É.

1337. ***Deixa eu chegar assim mais perto, assim.***

Deixa eu ver se está funcionando. Tá. Pensou se

não funciona? A gente tem que repetir tudo... registrado.

1338. É.

1339. ***Quando você quebrou o dente... aí... é horrível, né? quando quebra o dente, né?***

1340. Ah, não...

1341. ***Parece que está faltando uma parte, está completo...***

1342. Até hoje parece... mas... na... quebrou, eu não senti nada. É que dói, né?

1343. ***Dói?***

1344. Ah, agora parou de doer, né? Que agora não tá quebrado, não... água... ar entrando quando respira, assim, ar pela boca, água gelada, coisa quente... aí sobe a d... uma dor, assim, lá... na... vai na...

1345. ***Na raiz do dente. Quando você tiver alta, vai ter que ir para um dentista...***

1346. É.

1347. ***... ver o dente. Você costuma ir no dentista?***

1348. Ah, fazer um tempinho eu não vou, viu.

1349. ***Agora volta.***

1350. Agora volta.

1351. ***E esse tombo que você levou, foi quantos dias antes da internação?***

1352. Eu levei no domingo.

1353. ***Você chegou aqui...***

1354. Segunda.

1355. ***Foi no dia anterior.***

1356. Foi no dia anterior, à noite.

1357. ***E a idéia, assim, de você ser internado foi naquele dia?***

1358. Não.

1359. ***Acho que eu já tinha...***

1360. Ah, foi naquele... não, eu... foi na... na... foi naquele dia, a idéia não... daí eles vieram... era... a minha irmã apareceu lá, porque a minha esposa foi atrás dela, né?... Eu não tava muito bom, e ela falou assim que ia ver um negócio. Daí ela conversou me... assim: "Desse jeito você vai ter acabando... tendo... tem que ser internado, né". Daí na segunda eu não fui trabalhar porque eu não... tava com dor de cabeça, não tava muito bom, eu falei: "Eu nem vou porque...". Mas daí... chegou à tarde, ela ligou pra minha esposa... conversando... já tinham até... achado a... acharam a clínica aqui,

né? procura... procurou aqui, né? Daí ela conver... com... me... era umas quatro e pouco da tarde... minha esposa conversou comigo, que eu tinha "isso e isso", e se eu não... se eu queria vim... e... é... é... queria vim pra cá, né? E falou assim: "Lá só aceita se você quiser vim, né". Daí eu conversou... assim, eu falei: "Eu vou então". Daí eu só... esperei a minha irmã chegar umas... cinco e pouco, daí... e às seis e m... tava marcado pras seis hora aqui... a consulta. Aí eu fiquei e estou aí até hoje, né?

1361. ***Você veio na segunda?***

1362. Segunda à tarde.

1363. ***E depois do tombo, até chegar aqui... você não bebeu mais?***

1364. Não.

1365. ***Não? Então você chegou aqui passando bem mal?... assim... tremor, ansioso...***

1366. Não, mas durante o dia eu já tava em casa. Eu fiquei em casa... tava mais no tremor. Já à tarde eu não tava tanto, mas tava um pouco sim.

1367. ***Aí, quando você pensou assim: "You pra clínica. You me internar", o que você sentiu? Que... que idéia que você fazia?***

1368. Ah... Falar a verdade eu não tinha muita idéia não, do que seria que... o tratamento que eu ia ter aqui, né?

1369. ***O que você imaginou, assim, que podia ser? Que tipo de tratamento você achou...?***

1370. Ah, eu sabia que eu ia tomar alguns remédios, ia conversar com o psicólogo... alguma coisa assim eu pensei.

1371. ***Você fazia uma idéia boa ou ruim?***

1372. Aí, eu não tinha nem no... nem idéia do que ia ser então. Mas achei que... agora com os tempos que eu estou aqui, tá bom. É uma boa, né?

1373. ***Mas no início...***

1374. Ah, não... não tinha nem idéia como que ia ser. Hum hum.

1375. ***Poderia, vamos dizer assim, que a falta do álcool deixa a gente se sentindo mal...***

1376. É.

1377. ***Você não achava que ia passar mal e...?***

1378. Com vontade, estas coisas.

1379. ***É.***

1380. Ah, pensar eu pensava, né? Mas... eu não senti muita falta, não.

1381. ***Não sentiu?***

1382. Não senti falta... de ficar... tem gente que... ficar pra lá e pra cá, nervoso, ou ra... é... ansiedade pra caramba, assim de querer tomar eu não sentia não. Eu não sei, porque quando eu estou tomando alguma coisa que eu... preciso tomar um remédio, uma coisa, eu não e...

1383. ***Não sente vontade?***

1384. Não sinto vontade. Mas tomando remédio, essas coisas, pode ser por qualquer outro tipo... que nem teve o acidente, eu também tava tomando remédio, antibiótico, essas coisa, eu fiquei quase vinte dias sem... tomar. E não dava vontade. Ah, mas depois que acabou o remédio passou dois dias... voltava a beber de novo.

1385. ***Por que você não procurou o tratamento antes?***

1386. Hum [irônico].

1387. ***Você nunca tinha pensado em se tratar, né?***

1388. Não. Ah, eu acho que eu era mais... tratamento... se fosse procurar um tratamento seria acho que nem tá aqui agora, internado, né? E eu... se eu terei... eu trabalhando, até acho, acho que mais por cau... por causa do serviço. Porque na cabeça, eu não queria ficar faltando no serviço. Não... acabava não... indo... agora eu nem sei como é... até esses dias que eu estou aqui, nem no serviço eu estou pensando. Nem sei por que nós vamos voltar na firma, como vai ser... Mas antes não, né? é trabalhar e levantava de manhã. Tem dia que ia dormir, dormir naquela, né?... mas chegava no horário pra trabalhar você tava... em pé, ia embora normal, mas quando... mas depois que começava a trabalhar aí ia já se sentindo mais fraco, pelo menos...

1389. ***Mas você achava que tratamento é só de internação? Por que você... tinha ido no A.A., por exemplo...***

1390. Uhum. Certo.

1391. ***A.A. não é internação.***

1392. Não, é só o grupo, né?

1393. ***Então, algumas pessoas podem se tratar... não internadas...***

1394. Uhm.

1395. ***Não é?***

1396. Acho que pode.

1397. **Mas você achava o quê? No seu caso... achou que ia precisar internar de qualquer jeito?**
1398. Ah, acho... na época eu achava que não precisava. Ainda isso nenhum dos dois pra mim eu acho que eu não...
1399. **Você não achava que precisava?**
1400. Não, não. Podia parar... eu acho que eu pensava que eu... podia parar sozinho. Às vezes parava... ficava um tempo, voltava... Quando aprontava uma, acho que quando bebia demais, aprontava uma, já ficava já... mais um tempo sem beber... acho que de vergonha, né? É...
1401. **Aí voltava a beber de novo?**
1402. É, passava um tempo, acho que passava... quando eu ficava... saía, eu já começava a sair mais... passava, aí passava...
1403. **Você achava que não... que ia conseguir parar de beber sozinho, e aí o... depois mudou de idéia?**
1404. É, parar... parar é muito difícil. Eu voltava sim. Mas não voltava nunca de uma vez... começava... devagar, e daqui a pouco eu tava aumentando de novo. A... o... é o... passei... pensar, eu fiquei quinze, vinte dias na... tomar... "tomar uma agora... hoje não é... isso é normal", né? andava... durante o dia eu tomava duas, aí ia aumentando, aumentava de novo. Até aí acontecer alguma coisa de novo... pra mim... passar tudo aquilo, pouco... aí na pouco... tomar aquela ver... ficar com aquela vergonha e ficar uns tempo sem parar de novo.
1405. **Que tipo de coisa que aconteceu, assim, de grave assim?**
1406. Ah, de grave... Ah, às vezes eu... chegar em casa e... às vezes ch... chega e cai... cair dentro de casa... Às vezes chegava e ela tava comendo... derrubar o prato... de comida... Eu cheguei uma vez que a minha cunhada tava em casa, e tava... acho... tava igual... eu tava jantando, e aquele a... falando no meu ouvido, mandei o prato [riso]... na cara dela.
1407. **Na sua cunhada?**
1408. Na minha cunhada. Eu tava comendo... tava lá quieto. Cheguei... ne... coisa... e quieto, comendo, e esse mafuá na cabeça... Ah, foi o... voou o prato.
1409. **E aí?**
1410. Aí então...
1411. **O que você acha disso?**
1412. Ah... se... a... que aquele cinco... deu aquele cinco minutos meu que a... depois eu distraí, aí eu fui lá... o... deu aqueles vinte minutos, parece que tava... voltou ao normal. Mas eu... só que naquela hora via aquele... negócio de dentro assim, que não deu nem... foi prato, foi tudo [r].
1413. **Isso de, por exemplo, de perder o controle, cair, jogar coisa nas pessoas... ou brigar, sei lá...**
1414. Brigar não...
1415. **... é, discutir, é isso...**
1416. Discutir, né?..
1417. **Isso parece que é importante, né? Foi uma coisa importante que aconteceu para você resolver se tratar, né?... isso de cair, por exemplo. O que você acha disso? De ter caído... em casa, depois na rua...**
1418. Ah, esse t... [silêncio - 5"]... que nem na... um... quando eu caí dessa última vez... eu fiquei em casa, nem na rua eu saí. Vergonha, né? Mas ela não... ninguém viu eu caído assim na rua, eu vi... que eu não... chegar lá em casa... quando eu saí pra chegar em casa... tem que atravessar um terreno... O meu problema de cair é que eu fui sair que eu queria correr. Aí eu...
1419. **Você queria correr, por quê?**
1420. Chegar logo em casa. Eu não sei.
1421. **Chegar rápido?**
1422. Ahm... eu tava... pensei que tava... eu andando, parece que... ia pra lá e pra cá, né? parece que correndo eu conseguia... chegar mais rápido, e eu acabei tropeçando. Aí... daí eu acabei caindo, machu... caí e machuquei. Eu nem vi se eu tinha ralado nada, eu cheguei em casa... na hora eu nem percebi ralado nenhum... dor nenhuma...
1423. **Assim, o álcool não te preocupava nesse problema físico, corpo? Enquanto você estava bebendo, você não pensava nessas coisas?**
1424. No físico não. Ah, eu não pensava muito, mas... quando eu bebo muito que eu ficava mais doido... têm certas coisas, quando eu ia fazer um... um esforço mais, eu não conseguia fazer... pegar... quando eu ia fazer uma força... alguma coisa, eu já... depende da... coisa, aí eu não conseguia fazer. Andava... às vezes também dava um pouco de esquecimen... às vezes

esquecia de fazer o... anterior. Às vezes eu ficava pensando... parar pra se lembrar...

1425. ***E isso te atrapalhava?***

1426. Ah, atrapalhava, né? [silêncio – 4"]. Num... mas, é só que é outras coisas assim, que nem uma vez eu tava no bar... no meu... o pai da Ângela... pediu de... pediu um dinheiro emprestado pra mim, peguei e emprestei, né? Naquele dia ele tava tome... eu falei: "Olha, eu sei que ele é apo... aposentado, né? um senhor já...", emprestei. Daí... num dia já... "Ó o seu dinheiro que eu te emprestei". Eu falei: "Não lembrava mais daquele...".

1427. ***Você acha que chegou a perder dinheiro e você nem lembra?***

1428. Não, isso aí não. É, quando eu saio assim com... um... coisa... eu não saio com... um... se eu... vou nunca não saio com muito dinheiro no bolso, não. Não é que nem... outra coisa... [riso]... álcool é barato. Então eu não... não saio com muito dinheiro no bolso. Às vezes até... acho que por causa disso, né? que às vezes você podia falar assim... pensava levar tranqueira, alguma coisa e perder, né? Eu já saía com uns trocadinhos só.

1429. ***Quando você saía de casa, já sabendo que ia beber bastante?***

1430. Ah... não... Você saía pra ir conversar com... beber... sabia que umas eu tomava, né? Mas chegava lá, encontrava um colega, começava a conversar... então vendo aquilo... toma um... tomava uma, daqui a pouco eu ficava lá meia hora faz... um... batendo... conversando, que ele pegava outra... Eu não sou assim de... tom... é... a... tomar de uma vez, às vezes pôs... pegava, punha do lado e ficava conversando... de golinho em golinho acabava aquela, eu pedia outra. Mas não é se... pegava, chegava e tomava de uma vez, devagar, né? conversando. Mas vai uma, vai duas, vai três, já sabe como que fica, né? Daqui a pouco pede uma... cata um numa... pinga, né? daqui a pouco o outro... fala: "Ah, vamos tomá cerveja", aí já começa a misturar. Parece que quando mistura cerveja, mais parece que é...

1431. ***Pior.***

1432. Pior. Mas eu não escapava.

1433. ***E assim você bebeu quantos anos?***

1434. Ah, faz um tempinho já que eu bebo. Parece que mais... eu tava bebendo demais eram uns seis... seis, sete anos pra cá, mas... antes pra mim não... antes era mais de final de semana, se saísse. Saía em turmi-

nha, assim, ia em lanchonete, comer alguma coisa, só assim.

1435. ***E nesses seis, sete anos, que tipo de problema que aconteceu na sua casa? Teve problema?***

1436. Ah, já se fez muita coisa, né?... [silêncio de 10"] os meus filhos mesmo...

1437. ***O quê?***

1438. É, eles ficaram mais... se afa... se afastou um pouco, né? e eu não dava muita atenção a eles... Quando eu chegava... meio assim em casa... a mais alta já... via o meu estado e já ficava mais afastada...

1439. ***E com a sua esposa?***

1440. Aí eu também não... Eu com a minha esposa também não... se damo mas muito... faz um tempinho já que não se damo bem também.

1441. ***Mas é por causa do álcool ou por causa de outras coisas?***

1442. Acho que foi mais por causa do álcool mesmo...

1443. ***E agora, será que não vai melhorar?***

1444. Ah, acho que sim, né? Se melhorar n... dá um tem... dá um tempo ainda, né? não vai ser... uma coisa, assim, rápida, né?

1445. ***Vocês chegaram a pensar em separação?***

1446. Já.

1447. ***Fez alguma coisa, assim, para separar? O que foi?***

1448. Nós pegamos... procuramos até advogado.

1449. ***Era você que queria, ou ela?***

1450. Ela.

1451. ***E você?***

1452. Aí, eu não... eu não queria, mas ela tava querendo isso daqui, né?... ela tava querendo, insistiu, então eu falei: "Então vamos". Aí chegava na hora do... Até hoje não somos separados, nós somos casados, né?... Mas chegava na hora de divis... divisão de bens... brecava, ela não aceitava. Por causa da... tem... a casa, né?..

1453. ***A casa é de vocês? Você comprou a casa?***

1454. Não, a casa não, a casa foi o seguinte: o meu pai que comprou a casa. Só que antes de casar, tava no... na escritura são no nome d... são...quatro irmão, né? eu mais três, somamos quatro... Depois já foi indo até... o meu pai comprou a outra porque o meu irmão

casou, eu morava no fundo da dele... deu pra... a casa pro meu irmão, né? Daí, numa dessa eu já... a gente foi no cartório... nós fizemos outra escritura só no meu nome, é como que eu comprei a parte dos três. Daí ficou só a casa no meu... nosso nome... no nosso... nosso, né? E agora já foi pra... agora ele saiu, ele tá fazendo um negócio de... advogado fez um negócio de bem, divisão de bem do... da casa... então an... já... quanto antes de eu casar... mas ela já tinha ¼ dessa casa, né? É comunhão de bens, mas são então... no caso seria a divisão no... da... de três partes da casa, que uma já era minha. Ela não aceitou. Então ficou enrolado nisso até hoje, não aceitou o termo... não saiu nada.

1455. **Quer dizer que... mas agora quando você veio pra cá ela te ajudou?**

1456. Ajudou.

1457. **Quer dizer que ela não tem raiva de você?**

1458. Não, raiva ela não tem não.

1459. **Continua.**

1460. Ela não tem não. [silêncio – 8"]

1461. **E problema no trabalho, o que você sentiu nesses seis, sete anos?**

1462. Ah... no trabalho não... muitos problemas não. Ah, de vez em quando acontece... alguma coisa errada, né?

1463. **Você faz o quê?**

1464. Eu sou serralheiro.

1465. **Lida com... faz portões, janelas...**

1466. Só tem no alumínio.

1467. **Alumínio?**

1468. Boxe pra banheiro... coisas de boxe. Serragem eu não... trabalhei muito pouco, pouco tempo com isso.

1469. **Nunca deu problema no trabalho nesse...? Porque o álcool mexe tanto, né? com a cabeça da pessoa...**

1470. Como assim? Um tipo... em sentido de... fazer as coisa errada?

1471. **Fazer as coisas erradas, se acidentam...**

1472. Não, acidentam não. A coisa errada às vezes acontece [ri]. Já não são... se eu não... a coisa... eu não prestar atenção em uma medida e alguma coisa... você vê... dá uma olhada numa medida, vê se vai lá, puxa... dá uma... é na... que já aconteceu isso. É isso? A primeira vez, eu lembro que quando eu comecei a trabalhar

aconteceu já isso, não é só agora. Mas... é uma coisa de um trabalho que ficou... eu vou fazer uma coisa, que cada vez não anda ruim onde eu trabalho lá do que... o patrão precisa entregar as coisa muito rápido. E eu pra trabalhar rápido... já com o alumínio, no caso, não é um serviço se... que nem ferragem. Você errou, você emenda, lixa, passa tinta, se alguma errou você tá perdido. E eu não sei fazer essas coisa rápido, eu me perco [riso], e acabo fazendo coisa errada. E aí já viu, daí eu... daí eu começo a ficar mais nervoso. E esse negócio de nervoso, tremer... numa parte é do... de... de eu beber, né?... Aí eu lembro que... quando eu comecei... eu trabalhava na... eu não bebia nada mas tremia, normal, ficava n... vinha um nervoso, né?... eu já tremia normal. E a turma tirava sa... os colegas vinham e falavam: "Por que você treme tanto assim? Você não bebe, não 'coisa'". Mas vem um nervoso, acho que de dentro.

1473. **Você não acha que começou a beber porque o álcool, ele diminuiu esse tremor no início. Porque tem pessoas que tem uma dificuldade de... assim, ficam nervosas, ansiosas e tremem... medo, assim, de fazer alguma coisa errada, das pessoas criticarem. E o álcool melhora isso no início. A pessoa bebe e aí fica mais calma. Não tem uma coisa assim?**

1474. Ah, um...

1475. **É ou não é?**

1476. Aconteceu já comigo... uma... teve um amigo... num... que já notou também. Foi devolver... eu tinha... eu... foi uma vez eu que... de coisa, né?... de verniz que foi envernizado... ele já noto, que ele acha que eu fiquei... ele foi fazer um negócio comigo lá no bar [inaudível – 2"] e eu já tava... Que eu... quando é um início de começar uma coisa assim com outra pessoa ensinando, parece que aí eu fico nervoso.

1477. **Existe na Medicina, F., algumas possibilidades, assim, para diminuir esse tremor seu com remédio. Entendeu? Pode conversar com o doutor X. sobre isso...**

1478. Eu também não sei... e... tou... tá... a... negócio dessa entrevista... Podia tá aqui também... nervoso.

1479. **Você está nervoso?**

1480. Não, não estou... é que eu não estou. Podia estar... sabe... [inaudível].

1481. **Por exemplo, falar em público...**

1482. Ah!...
1483. *... como você acha que é?*
1484. Aí não vai sair é nada [riso].
1485. *E o álcool não melhorava isso?*
1486. Eu conversar com as outras pessoas... quando eu conversava sobre as... as outras pessoas... assim... as outras pessoas é mais conhecido, né? Então não era tanto.
1487. *Mas digamos assim... dez anos atrás, quando você ainda não estava bebendo muito...*
1488. Aham...
1489. *Já aconteceu de você beber para ir numa festa? Beber para conversar com alguém... para poder diminuir esse nervoso?*
1490. Não... ah, não... quando eu s... Quer dizer, sozinho assim, eu nunca saía, né? Sempre saía com colega. Eu saía... era difícil eu sair sozinho, sempre em turminha, né? Então a gente às vezes saía, parava em algum lugar, uma lanchonete pra comer alguma coisa, comia e tomava cerveja... às vezes ia em algum bar, clube, bar... essas coisa, ia lá e...
1491. *Mas...*
1492. Mas assim, né? a gente ta... chegava... tomava algumas coisas, né?, assim, pra ir em certos lugares, assim.
1493. *Para desinibir?*
1494. É.
1495. *É? Então, quando você pensava em parar de beber, significa que você não ia poder mais beber para ficar desinibido? Não tinha? Não é verdade?*
1496. É. Eu sou assim, inibido pra falar, mesmo...
1497. *Mas você chegou a pensar assim: "Ah, eu não vou parar de beber, porque se eu parar de beber eu vou ficar mais inibido"? Chegou a pensar isso?*
1498. Ah, não cheguei a pensar nisso não.
1499. *E agora, como é que vai enfrentar a inibição sua sem o álcool?*
1500. É que nem a minha irmã tava falando agora, que ela trouxe as meninas... eu fiquei lá... eu fiquei em casa... É, como sendo pela minha mãe... Mas ela notou que eu não tava conversando com as meni... eu tava meio quieto mesmo. Fiquei meio quieto em casa, né? Fui na casa da minha mãe aí conversei pouco com eles...

não conversei nem... o que se passava aqui, muito, como é que eu tava. Que é isso que mãe quer, né? Tava quieto, man... e fechado...

1501. *Você é inibido mesmo com a sua família?*
1502. É, eu não sei procurar eles para conversar... de algum problema que eu tenho. Que nem eles fala: "Ô, você tá cheio de problema, você não procura a gente pra conversar", Eu falei: "Não". Não procurava eles. Até esse final de semana que eu passei... eu passei na... fui na casa deles lá... quieto, né?... almocei na mesa... quieto também, né?... Eles conversando, eu lá comendo, nem... participando da conversa nem... nem um pouco. Eu não sei. Já fez quinze dias que eu falei: "Agora eu saio lá fora", eu nem... Acho que eles tavam ansioso sobre saber como que eu tava... Aí eles perguntaram: "Onde você tá?". Eu falei: "Eu estou bem." "Como está lá?" Eu falei: "Tá, tá bom". Cada um disso isso, né? Então eu só... eu... não tinha palavras pra falar pra eles como que tava, como que não tava...
1503. *Bom, depois eu acho que você deve falar como doutor X. sobre essa inibição sua... E eu também vou falar, porque existe a possibilidade de remédios para diminuir o tremor, para diminuir a insegurança. Viu? Talvez seja o caso de você usar.*
1504. Isso aí, acho que já vem desde crian... de pequeno né?
1505. *Geralmente é assim.*
1506. Eu lembro quando o...
1507. *Na escola...*
1508. Na escola. Tinha uma vizinha que pedia, por exemplo, pedia pra mim ir cobrar... era costureira, cobrar a clientela, e eu ia com a maior vergonha, não tinha como chegar na casa da pessoa... ficava inibido, não sabia nem onde eu... tinha umas que não pagava, aí achava ruim de bater na porta, todo dia cobrando [riso]... eu andava de volta e aí eu já ia lá com medo já.
1509. *Sua mãe fazia isso?*
1510. Não, era a vizinha. A minha mãe não fazia. É que eu gostava de ganhar um dinheirinho, um trocadinho, né? então eu ia...
1511. *[quebra de fita]*
1512. Que nem nesse... não... às vezes... [inaudível]... ia... tinha uma vizinha lá que eu ia... trabalhava na feira, né?... [inaudível]... tinha doze anos. Ela pintou a

casa... e a... eu trabalhava na feira lá, ajudava o marido dela e... arrumava... as batatas... catar, escolher, né?... também só a parte da tarde, né? Ela pintou a casa dela de marrom, aí o meu irmão chegou pra ela e falou que pintou a casa da... de burro quando foge. A mulher ficou brava e foi lá com... eu fiquei mais de uma semana sem olhar pra cara de vergonha. Que nem ela voltou, falou lá... por isso que eu voltei.

1513. **Então, H, isso que você... [inaudível – 2"]... essa inibição, essa timidez... muita gente que bebe tem isso, e muita gente bebe por causa disso. Bebe como que para melhorar essa inibição. Você não acha que tem a ver no seu caso?**

1514. Pode ser também, né?

1515. **Bom, eu vou conversar com o doutor X. sobre isso, aí talvez ele possa te ajudar nisso também. Na sua família, quem você acha que te ajudou mais a procurar o...?**

1516. Ah... [silêncio – 5"]. Na minha família? Ah, ajudaram... Minha mãe sempre falava, né?... tentou ajudar, me levou... foi no A.A. lá...

1517. **Sua mãe?**

1518. É. Foi... foi uma vez só, eu parei, né? Minha esposa fala também: "Tem... é pra usar, né? Vê se vai lá". Acabava não indo... minha irmã também entrou... As três tentaram me ajudar.

1519. **E faz quanto tempo que elas estão tentando te ajudar?**

1520. Ah, faz um tempinho já, acho que uns... dá uns três anos já, ou mais.

1521. **E você nunca aceitou?**

1522. Às vez ia... depois só naquela, depois eu acabava não indo mais.

1523. **No A.A.?**

1524. Eu fui: no A.A. eu fiquei u... duas... ainda passei nos médicos... doutor Y. Ele chama Y., um negócio assim... o nome dele. Passou uns remédios pra mim, andei tomando.

1525. **E aí?**

1526. Tomei os remédios. Depois foi... acho que era pra continuar, daí acabou o remédio, eu não tom... não fui mais atrás pra comprar...

1527. **Esse contato que você teve com o médico foi bom ou ruim?**

1528. Ah, é que foi uma entre... é um... uma consulta, né? pouco tempo, né?... e o... não tem mais também.

1529. **O que você acha dos médicos que fazem esse...? pode ser franco, você está na minha... também nem sou eu... o seu médico, né?..**

1530. É.

1531. **O que você acha das pessoas... que tratam da...**

1532. Ah... [silêncio – 12" – barulho de avião] Num é, o que eu acho? A m... m... m... Medicina na coisa é difícil, né? explicar, né?

1533. **Você acha que são pessoas... que... principalmente o que você achava antes de procurar, né?... tinha medo? Tinha... o que você achava que ia acontecer na consulta?**

1534. Eu acho que... sabia que ia conversar, né? perguntar... por que você bebe, ou alguma coisa assim, qual a causa, por que. Isso daí.

1535. **O médico ia perguntar isso para você?**

1536. É.

1537. **E aí você ia saber responder?**

1538. Ah, isso que eu não ia saber, né? Falar porque que eu bebo, tipo causa, é... também fosse assim também, né?... aí seria fácil se curar também, né?

1539. **Como assim?**

1540. Eu achava assim, se eu soubesse porque eu bebia e coisa [inaudível], acho que até... a gente mesmo cur... tentar... parar, né? Mas a gente não sabe. Eu não sei por quê.

1541. **Aquí na clínica, alguém perguntou isso para você: "Por que você bebe"?**

1542. Ah, sim, os médicos, né? Ah... acho que fizeram sim [inaudível – 2"].

1543. **Mas dá para saber por que você bebe? Acho difícil.**

1544. Eu achei difícil. Se soubesse, né?..

1545. **Não adianta perguntar essas coisas, né?**

1546. É. Se eu soubesse... se... era mais fácil tratar, né? Eu acho que, né? se eu soubesse era... acho que era mais fácil tratar.

1547. **Você acha que, no geral, os médicos, os psicólogos, assim, eles sabem lidar com... dependente de álcool?**

1548. Olha...

1549. **O que você acha?**
1550. Pela primeira... pela a primeira vez que eu estou internado então...
1551. **Mas você teve contato com esse médico antes?... passou os remédios. Você disse assim que ele te fez pergunta que não...**
1552. Hum.
1553. **... que você não sabia responder.**
1554. Claro...
1555. **Você achou que ele estava preparado para tratar?**
1556. Não sei, viu? Não sei... Ou se eu que não tava preparado, mas...
1557. **Não estou falando do doutor Y.**
1558. Não, não é o Y. não [inaudível]. Não, eu... eu troco os...
1559. **Falo do outro lá... daquele outro médico...**
1560. Ah, tá. Ele até deve tá preparado, né? Eu nem lembro se era psiquiatra ou psicólogo, eu nem lembro mais o que que era. Faz um tempinho isso aí já. Já faz mais de um ano já. E quando eu fazia... ele passou, eu não podia beber mesmo. Porque eu não... eu tomei ainda numa... na parte de... na manhã... fui tomar um gole de cerveja, fez mal.
1561. **Fez?**
1562. Foi um efeito que eu quase f... fiz besteira, agora eu fiz besteira. Fui parar no 4.º Distrito.
1563. **Por que você foi parar? O que você fez?**
1564. Eu ia indo pra casa, eu bati numa... a... a moto tava parada, eu bati numa moto... no carro. Ehm... eu vi que eu ainda não tava ficando bom por causa daquilo, eu fui embora pra casa de carro.
1565. **Não pode dirigir bebendo, quanto mais...**
1566. Com remédio.
1567. **... com remédio, né?**
1568. Tira... Mas eu tomei dois, eu senti mesmo. Mas eu não saí aquela hora, eu dei um tempo. A hora que eu vi, eu falei: "Ah, agora dá pra ir". Mas... mas não... até o... pegou de raspão na roda da frente da moto, mas... sabe, com o nervosismo, né? encheu de gente, chamaram a polícia, depois veio a polícia e já veio falando... veio... batendo boca comigo, eu já tava m... aí chamaram de fa... chamou eu de vagabundo, eu falei: "Vagabundo é você".
1569. **Chamaram você de vagabundo?**
1570. Aí eu f... chamou, eu falei: "Vagabundo é você". Lá vai eu pro 4.º Distrito.
1571. **Quem que te chamou de vagabundo?**
1572. O policial [riso]. E isto ainda deu... coisa ainda.
1573. **Ainda está...**
1574. Ah, tá... nesses tempo veio... veio o negócio lá, a sentença.
1575. **O que deu?**
1576. Ah, deu culpado meu, né? por estar dirigindo cois... Mas não deu danos... só dano material, né?... vítima, essas coisas, não... Teve que fazer uma multa só... de dez dias sobre o salário-mínimo. Falou que durante trinta, sessenta dias vinha, tava... já fazendo três meses, não veio ainda... E fora a agressão da... da... do policial.
1577. **E o que ele deu... fisicamente?**
1578. Dentro da delegacia.
1579. **O que ele fez?**
1580. Ele deu dois socos em mim, dentro da delegacia.
1581. **No rosto?**
1582. Não, no es... no tórax. Daí que ninguém viu. Aí eu fui... põe o processo de novo. Até agora não parou... eu não sei o que vai dar ainda.
1583. **Você processou o policial por agressão?**
1584. Ele não podia bater, né?
1585. **Claro que não.**
1586. Dentro da... bateu dentro da delegacia, né?
1587. **E esse policial deve estar com muita raiva?**
1588. É, eu já encontrei ele umas par de vez na rua.
1589. **E aí?**
1590. A primeira eu encontrei, ele veio, quis parar eu de novo. Eu encontrei uma rua antes de casa, ele tava com o carro em cima da... da calçada, parado, conversando a... quando ele viu assim ele saiu de trás do carro e veio na rua. Eu diminuí a velocidade do carro, olhei pra ele assim e fui embora. Mas ele fez... Ele mora na... ele mora na Vila lá onde eu moro também. Já pararam uma vez de serviço. Acho que suspeitaram, o colega dele suspeitou também. Parou eu numa *blitz* lá no... no túnel. Um guarda pediu minha identidade e o documento do carro, o carro da firma, né? Esse outro rapaz mora na vila também. Aí ele olhou, tudo bem, na hora que saí... no... ia saindo ele mandou parar de novo... o outro

mandou parar, o colega dele... pediu só a minha habilitação. Eu já... sabia... tiraram a minha carta aquele dia, né? me disseram que eu tava sem carta. Ele reconheceu... daí... mas tava trabalhando, ele.

1591. **Quando você parava de beber, H, você se sentia mal? Assim, ansiedade, o tremor, ou in... dificuldade para dormir?**

1592. Sentia mais dificuldade de dormir.

1593. **Como é que era?**

1594. Ah, eu ficava... eu não tinha sono.

1595. **Não tinha sono?**

1596. Ficava rodando na cama. Parece que quando eu bebia, que eu estava bêbado parece que... dormia mais fácil. Parece que eu dormia, ah... eu não dormia. Eu se ficava se batendo a noite inteira na cama.

1597. **Problema, assim, financeiro, de dinheiro, você teve nesses últimos tempos?**

1598. Ah, sim.

1599. **O que houve?**

1600. Ah, eu tava... eu estava gastando mais nisso, né?

1601. **Na bebida?**

1602. É.

1603. **Mas chegou a ficar com dívida?**

1604. Já. Foi pouca coisa, mas...

1605. **E agora, assim, nesses últimos meses, vai... teve dívida?**

1606. Não. Se eu tiver eu tenho uma, assim, cinco real, mais ou menos eu não tenho.

1607. **Cinco? Pouco.**

1608. Ah, mas não abuso, né?

1609. **E de...**

1610. Mas eu cheguei... a chegar até um pouco mais que isso já.

1611. **Nenhum atraso de pagamento, essas coisas...?**

1612. Também não faço compra, não gasto mui... esse negócio assim que... comprar aquele negócio de crediário, se... eu... é meio difícil, né?

1613. **E problema, assim, físico, de saúde física? Você teve? Coração, pulmão, problema de rim...**

1614. Não. Só que uma vez... isso te... isso aí faz dez anos, mais de dez anos atrás, eu tive problema no rim, né? pedra, né? Mas isso aí...

1615. **Não repetiu?**

1616. Não, não repetiu mais. É, o problema era [inaudível - 7"]... eu cheguei a... ser internado.

1617. **Ah é?**

1618. Uhum.

1619. **Com pedra no rim?**

1620. Ah...

1621. **Quantos dias de internação?**

1622. Três dias.

1623. **Bom, teve pessoas, assim, que pressionaram você para procurar tratamento. Teve gente que fez o contrário? Assim: "Ah, não procura não..."**

1624. Ah...

1625. **... não adianta o tratamento".**

1626. Não, isso eu não teve não.

1627. **Nem os seus amigos de bar, assim...?**

1628. Não. Até uns já... [inaudível]... "Você precisa parar um pouco com isso", [inaudível] "Bebe mais devagar".

1629. **Ninguém te pressionou...**

1630. Não.

1631. **... pra continuar bebendo?**

1632. Não, isso não.

1633. **Assim, de...**

1634. Pelo contrário.

1635. **... dar conselho para beber?**

1636. Aham. Até o... até... o pai de um colega meu, que é o dono do bar lá falou: "Vai mais devagar, senão você vai acabar se matando". [inaudível], acho pe... pelo jeito ele falou... num sentido de ajuda já, né. É o do... é dono, ele podia falar o contrário, né? enfim a... nós tá gastando pra ele... era melhor, né?

1637. **Outra coisa, assim, você consultou um médico, foi no A.A. Você teve duas experiências de começar o tratamento.**

1638. Uhm.

1639. **Você acha que essas experiências ajudaram você de alguma forma, ou não?... a... a... vir se tratar.**

1640. Acho que sim.

1641. **Por quê?**

1642. Às vezes ficou conhecendo mais... as causas, né?, da... do álcool, que tava... que podia acontecer... podia ter uma re... uma... uma recaída pior ainda, u...

uma... fala... um... cirrose, pegar uma cirrose também, que eu já vi... conhecido meu já... morreu disso.

1643. **Morrer disso? Faz tempo?**

1644. Faz tempo. Ele era quase vizinho da minha mãe, né? Apesar que ele tinha... é... ele bebia bem. Ele fez um trata... deu cirrose, parece que ele deu... outro... ele fez tratamento. Mas ele continuou bebendo... mais cerveja, não tomava mais com o remédio. Um dia encontraram ele morto na casa dele. Ele morava sozinho, solitário. Mas não sei se foi disso. Mas ele... só não... deu cirrose porque ele fez tratamento, ele parou, mas continuou tomando cerveja, só. Ele fala que não tem aí... tem álcool, né? mas é menos...

1645. **Incha mais.**

1646. Daí eu acho que aumenta mais, né? já depois que ele tomava álcool... pouca coisa... é menos, né? Cerveja, pra tomar pra ficar mais ruim, acho que vai mais n... n... É.

1647. **Quando você veio para cá, você veio mais pra tratar você, ou mais para satisfazer sua mulher, sua irmã...? Que elas te forçaram mais para você...**

1648. Hum.

1649. **Você acha o quê? Você veio mais por causa de você ou por causa delas?**

1650. Vim mais, acho que por causa de mim mesmo, né? Vim também um pouco por eles também, né? Acho que juntou as coisas, né?

1651. **Foi pelas duas coisas?**

1652. As dois... é, né?

1653. **Mas você ficou, assim, chateado com...? Porque a sua esposa e a sua irmã devem ter ficado nervosas, preocupadas... A preocupação delas te atrapalhava, te preocupava?**

1654. Ah... [silêncio – 3"]

1655. **Entendeu?**

1656. Nesse dia que eu fiquei ou...?

1657. **Agora.**

1658. Nessa última vez? Ah, não me preocupou muito não.

1659. **Eles se preocuparam mais com você nisso.**

1660. Mas... é... se chegou a vir... se... uns tempos atrás, falava pra fazer isso, eu vi... "Você tem que ir pra aí", às vezes eu ficava e... meio... de tanto ficar repetin-

do toda vez no meu ouvido... escutando às vez a gente se irritava. Chegava a irritar.

1661. **Com o que elas falavam?**

1662. É, mas dessa vez não. Essa última vez...

1663. **E quando você procurou o tratamento, que tipo de clínica que você achava que ia encontrar? Que tipo de pessoa, aqui dentro...**

1664. Aham.

1665. **..o que você achava que ia encontrar?**

1666. Ah, e... primeiramente eu achei que ia achar... dependentes de... de álcool, droga...

1667. **Aqui?**

1668. É.

1669. **Os pacientes?**

1670. Os pacientes.

1671. **E das pessoas que tratam aqui? O que você achava que ia encontrar?**

1672. [silêncio – 5"] Ah... agora eu não... m... explicar... [silêncio – 6"]. Ah, o pessoal de... fala, né?... acho que eu pensei que eu ia falar aqui... é enfermeira pegando no pé, é remédio errado a toda hora...

1673. **Remédio errado?**

1674. Remédio, traz remédio, é... tra... trazendo meu remédio, essas coisas. É, passou pela cabeça essas coisas. Mas fui... eu a... indo, eu vi que não era nada disso.

1675. **Mas passou pela sua cabeça que você ia ser maltratado aqui?**

1676. Ah não, maltratado eu acho que não... passou pela cabeça não. Mais ficar... e... Esse negócio de ficar maltratando, que [inaudível – 2"] eu acho pra mim [risos].

1677. **Mas, assim, o que... você achava que ela ia pegar no seu pé?**

1678. Ah, só isso, que vai pegar no pé é isso, você tem que fazer isso, tem, né?... tem as suas regras, né?... não pode fazer isso, não pode fazer aquilo... Eu sei que todos os lugares tem esse negócio, né?..

1679. **E dos médicos e psicólogos, o que você achava que ia encontrar?**

1680. Eu... eu sabia que ele ia conversar, né? queria saber... o que tá acontecendo comigo... por que eu bebia, e quanto tempo se tinha... e ainda fora isso ia perguntar: se tem alguém da família que bebia, essas

coisas... se podia vim de pai... de filho, se é hereditário, né?... Isso já perguntaram pra mim... se é hereditário.

1681. **Agora mudou então a sua opinião?**

1682. [silêncio – 8”]

1683. **Como é que você acha que vai ser de agora em diante, assim, o seu tratamento? O que você imagina que...? Porque o tratamento não vai acabar com internação.**

1684. Não.

1685. **Como é que você acha que você vai ficar?**

1686. Lá fora, por exemplo, né?... Ah, isso eu não sei ainda.

1687. **O que você está imaginando?**

1688. Se eu vou ter que fazer algum... pelo menos uma vez por semana... passar num... psiquiatra ou psicó... psicólogo... pra conversar... Eu acho que tem... acho que tem essas coisas, ou não tem?

1689. **Pode ter. Depende da pessoa. Pode ser mais pelo A.A., pode ser mais...**

1690. Participação de grupo, né?..

1691. **Aí depende da... o que a pessoa se s... acha que vai se dar melhor. Em algum momento, você pensou, assim, em fazer mal pra você mesmo? Pensou em morrer...?**

1692. Não. Que eu me lembre, não. Só se teve... uma hora mais... crítica, eu posso ter até pensado, mas... que nem eu falei, tem coisa que às vezes fazia e eu não me lembro. Levantava no outro dia: “Eu não lembro de nada, né”. Eu cheguei a pôr minha carteira num lugar e no outro dia ficar dois, três dias procurando ela. Não me lembrar. Uma vez eu pus... cansei do peso, aí eu pus ela debaixo do... no... atrás do banco do carro. Fiquei três dias procurando essa carteira. Não lembrava não.

1693. **E o medo de morrer, você teve? Vontade, você falou que não teve. Mas e o medo de morrer?**

1694. Ah... [silêncio – 4”]. Acho que não passou nem uma vez na cabeça, né?... Até eu e... sair do bar, eu tava bêbado... eu, pra atravessar a rua, do jeito que eu tava... olhei... eu ainda olhava para os dois lados... atravessar a rua.

1695. **Olhava?**

1696. Eu olhava para os dois lados... pra atravessar a rua ainda via sim. Acho que olhando para os dois lados, acho que com certeza eu tava com medo, né?

1697. **Estava com medo, né?**

1698. É [riso]. E pra parar e olhar é porque eu tava com medo, né?... do jeito que tava, se não tivesse medo, ó...

1699. **E de cirrose, por exemplo? Você teve medo?**

1700. Olha... é... medo, medo, mesmo eu não... tive não, mas, eu fiquei... meio... pensava às vezes nisso também. Às vezes chegava a tá... tem vez que sentia umas pontada na barriga, mais... ma... mais ou menos assim aqui em cima... assim... dava aquelas pontadas e uma dor. Mas nunca fui praticamen... nunca fui procurar médico.

1701. **Nunca foi? Deixa eu ver se tem mais alguma pergunta. Eu acho que é isso, H. Você acha que tem, assim, alguma coisa que... que... contribuiu pra você... resolver procurar o tratamento? que eu não perguntei. Alguma coisa, assim, da sua vida, que você acha que ajudou você a procurar tratamento, que a gente não conversou?**

1702. [silêncio – 8”] Ah... eu acho que a mesma, né? foi nessa última vez mesmo. Essa última vez que eu bebi, nessa aí que eu... resolvi mesmo... mas antes... não pensava muito em tratar não.

1703. **Você vinha bebendo todos os dias?**

1704. É, era que eu saía meio com raiva do serviço.

1705. **Bebia mais...**

1706. Às vezes saía por aqui... saía alguma coisa errada... não é errado... ah, esse t... certos tipo de serviço que a gente vai fazer fora... aí manda ir lá... o patrão pensa que é chegar lá, é... falta... leva a peça, mil e uma maravilhas, aí chega lá, tá tudo certinho... às vezes dá coisa errada, demora... a gente m... que nem pega o buraco de cor e faz a média, tá tudo bem, você chega lá, faz... é tudo torta, demora até você acertar... Chega lá no... sabe, chega de saco cheio de... Tava trabalhando pra acertar aquele negócio... vão vim falar ainda abobrinha, porque ele não... a coisa dá uma raiva. É... eu cheguei um tempo para o rapaz... ia falando: “Hoje eu também vou tomar todas”, depois, “Espera aí que eu vou tomar todas, só de raiva”. [risos]. Chegava a falar isso.

1707. **Mas o álcool, você acha que nunca te atrapalhou, assim, de você não conseguir fazer o serviço?**

1708. Não, assim não. Nem acidente de trabalho eu também não... Eu tive um, mas não foi por causa disso não. Eu fiquei paralisado.

1709. **Quando ficou?**

1710. Foi... quebrei duas vértebras da coluna. Depois eu acho que quebrou só aqueles gominho, né?... grudou num... Foi o único acidente, em vinte e três anos de serviço, mais sério. Mas o resto... E... o serviço fácil é trabalhar com máquinas, né?... máquina de corte, essas coisa... pra madeira, tudo... máquina que você não tomar cuidado se machuca mesmo. O mais sério esse aí foi. É o mais sério. Caiu um portão em cima de mim lá... lá do Serviço, mas é... é por causa de... é difícil... não é... foi por causa do companheiro, acho que a culpa é mais do... dono da firma mesmo. Foi soltar uma coisa e era outra. O portão era pesado. Era já desde o mínimo, mas o contrapeso dele era pesado. O portão escorregou, não deu pra segurar. Foi um acidente.

1711. **Bom, F., essa conversa que a gente teve, assim, como eu te disse, eu vou ouvir... escrever. Vou tirar o se nome, tirar... tudo assim que pudes-se identificar você. E vou usar esse material pra... junto com mais outras trinta entrevistas que eu estou fazendo [inaudível]... vai ser a minha tese. Uma coisa que eu me esqueci de trazer hoje é o... estou dando pra todo mundo que eu estou entrevistando um papel de autorização. Autorização para eu fazer essa entrevista, e pra usar o material pra tese. E eu vou trazer o papel no final de semana. Você vai sair de lá, ou não?**

1712. Não sei.

1713. **Para você assinar para eu guardar.**

1714. Nem sei quando que eu saio de lá, até agora eu não perguntei.

1715. **Eu acho que é no fim da semana.**

1716. Eu não sei. Até agora eu não sei.

1717. **Você não tem conversado com o doutor X.?**

1718. Converso, mas só que eu não pergunto quando vou sair. Eu...

1719. **Eu acho que é agora, viu.**

1720. ... que eu... não sei ao certo também... algumas pessoas, já: "Ah, quando eu vou sair?", essas coisas, "Me dá alta". [risos] Eu não pergunto.

1721. **Mas eu tenho impressão que é agora no fim da semana que você vai sair.**

1722. Eu já fiz o exame de sangue... tor... Eu não sei nem o resultado até agora, também como foi...

1723. **Será que não chegou?**

1724. [inaudível - 1"] esqueceu [inaudível - 3"]. Acho que é só amanhã que ele vem, né?

1725. **Aham. Mas conversa com o X. amanhã sobre tudo isso, sobre o dia que você sai, sobre os exames, se vai demorar ou se não.**

1726. Até agora eu tive dois exames que eu não vi... tudo sem.

1727. **[Inaudível] exame? Tá gostando então?**

1728. Ah, eu... já que eu vim pra tratar, né? vamo ver, né?

1729. **Eu acho que... pelo que eu ouvi ele falando, parece que você sai agora nesse fim de semana.**

1730. Eu vim me inte... me internei pra tratar, fica perguntando, né?... "Ah, eu vou sair quando? Sair quando?" Acho que fica pior.

1731. **OK. Obrigado pela participação sua...**

1732. Ah, num... precisar de mais alguma coisa, estamos aí às ordens.

G.

ENTREVISTA NÚMERO 07

Local e data de realização: em consultório, no dia 20/04/98

Duração aproximada: 70 minutos

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:

Inicial fictícia: G.; *Sexo:* masculino; *Idade:* 22 anos; *Etnia:* branco; *Procedência:* Campinas-SP; *Escolaridade:* ensino médio incompleto; *Estado civil / situação familiar:* solteiro, sem filhos, mora com a mãe (divorciada); *Profissão / ocupação:* comerciário, trabalha com o pai; *Religião:* não tem

ALGUNS DADOS CLÍNICOS:

Substância da qual é dependente / tempo de uso: cocaína intranasal, usa há cerca de 4 anos

Outras substâncias que usa: álcool, tabagista há 5 anos (15 cigarros/dia)

Há quanto tempo no atendimento atual: 16 dias

Outros problemas de saúde: não apresenta

OUTROS DADOS SOBRE A ENTREVISTA:

Expressou-se de forma clara, objetiva, e aparentemente natural. Aparenta certa tristeza.

TRANSCRIÇÃO:

1733. ***Você entendeu o propósito da pesquisa?***

1734. Queria que você me explicasse mais.

1735. ***[explico os objetivos da pesquisa]***

1736. Eu procurei porque achava que estava me prejudicando, né? Apesar de que eu vinha contra a minha vontade, mas partir do momento da primeira entrevista que eu tive, eu vi que estava valendo a pena para mim. No começo eu não estava tão interessado, era uma forma de eu amenizar a situação, mas no decorrer do tempo foi me interessando.

1737. ***Por que você passou a se interessar?***

1738. Porque está me prejudicando, e muito. Estou querendo parar de usar.

1739. ***No início você não estava se interessando...***

1740. Não. Era uma forma de escapar entre os meus pais, né? Uma alternativa de amenizar a situação; mas para mim, no fundo, eu estou precisando parar de usar.

1741. ***Você me falou de um dia você ter chegado em casa e sua mãe percebeu que você tinha usado, ficou ansiosa... Conta de novo essa história. Foi no dia em que você pediu para que ela achasse algum...***

1742. É... foi no dia em que ela percebeu, desconfiou, né? Ela ficou assustada com os sintomas que eu estava, com o estado em que eu estava. Aí eu pedi pra ela procurar um psicólogo pra mim, que seria bom. Mas eu estava bem alterado.

1743. ***Estava realmente alterado ou você costumava ficar daquele jeito?***

1744. Costumava ficar desse jeito e eu cheguei justamente, ela estava acordada, ela me viu neste estado então não teve outra alternativa se não falar isso pra ela. Eu passei do horário [neste dia]. Tinhas saído de casa à noite e cheguei no outro dia, de dia. Aí ela já estava me aguardando, preocupada. Aí ela percebeu e falou "você está usando cocaína novamente?" Falei "estou, estou precisando de ajuda." Ela falou "o que você está querendo, você quer ser internado?" Falei "não, não precisa ser internado, não cheguei até este ponto. Acho que um tratamento psicológico pra mim seria o ideal."

1745. ***Ela se assustou... Como ela ficou emocionalmente?***

1746. Ficou abalada, chorou bastante, ficou chateada, né? De ver um filho dela, num estado daqueles.

1747. ***E você sentiu o quê?***

1748. O que eu senti? Fiquei até com dó dela, porque ela não sabe o que é que é, qual é a reação, né? O que é que passa na cabeça dela... Fiquei muito preocupado com ela; comigo também, né? Mas muito mais com ela.

1749. ***que você achou que ela imaginava?***

1750. Não tenho nem idéias do que ela imaginava. Mas ela percebeu, porque eu estava muito, sabe? Estava até com o nariz branco, porque eu estava usando cocaína. Copo de uísque na mão, ainda.

1751. ***Você conseguiu ficar com este copo no carro sem deixar cair?***

1752. [ri] Segurando, né? Dirigindo segurando com o copo na mão, né? Dirigindo com uma mão e segurando com a outra. Já tinha acabado a droga e estava voltando para casa. Meio-dia e pouco.

1753. **Mas então você sabia que ia encontrá-la, no horário do almoço...**

1754. Sabia, mas eu não tinha mais para onde ir, já estava na hora de voltar para casa.

1755. **Se você tivesse chegado às 11 horas, por exemplo, ela não estaria em casa, você chegaria e iria para seu quarto...**

1756. E ela nem ia perceber nada...

1757. **Será que não foi mais ou menos de propósito que você chegou neste horário?**

1758. Não sei, não sei... Eu não queria ter encontrado com ela. Mas sabia que ia ter que enfrentar.

1759. **Você programou chegar neste horário...**

1760. Não, não teve como.

1761. **Inconscientemente, lá no fundo, você quisesse mostrar pra ela...**

1762. Talvez, né? Talvez eu quisesse, sim. Mas foi até bom pra mim, abrir o jogo pra ela e para meu pai. Estão me tratando melhor, até. Minha mãe, né? Meu pai não bota muita fé em mim.

1763. **Que outras diferenças depois do tratamento?**

1764. Minha mãe, ela está me tratando bem, ela está gostando de eu fazer este tratamento. Meu pai, é indiferente pra ele. Não está muito preocupado. Ela não acredita mais no que eu faço ou deixo de fazer. Para ele tanto faz eu fazer tratamento ou não, eu acho que não está interessando a ele. Não bota muita confiança em mim. Minha mãe me trata melhor, Me dá mais atenção, até. Ela pergunta como estou, o que estou achando. Falo que está bom, está melhorando a cabeça, tô procurando menos fazer as coisas que eu fazia, me conscientizando um pouco mais.

1765. **Você então pediu pra que ela procurasse um terapeuta?**

1766. É, um psicólogo. Exclusivamente ia ser um psicólogo.

1767. **Que tipo de ajuda você pensou que um psicólogo podia dar?**

1768. Não sei. Alguma orientação, né? Dá uma mexida na minha cabeça, abrir um pouco a minha men-

te, alguma coisa assim. Ele escuta muito o que você fala. Como posso dizer? Ele debate o problema com você, debate soluções, é mais ou menos por aí.

1769. **Você já tinha pensado antes em procurar um psicólogo?**

1770. Não, nunca tinha pensado. Minha mãe já tinha pensado há muito tempo, independente de eu estar usando drogas ou não, entendeu? Falava "não, não estou precisando." Eu achei que precisou mesmo nesta época, agora. Ela falava que eu sou muito fechado, ela fala que eu não inspiro muito amor por ela, que sou uma pessoa que não demonstra muito. Muito sangue frio, entendeu? Não teria muito amor pelas pessoas. Mas não é, é meu jeito, né? Sempre fui assim, é difícil mudar. Eu concordei em vir no psicólogo por causa do uso das drogas, se não eu não estaria vindo, não estaria precisando disso.

1771. **(explíco o que a psicoterapia e também o psiquiatra podem fazer)**

1772. **Você acha que o uso de drogas piorou recentemente para acabar culminando com esta procura?**

1773. Já uso há mais de seis anos, sete. Depois que voltei do litoral comecei a usar mais, há seis meses. Fiquei sem usar por um ano mais ou menos, depois retornei. Aí você volta com mais intensidade, ainda, né? Em Ubatuba eu usava menos. Voltei para cá e comecei a usar bastante.

1774. **Esses seis meses foi a época em que você mais usou ou já tinha usado bastante?**

1775. Já tinha usado bastante. Eu acho que já tinha usado neste ponto [neste nível]. Só que agora eu comecei a ficar uma pessoa muito assustada, entendeu? Muito... sei lá, muita encanação, queria me esconder, Não era assim, eu usava e conseguia ficar até socialmente entre as pessoas. Agora, comecei a voltar, a usar muito, começava a me esconder. Não queria ficar perto de ninguém, ficava andando com meu carro pra cima e pra baixo, não parava em lugar nenhum. Comecei a ficar uma pessoa paranóica. Comecei a ter agora...

1776. **Isto deve assustar, sentir medo...**

1777. É, começo a sentir medo das pessoas, de tudo.

1778. **Só durante o uso da cocaína? Por que incomoda tanto?**

1779. Só durante o uso. Eu acho que as pessoas começam a olhar pra você, entendeu? Até eu pergunto pras pessoas que estão comigo: será que estou tão alterado, assim? "Não, não tá." Mas eu começo a pensar que tá todo mundo olhando pra mim, percebendo que eu estou drogado. Então é isto que gera este medo todo. Pessoas, conhecidas estariam me vendo neste estado, é esse tipo de paranóia.

1780. **Há quanto tempo você percebe esta paranóia?**

1781. Há, um mês, dois meses atrás, mais ou menos. Você lembrava disso depois e você dava até risada. "Putá, o que eu estou fazendo?" Por que ficar tão neste estado? Às vezes eu acho que tem muitos amigos de meu pai que podem me ver, amigas da minha mãe, parentes... E é tudo coisa da cabeça, aquela... é o que a droga acaba gerando. Mas não tem nada a ver, isso. É a cocaína que acaba fazendo isso com a sua cabeça. Acho que é muito psicológico, também.

1782. **O que você buscava com o uso da cocaína?**

1783. que ela gera? Não sei. Dá uma ansiedade, uma grande ansiedade. Você fica muito... como se diz? Esperto... fica muito rápido, eu não sei explicar, entendeu? O que gera assim, às vezes até... quem usa gosta de ficar no estado em que fica. Acho que acelera o coração, você fica bem... Não sei como explicar isso aí.

1784. **Esses efeitos que você procura continuam existindo?**

1785. Muito pouco.

1786. **Agora é mais a paranóia?**

1787. É, mais a paranóia. Ela não está mais fazendo muito efeito sobre o meu organismo, a droga, entendeu? Então isso aí já é um ponto perigoso porque você pode acabar querendo procurar outro tipo de droga. Então eu acho que já é a hora de eu dar um basta nesta situação.

1788. **Principalmente o que ela deixou de provocar e que você procurava?**

1789. Acho que não deixa você... Assim... os sintomas que ela deixa, já não deixa mais como deixava antigamente, ou deixa muito rápido, você já vai querer procurar muito mais, dura muito pouco o efeito. Não está mais fazendo a minha cabeça.

1790. **Alguns problemas físicos você teve?**

1791. Não, em relação à droga não tive nenhum, graças a Deus, nenhum.

1792. **Você já viu alguém passando mal pelo uso?**

1793. Olha, eu não vi, mas eu tive amigos que já presenciaram, próximo a minha casa e, por coincidência, eu estava naquele local, entendeu? Só que eu fui embora antes, aí depois é que a pessoa entrou em *overdose*.

1794. **Ela morreu?**

1795. Não, não morreu. Tinha pessoas do lado que seguraram ela, tal... Fiquei sabendo disso.

1796. **Isso de alguma forma mexeu com você?**

1797. Não, não mexeu.

1798. **Quando foi?**

1799. Foi... Copa do Mundo, foi ano passado? Foi ano passado, isso.

1800. **O risco de overdose é conhecido, a pessoa sabe que corre este risco. Esta possibilidade te preocupou de alguma forma?**

1801. Eu acho que não, porque... Pelo que eu uso eu acho que vai ser muito difícil acontecer isso comigo, entendeu? É a qualidade da droga que rola pelo mercado, eu acho que ela é muito fraca. Então eu acho que é muito difícil acontecer isso comigo. Isso acontece com pessoas que nunca usaram e estão começando a usar agora e usam muito, e não sabem como usar e acaba acontecendo isso.

1802. **Você nunca teve medo de perder o controle?**

1803. Não, nunca tive.

1804. **Por exemplo, sentir falta de ar...**

1805. Já, já tive. Este sintoma eu já tive.

1806. **E nunca te preocupou?**

1807. Não me preocupou muito. Não foi assim, muito forte, não chegou a preocupar. Porque eu sei o meu limite, né? Quando eu vejo que a coisa tá pegando pro meu lado eu dou uma parada.

1808. **Durante a semana, qual o padrão de uso seu, com que frequência usa?**

1809. Todo dia, todo dia, de segunda a domingo.

1810. **Em cada um desses dias você percebia até onde podia chegar...**

1811. Eu chegava a usar todo dia mas usava pouco, né? Usava pouco. Mais à noite, só a noite.

1812. ***Por que mais à noite? Tem pessoas que usam enquanto trabalham.***

1813. Eu já não... Não dá pra coincidir as coisas, eu já não consigo. Porque eu vou querer começar a beber, parar, ficar bebendo em bar, eu já não vou poder fazer isso, né? Não dá, eu não consigo fazer isso.

1814. ***Com relação ao trabalho, a seus pais, quando você percebeu que a cocaína estava atrapalhando?***

1815. Ah, ela prejudica muito. Você não tem vontade de trabalhar, de acordar cedo, não tem vontade de estudar. Ela prejudica em bastante coisa. Ela começa a gerar uma coisa assim... que você só vai pensar nela, entendeu? Você não pensa em mais nada. Só pensa nela mesmo...

1816. ***E seu trabalho, foi prejudicado?***

1817. Foi, cheguei até a perder o emprego por causa disso. Eu era bancário. Perdi o emprego porque começava a faltar muito, passava às vezes muitos cheques e às vezes não tinha fundo. Funcionário não pode fazer isso, né? Acabaram me mandando embora. Por quê? Porque era muita droga que eu estava usando, né? Comecei a perder o controle, me mandaram embora, perdi o emprego. Depois que eu sai do banco eu sempre trabalhei com meu pai.

1818. ***Aí também seu trabalho foi prejudicado?***

1819. que eu percebi é que seu raciocínio fica mais lento também, fica mais lento pra raciocinar. Tinha dias que eu não ia trabalhar, perdia a hora, não aparecia para trabalhar. Ficava, dois, três dias. Meu pai brigava comigo. Isso aí prejudicou muito. Por isso perdi a confiança dele.

1820. ***Isso de perder a confiança...***

1821. Atrapalha sim, porque é difícil você conseguir novamente a confiança de alguém, então você fica até meio desanimado com isso, né? Pensa: como vou conseguir reconquistar isso de novo? É difícil, muito difícil...

1822. ***No seu relacionamento pessoal com sua mãe, o que você percebeu?***

1823. A gente começou a ter muito pouco diálogo, a conversar muito pouco, a se encontrar muito pouco. Porque ela trabalha e eu também trabalho. Então eu fazia máximo pra não me encontrar com ela. Ela estava saindo e eu estava chegando, ou vice-versa, pra gente quase nem bater papo, pra ela não entrar nos detalhes.

1824. ***Você organizava bem os horários...***

1825. É, organizava bem os horários.

1826. ***Mas este dia que você chegou meio-dia e meia você tinha consciência de que ia encontrá-la?***

1827. É, eu não tinha mais opção pra onde ir, entendeu? Eu tinha que ir pra minha casa. Tinha acabado o meu dinheiro, e eu tinha que voltar pra minha casa, eu queria até usar mais, mas eu não tinha mais dinheiro. Eu vou pra onde? Vou pra casa.

1828. ***Esta noite você passou sozinho?***

1829. Não, passei com amigos até 8 horas; aí depois a gente parou num bar e ficamos bebendo até as 8 horas e depois eles foram embora, eu fiquei mais um pouco neste bar e depois vim pra casa.

1830. ***De alguma forma sua vida escolar foi atrapalhada?***

1831. Foi, foi atrapalhada. Você abandona o colégio, né? Pára de estudar, começa a matar muita aula.

1832. ***Há quanto tempo você não vai a escola?***

1833. Faz três anos, ou quatro.

1834. ***Veja: Faz três anos que você perdeu o emprego, saiu da escola, já tinha conseqüências graves. Por que você nunca pensou em se tratar?***

1835. Não sei, não tinha motivação, não estava interessado muito. Estava gostando da situação em que estava, entendeu? Já tinha acontecido tudo aquilo, falava: "Pô, vou correr atrás por que", né? "Já foi mesmo, então deixa rolar, vamos continuar do jeito que está". E foram pirando as coisas...

1836. ***Chegou a passar pela sua cabeça em procurar tratamento?***

1837. Não, não passava. Pensava em eu mesmo tentar parar, entendeu? "Vou parar de usar." Mas aí acordava no outro dia já pensando "vou usar de novo"

1838. ***Na mídia sempre aparecem notícias sobre tratamento, psicólogo, AA e NA; em Campinas todos sabem que existem lugares ou pessoas que lidam com este problema. Você sabia disso e que conceito fazia?***

1839. Eu achava que não estava precisando chegar ao ponto de ir pra uma clínica de tratamento. Achava que não precisava, "Pra mim, não". Você sempre pensa assim "Eu nunca vou precisar disso, o que é isso? Fazer um tratamento? Não sou nenhum viciado." Mas se você

põe na ponta do lápis, você é um viciado. Mas você nunca acha, nunca quer concordar que você é um viciado. Mas, no fundo, no fundo, você é um viciado. Tá usando direto, sempre, não pára de usar cocaína...

1840. ***Você admitiu que era viciado quando?***

1841. Admiti... uns dois ou três meses pra cá, que eu estava usando muito e vendo que estava me prejudicando em tudo, tudo ao meu redor estava começando a ficar... Estavam-se fechando as portas pra mim em tudo.

1842. ***Este processo e dizer-se um viciado, ou dependente, é quase um diagnóstico que você mesmo se deu. Como foi este processo de você mesmo perceber que tinha esse problema.***

1843. Não, sei, senti que estava tudo... Tava me prejudicando muito as coisas. O uso tava gerando muitos problemas pra mim. Só tinha um resultado. O que estava gerando todos os problemas? A droga, né? Você não faz mais nada, pô! A vida começa a só decair você não começa a progredir. Você só para no tempo, não faz mais nada. Aí fala: é a droga, não é possível, não tem mais o que... Começa a dar tudo errado... Só podia ser a droga, e eu sabia disso, né?

1844. ***E aí você pensou "estou viciado"?***

1845. É, não queria acreditar nisso mas eu tinha que acreditar.

1846. ***Na hora em que pensou nisso por que não pensou em tratamento?***

1847. Porque eu pensei que ia conseguir parar, entendeu? Sozinho. "Vou diminuir, vou começar a usar menos", entendeu? Começar a ficar mais dentro de casa, tal... Mas às vezes eu ficava dentro e casa, dava um desespero e eu pegava o carro e saía atrás da droga. Não agüentava ficar, fazia o máximo possível, mas não conseguia.

1848. ***Ficou no máximo quanto tempo em usar?***

1849. Uma semana, no máximo. Sentia muita vontade de usar: parece que é o organismo seu que pede, entendeu?

1850. ***Você fazia o que tentando não usar?***

1851. Ficava dentro de casa assistindo televisão, eu desligava um pouco. Até que um dia eu saí, não agüentei, comecei a usar de novo.

1852. ***Por que algum dia você consegue agüentar e outros não?***

1853. Não sei, no começo da semana você até consegue vai chegando o final da semana, que você sabe que o pessoal tá todo mundo usando, tá todo mundo reunido naquele lugar, você acaba indo lá e usando. Vira costume isso aí, vira hábito.

1854. ***Esse "pessoal", você considera amigos seus?***

1855. Não sei, acho que não porque essas pessoas se isolaram de mim por causa disso, eu acho que é uma discriminação que não tem nada a ver, eu não sou nenhum bandido, entendeu? Não sou nenhum ladrão, traficante, nada.

1856. ***E esse pessoal que você encontrava no final de semana?***

1857. São companheiros de droga, também. Não é amigo, é colega. Mas amigo, mesmo, é difícil.

1858. ***Você chegou a falar com elas sobre parar de usar?***

1859. Às vezes converso com eles. "Estou tentando". Dão risada. Essas pessoas são assim: eles usam e quando acaba a droga, entendeu, acaba a bolada toda da noite, falam "Preciso parar de usar, está me prejudicando". Mas isso é tudo conversa. No outro dia tá todo mundo usando de novo, é só comentário, só.

1860. ***Você sentiu de alguma forma pressão pra continuar usando?***

1861. Não, pressão, isso não. Às vezes o pessoal dá risada: "Você vai parar? É muito difícil você conseguir parar." Mas incentivar você a usar mais, não. Eu acho que quando você começa a usar muita cocaína, você perde o caráter, um pouco de vergonha na cara. A única coisa visada é o interesse. A pessoa é amiga sua se ela tem droga, se ela tem dinheiro pra buscar droga, mas do contrário você não tem nenhum amigo. Você toma uma pessoa bem interesseira. E aí a partir do momento que você começa a pensar desse jeito, mesmo você não usando, você começa a ter este tipo de amizade, entendeu? Você vai procurar um amigo por algum interesse, não pra bater um papo. E vice-versa, todo mundo se torna assim. A pessoa se torna muito sangue frio quando começa a usar droga, usar cocaína. Perde completamente o caráter.

1862. ***Mesmo não imaginando se tratar, que idéias você fazia das pessoas que tratam de dependentes químicos?***

1863. que me contam é que nestas instituições se fazem muitas palestras, muitos debates. Você fica afastado, numa chácara. Mas eu não sei mais o que rola, porque não sei de ninguém que foi internado, não conheço ninguém.

1864. ***E sobre os profissionais, pessoa como eu, por exemplo?***

1865. Sei lá, uma clínica de loucos, em que as pessoas ficam de camisa de força, sei lá, um negócio tipo assim, tipo de um sanatório, não sei. Não tenho idéias do que seria. Pessoas viciadas, bem viciadas, mesmo, que estão num estágio bem avançado, tem pessoas que podem até chegar nesse ponto.

1866. ***Isso parece ter a ver com doença, estas pessoas como doentes que fazem um tratamento. Você agora inicia um tratamento. Você se sente doente?***

1867. Não, não, não me sinto... [silêncio de 10"]
Mais alguma pergunta?

1868. ***Quería que você falasse mais dessa percepção de clínica como um lugar de louco.***

1869. Eu teria até vontade de conhecer uma clínica dessas, pra ver como funcionava, o sistema delas. Mas nada de ficar internado, entendeu? Mas eu queria conhecer.

1870. ***E que conceito você faz dos profissionais que cuidam dessas pessoas, nessas clínicas?***

1871. É uma pessoa bem paciente, um profissional desses. Tem que ter muita paciência. Eles dizem que as pessoas começam a fazer plantações, cuidar de lavoura, de agricultura. Não sei... não sei se funciona assim. Cada um fala uma coisa. Para mim eu não gostaria, não. Isso parece o quê? Uma prisão agrícola, não sei. Sei lá se isso vai ajudar a cabeça da pessoa, ocupar seu tempo. Eu não sei o que se passa nesse local, não sei se acontece isso realmente.

1872. ***Sobre namoro.***

1873. Namorei muito tempo, quase fiquei noivo. Perdi a namorada por causa das drogas. Ela descobriu que eu estava usando. Tentou até me ajudar a parar, mas eu... Ela falava bastante: "Pára de usar, está te prejudicando, vou acabar largando de você." Eu não dava a mínima. No fim ela acabou largando de mim. Aí eu acabei perdendo o emprego no banco, ela largou de mim, saí da escola. Foi a piração total, né? Foi tudo uma

época só. Aí que eu caí de cabeça na droga, mesmo. Não sabia onde entrar e acabei entrando na errada. Eu comecei a ver minha vida, a ver aquela decadência total. Eu não estava mais progredindo. Parado no tempo. Falei: "Eu tenho que dar um jeito". Tive que começar a dar um jeito, senão uma hora a gente tá num caixão, sei lá, ou preso, não sei.

1874. ***Você ficou com medo? Como morreria?***

1875. Fiquei. Talvez você indo buscar uma droga num local, a polícia chegava, você sai correndo, a polícia te dá um tiro, pensando que você é bandido. Ou mesmo briga de traficante, você tá no meio deles e acabar morrendo... Mil coisas pela cabeça.

1876. ***Você presenciou alguma coisa assim?***

1877. Presenciei, já. Tiroteio. Entre polícia e traficante. Eu ficava no meio; consegui sair ileso, graças...

1878. ***Sobre os momentos anteriores a sua primeira consulta comigo.***

1879. Eu fiquei muito tenso, eu não sabia o que iria se passar nessa consulta. Falei: "Não sei o que vou Ter que falar pra ele". Eu tinha usado droga na noite passada, né? Então eu não sabia o que falar. Fiquei até com medo de ter que me expor, tal. Foi um negócio meio embaraçoso pra mim, na primeira vez. Eu achei que você ia me recriminar, né? Criticando bastante eu, falando bastante coisa na minha cabeça, me recriminar. Não achei que fosse me ouvir como está me ouvindo, achei que você ia me recriminar. Achava que seria isso. O segundo pai falando alto "você tem que fazer isso, fazer aquilo". Seria mais ou menos assim. É o que passava pela minha cabeça. E ter que enfrentar, né? Uma pessoa que você nem conhece, falar de assuntos delicados como este... Foi difícil. Tentava não demonstrar, mas foi difícil.

1880. ***Você comentou com sua mãe esta expectativa?***

1881. Não, não comentei. Não sou muito de comentar, não.

1882. ***É possível que estas idéias já existissem há bastante tempo e na consulta só vieram à tona?***

1883. Já pensava muito tempo nisso: ia ser uma recriminação total, né? Todo mundo recrimina. Achava que não ia se diferente. Achava que era um bicho de sete cabeças. "Pô, eu não vou me envolver com isso, vai me prejudicar mais." Achava que até ia me prejudicar,

não iria me ajudar. Que eu ia ficar mais abalado ainda. Porque já tinha muita gente falando na minha cabeça, meus pais falando. Então seria mais uma pessoa que estaria mexendo ainda mais.

1884. ***Sobre o que os conhecidos acham de seu tratamento?***

1885. Eles acham que está sendo perda de tempo meu. Perda de dinheiro. Dar uma desculpa pros meus pais, porque eu não vou parar assim. Dão até risada na minha cara. "Você não vai parar com droga, vai ser difícil. Isso aí é história pra amenizar a situação com seus pais, tal..."

1886. ***Com relação à maconha...***

1887. Maconha não prejudica em nada. Pelo menos pra mim nunca prejudicou. Maconha nunca me prejudicou em nada. Isto aí eu tenho certeza.

1888. ***Uso de drogas injetáveis...***

1889. Isso aí eu nunca quis. Eu tenho até pavor de seringa. Isto aí não me desce, não.

1890. ***Você acha que este problema seu com drogas tem a ver com algum problema anterior, na sua infância?***

1891. Isso aí eu não sei. Não sei o que gerou o uso de drogas. Alguma coisa pra você tentar fugir da realidade. Você quer fugir da realidade. Acho que não foi na minha infância, problemas familiares. Acho que não.

1892. ***[nega ideação suicida]***

1893. Eu já te falei que usei LSD também, né? Cheguei a te contar isso, né? Duas vezes. É um alucinógeno, você vê bastante coisa, dá muita risada. Faz uns dois anos. Durou 24 horas, tomei um micro-ponto inteiro. Há pouco tempo me ofereceram ecstasy. Eu não quis, não me interessou. Falei "não, me prejudica muito". Gera muito problema na pessoa. Essa pessoa que me ofereceu LSD, ela teve que fazer um tratamento na cabeça. Ele disse que ficou com problemas na cabeça, com buraco no cérebro, que o ácido corroeu o cérebro. Fiquei até com medo disso aí. Ficou seis meses internado mais ou menos. O LSD, ele até consegue fazer você deixar de usar cocaína, porque o efeito dele é quase tudo igual, tudo junto, efeito da maconha e cocaína junto. Te deixa elétrico, te deixa com fome, todos os efeitos. Pra quem começa a usar, não vai querer usar mais nada, só isso; mas ela prejudica muito mais ainda. Você fica com o

olho vermelho, olho fechado, dá muita fome, você fica sem sono, fiquei dois dias sem dormir.

1894. ***[sobre um amigo que foi pra Califórnia]***

1895. Um detalhe interessante: ele foi pra lá e falou pra mim que não usa mais cocaína. Pela dificuldade também de encontrar lá e não tem mais vontade. Falou que só usa haxixe. Mas cocaína nunca mais consumiu, faz dois ou três anos. Cessei totalmente a vida social, totalmente.

1896. ***O que você entende por tratamento?***

1897. Buscando melhorias pra você, né? Se tratar, tentar parar de fazer o que você fazia antes, né?

1898. ***Então pelo menos no início você pensou mais em sua mãe do que em você pra começar esse tratamento?***

1899. Foi, foi bem por aí. Pra diminuir a preocupação dela. Não tava dando muito crédito a isso.

H.

ENTREVISTA NÚMERO 08

Local e data de realização: em consultório, no dia 11/05/98

Duração aproximada: 80 minutos

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:

Inicial fictícia: H.; *Sexo:* masculino; *orientação sexual:* homossexual (único da amostra); *Idade:* 29 anos; *etnia:* branco; *procedência:* Campinas-SP; *Escolaridade:* ensino médio em curso; *Estado civil / situação familiar:* solteiro, sem filhos, mora só com os pais; *Profissão / ocupação:* vende cachorros-quentes; *Religião:* católico não praticante

ALGUNS DADOS CLÍNICOS:

Substância da qual é dependente / tempo de uso: cocaína intranasal, usa há cerca de 3 anos

Outras substâncias que usa: álcool

Há quanto tempo no atendimento atual: 15 dias, fez psicoterapia individual anteriormente

Outros problemas de saúde: não apresenta

DADOS DE OBSERVAÇÃO E AUTO-OBSERVAÇÃO DURANTE A ENTREVISTA:

Veio a consulta para cumprir, segundo dá a entender, somente para cumprir o que combinou com os pais. Sente-se já tratado, depois que contou para os pais o que se passava. Solícito, pareceu à vontade durante a entrevista.

TRANSCRIÇÃO:

1900. *O que aconteceu que o fez procurar ajuda?*

1901. Eu já tinha tentado algumas vezes, tipo parar, tal, mas sempre faltava coragem de falar; e essa vez, tinha usado pouquíssimo, 5 a 10% da média que eu usava. Tomei umas três doses de uísque, entrei no quarto pra me deitar porque de manhã eu ia pro colégio. Comecei a... Liguei a televisão... Não lembro... lembro que liguei o vídeo e não lembro o programa. Veio aquela ansiedade... Foi como um impulso. Isso já era quase por volta da meia-noite, sentei com os dois e conversei. Falei... pedi para eles pararem de passar a mão na minha cabeça e que era impossível que eles não estives-

sem notado nada. Minha mãe confirmou que ela estava desconfiada, tal... Papai falou que não, que não desconfiava de nada, mas o que poderia ter sido feito ia ser... A partir daí parou a vontade, nunca mais eu tive vontade, a não ser sábado passado que eu fui num casamento e tomei duas doses de uísque. Foi assim... foi ruim..., não devia ter ido. Foi uma vontade de ir atrás, ver se acabava, mas isso durou por volta de meia hora. Isto depois de duas doses, e eu estou acostumado a tomar uma garrafa. O efeito me deixou realmente bem alterado, bem alcoolizado.

1902. *Qual o objetivo de falar com os pais, que você pensou várias vezes fazer?*

1903. Pedir ajuda. Eu já tinha tentado largar várias vezes, ficar três, quatro, cinco dias sem usar, mas sempre dava aquela ansiedade, aquela fissura. Saía. Se tinha dinheiro comprava, se não tinha pagava outro dia. Tinha crédito, até crédito eu tinha. Então isso... não sei... sumiu. É como uma dor de dente, de repente tomar um antibiótico e passar.

1904. *Será que foi coincidência não sentir mais vontade exatamente no momento em que falou para os pais?*

1905. Não sei, eu acho que é. Ah, não, desculpa, entendi errado: acho que não é coincidência. Apesar de eu sempre ter tido o apoio deles, em qualquer circunstância, depois que comecei a usar, comecei a pensar diferente em muita coisa; que pela situação econômica que eu já tive, a caída que eu tive, tal... Que eles estavam me bajulando muito... Então, tudo isso me irritava... Mas isso em função do uso da cocaína. Eu era o garotinho mimado: eu tinha tudo que queria, desde o que fazer de comida, o que eu queria... Isso sempre houve; mas com o uso e com o círculo que eu estava andando, de pessoas, isso foi me incomodando, na época. Eu era o cara maior, vacinado, tal, não tinha que ter isso. E isso eu sempre tive, todos os filhos sempre tiveram.

1906. *Você tem mais que os outros?*

1907. Eu mais que os outros. Primeiro, o caçula, o único solteiro. Então eu tenho mais atenção. Então isso conta por este fato.

1908. *Então, naquele dia, tendo usado pouco, conta para os pais e no dia seguinte já tá sem vontade de usar. Será que essa vontade de parar de usar, ou esta saturação, já não vinha ocorren-*

do antes, e falar para os pais não foi a gota d'água, o auge da saturação?

1909. Acredito que sim. De repente, aquele fato de eles saberem o que estava acontecendo, que não tava tudo bem. Tá acontecendo alguma coisa comigo mas eles não estavam sabendo. Então, a partir do momento em que conversei, no dia seguinte eu levantei pra ir pro colégio, meu pai veio conversar comigo que ia procurar médico, o que precisasse seria feito. Eu com aquela puta ressaca moral, não conseguia olhar pra eles, mas após voltei do colégio, já um ambiente normal, acho que isso também influenciou muito. Não tive pressão deles.

1910. **Que pressão você imaginava que podia existir?**

1911. Tipo... o meu pai não aceitar, minha preocupação maior seria meu pai. Tipo eles querem internar... precisa ir pra tratamento, uma coisa mais forçada. E, pelo contrário. Foi completamente o contrário do que eu imaginava.

1912. **Você acha que não falou pra eles antes por causa das reações deles, de ficarem desesperados, ou foi o quê?**

1913. Acho que isso foi o fato de falar que eles estavam com um filho drogado dentro de casa. Por mais que queira, pra sociedade, a pessoa que usa droga é marginalizada. Então isso me influenciava muito.

1914. **Medo de eles terem uma reação desse tipo?**

1915. E veio uma reação de apoio, sem aquela cobrança. E até conversando com minha mãe, com eles, que eu não tinha mais grana... Ela falou "Então você não mexe mais com dinheiro, só dou dinheiro quando você quiser, assim você não compra." Falei: "Mas não preciso de dinheiro pra comprar, no momento, no ato". Posso comprar e pagar depois, isso é absurdo.

1916. **Bom, por que você cansou da cocaína e do álcool?**

1917. Eu digo que não cansei do álcool, não tenho bebido, não tenho tido vontade. Nunca me preocupei com o álcool como um vício. Não tenho tido vontade e eu evito porque eu bebendo álcool eu quero cocaína. Não é a cocaína que puxa o álcool, para mim, e sim o álcool para a cocaína.

1918. **E por que cansou da cocaína?**

1919. Eu vi que eu tava perdendo tempo, eu me afastei... digamos assim, da sociedade. E em função de cheirar cocaína e ficar nas neuroses, nas fantasias que a gente mesmo cria. E outros amigos... eu tava andando com um grupo de amigos que só usam cocaína, não tem estímulo nenhum pra outras coisas...

1920. **Por exemplo...**

1921. Sei lá, pegar um teatro, vamos num cinema. Muitas vezes saímos à noite e ficamos rodando a noite inteira de carro e cheirando cocaína. Se entrasse numa boate, qualquer local, não conseguia ficar lá dentro. Então ficava rodando a noite inteira cheirando cocaína e bebendo muito álcool.

1922. **Sobre as neuroses, fantasias...**

1923. Que a gente era o dono do mundo, a gente era o dono da verdade, que a sociedade tava completamente errada e nós estávamos certos.

1924. **Mas isso você acha que ocasionado pela cocaína?**

1925. Sim, 90% é.

1926. **Você sentia essas coisas durante a intoxicação?**

1927. É.

1928. **Algumas pessoas têm o oposto disso: medo, achar que tem gente atrás...**

1929. Eu não ficava inseguro, tinha vontade de sair, não conseguia ficar trancado pelo fato de precisar de espaço, precisava ver gente, de barulho, ou mesmo andar... Não conseguia ficar trancado.

1930. **Então essa coisa que chamam de "paranóia" você não chegou a ter?**

1931. Não, com cocaína não. A única coisa que gerava preocupação era conforme a quantidade que a gente tinha, dentro do carro, tal, uma viatura. Até se passava um pouco a neurose: não podia ver uma viatura que já assustava.

1932. **Essas fantasias de ser o dono do mundo, etc. Como é isso?**

1933. Isso envolve a situação de cada um, a situação familiar. Cada um tem um problema, tal... então eles estão errados. A gente nunca está errado. A gente conversava muito, mas sempre os mesmos problemas, tipo meu pai... eu tendo que trabalhar vendendo os cachorros-quentes. Meu pai ia lá e isso me irritava muito,

principalmente quando eu usava drogas, "Não preciso de ninguém, eu sou auto-suficiente."

1934. ***Mas alguns fatos você identifica como tendo ajudado? Questão das amizades, por exemplo, você passou a se sentir mal com essas pessoas?***

1935. Não... Chegou um ponto que... Não que me sinto mal, eu tenho amizade com todos. Acho que independente da droga se criou uma amizade, um elo, mas você começa a ver o outro lado. Então você, o pessoal usou a droga e está na paranóia deles, isso me irrita. O tempo que eles estão perdendo. O que eu posso fazer? Já tentei puxar o pessoal comigo. "Vamos sair dessa". Mas cada um é dono, cada um sabe o que faz. Querem conversar? Tudo bem, mas não ficar pegando no pé. Larga quem quer.

1936. ***O que você via neles que te irritava?***

1937. Se fala muito da droga e de situações que viveram quando tinham usado a droga. No dia anterior, que fulano tinha 5 g, que era boa ou não era, a quantidade que usou. O assunto só vinha em cima disso, não sabe sentar, bater papo de economia, qualquer assunto, sei lá. Era em cima daquilo.

1938. ***Esses amigos eram antigos amigos?***

1939. Não, recentes. Uma média de um ano e meio.

1940. ***Sobre a perda de tempo...***

1941. É, o tempo tá passando aí fora, entendeu? Quando você começa a usar droga, então você vê que fulano também usa e você não sabia, o vizinho da esquina... Como você tá envolvido, como todo mundo usa, ou quase todo mundo usa, que é uma coisa normal. Até conheço umas pessoas que usam, mas usam de vez em quando, tipo vou para uma festa, ou boate, então tomo uma dose de uísque e uso um pouco de cocaína. Então é um uso social, vamos dizer assim.

1942. ***Você tinha vontade de fazer esse uso social? Acha que conseguiria?***

1943. Acho que não, hoje não. Com certeza eu ia começar com o uso social e não ia conseguir ficar só com uso social.

1944. ***Então você percebeu que perdeu o controle?***

1945. Sim, sem dúvida, total. Eu tinha percebido há uns cinco meses. Mas você percebe, você admite pra

você, você não admite pros outros. Sempre tá usando porque quer, até quando você quer.

1946. ***Como é admitir para si e não para os outros?***

1947. Principalmente no outro dia, te dá aquela ressaca moral, tal... Então você admite para você. Mas quando junta o grupo e alguém comenta alguma coisa, você sempre sabe o que está fazendo.

1948. ***Então o fazer mal é sentir mal no dia seguinte...***

1949. Sentir mal, dormia pouquíssimo, acorda mal, não tem disposição de fazer nada. Passa o tempo todo deitado, assistindo à televisão, tal... Aí ia pro cachorro-quente ou saía pra encontrar o pessoal pra comprar cocaína. Não saía pra dar uma volta no *shopping*, pegar um cinema, não. Tava vivendo em função da cocaína, praticamente.

1950. ***Que mais você percebe que não estava bem?***

1951. Pelo pique de vida que estava levando. Sempre fui ativo, adoro cinema, teatro, sair; tenho um outro grupo de amigos que são ativos nisso. Saem, ou vão fazer um jantar. Eu tinha afastado. Eu tinha perdido essa visão minha, de, sei lá, ler jornal, ver o que está acontecendo no mundo, tinha me colocado num canto e tava lá.

1952. ***Você percebeu isso, ou agora, lembrando...***

1953. Não, eu percebi naquela época.

1954. ***Então foi nessa época que você foi ao psicólogo?***

1955. Isso, foi. Por volta de outubro, novembro. Mas eu ia, sabe... Mas apesar de ter felto quatro meses o total, eu fui muito pouco, faltava muito. Tinha mês em que eu ia uma vez por mês porque eu sabia que precisava assinar a Unimed.

1956. ***Quando você o procurou, disse a ele sobre o uso de cocaína, tudo isso? Você achava que tava indo pra tratar desse problema?***

1957. É, eu tinha pego... A gente tava muito em cima da cocaína e não como uma terapia num contexto geral. Falávamos só de cocaína. Isso foi cansando, chegou um ponto que não tinha mais assunto. Mas fui procurá-lo por causa da cocaína. Isso foi cansando. Até que um dia nós conversamos. Ele me propôs dar um

tempo. Eu tava quase propondo isso também. Isso até começo de janeiro. Foi aí que nós rompemos o tratamento.

1958. ***De janeiro até agora, essa insatisfação...***

1959. Nunca pensei no assunto no começo. Continuei usando normalmente. Procurei parar algumas vezes mas, face à vontade, a fissura que eles falam, é uma coisa que realmente era muito difícil. Então você vai procurar esta sensação terrível, né?

1960. ***Como é a fissura?***

1961. A fissura, como te explico? Pra mim, você fica com vontade de comer alguma coisa e você não pode comer... Então a minha boca enche d'água, fico pensando naquilo, me irrita, dá uma ansiedade. Após o uso da substância, parece que você está no mundo da lua, você volta ao seu estado normal... entre aspas, né?

1962. ***Por que entre aspas?***

1963. Porque automaticamente você tá noutra, pela substância.

1964. ***Você acha que seu estado não é esse, de tranquilidade que você buscava?***

1965. Acho que sim, quando queria usar, sem dúvida.

1966. ***Hoje você se sente tranquilo?***

1967. Completamente, desde levantar cedo pra ir pro colégio, tal, fazer algo que tem pra fazer...

1968. ***A que você atribui que há três meses você não ficava tranquilo?***

1969. Acho que era um estado psicológico. Eu precisava de alguma coisa pra tentar chegar nesse estado, de uma alavanca. Eu tava pegando essa alavanca na cocaína, e não ficava nesse estado que estou hoje. Ficava mais irritado ainda.

1970. ***E o que levou você finalmente a ficar bem?***

1971. Não sei, acredito que foi a conversa que tive com meus pais. Não consigo associar nenhuma outra coisa.

1972. ***Sua relação com seus pais é bem peculiar, você se refere a eles como pessoas-chaves: falou pra eles e a situação se normalizou. Como você enxerga esta relação?***

1973. Eu enxergo que tenho os pais que todo mundo queria ter, começa por aí. São superamigos, carinhosos. Tudo que qualquer filho, não só eu no caso, precisa,

eles apóiam. O que você tenta fazer, o que eles podem dar apoio eles dão. Então não tenho o que falar mal, nenhum ponto negativo deles.

1974. ***Eles acompanham sua vida, por exemplo, sexual?***

1975. Eles sabem da homossexualidade. Agora que minha mãe começa a falar alguma coisa, muito discretamente. Papai ficou sabendo mas nunca me falou nada, até o dia de um último namorado que eu tive, dormia em casa, tal, mamãe falou que nunca mais eu devia levar alguém. Meu pai tava perto. Eu falei "você prefere que alguém use cocaína aqui do que eu trazer alguém?" Ela falou coisa que não tinha nada a ver.

1976. ***Por que você começou a usar cocaína e continuou a usar?***

1977. Aí o viciado geralmente nunca admite que um pouco é a companhia. Eu acho que tem muito a ver. Mesmo porque... eu gostava de beber. No começo, acompanhando a cocaína, a não ser esporadicamente, chegou um ponto que, psicologicamente, você precisa, você precisa provar pra turma que você usa.

1978. ***Por quê?***

1979. Como todo mundo usa, você também usa. Não que para pertencer àquele grupo você precisa usar, mas você nunca quer ficar por baixo. Então todo mundo usa, você quer usar.

1980. ***Você acha que teve que aprender a usar cocaína, isto é, você acha que tem uma "ciência" nisso?***

1981. Não... Isso depende muito da qualidade [a dosagem, aprender a dosar]. A quantidade que você tem... se você compra no dia 5 g, enquanto você não vê o final você não sossega. Você pode estar... É a mesma coisa a cerveja, você comprou um engradado, você não agüenta mais tomar mas você precisa ver o final. Ou uma criança com um saco de bala.

1982. ***Nunca surgiu medo de usar demais?***

1983. Eu... pensava muito, mas nunca pensei nem tentei limitar por causa disso.

1984. ***Nunca perdeu o equilíbrio?***

1985. Só um dia em que realmente eu me perdi. Foi um dia em que cheirei cocaína, tinha tomado muito álcool e tinha fumado maconha. Depois eu não conseguia ficar parado. Era quatro e meia da manhã, eu tava andando, chovendo, andando no bairro debaixo de

chuva. Sozinho, porque todo mundo tinha ido embora. A partir do momento em que todo mundo foi, é do tipo... te liga na tomada. Andei por volta de uma hora e meia, duas horas.

1986. ***Na hora você percebeu que estava mal?***

1987. Não, fui por embalo, por instinto. Fui perceber só noutro dia: "Vou parar". Isto logo depois que você acorda. "Não, vou largar disso, tal..." Até você estar lá de novo com o carro.

1988. ***A lembrança desse dia deve ter ficado na sua cabeça como algo ruim. Contribuiu para você parar?***

1989. Não. Acredito que não. Porque nesse dia eu usei a maconha de novo, eu nunca usei maconha... No final de março compramos maconha e fomos fumar na Unicamp. Saí completamente fora do ar. Brigava comigo mesmo. Um lado queria fazer tal coisa, mas o outro lado queria fazer outra. Não sabia se era eu, com meu lado consciente, ou o meu lado inconsciente. Foi uma coisa ruim, muito ruim. Eu não gostava de maconha desde um dia em que fez mal, com álcool. Foram três experiências ruins. Dentro do grupo, a gente conversava disso. "Vamos parar, vamos parar." Principalmente sob o efeito da substância, da cocaína, a gente sempre falava. Mas isso era por falta de assunto, de outra coisa pra falar.

1990. ***Você sentiu que, de alguma forma, eles ajudaram você a parar de usar ou a continuar usando?***

1991. Não, pressionado nunca fui. Alguma vez que falei "Vou parar", o pessoal tinha, o pessoal oferecia. Mas não pressionava pra usar, não.

1992. ***E agora?***

1993. Primeiro, eu não sei se fui eu ou eles que se afastaram um pouco. Às vezes o pessoal cheirava dentro da minha casa, no banheiro, quando ficavam comigo no cachorro-quente. Automaticamente eu cortei isso. Comecei a ver outras coisas: fazer academia, fazer curso à noite... Então o pessoal deu uma afastada. Não tem assunto...

1994. ***Essa falta de assunto te incomoda, bater na mesma tecla, só cocaína...***

1995. É, incomoda porque você tá vendo a coisa do outro lado. Jogar conversa fora me incomoda, mas o pessoal consegue fazer isso. Uma que eu parei, outra que você vê que não tem nada a ver. Não é por aí.

Quando juntos [também usando], o assunto é esse e você embala, sob o efeito. Só falava as mesmas coisas todas as vezes.

1996. ***Esse grupo é de homossexuais também?***

1997. Não, nenhum. Desconfio que um é bissexual.

1998. ***Parece que houve na sua vida uma mudança de grupos.***

1999. Sim, eu me afastei muito do pessoal que não usava. Quando você usa em excesso, você quer ficar junto do pessoal que sabe o que está acontecendo. Parece que você muda de ambiente. Mesmo em festas que fui... só eu usava. Parece que você está num ambiente completamente estranho. Eu tinha contato com o pessoal, não cheguei a me afastar de vez [dos que não usavam].

2000. ***Afastamento dos pais.***

2001. Pelo fato que comentei de "eu sou o dono do mundo, não preciso de ninguém", automaticamente eles se afastaram [os pais], eu tava muito agressivo, não conseguiam sentar e conversar comigo. Isso me incomodou a ponto de eu precisar chegar neles.

2002. ***Problema financeiro.***

2003. Tudo o que eu tinha, tudo o que eu ganhava, praticamente ia pra cocaína. Chegou a um ponto que estava sem dinheiro pra... sei lá, comprar um tênis, isso me incomodava também. De não ter dinheiro pra sair, passar uma noite num motel. Apesar de eu ter crédito, peguei muito pouco sem ter dinheiro, uma, duas vezes. Sempre me preocupei em não fazer dívidas com traficantes. Até na época eu gostava, principalmente quando usava, chegava em casa, deitava, eu tinha mania de ficar chupando desse gosto amargo pela garganta, principalmente quando deitava. Eu gostava dessa sensação, deste gosto amargo. Você dorme mal, não tem aquele sono tranquilo à noite. Você acorda assustado, você tem dificuldade para começar a dormir. Não tinha quando usava muito e bebia demais, então começava o efeito álcool, só o álcool fazia efeito, então dormia bem, Dormia bem, não dormia rápido.

2004. ***Imagino que você sabia de pessoas que se tratavam para parar de usar cocaína. O que pensava de terapeutas, da pessoa de terapeuta?***

2005. Eu comentei com você que eu vim até você, eu já tinha parado de usar (nós conversamos há uma semana) pelo fato de eu ter pedido ajuda para meus pais.

Eu vim mais como uma obrigação perante eles, desde que pedi ajuda. A idéia que eu tinha, que tinha dito várias vezes já, seria muito provavelmente uma internação, o I. batia muito nesta tecla, eu nunca aceitei. Isso vinha para mim tipo, eu na promotoria, na época [seu trabalho], eu do outro lado da mesa. Isso pra mim me fazia mal, eu nunca aceitei. Eu estar do lado do poder e o marginal: eu vir pro lado marginal, do outro lado da mesa. Como se eu tivesse perdido o controle de tudo, de vida, de tudo.

2006. ***Como imaginava que seria a internação?***

2007. Primeiro, pelo que conheço por ouvir algumas pessoas que já foram internadas, aplicação de medicamentos, principalmente nos primeiros dias, que seria a parte pior. O fato de estar trancado e não poder sair. De uma fazenda ou qualquer local, você estar ali e ter hora pra tudo, entrar num regime militar, vamos dizer assim. Isso me incomodava muito.

2008. ***E sobre a personalidade das pessoas que iriam tratar de você? Alguém que medica e prende não é alguém legal, né?***

2009. Não, acho que eles estariam fazendo o serviço deles. Nunca pensei sobre o que passa na cabeças dessas pessoas. Eu não aceitava, porque tinha perdido o controle... Nunca tinha pensado...

2010. ***Você achava que não ia parar?***

2011. Achava que ia parar, iria acontecer alguma coisa, um estalo, que eu ia conseguir. Teve época que usei em média duas a três vezes por semana, tinha diminuído um pouco. Iria me dar um estalo como acontece com qualquer pessoa. Tem que dar um estalo dentro dela. Se ela não quer ajuda, ela vem em busca de ajuda. Em algumas pessoas nem dá tempo: a *overdose*, tal. Acredito que tem alguma coisa. O fato de uma internação pra mim seria considerado um caso terminal.

2012. ***O que seria pior nos primeiros dias de internação?***

2013. Acho que a falta do produto químico no organismo. Faria falta e aí entra muito o estado psicológico da pessoa. O fato de ela estar ali trancada, vamos generalizar a coisa, para ela parar de fazer uma coisa que, muitas vezes, ela não quer. Muitas vezes ela vai porque a mãe, o pai, a família internou, não uma coisa espontânea.

2014. ***Você acha que não procurou ajuda antes por medo de não conseguir?***

2015. Quando você pára, no segundo ou terceiro dia, parece que tinha um diabinho aqui na sua orelha: "Vai comprar, vai comprar". Qualquer coisa que você faz te irrita. Você pensa na cocaína, você levanta pensando, a primeira coisa que vem na sua cabeça. Ela tem a dependência física, mas também tem o lado psicológico.

2016. ***Você se considerava bem informado sobre os problemas da cocaína durante o uso?***

2017. Sim, eu tinha toda consciência do que estava fazendo. Mas eu acho que faltava... para que realmente passasse... No começo foi o embalo, mesma coisa e você tomar um porre no final de semana, tal. Daí começou todo dia, mas tava uma coisa gostosa de fazer. Todo mundo cheirava, todo mundo ficava ali. Daí começam as depressões, com o tempo, e você sempre aumentando a quantidade. Tinha dia que cheguei a consumir quase 15 g de cocaína. Era uma média de quatro a cinco gramas por dia. Houve dois meses piores, que usava todos os dias [sem intervalos]. Coincidiu com a terapia. Houve uma piora. Na época a terapia não me ajudou. Teve um dia que ele comentou sobre a internação, a primeira coisa que eu fiz depois foi cheirar cocaína. Pelo estado que eu estava na época, ou pela forma como foi abordado o tema, não sei. Sei que me irritou profundamente. A primeira coisa ao sair era a cocaína. Eu acho que vim por obrigação a eles. Eu tava esperando uma coisa, que eu chegasse lá e ele ia me ajudar. Que ele ia me falar alguma coisa que ia dar este "estalo" dentro de mim. Estava atrás de alguém que chegasse e falasse "ó, H., isto aí dentro de você, ó, é isso." Isso que eu estava atrás. Ou como a dor, você daria um medicamento "ó, toma isso", eu tomaria e passava. Eu tava a fim disso, não de um processo para isso. Eu chegasse lá e ele falasse alguma coisa e, no outro dia, eu não tivesse tomado nada.

2018. ***Isso aconteceu com os seus pais...***

2019. Aí que está. Eles foram o achado. O porquê, como, você não me pergunte porque eu também não sei. Eu vejo assim, ter quebrado uma barreira, mas que barreira? Não sei. Barreira entre a gente, barreira dentro de mim. Qual foi? Não sei. Que eles me aceitassem? Não sei. Que mais uma vez eles me acolheriam, eu não tinha

dúvida. Mas que no outro dia eu saísse de lá dentro de uma ambulância para uma clínica, sim.

ENTREVISTA NÚMERO 09

Local e data de realização: em clínica de internação, no dia 22/06/98

Duração aproximada: 120 minutos

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:

Inicial fictícia: H.; *Sexo:* masculino; *Idade:* 39 anos; *Etnia:* branco; *Procedência:* cidade próxima a Campinas-SP; *Escolaridade:* ensino superior incompleto; *Estado civil / situação familiar:* casado, dois filhos adolescentes, mora com esta família; *Profissão / ocupação:* desenhista empregado em empresa familiar como almoxarife; *Religião / religiosidade:* católico praticante

ALGUNS DADOS CLÍNICOS:

Substância da qual é dependente / tempo de uso: álcool, há 20 anos, uso percebido como abusivo há 4 anos

Outras substâncias que usa: nenhuma

Há quanto tempo no atendimento atual: 14 dias; fez acompanhamento psiquiátrico e psicoterápico anteriormente

Outros problemas de saúde: diagnóstico à época ainda não fechado de Transtorno de Tourette

OUTROS DADOS SOBRE A ENTREVISTA:

Expressa-se de maneira peculiar: frases truncadas, ironias, interjeições e palavras incompletas. O entendimento da entrevista escrita é difícil, no entanto o áudio permite a compreensão relativamente fácil. Mostrou-se alegre durante a entrevista, penso que escondendo um pouco o desconforto de ter, desta maneira, mais uma vez confirmado o diagnóstico que não quer admitir: dependência de álcool. Início da entrevista parece truncado porque voltei a utilizar o início da fita cassete (ultrapassou 2 horas de duração).

TRANSCRIÇÃO:

2020. *[início truncado porque a fita acabou e usei o início dela, de novo]*

2021. É mais a firma que era acoplada a ela. Mas isso não vem muito ao caso. O que vem ao caso é que eu tra... pe... tinha pedido acordo, não só eu sabia que não ia ser mandado embora, pelo cronograma que eu tinha... ou eles vão parar a firma ou vão fechar. Fechar não iam, eu sabia. Mas como... aí... tava mandando embora, "Ó, vão mandar embora. Quando acabar esse serviço", eu pensei comigo, "... aí eu... f... um..., eu... eu

fiz acordo, tudo, aí eu fe... fez acordo, tudo bem, eu não tenho direito, aqueles direito que tem você, que o senhor tem. E daí... eu me propus... até numa conversa... puxei a tu... a trabalhar aí pra eles por fora... então eu venho praticamente um ano inteiro, desses ano inteiro não dá sete meses. Eu ia o dia que eu queria, trabalhava eu mesmo... por conta própria. Tirava a nota da firma e falava que vendia camiseta e ele concordou... do... do serviço meu. Vamo supor... é, deu pra entender, né?

2022. *Uhum.*

2023. Ou cobrava tanto por hora... e eu marcava eu mesmo a hora de marcar, no fim era pra... ser um pré de orçamento pra to... Aí o cara já... já viu lá que eu... uhm... eu tava cobrando, né? com o certo, às vezes ele parava pra... ahm... me dar, "Faça aí a...". "R., vai marcando isso, que ele vai... depois eu acerto, é coisa por fora, você não vai... ficar enrolando aqui, isso não interessa". Teve dois dia que eu vareei a noite trabalhando [inaudível]. Na casa do M., hum... ficou preso. Bom, aí acabou. Aí que começa... Eu tava num nível... certo?... relativamente bem. Aí ficou... [silêncio - 5"] muitos meses... vou falar seis, sete... eu não me... me lembro, pode ser até que seja oito... não sei... fevereiro... se... no mínimo, no mínimo seis meses fiquei sem emprego. Aí me ofereceram para eu trabalhar... tomar conta de um almoxarifado lá na... firma... do meu irmão lá. É, você vai ganhar... é um serviço, né? Não tem nada... tomar conta do depósito. Ah, então eu fiquei praticamente três anos... O que podia organizar... eu fui assim, já e nesse tempo aí vai co... nesses seis meses eu ta... aí... olha, aí é que vem. Eu comecei "pá", procurar emprego. Eu ia procurar emprego...

2024. *Nesses últimos seis meses?*

2025. Na...

2026. *Ou naqueles seis meses que você ficou desempregado?*

2027. Depois que eu saí de lá...

2028. *[inaudível].*

2029. ... que... que eu saí só... seis meses antes de entrar nessa firma... que eu falei: "Eu...". E eu de... ia procurar emprego, mas... desempregado gastar dinheiro procurando emprego... eu comecei a fazer currículo, mandava, quan... quando recebia, ia na firma... Tipo assim, e... né?... chegava, tomava assim... mas... já não era tão um motivo... tomava, já... já... já... já tomava...

por... por... por praticamente o dia inteiro, né?... de... Não vou... atrás de nada, não vou... tem que esperar um telefonema... Praticamente... o dia todo bebendo, não sei se por... beber por beber de... de... de... de... sempre ter bebido ou por que tem menos... pois eu vou ver o que é culpado... jogar tudo e descarregar na bebida, eu não sei. E... e... bom, aí apareceu esse emprego. E eu cheguei a seguinte conclusão: eu estou aqui parado, um parasita, fazendo nada... aí, é... falaram pra mim: "Ó mano, tem um emprego lá pra você". O meu irmão falou pra mim... ou um... Eu tenho dois irmãos, um que é o... praticamente o dono, né? majoritário, e o outro que toma... conta do... parte de compras, que também do... quadro do almoxarifado, que é o depósito central. "Ah, você fica lá..", o salário não é ruim, não pode fazer nada, mas pelo menos tá empregado, né? Aí, naquela ociosidade, eu comecei beber até na hora do almoço, que era raro, né?..

2030. **Já trabalhando?**

2031. Não, já trabalhando... lá eu bebia na horário do almoço. Lá em S. [cidade próxima a Campinas] eu bebia uma ou outra vez na hora do almoço, porque o... o gerente até... quando eu encontrava com ele, [inaudível]... "Vamo tomar uma?"

2032. **Bebia?**

2033. É. Bom, não... não é... uma ou outra vez eu bebi uma cervejinha na hora do almoço porque... lá em Salto... a lanchonete em cima, almoçando... uma cerveja. Mas não era... Aí eu... quando eu... o que que tinha de serviço, de ocupação pra fazer... tipo... organizar, ajeitar... Mas eu trabalhava que nem um... uma... aí... um... não vou usar a expressão "que nem louco", não... eu... eu... eu... pra... pra ter um... pra fazer. Eu não tava me importando se eu tava ganhando, se eu não tava ganhando. Que ir pro trabalho, não quer ir pro trabalho? Eu não tenho condição de... arrumar na... coisa melhor. "Vou fazer, vou depender...", é, do quê? Desse salário que eu ganho aqui, que era baixo, um pouquinho mais que o salário-mínimo. Um pouco mais que o... o aluguel, era praticamente o aluguel. O resto... o aluguel. O resto ainda iria que vim... pra minha esposa, pra... Confecção dela. Aí começou a aparecer a... o bolo... o bolo de neve, o bolo de... ansiedade... Aí eu comecei. Começou diminuir aquele serviço, né?... que... organizei, né? Até

azulejo, separei a... tudo quanto é tipo de azulejo, contei um por um...

2034. **Mas assim, o que você identifica... que está bebendo mais do que seria desejável pra você, faz quanto tempo? Foi nessa época que começou?**

2035. Começou aí.

2036. **O espaço de...**

2037. Quatro anos, três anos.

2038. **Uns três anos, mais ou menos...**

2039. De imediato não era assim, porque, eu tomava uma pinguinta, tá, no bar, num outro. Hum. Mas eu me preocu... quando acabou esse serviço de... eu fiquei... ficado praticamente assim... e tinha um rapaz ainda pra ajudar. "Tá aí... você vai ca... descarregar caminhão?" [inaudível - 3"]. Se... esse é o servicinho assim que tinha. Ou... ou... plaquetear ferramenta, fazer uma conta de ferramenta, ir em prédio... fazer vistoria, se tava lá... nunca tava, ou um... era uma desorganização que me enchia o saco... também... E... deu... co... começou a dar aquela ansiedade, tinha dia que eu pensava: "Mas não sei que... que que eu estou fazendo aí?". Um dia chorar de raiva num serviço, de... eu não sei porque que... que eu tava lá. Sabe o que é aquele a... eu não... não tinha o que fazer, ficar sozinho... principalmente na época que o rapaz sofreu um acidente lá, aí ele ficou... um tempão afastado. Ele... ele tinha problema também, coitado dele. Tava se tratando, ficou um tempão assim... eu fiquei sozinho. Sem conversar com ninguém lá... Aí... deu uma... eu pensei: "O que será que eu fiz no passado pra... a... o...?". Começou a desencadear pensamento, e um pensamen... aí começou. Entrou outro trabalhar no lugar dele, mas mesmo assim com o outro... eu comecei. Aí já... né? não tava mais sozinho, aí que... não... não impedir que eu vá... lá... isso. Eu, no bar da frente eu entro e saio "vap!", "pá", "pá"... posso ir beber até durante o serviço... principalmente... é... lá pra... um... dez horas, nove e meia, dez horas... que...

2040. **Isso de quanto tempo pra cá?**

2041. Isso já há, vamos dizer... dois anos... dois anos e meio... dois ano, chutando. É importante esse...?

2042. **Não, mais ou menos importante.**

2043. Porque aí eu posso até... por... data de entrada do um, saía dos ul... tá...

2044. ***Não, mas... dois anos... [inaudível]***

2045. E então... tanto que eu via: entrar, beber, sair... Porque... realmente eu não... não tinha... E teve um... uma coisa curiosa que eu... o programador de computador tinha um computador... lá... que eu só não propunha estoque... no fim perderam tudo os disquete, per... sei lá, mandaram eu colocar... Depois que ele foi mandado embora... fo... foi mandado embora, sumiu um... não sei o que aconteceu... Mas ele... pelo que ele tra... Eu fui... mandaram eu nele, eu já tinha tomado um pinga, tava cheirando, né? hem. Já que eu tava [inaudível] "Você vai tomar um...? Vamo tomar um café aqui", "Não tem... mas tem um bar, tem um cafezinho, não é do bom, tá na garrafa, daqui a pouco toma agora", "Ô I, eu também quero uma p... Você veio tomar pinga, me dá aí", "Dá uma pinga, um tomate", "pá", quem bebe uma e beber duas, três é [inaudível]. Certo? Aí uma outra vez que ele foi lá: "Olha I., se eu trabalhasse no seu lugar eu acho que eu ia fazer a mesma coisa. Porque isso aqui... você tá ligando porra nenhuma pra esse negó... o negócio...". Isso pode falar?

2046. ***Pode.***

2047. Ah... você... você vai digitar um aqui, vou... o tempo de você ir... em um minuto, você ir e voltar e tomar uma pinga... porque eu é "vapt-vupt" também, né? Trago um, "pá", acendia um cigarrão... O meu interesse ia tá, tá, tá de... Dava meia hora, uma hora depois, pra... ia almoçar, parava no bar, "pá", e de tarde, de tarde dava uns... um certo tempo, né?... Almoçava, almoçava bem ainda, na época de tarde, e à noite ia no...

2048. ***Nessa época, você se incomodava com esse uso de álcool que você fazia? Ou você sentia que era uma coisa, assim, natural que não preocupava?***

2049. [silêncio de 5"] Desliga o gravador pra eu pensar [risos].

2050. ***Pode pensar. Tem fita, bastante.***

2051. [8 " silêncio]

2052. ***Te incomodava beber como você bebia, assim? Na hora do serviço, à noite...***

2053. Não me incomodava pelo fato do serviço que eu fazia. Mas o fato de eu estar bebendo em horário de serviço... Não por me fazer bem ou mal. O fato de eu estar bebendo no horário de serviço, de certa forma

incomodava, tá... não por eu achar que tava errado, por... ahm... o fato de eu estar bebendo durante o horário de serviço, não por causa de: "Ah, não deu certo o serviço", "pá", ir comprar um maço de cigarro, não deu certo isso, pode comprar uma bala, não deu pra ir... sair do serviço... po... pra ir beber. É, pra mim era a mesma coisa. O que me incomodava era... estar bebendo durante o serviço. Mas... pelo serviço que eu fazia, véio, podia beber, não beber que...

2054. ***Não alterava?***

2055. Não ia alterar nada.

2056. ***E aí, I., em algum momento desses, digamos dois anos pra cá, você teve vontade de parar de beber, de interromper o uso da bebida?***

2057. Ah, tive po... eu tomei remédio, né? um... problema ou outro aí que eu tive... tomei remédio, parei. Mas por iniciativa própria... deixa eu ver...

2058. ***Algum momento assim, pensou assim: "Puxa! eu acho que seria melhor parar de beber" Ou diminuir bastante...***

2059. Ah, diminuíu o... tinha tempo... dava umas diminuidinha assim, mas é pouca, sabe, não é aquela... "Ô, ontem eu bebi demais, vou dar uma manerada hoje". Isso tinha, claro.

2060. ***Por que você queria parar ou diminuir? O que você percebia que te incomodava?***

2061. Pra não ir... não ir... fazer mal fisicamente. Só fisicamente.

2062. ***Você se sentia mal fisicamente?***

2063. Não, nunca tive ressaca...

2064. ***Você tinha medo de... de passar mal fisicamente?***

2065. De... e é...

2066. ***Medo do quê? Passar mal como?***

2067. Ah, medo de o organismo, sei lá, bebendo, bebendo, bebendo... Uhm... prejudicar a sa... a saúde. O meu medo é esse.

2068. ***Você não chegou a sentir nenhum problema físico?***

2069. Não.

2070. ***Nada?***

2071. Não. Que eu...

2072. ***Que você se lembre, não. Além da preocupação com o físico, mais alguma coisa fazia você querer diminuir?***

2073. Querer diminuir?
2074. **O álcool.**
2075. Ou pensar em querer diminuir? Aí é que é uma questão...
2076. **É alguma coisa...**
2077. ... compli...
2078. **... algum... alguma outra complicação na sua vida, assim, devido ao álcool, te fazia pensar que era melhor diminuir, nesses dois anos assim? A família...**
2079. É claro que... certo? Por isso que eu procurei... Mas aí é que eu... Eu não queria estar ali... naquele lugar, eu queria progredir... Porque eu me sentindo naquele lugar, e naquele emprego...
2080. **[quebra da fita]**
2081. **Pelo que eu estava entendendo, assim, você acha que se diminuísse a bebida você ia ter mais oportunidades de trabalho?**
2082. Não, não é bem assim. Ao... pelo que eu fazia, eu não ia ter condição nenhuma... de melhorar o meu nível de vida ou não. Certo? E fiquei numa ilusão. Aquele serviço, como aquele hábito de beber, assim... e... de um ano pra cá, agora... Isso é... quando... eu estou falando já quando deu aquela neura, era de... de não ter mais aquilo o que fazer, ficar com o saco cheio, e estar lá há dois ano trabalhando, não ter outra oportu... não é oportunidade, não aparecer nada pra... tá lá... você... vê que não tem emprego... não... se for mudar, vai ter que ser eu sozinho, a pa... família não pode ir... Pe... eu pensava nisso: "Como que eu vou mudar? Em W. [cidade próxima a Campinas] não tem como mudar o campo de trabalho". A cidade que eu... eu moro não tem local de trabalho. Fui atrás, às vezes que eu fui, eu não... Tava praticamente esperando cair do céu. Não é... cair do céu... entre... entre interrogações, né? vamo falar nisso assim que... E... o... alguma oportunidade, alguma coisa ou algum emprego que eu visse que... que aparecesse, que... mas não pintou nada, então começou a desesperar. E quanto ao uso de álcool, o... sei lá se complicou mais aí. Comecei beber... bem dizer já cedo, antes de entrar para o serviço eu já comecei... beber... a... antes de entrar, eu já tomo uma, ou tomava dentro do ônibus pra... eu já tomo pra entrar.
2083. **E quando você chegou a fazer isso, assim, beber antes de entrar no serviço, você percebeu que isso era um problema? Assim, que isso já denotava um...**
2084. Não, pra... pra... pra mim era um problema social. Era um problema social, porque a quantidade de álcool que eu ingeria no dia era a mesma, praticamente a mesma.
2085. **Você não percebia que estava dependente do álcool?**
2086. [silêncio - 5 ""]
2087. **Nessa...**
2088. Eu não me considero... considerava dependente de... do álcool. E até hoje eu não sei se me considero dependente do álcool.
2089. **[inaudível - 3 ""]**
2090. Agora... Perdi o fio... perdi o fio da meada. Bom, como eu falei, agora... aí escapou. Que eu não... eu não me considero dependente do álcool... mas e... eu era um dependente assim... eu não era dependente, em me sentia mal... por causa... que os daqui já vem: "Ô, o cara bebe is... desde manhã já tá bebendo". Eu prefiro beber uma cachaça sete horas da manhã que três horas da tarde.
2091. **Quem te criticava por beber cedo?**
2092. Praticamente ninguém sabe que eu be... bebi [riso], só eu sabia. A minha...
2093. **Sua família?**
2094. ... minha esposa... me... a minha família nem sabia que eu... que eu bebia esses tempo aí. Foi dar na tona há uns...
2095. **Por que que não sabia? Se já era um problema assim tão... flagrante... por que que ninguém percebia?**
2096. Não percebia, que nem... a hora que eu chegava, o... o... o... depois... de... de... de manhã, no almoço, depois à tarde, é... se eu bebi uma quantia de manhã, já estou meio... né?... com o organ... o... bebia um pouco... na hora do almoço, "pá", um momento, outro... Só que eu acho que a quantidade ingerida, eu acho que o organismo não tava mais fa... é... então já... Não sei se o senhor me entendeu, mas... beber dez... e... pinga alterada... ou não alterada eu acho que é o mesmo efeito [riso]... ou... quer dizer, eu acho que eu até, né? numa dessa aí é... equaliza... é... é a me... é a mesma... é praticamente a mesma coisa.

2097. **Mas então ninguém reclamava com você, de você estar bebendo o dia todo.**
2098. Eles não sabiam que eu tava bebendo o dia todo.
2099. **Mas então você, de uma certa forma, você se escondia, porque... escondia essa informação...**
2100. Não, não é que sabia, quem sabia? Quem sabia era... era... o rapaz que trabalhou comigo, que fazia vista grossa, né?... ele falou: "Ah, eu... eu não, eu bebo uma pra almoçar, e de tarde nem bebo". Ele é assim, sistemático..."Eu bebo uma pinga pra almoçar e só bebo sábado e domingo". Ele é assim. E é mesmo. "É, eu sei que você consegue beber pra... tudo bem". Eu... o meu irmão... que através do... dos... outra pessoas que... entravam e... entravam e saía do depósito, que são os caminhoneiros, ou... ou outro contato... ou com o... pode ser que ele tivesse [inaudível]... houve caso de... que... de... deve ter havido um caso assim que perguntou se eu bebia em serviço ou não... mas não que eu xe... deixe... deixe chegar... como... depois então, né de chegar... a... a saber quantas eu bebia e que hora eu bebia, que... só eu lembro... Eu não falei pra ninguém, eles vieram descobrir... se v... descobriram ou... eu acho que não... não foi bem assim que descobriram não... não... que eu bebia no serviço.
2101. **Você acha que faz quanto tempo que a situação na família e no trabalho ficou crítica assim? Com todo mundo... já forçando você a se tratar.**
2102. Pra quando eu comecei a fazer o tratamento com o doutor lá em W., com o doutor R.
2103. **Você procurou o doutor R. para...**
2104. Eu procurei não, procuraram-me, quer dizer...
2105. **Procuraram para você?**
2106. Não. Fizeram com que eu procurasse... e... e... entre aspas, né?
2107. **Para tratar do problema do álcool.**
2108. É. E eu parei já de... co... "não... vamo... vamo parar já, o primeiro é parar já". "Pá", desintoxicou... Pa... parei... dois meses, a época de Copa do Mundo, tudo.
2109. **Isso faz um ano?**
2110. É. [silêncio – 4"] Parei e voltei.
2111. **Voltou a beber?**
2112. Voltei, a situação continuou a mesma. Porque eu parando de beber ou não parando de beber eu continuei tendo o mesmo... fazendo o mesmo serviço, a mesma droga de serviço, ham, e parando no mesmo bar sem beber. E eu... esse negócio de bar, de bar, é... é, vai de bar que, né? onde todo mundo conhece todo mundo, então... é um... a minha vida social não é a... ampla, assim.
2113. **Por que que as pessoas forçaram você naquela, assim, da... por que que eles fizeram você marcar essa consulta?**
2114. Porque eu tava bebendo... o... o... foi aí... eu estou explicando para o senhor... é que quando eu comecei... bebi [Inaudível]. Como a... perceberam? Perceberam. O... agora, pra saber que se eu tava bebendo durante o dia ou não, isso é uma questão social, não é uma questão... a... a... eu já vim voltado a beber... Mas eu tava bebendo demais... certo? Não todo dia assim, eu acho que não. Sei lá.
2115. **Mas assim...**
2116. Todo dia eu bebia... Mas todo dia chegar caindo pra rua, num... Eu dei uns vexame af de... certo?... Dois, três ou mais... ter que vim te levar pra casa carregado. Aí deu isso af aqui... a... Af a... já a colocação de data eu já não sei se é um ano, um ano e... é por aí. É, nisso...
2117. **Foi quando eles te forçaram a procurar tratamento?**
2118. Não, já antes... já antes... e... que começou. Aí começar... começar a beber, eu já... durante o dia... eu já tinha começado fazer o tratamento.
2119. **Como é para você se lembrar da época em que deu esses vexames? O que você sente em relação a isso?**
2120. Praticamente eu não lembro.
2121. **Você ainda sabe o que sabe que houve...**
2122. Ah... [silêncio – 5"]
2123. **Você sabe agora.**
2124. Aconteceu, me contaram. "Nossa! Ô louco! Eu fiz isso?!"
2125. **Por que você acha isso?**
2126. Ah, eu acho que foi uma bomba, hum. É, eu acho que...

2127. ***Você não acha que isso denota uma... um uso problemático da bebida? Portanto da dependência? Ter chegado a cair na rua, coisas assim.***

2128. Ah, não é bem cair na rua.

2129. ***Ah, eu digo não conseguir voltar...***

2130. E tinha gente...

2131. ***... pra casa.***

2132. ... que não deixava, me segurava, me levava embora [r]. É, não por me... eu não sei se é por causa de bebida, ou por... porque... ah, eu sempre bebi mesmo... Eu não cheguei a con... Ah, sempre bebi, mas... a... cair assim... virou constante praticamente... esse... de eu desmaiar... não... não é desmaiar, vamos... de ter... de ter essas... virou... praticamente... Bom, antes de in... eu me inter...?

2133. ***Você se descontrolou.***

2134. É. Antes de me internar aqui, eu... do... "Bo-om!", apagou, sumiu todo mundo. Eu lembro que... do rapaz segurando, eu queria subir pra sala de espera do hospital pra tomar soro... lembro da minha mulher ali do lado segurando... chamaram a minha mulher em casa... pra ela vim com o carro... e um rapazinho... um moleque amigo meu... moleque... tem mais de vinte anos já... foi junto, ficou lá, tudo, depois, aí na hora que eu entrei ele foi embora... e a minha mulher ficou lá comigo lá... tava solto o quarto lá... Não sei... separar... ficou comigo lá... nem do moleque eu não lem... eu não lembro. Eu não le... eu... eu... que eu... e... que eu m... m... eu lembro que ele a... eu lembro que... com o soro na veia... não lembro nem de ter, acho que, aplicado...

2135. ***Logo, foi uma intoxicação grave nesse dia?***

2136. Ah, foi. Mas aquele dia... esse dia eu bebi... eu bebi por... é... foi uma intoxicação por excesso mesmo. Porque... praticamente uma hora.. eu sabia que eu ia ter que enfrentar Fundo de Garantia, fila... eu não vou ainda trabalhar não, aí... já tinha tomado umas quatro, ou cinco, bebi umas duas ou três... aí já deu um "Puf!". Foi intoxicação pelo excesso num período curto de tempo... aí... "Puf!", apagou.

2137. ***Voltando um pouquinho... quando... a primeira vez que forçaram você a procurar tratamento há um ano e agora... a idéia que você fazia do médico que atendeu você ou da clínica onde***

você ia ficar. O que você pensava que ia acontecer? Que tipo de pensamento, assim, que ocorreu?

2138. E eu falei um ano atrás, né?... desse novo tratamento, porque há um tempo atrás eu fiz um outro tratamento... pelo mesmo problema. Eu acho que... não estou... O senhor falou que ia fazer as perguntas e... hum...

2139. ***Não...***

2140. Eu não me... não me...

2141. ***... pode ficar livre...***

2142. ... não me... estou e... Eu tinha feito um outro tratamento com um médico aqui em Campinas, não... durou muito... eu não gostei do tratamento...

2143. ***Por quê?***

2144. Agora eu vou voltar a... para... tinha...

2145. ***Por que que não gostou desse tratamento? Desse primeiro.***

2146. Eu não gostei, ele insistia numa coisa que... é... e-e-ele era: aquilo, aquilo, aquilo, aquilo, aquilo... Não é... Eu falava uma coisa: "É pau?", "Não. Porque o pau... é...". É tratamento através de sonho, e analisar sonho... Ah! eu vou ficar levantando de noite e marcar o meu sonho pra contar? Eu não... eu não gostei. "E aí, você sonhou? Pode começar...". Eu falei: "Eu...". Sei lá. Cada um na sua. Eu...

2147. ***E do segundo tratamento?***

2148. Não, esse é o...

2149. ***Esse é o primeiro.***

2150. E tive um tratamento posterior que eu fiz a esse, com um psicólogo já, pra... Aí não sei se foi por bebida o pro... problemas todos que eu tinha. Acho que numa bebida não... tava ma... no meio assim com... mas não era... não sei se era... aquele outro assunto, né? não sei, se era ou não era, era ou não é.

2151. ***Mas o outro tratamento específico foi a... do ano passado? Que você procurou por causa da bebida...***

2152. É. O outro eu tinha procurado por causa da bebida e não dei mais. Esse ou... porque ele era aqui. Tenho dificuldade de vir pra Campinas. Eu vinha, saía... Eu não sei se é pelo fato de... de vir pra Campinas, perder dia de ser... perder dia de serviço, não, porque eu nunca perdi. Mas foi um dia inteiro. Então eu perco o dia, não dá... o horário de ônibus, médico, voltar... perde

o dia. É, nada, nada, é cinco horas que eu perco, no mínimo cinco horas eu perco.

2153. **Mas assim, o que você imaginava que ia ser com o tratamento seu? O que ia acontecer? Como é que você achava que ia ser?**

2154. Com base no psicólogo que eu fui... o primeiro, que eu não sei bem as causas, eu creio que a bebida também fosse a maior causa de... procuraram e mandaram eu ir lá... aí fui...

2155. **Com base nisso você achava o quê?**

2156. Achei que era um... o cara... era psicólogo, ele... é, não...o termo na gíria "embaçou" só, né? Pelo menos ele não... ele perguntava isso, como que eu sentia, eu conversava... assunto que não... no meu... na minha... eu sei que ele tá conversando mas tá analisando a gente, né?... É... certo? Mas é assunto... cada dia ele conversava uma coisa e... eu continuava bebendo... Houve... a... antes de... antes de ir pra... pra consulta eu já tava tomando e eu ia direto. Antes eu tomava cerveja.

2157. **E a terceira vez, com o psiquiatra?**

2158. A segunda vez, que eu não gostei, que foi aqui em Campinas, que eu não gostei por a... o tratamento de sonho. A terceira vez eu já... pelo... eu achei: "Não vai dar certo". E começou...

2159. **Por que que você achava que não ia dar certo?**

2160. Porque tinha dois... duas...

2161. **Tentativas já?**

2162. É, "Não vai. Não vai". Aí eu: "Não vai, não adianta. Não vai". Vai, insisti. Fui. Mas não foi por insistência muito grande aí, "Ah, fui". Fui até que eu fosse num... negócio de... de dar passe... sabe? É... sei lá.

2163. **E aqui? Antes de você vim pra cá, o que que você tava achando que ia acontecer?**

2164. Falar, eu não terminei o outro ainda.

2165. **Fala.**

2166. Ah, ele cortou... "É, tá tudo bem", eu parado de beber... continuei bebendo, tava tratando... não, parei de beber, na Copa do Mundo que eu parei, pa... parei numa "puta" Copa do Mundo, que não era uma "puta" Copa do Mundo, uma... copinha, né? Mas na... Copa do Mundo, aquele clima de festa, "pá!", tin... cheio... tinha todo mundo bebendo. Eu ia no bar, nunca eu fu... gostei de assistir jogo no... no bar... não por causa de beber ou não, beber eu bebia em casa mesmo.

Eu vou lá... Eu pensava o seguinte: ver o jogo na... né?... lá no bar é bagunça... eu gosto de ver o jogo. Depois descia o... acabava o jogo eu ia pro bar fazer bagunça. Na hora do jogo ia... eu não bebia. Eu não bebi na Copa... acho... coisa marcante, né? a Copa do Mundo, o Brasil campeão, eu não beber. Ah, isso... um dia eu... saí do serviço... um primo meu... eu... eu convidei: "Vamos tomar cerveja", "Ah, não". Eu... convidando o cara... peguei e fui eu... ah, não quis, acho que fez bem. E... e o pessoal do bar: "Não, ô, você tem que parar", ele falava, "Você fala que não...". Eles falavam interrogar... é isso aí... isso no bar, só a... e... "Aí, esse aqui falou que não... não bebe e não bebe mesmo. Eu quero ver você falar que pára, não pára". Tiravam sarro dos outros por causa que eu... que eu tinha parado... "Ah, vá, vá... Mas você não bebe, você...". Tinha t... aí eu cheguei um dia e peguei uma cerveja: "Eh... mas vai vol...? Te... e... Ah, muito bem, quer tomar, toma, mas maneira, né".

2167. **Isso é o seu...?**

2168. A turma lá do bar, né? "Mas maneira, tá". É. Tomei uma cerveja, "pá", fui embora. Aí não comecei a tomar todo dia também. Tá, ah, tá. Aí... serviço, aquela rotina, serviço, continua, continuei indo no... no tratamento... Ele questionou esse problema, "por que eu tinha bebido, não tinha bebido, não tinha bebido...". Ah... então eu... eu... [inaudível] pra ele, todo o lugar que vai tem bebida. E é verdade, todo o lugar que eu vou tem bebida. [silêncio - 6 "] E... e o serviço... daquele... mesmo... jeito. Até seis meses atrás, que passaram... mudaram eu pro outro serviço... que é... bate também na minha profissão, entre aspas, bem aspas mesmo, que é o... eu sempre fui do... do lado mecânico... né? a não ser esse serviço que arrumaram pra mim de... serviço mesmo, é... é... é tapa-buraco, pra dizer que está empregado, porque...

2169. **Mas volta aí no tratamento. E aí você voltou a beber. E aí? Parou o tratamento?**

2170. Eu parei o trata... eu parei tratamento não, continuei o tratamento. Só que... eu tava bebendo. Tava bebendo, falava... Bom, justificava que... E... inclusive... quando eu tive problema com negócio de úrico... de ácido... úrico... eu tive um monte de problema na época...

2171. **Ácido úrico?**

2172. É, eu tive um monte de problema na época. Mas não é... ácido úrico, né? por causa da bebida ou sei lá. Nesses... [silêncio - 4 "] E... eu continuei o tratamento com ele.

2173. **E continuou bebendo?**

2174. Continuei bebendo. Mas então... aí que eu fui beb... e continuava bebendo, mas não assim. Nesses seis mês pra trás aí é que deu... eu mudei de serviço, e continuei bebendo num serviço que não poderia beber. Aquela ansiedade que você ver que não vai... sair daqui, ganhar um serviço que não vai... vai entrar um pouquinho mais de salário, vai tirar daqui pra... É... Então eu já parava no bar e bebia, era por beber. Por beber, eu não... não sentia necessidade de... de... de beber. Saía do serviço, se tivesse uma chance... saía, eu bebia. S... s... antes não bebi. Se eu quisesse sair de onde eu tava trabalhando... pra beber, eu bebia. Ninguém... eu falava: "Vou... em tal lugar, vou...".

2175. **Então nesses últimos seis meses piorou?**

2176. Piorou. Aí... bom... aí que... a minha internação aqui. Nessa, depois dessa última internação... que... que eu fui tomar soro... soro, tudo, decidi, que ia internar aqui. Daí eu fui... internado.

2177. **E você veio espontaneamente, embora sob pressão?**

2178. Sob alta pressão.

2179. **É, mas veio.**

2180. Sim.

2181. **Você achava que não precisava fazer um tratamento mais eficaz?**

2182. No dia que o Corinthians ficou campeão em cima do Palmeiras... [silêncio - 7 "] Tá, comemoração, o Corinthians campeão, "pá", demorou: "Ô, vem aqui, nós quer falar com você", fizeram uma roda assim, "pá". Aí: "Peraí...", num sei que tem, pá, pá, pá, todo mundo falando, e eu lá: "Não, porque nós estamos reunidos porque...". A minha família inteira, menos o meu pai e a minha mãe, que tá lá... [inaudível] Eu, minha esposa, o meu ir... o meus dois irmão... e a minha irmã, as minhas duas cunhada e o meu cunhado, ah, porque "vai nisso!", porque "num sei o quê"... A minha irmã é médica, a outra irmã é... é... é psicóloga, o outro... são tudo... sabem se... né?... se expressar bem...

2183. **Te convenceram.**

2184. Não, convencer não é bem assim. Não é bem assim, convencer... não é bem assim.

2185. **São duas e vinte e cinco?**

2186. Peraí, deixa eu...

2187. **Ou duas e meia?**

2188. Duas e dez.

2189. **Dez?**

2190. senhor tá vendo o ponteiro pequenininho ali, acho.

2191. **Porque as duas e vinte e cinco eu preciso... se a gente não tiver terminado a gente vai lá pra cima [Inaudível]... E aí? Aí você veio...**

2192. Ahm...

2193. **... sem achar que precisava?**

2194. Ahm. Não. Não, porque... eu... eu não sabia que eu vim com um negócio de ir num sanatório, pronto.

2195. **O que tem?**

2196. Ah, já pensou se eu fosse internado lá em W.? Ou na fazenda Z., que é... é... entre aspas, clínica de repouso, ou no sanatório, né?... contra... não... é sanatório, pra começar e... internar... e... tinha... Bom, se eu fosse preso [risos], ou entrasse no sanatório, ia ter alguém que ia estar sabendo, alguém lá dentro que eu conheci... Na prisão nem tanto... não... vi, né? bandido. Mas no sanatório, possivelmente, cem por cento de certeza que eu ia ter alguém co... conhecido ou algum que trabalha lá... e eu sair, eu ia sair de lá, "Ô, como é que foi no sanatório? Aí... sanatório...". Se bem que acho que comigo ia... apesar de eu ter perdido a moral um pouco, porque eu... já tive moral um dia, certo? Eu... eu chegava no bar, eu tinha uma certa... Pô! Esse aí é o L, pô!". Não é... se não "pá". "Não é não, bebeu demais, acha...". É, no começo... tinha uma certa... Depois eu perdi essa moral em decorrência de... esses fatores...

2197. **Do álcool?**

2198. Do excesso de álcool por... sei lá o quê. Eu atribuo à minha queda de posição social. Porque eu sempre bebia, dava vexame. Não, não sei se eu dava vexame.

2199. **Mas produzia socialmente?**

2200. É. Não, não sei se é.

2201. **Até uma certa época sim, né? mas depois passou a não mais produzir socialmente.**

2202. É, mas produzia no serviço... que eu tava, por exemplo, eu era desenhista, tudo, tá... Mas começou a

dar aquela ansiedade: "Pô! Eu sou desenhista mas eu não... não dá o que é isso... po... é... isso é um brinquedo...". Não, não é... pouco, eu não vou... a... Tá certo que eu não queria projetar um prédio, que eu não sou arquiteto. Certo? E... e eu me impus a ir... trabalhar no e... não a minha profissão. Troquei de óculos, pus um óculos só pra enxergar de perto, fui... Eu lutei... aí é... aí é que o psicólogo... meu... foi positivo... ele falou: "Você nunca luta co... contra... com... contra si. Nun... nunca diga não a si mesmo. Você vai lá, você tente..." Aí é que ele foi... o... "Você vai, você consegue...". No meu caso, por ex...

2203. ***Te incentivou?***

2204. É. Eu acho que é o mais que o... sei lá. Se foi o mais... O ambiente, certo, eu conhecia todo mundo... uma colega que trabalha, estudou na faculdade que... é engenheira lá. Estudou na faculdade na mesma época que eu... que eu estudava junto com ela. Faço... faç... estou... eu conhecia todo mundo já, porque é... é a mesma firma que eu trabalhava, de vez em quando eu sempre ia lá pro escritório. Então, de início... eu achei que... Mas eu hesitei contra... eu não conseguir fazer... o... aquele serviço, que tá... seria... e não dava... agora de cara. Aí eu vi que não, não é tão difícil assim, "pá", "pá". E quando tava aqui indo bem... sabe... não era bem, tava me adaptando ao serviço, fa... comecei com... na própria firma eu dei... baixaria também, né? [inaudível - 3 "] Mas não sei se... eu... eu tava... naquela é... "eu não estou aqui pra arquivar desenho, eu estou aqui para produzir, eu não gosto de chegar... passa um, eu estou sentado na minha mesa sem fazer nada. Eu não gosto disso, parece que tá enrolando", parece que... sabe? "Esse tá aí porque é o irmão dele que pôs". E nunca gostei, e não é porque... mesmo nas outras firmas que o... o... que eu trabalhava... tava sem fazer na... eu falava: "Ô, e o... não tem nada pra fazer?". É o serviço que eu faço, mas eu não gosto dessa situação. Me dá uma ansiedade, me dá um negócio de fazer... Eu enrolei desenho, arqueei, organizei... chega num ponto que acaba: "Tem mais pra fazer?", "Tem". "Vai levar alguma coisa?" Pra quê?

2205. ***Voltando um pouquinho, assim, você acha então que na... há... em fator das pessoas que te conhecem, tudo isso, existe... existiria***

uma... uma certa... discriminação contra você se você fosse internado lá? Ou mesmo aqui?

2206. Não, eu acho que... é... é... não. Aqui não, aqui não. Pra começar, eles nem sabem, o A. sabe, então... deduz que eu estou com... é... é claro, né? vão deduzir algumas coisa. Mas aqui eu não atue... eu não estou em contato a... conhecido... pra... Então é diferente. Viu, a idéia que eu vim aqui era de um sanatório, mudou porque vi que é...

2207. ***O que você achava que ia encontrar aqui na C. [clínica]? Como é que você achava que ia ser? Antes de conhecer.***

2208. Eu não sei como que funciona o sanatório. Lá eu fui jogar bola lá... umas várias vezes no sanatório, o tempo que eu jogava bola... Tinha um time lá dos enfermeiro... todos... muito pessoal do trabalho jo... jogava contra ele. Às vezes tinha algum... algum até... internos que jogavam, né?..

2209. ***[inaudível]***

2210. É o que... comportamento...

2211. ***Mas o que que você achava que ia encontrar, assim, em termos...?***

2212. Ah, eu não...

2213. ***... pessoas...***

2214. Eu... eu não tenho.

2215. ***... métodos de tratamento...***

2216. Eu não tenho idéia. Eu não tenho idéia, eu nunca fui...

2217. ***Mas então devia ter chegado aqui assustado? Porque como não sabia o que...***

2218. Não, muito pelo... aspecto social da coisa, é... "É, ele foi pro sanatório. Aquele lá já, de tanto beber ele foi pro sanatório". Como vão falar pro... "Ele tá lá se curando do quê?". Pode... e... be... um só falando. Bom, pra eles não... não vão falar: "Fugiu por causa de dinheiro?". Não vão falar, se bem que... devo bastante. É... "Ou tá com um problema, é um problema sério. Eu não falei que ele tá emagrecendo um pouco antes... não sei se não é cirrose. Tava bebendo demais". "Ou então tá no sanatório". Vão falar que é por causa da bebida. Puseram apelido de Fuscão Preto, bebendo e fumando sem parar.

2219. ***Deixa eu ver aqui. Eu tenho um roteiro aqui de perguntas. Vou ver se falta alguma. A gente vira a fita, assim. Eu tenho um roteiro aqui,***

deixa eu ver se alguma coisa não foi falado. Mesmo que eu não tenho per... você já falou muitas coisas... Em algum momento, assim, nesse último um ano e seis meses, principalmente, você pensou em se matar, por exemplo?

2220. Não.

2221. *Nunca teve esse tipo de idéia assim?*

2222. Eu falei até... [inaudível – 2 "] até uma piada... nessa situação que eu estou é... pegar uma corda... mas isso em... tom de brincadeira... brincadeira. Mas é que eu sou... se eu vou me... me matar...

2223. *[quebra da fita]*

2224. *.. é que... fita do outro lado... a gente começou, ela estava no meio.*

2225. Nós tava falando se eu pensei em me matar ou não. Aí foi que eu disse... parou no ponto "matar", que eu pensei em me matar. Eu falei "de brincadeira", falava de brincadeira: "Já pensou se eu for me matar?". Assim, em tom de brincadeira, "Eu pego uma corda, ponho no pescoço, vou lá na ponte, me joga e não consigo a... Aí a turma vai tá lá, "Você não presta nem pra se matar?". É, era só isso, né? que é... nesse ponto, "se matar".

2226. *Mas seriamente, nunca...?*

2227. Não, não. Por... inclusive por convicções religiosas até que eu...

2228. *E o relacionamento com a sua... com as suas filhas, com a sua esposa, com a sua mãe e com o seu pai nesse último ano, assim? Piorou, e isso devia ter a ver com a bebida, pelo menos para a sua família... atribui boa parte dos seus problemas à bebida.*

2229. E eu atribuo à bebida...

2230. *E ao problema de trabalho...*

2231. Ao problema de trabalho, a... a problema de... já pensou... Eu saio de uma casa, "pá", me a... me... aprumaram meu pai, arrumo um emprego... bem dizer, por mando do meu irmão... se bem que o emprego era... à padri... a... a minha... esposa não tinha mais onde trabalhar. Tem uma... a casa lá... tem uma... a minha... tem um... não sei como que chama... a minha mãe e a família dela, os... pais dela... tem lá... umas casas... certo? que estão... entre eles é uma briga... tão um... tá tudo alugado na mão da imobiliária, ninguém sabe quem mora, quem... virou lá um... lá, internamente, lá virou um...

2232. *[inaudível]*

2233. E tem um espaço que a minha mulher podia... to... pô! acho... até nesse espaço que não era nosso, foi dan... e não foi pra frente.

2234. *Quer dizer que sua vida ficou em função...*

2235. Não, foi um comportamento de...

2236. *... dependente das outras pessoas?*

2237. Com... foi... dependente das outras pessoas. Fiquei dependente em tu...

2238. *O seu relacionamento com as suas filhas, como é que foi? E com a sua esposa, assim, dentro de casa, como é que foi? [inaudível] ... sente muito?*

2239. [silêncio – 15"] Com as minhas filhas... ah, eu, quando tava são eu procurava... brincar mais com elas, né? Eu sabia, né? que quando eu chegava bêbado eu enchia o saco delas. [riso] Tipo brincadeira que elas não gostavam, e irritava...

2240. *E com a sua esposa?*

2241. Com a minha esposa, inclusive sexualmente...

2242. *Como é que tava?*

2243. Estava mal, por ambas as partes, porque ela está numa neura também... fico pensando até por ela aqui.

2244. *Diminuiu a frequência de relações?*

2245. É.

2246. *E a qualidade das relações?*

2247. Por... também não existe relação. Não tá... se tá um... aquele ambiente exaustivo, discute com a esposa... não discutir de... de... de sair tapa, discussão alta, né?... discutir: "Mas pô! Por que você não fez isso? Eu falei pra você fazer isso", "Ah, conversa amanhã quando você tiver são". Discussão, eu falo: "É, agora fala...", vem "Mas eu falei... se vier...". É aquela discussão, que depois e à noite pra dormir... ou quando ela não tá dormindo... quando eu estou acordado ela tá dormindo... é... é... é... E não tinha clima mais de sexo. Não... não sou impotente e nem ela é frígida, mas... um.. é... tava ruim a relação.

2248. *Problema, assim, de saúde, você não teve? Nesses cinco, seis meses... algo de grave? Alguém da família teve algum problema de saúde grave nesses últimos seis meses?*

2249. Não.

2250. ***Ninguém foi internado...?***
2251. Tá, foi, por exemplo... A minha família...
2252. ***... as pessoas... importantes para você... seu pai, sua mãe, os seus irmãos, alguém teve alguma doença grave?***
2253. Eu não sei de gravidade. O meu pai tá sempre com um remédio porque ele tem hipertensão, né? mas ele faz certinho, não bebe, não fuma. A minha mãe, ela vira e mexe tá... indo fazer exame. Nossa! Descobriram por agora... a osteoporose, mas não é problema grave porque ela tem...
2254. ***E com os seis pais, você... surgia discussão com eles?***
2255. Eu com o meus pais? Não. Com o meu pai principalmente não. A minha mãe, às vezes que... o meu pai não, o meu pai... o meu pai é meio preservadão. Lá... e quando então nós viemos aqui... e... ele tem aquela postura, "Nós não... não viemos pra tomar partido, nós viemos pra...".
2256. ***Você teve algum problema com polícia?***
2257. Não.
2258. ***Não houve então?***
2259. Tive, assim, levar batida.
2260. ***Uhm.***
2261. Ti...
2262. ***Mas, assim, não alguma coisa que você fez?***
2263. Não.
2264. ***O que que você entende hoje, I., assim, por tratamento para alcoolismo? O que você acha? O que é o tratamento para você?***
2265. Não tenho opinião formada a respeito. Eu simplesmente acho... por mim, que é uma coisa que não pode ter tempo, não pode ser... falar assim: "nunca", não pode falar "sempre", e nunca... "sempre". "Não, nu... nunca eu vou mais beber", isso é uma palavra que não pode, porque isso te atr... tá te prendendo. [inaudível – 2 "] você tá te prendendo. Eu não gosto de ficar assim, sob pressão: "Nunca vou...". Vou beber. Se eu quiser sair daqui e beber eu vou beber. Eu quero ser livre... pra fazer o que eu quiser. É claro que eu sair daqui fazendo o tratamento, eu não sei daí... e... e... e... tomar uma cachaça.
2266. ***Espero que você não beba nada...***
2267. Não. O... eu pus... é... pus ao extremo... eu sair daqui amanhã e tomar uma cachaça, eu... pus ao extremo.
2268. ***Nem cerveja você não vai poder tomar.***
2269. Não, nem cerveja. Mas eu pus i...
2270. ***Você é consciente de que não pode?***
2271. É claro. Mas eu pus ao extremo. Sair daqui amanhã e tomar uma cachaça. Eu pus a extremo, eu... eu... eu não estou falando que é assim... é assim, mas não estou falando que vai ser daqui... é... dez anos, cinco ano, um mês... É... e... o tempo... eu acho que agora não é importante. Eu tenho um problema lá fora, maior que... ir pensar em... tempo.
2272. ***São as dívidas?***
2273. Também. Meu... me reorganizar já a dívida... eu tenho que pensar... eu tenho que pensar... é... essas dívidas... eles estão faz... o pessoal fazendo conta, que é... e se eu ficar assim vai demorar uns dois anos pra se pagar. Tão fazendo conta pra mim lá. Ó, modéstia à parte, conta eu sei fazer... e bem.
2274. ***Você acha que a idéia que você faz hoje, aqui da C.[clínica], é diferente da idéia que você fazia no primeiro dia de internação?***
2275. meu primeiro dia de internação foi em... de noite.
2276. ***O segundo dia.***
2277. O segundo dia...
2278. ***No início.***
2279. Fa... eu nem lembro, pra falar a verdade, do início. Eu lembro que estava aqui na terapia ocupacional. O...
2280. ***Você acha que mudou a sua idéia sobre a...?***
2281. Mudou.
2282. ***.. .clínica no caso? O que sentiu?***
2283. [silêncio – 7 "] O tratamento em si...
2284. ***Sobre a clínica. O tratame...***
2285. Não, o trata... em si era... é bom.
2286. ***Você achava que não ia ser bom?***
2287. Não, eu não achava nada. Eu sei que o... a... a informação que eu tinha de um sanatório, que entrava lá, entra lá, fica um mês, volta sem beber. Certo? Depois... daí... um dia tá bebendo de novo, ou diz que ne... que foge do sanatório pra beber. Ou o cara que... foi pro sanatório... É, sanatório é... a impressão que eu tinha é

um... é... é... era uma coisa que... não deveria ser... pra alcoolismo... só ser... sei lá. Não... eu não sei... sanatório, assim... É o senhor entendeu, né? o que eu quis dizer?

2288. **Uhum.**

2289. ... sanatório tradicional.

2290. **Como é que você acha que deve ser profissionalmente...? Você teve experiências ruins, como você disse, com aquele psicólogo aqui em Campinas... Mas como é que você acha que deve ser um profissional, psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional ou qualquer que seja... que se proponha a lidar com alcoolistas? Como é que você acha que...? Que características que esse profissional deve ter para poder tratar um alcoolista?**

2291. Hum... Pergunta, hein!... Ai é...

2292. **Da opinião de quem já fez... já fez com quatro profissionais, quatro abordagens, né? de tratamento.**

2293. [silêncio ~ 8".] As duas primeiras descarta. Um, porque não foi um psiquiatra, foi psicólogo, não querendo desfazer... porque o psicólogo é um grau abaixo...

2294. **São profissionais diferentes.**

2295. É. Bom... um engenheiro pro arquiteto, tá bom. É... bom, o outro que eu estou me tratando eu estou aqui... ele fazia um tipo de tratamento... Eu tava, assim, gostando... saía... de lá, apesar de... não adiantar muito... ou eu não continu... Ele não... ele não viu que não ia adiantar frear eu.

2296. **A pergunta é: que características você acha que as pessoas que se propõem a tratar de dependentes químicos devem ter? Como é que tem que ser essas pessoas para poder chegar... tratando? A sua opinião.**

2297. A minha opinião é uma dúvida. Quando eu fui nesse médico anterior... Vamos esquecer que eu só bebia, o negócio da bebida. Eu fui... isso que eu estou tratando... e vamos esquecer que eu bebo. [inaudível] Vamos desintoxicar... Quando eu tava intoxicado eu me senti bem, é claro. Eu... depois eu comecei a beber. Aqui eu achei... mais... o trabalho em si... vai... dentro... dá tempo da gente pensar... e é um tratamento lo... mais prolongado, não pode se comparar a um... um mês de...

de psiquia... de psicólogo ou de psiquiatra com... vinte dias...

2298. **Verdade.**

2299. Internados, praticamente todo dia com... psiquiatra. Ai é que eu coloco a dúvida. Eu particularmente, acho que... terapia... pra mim não...

2300. **Não funciona?**

2301. Não é que não funciona. Eu acho que o... se for uma terapia mensal, ai... vai lá, eu acho que uma tempera... uma terapia semanal... vai virar um vício. Eu acho isso. Eu acho que eu respondi a pergunta. Por... por... sei lá.

2302. **Você acha, assim, que alguma... algum fator... que contribuiu para você se tratar... de ir para tratamento, e eu não perguntei? Tem alguma coisa que você lembrou, assim, relacionada ao seu tratamento?**

2303. fator que... de eu estar tomando o haldol. Isso eu também não sei. Eu acho que não tem nada a ver com o alcoolismo isso. Eu... sou paciente, eu acho que...

2304. **Não, eu já disse para você que não tem, começou com uns... oito anos, nove anos... Não tem, são coisas separadas. Entendeu?**

2305. Que refletem no... o a... o álcool, nisso ai interfere em menor ou maior quantidade, eu não sei, depende do estado de espírito. O álcool... é um...transforma, vamo dizer assim, você tá alegre, deixa alegre, você tá contente, você tá contente... como... sem álcool, você tá alegre, você tá alegre... A manifestação que isso traz dentro de mim... estando com álcool ou estando sem álcool, é a mesma. O sentimento é a mesma... e o que eu penso é o mesmo. Estando ou não bêbado.

2306. **OK, I., como eu te disse, eu vou transcrever a entrevista, eu vou tirar os dados de identificação. E eu agradeço a participação sua.**

2307. Vai pôr na Rede Globo?

2308. **[risos]**

J.

ENTREVISTA NÚMERO 10

Local e data de realização: em consultório no dia 07/08/98

Duração aproximada: 70 minutos

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:

Inicial fictícia: J.; *Sexo:* feminino; *Idade:* 20 anos; *Etnia:* negra; *Procedência:* Campinas-SP; *Escolaridade:* ensino superior em curso; *Estado civil / situação familiar:* solteira, sem filhos, mora com os pais e uma irmã; *Profissão / ocupação:* não trabalho, retomando o curso universitário depois de interrompê-lo; *Religião:* não tem

ALGUNS DADOS CLÍNICOS:

Substâncias de dependência / tempo de uso: maconha e cocaína, há 3 e 2 anos, respectivamente

Outras substâncias que usa: álcool, já experimentou algumas outras (v. entrevista)

Há quanto tempo no atendimento atual: 8 dias; teve internação de um dia em pronto-socorro há 20 dias

Outros problemas de saúde: não apresenta

OUTROS DADOS SOBRE A ENTREVISTA:

Expressa-se de maneira a querer passar a impressão de que não se importar com nada do que está lhe acontecendo (overdose, consulta médica) e de ter uma compreensão peculiar e mais desenvolvida que as outras pessoas sobre o tema substâncias psicoativas; promove um discurso liberal. A oportunidade da entrevista parece que veio ao encontro de sua necessidade de expor sua visão particular de seu problema.

TRANSCRIÇÃO:

2309. ***O gravador incomoda?***
 2310. Não.
 2311. ***Você falou para seus pais?***
 2312. Que eu ia dar entrevista? Falei.
 2313. ***O que eles acharam?***
 2314. Não tinham que achar nada. Esta decisão é minha, né?
 2315. ***Mas eles comentaram alguma coisa?***
 2316. Não, não. Eu falei que eu ia fazer hoje a entrevista e eles falaram que tudo bem ...
 2317. ***Bom, o objetivo é entender como está sua relação com o uso de substâncias químicas. Aí***

a gente engloba tudo, né? Substâncias de abuso: álcool, cocaína, maconha... Como é que você se sente em relação a isso... O que me chama a atenção é que você não quer interromper o uso. Sendo que seus pais estão "doidinhos" de vontade que você pare.

2318. Isso...

2319. ***Como é isso para você? Esta questão de você não sentir vontade de parar de usar...***

2320. Bom, porque eu acho que é uma coisa que me deixa vamos dizer assim, satisfeita, entendeu? Você passa... Você precisa de alguma coisa para completar seu dia a dia, para te deixar melhor. Várias pessoas fazem isto de várias formas diferentes e eu gosto de usar a droga. Eu acho que me sinto melhor. Por exemplo, há quem se sintam feliz fazendo um puta de um jantar ou qualquer coisa do gênero, tem gente que se realiza fazendo isso.

2321. ***Você usa há quanto tempo?***

2322. Mais de um ano, bem mais...

2323. ***A primeira vez que você usou, você lembra? Um ano, dois anos...***

2324. Primeira vez que eu usei o quê?

2325. ***Qualquer substância de abuso: álcool, cigarro, maconha, cocaína...***

2326. Na verdade acho que foi um porre, de beber... Foi numa festa em que eu vi um menino, com quem eu estava ficando, com outra menina. Daí eu fiquei muito nervosa e bebi muito. Foi o primeiro porre. Depois...

2327. ***Você tinha quantos anos?***

2328. Uns treze, quatorze anos. Depois disso a gente sai para beber, para se divertir, tal... Daí começa aquela coisa de você buscar coisas mais fáceis para se divertir. Que dá baratos diferentes, entende?

2329. ***E aí você começou a usar o quê? Maconha ou...***

2330. Bom, daí vai. Usava barbitúrico.

2331. ***Quais?***

2332. Valium, inibex... foram vários, foram muitos comprimidos. Mistura com álcool e dá umas viagens muito legais, entendeu?

2333. ***Você tomava muitos comprimidos?***

2334. Bastante...

2335. ***Você se lembra da quantidade que você chegava a tomar de uma vez?***

2336. O quanto tinha e tinha uma vez que a gente tinha vários, muitos, eu não lembro... A gente foi separando: dois para você, dois para mim, um para você, um para mim. É que a gente bebeu muitos comprimidos para dormir, e daí a gente não conseguiu ficar acordado. É porque foi mais forte.
2337. **E maconha?**
2338. Ah, a maconha, a primeira vez que usei não deu nada. Várias pessoas, a primeira vez que usam, não dá nada. Foi um *show* que teve, foi muito legal. Mas eu gostei depois. No início eu nem curtia tanto a maconha; eu queria beber porque achava muito mais divertido. Depois eu comecei a gostar do jeito que era a viagem, foi mais legal, mais ligado, voa mais longe, mas não fica no chão, coisas que se faz quando a gente bebe.
2339. **Te incomoda dar vexame?**
2340. Não, não me incomoda não. As pessoas é que se incomodam e depois cobram.
2341. **Maconha você usa e sua família nem percebe que você usou? Seu pai, sua mãe...**
2342. Não, não percebem...
2343. **A maconha, então. O primeiro porre aos treze... A primeira vez que usou maconha foi mais ou menos quando?**
2344. Ah, tinha uns dezesseis, dezessete...
2345. **Desde então você vem usando com frequência?**
2346. É.
2347. **Toda semana, todo dia?**
2348. É, todo o dia
2349. **Mesmo atualmente? Usou hoje?**
2350. Não, hoje não. Acordei e vim para cá.
2351. **Você acordou agora?**
2352. É, não gosto de acordar cedo.
2353. **Acordou depois do meio-dia?**
2354. Depois do meio-dia.
2355. **Foi se deitar a que horas ontem?**
2356. Ah, não sei. Era tarde, bem tarde, não sei, não. É que eu não consigo dormir mais, né? Eu gosto mais de ficar acordada à noite, realmente. De dia eu não gosto muito de ficar acordada. Fiquei ouvindo música até tarde e só dormi depois.
2357. **Mas digamos... Nesse último ano você vem usando todos os dias?**
2358. Mas bem menos que no ano passado, quase todos os dias. Mas não todos.
2359. **Antes você usava mais?**
2360. Não faltava um dia
2361. **Por que diminuiu?**
2362. Por que diminuiu? Porque o tempo diminuiu, o tempo disponível... Tem mais coisa para fazer, tem mais coisa para preocupar. Chegar em casa e papai te pegar noutra, estas coisas... Daí não pega bem.
2363. **Não entendi, chegar em casa, partir...**
2364. O pai chegar e te encontrar noutra, estas coisas
2365. **Quer dizer que o fato de você ir morar junto com seus pais fez diminuir um pouquinho?**
2366. **[morava em outra cidade, estudando, até cerca de oito meses antes da entrevista.]**
2367. Sim.
2368. **E cocaína, quando você usou pela primeira vez?**
2369. Foi legal, eu lembro mais ou menos, eu lembro assim: o que eu senti, né? Foi legal porque a primeira vez que eu usei eu tinha chapado bastante, né? Você sabe: quando você fuma tem uma hora que você tem fome, depois você fica com sono. E quando a gente fumou, fumou e depois cheirou, a gente ficou louca: junta aquela viagem da maconha e não ficou com fome nem com sono. E aí eu achei muito legal, muito gostoso. Curti.
2370. **Desde então você vem usando com que frequência?**
2371. Ah, eu usava até quase todo dia... Agora eu uso um pouco menos, tipo final de semana. Começa na quarta até domingo, porque segunda e terça é para descansar um pouquinho.
2372. **Quem paga? Você não está trabalhando?**
2373. Bom, eu estava trabalhando, então eu pagava. Às vezes um paga tudo, noutras vezes o outro tem que pagar tudo, então a gente faz vaquinha, estas coisas...
2374. **E cocaína, só cheirava?**
2375. Já injetei também.
2376. **Como foi o efeito, igual?**
2377. Foi mais rápido, entendeu? Ele bate mais rápido, só que ele acaba mais rápido. Você fica muito... É mais intenso do que você só cheirando. Cheirando é

mais sossegado... Você cheira, dá um tempinho, bebe, cheira, dá um tempinho... Então você vai evoluindo o processo mais lentamente. Agora, você ingerindo vai mais rápido.

2378. **Injetando...**

2379. É injetando, desculpe. Faz mais rápido, é mais fácil.

2380. **Você chegou a injetar várias vezes ou foi uma ou outra vez?**

2381. Hum..., mais ou menos.

2382. **A última vez?**

2383. A última vez foi a over, né?

2384. **A over foi com cocaína injetável?**

2385. Eu estava cheirando naquela noite, não estava injetando, mas eu tinha uma seringa. Mas depois apareceu um roxão aqui no meu braço; acho que os caras aplicaram, entendeu?

2386. **Foi quando teve a over... Estava cheirando e aí injetaram?**

2387. Não sei realmente o que aconteceu aquele dia.

2388. **O fato de ter tido a over não te fez mudar de idéia sobre a quantidade, via de administração da droga, da cocaína?**

2389. Isso foi mais por parte de meus amigos, mesmo. Eles mais controlam do que eu própria: "Você acabou de ter este problema então hoje você não vai cheirar", "Você hoje não vai cheirar muito", estas coisas. Mas, assim... Eu estou ciente do que eu estou fazendo agora. Eu sei a hora quando eu tenho que parar. Agora o que é mais ruim é na hora que estou cheirando eu encano no meu pai e na minha mãe, qualquer coisa assim. Aí eu fico mal e resolvo parar, entendeu?

2390. **Você se lembra deles...**

2391. É, qualquer coisa assim: "eu tenho que voltar para casa, porra, meus pais estão lá, então daí dá bode."

2392. **Logo em seguida a... você ficou em coma algumas horas e aí voltou para casa. Nos primeiros dias como você se sentiu? Depois da overdose.**

2393. Eu não queria sair de casa de jeito nenhum, não queria ver nem a luz do sol, sabe? Aí eles foram forçando eu sair de casa até que eu saí um dia, não gostei. Quis ficar no quarto de novo, não queria sair. Aí depois foram me tirando de novo...

2394. **Você estava se sentindo deprimida?**

2395. Também.

2396. **Com relação à questão do uso da cocaína, nem nos primeiros dias depois da overdose você chegou a pensar "Puxa, talvez fosse melhor eu dar uma parada"; como foi?**

2397. Bom, eu tinha que dar uma parada porque meu nariz estava horrível, sangrando todos os dias. Ele estava entupindo, eu não sentia cheiro de nada nem gosto. Eu falei: "Poxa, desse jeito, se eu cheirar hoje tenho certeza de que nunca mais vou sentir nem gosto de nada, então eu quero ver se vou melhorar disso primeiro, depois eu penso se vou continuar ou não, entendeu?".

2398. **Você achou que correu risco de vida com a overdose?**

2399. Ah... a gente já corre risco só por estar vivo!

2400. **Mas você acha que chegou perto?**

2401. Acho que sim. Estava escuro, uma luz lá... Muito louco.

2402. **Você se lembra quando estava começando a passar mal?**

2403. Não, foi de repente, foi de uma vez. Eu já estava assim... numa fase assim que estava me dando branco, mas eu nem estava ligando. Estava normal, conversando com todo mundo, não sei o que lá... Fiquei parada, deu um branco, assim... Começava até a balançar, assim, mais ou menos, depois eu voltava. Nesse dia eu não senti nada, também deu um branco, some tudo...

2404. **Alguém da sua turma já passou por alguma coisa assim?**

2405. Que eu saiba, não...

2406. **Eles se assustaram?**

2407. Ah, assustaram, queriam saber como é que era, o que eu sentia, essas coisas. Teve muitos que até deram um tempo, não continuaram cheirando. Outros continuaram, assim, com mais segurança, ficaram meio assustados.

2408. **E você?**

2409. Assustada com o que aconteceu? Ah... não fiquei muito assustada. Eu só tive medo de acontecer alguma coisa só uma vez que eu andei de carro com a minha irmã, ela estava bêbada e corria muito. Foi a única vez que eu senti mais emoção, assim, nesse sentido.

2410. **Ela estava bêbada?**

2411. É, e ela estava dirigindo. E ela estava correndo muito. E eu tinha fumado. Daí eu estava viajando que ela estava... Mas ela estava correndo muito. E ela falava que não, que eu é que estava louca, estava com medo de perder. "Você é que está louca, não estou fazendo nada de errado." Aí eu fiquei com medo, sabe?

2412. ***Ela sabia que você tinha fumado?***

2413. Sabia.

2414. ***Você ficou com medo de morrer?***

2415. É, porque ela estava fazendo umas coisas, assim... Parecia que os pneus iam levantar. Eu fiquei com medo. Mas uma emoção assim de vez em quando é bom.

2416. ***A emoção da over foi boa?***

2417. É diferente, entendeu? Tudo que é diferente tem o seu lado interessante, que chama a atenção. E você se sente mais excitada com aquilo que está acontecendo. Você corre atrás disto.

2418. ***É como se corresse atrás do perigo, mesmo...***

2419. É... correndo em busca da morte, né? Uma coisa louca. Estranho, mas...

2420. ***Você me disse assim [noutra entrevista] que viver ou não viver tanto fazia...***

2421. É, eu te disse isso.

2422. ***Você pensa assim, ou foi mais naquela ocasião?***

2423. Ah... viver, aqui, para mim ainda continua sendo, tanto faz. Eu não gosto daqui [da cidade]. Então qualquer coisa que seja o máximo de interessante, para mim vai ser o mínimo de interessante. Não consigo ter nada aqui que me chame a atenção. Aqui tem um... Aqui que estão minhas raízes, né? Vamos dizer assim... E elas me prendem muito e eu quero me libertar delas, então aqui eu não me sinto bem. Nunca que vou conseguir viver bem, realmente, aqui. Posso viver...

2424. ***Você diz aqui em Campinas, em B. [bairro onde mora]***

2425. Sim.

2426. ***Depois que houve esta overdose, seus pais descobriram que você usava cocaína e começaram a pressionar você?***

2427. Em que sentido?

2428. ***Para parar de usar.***

2429. É, para parar, pressionaram.

2430. ***Eles estão pressionando bastante?***

2431. É, eles estão me segurando. Tipo não sair de casa, entende? Eles fazem questão que eu saia com minha irmã ou então que eu volte logo, ficam me vigiando agora.

2432. ***E isso como você está recebendo? Estão sendo eficazes?***

2433. Eu detesto. Eles estão é conseguindo me deixar mais louca, só isso. Eu vou acabar ficando atordoada com isso, não é verdade? Alguém te vigiando o tempo inteiro, parece que está em prisão domiciliar, não pode fazer nada. "Por que isso? Por que está acontecendo aquilo? O que aconteceu?" Tudo tem que perguntar e saber com detalhes. Antes eu fazia questão de que não fosse assim, agora eles fazem questão de que seja assim. É horrível a pressão que se sente.

2434. ***Vocês já tiveram uma briga assim, mais séria, uma discussão mais forte, você e sua mãe?***

2435. Não, a questão é que falar... ela não vai conseguir ficar ouvindo.

2436. ***Já brigou com alguém da família por causa disso?***

2437. Minha irmã, mas não nunca de brigar. Ela fala que, tipo assim, por eu usar eu sou uma pessoa que não tem muitos valores. Aí a gente briga de vez em quando por causa disso. Aí eu fiquei muito puta com ela porque ela também estava usando maconha e queria que eu colocasse para ela e eu fiquei mais puta e não coloquei. Porque primeiro ela fica me cobrando, ela quem me dedou. Depois vem pedir para mim? Aí não está certo.

2438. ***Ela te dedou como?***

2439. É, você não lembra que minha mãe falou aqui que minha irmã chegou para ela e falou que eu estava com alguns problemas...

2440. ***Bom, então com ela você briga de vez em quando?***

2441. É, não dá muito certo. De vez em quando a gente dá certo, até, né? Mas de vez em quando não.

2442. ***Amigos seus, alguém que você conheça já passou por alguma situação complicada com cocaína?***

2443. De quase entrar? Sim, uma vez também eu quase entrei só que eu saí antes, sem problemas.

2444. ***Quando foi?***

2445. Ah, isso aí eu morava em L. [outra cidade]

2446. **No ano passado?**
2447. É, mas da minha turma, mesmo, não. Nunca teve ninguém, que eu saiba. Ah, só uma vez um coronel que costumava...
2448. **Coronel do exército?**
2449. Não, ele é coronel da farinha, mesmo, entende?
2450. **O que é isso, coronel da farinha?**
2451. Ele é traficante. Ele tinha, ele que levou em casa. E ele já é muito velho, que dizer, para este tipo de coisa, para abusar. Aí ele abusou o tanto que podia, aí começou a passar mal, foi embora, tal...
2452. **Você acha que ele passou mal por que era mais velho?**
2453. Chegou uma hora que... Se você abusou muito, não come, seu corpo fica mais fraco, mais frágil, não continua aquilo. A coca, ela te dá mais ânimo do que você pode imaginar, acelera o coração, você tem coragem de fazer coisas que você nunca imaginava que ia fazer, quando você cheira. E chega uma hora que ela é mais forte que você. Você sabe que quando você quiser... Não é questão assim... "tanto tempo faz que você usou", a questão também é o jeto que está sua cabeça, entendeu? Aí você pode passar mal realmente.
2454. **Se a cabeça estiver como, para ser mais fácil passar mal?**
2455. Mais ou menos como tomar chá de cogumelo, se estiver com outros problemas, assim, para resolver, pensando "Aí, tenho resolver tal coisa" ou estiver com outros problemas, se tomar chá não vai ser legal, você vai ter viagens ruins, você vai ficar mal, você vai querer que aquela âncora acabe, só que ela não vai acabar, tem um certo tempo de duração. A coca também é mais ou menos por aí, não é a mesma coisa. Se você estiver não muito legal com a cabeça, ela ajuda seu organismo a passar mal, não sei o que é que acontece realmente. Se você não estiver legal, acho que não é muito legal cheirar, você vai fazer alguma besteira ou alguma coisa vai acontecer.
2456. **E o coronel, você acha que o problema é que ele estava mais velho ou ele não estava com a cabeça legal?**
2457. Ah, isso é o que a turma falou, que já estava mais velho, não agüentava mais o tranco. Para ele... não sei quantos anos na ativa, a turma falou isso. Não sei, ele também tem que ter um puta de um drama na cabeça, né? Fica encanado que a polícia vai aparecer a qualquer instante para pegar ele. Tem casos de que mulher, assim, para mulheres não... Os usuários chegam a se sentir perseguidos. Não está acontecendo nada, mas "tem alguém atrás da porta!", "vamos lá ver, tem alguém atrás da porta!". Só que não abre a porta! Só fica ali, encanado que tem alguém ali...
2458. **Você já ficou assim?**
2459. Eu já fiquei umas duas vezes. Começou a me dar essas coisa depois que meus pais ficaram sabendo que eu cheirava. Antes nunca me encanava de que tinha alguém me seguindo, ou que tinha...alguém vai chegar... Agora eu encano de vez em quando que meu pai vai aparecer, estas coisas...
2460. **Quando você usa (cheira), aí fica com estas paranóias...**
2461. Sim.
2462. **Esta primeira quase over que você teve no ano passado também não impressionou muito você...**
2463. Não... Eu achei que foi porque fazia algum tempo que eu não cheirava e ela era muito boa.
2464. **E aquela vez do coronel também não te impressionou?**
2465. Nossa, aquela lá também era muito boa.
2466. **A cocaína ou a over do coronel impressionou?**
2467. Ah, pô, se o cara morrer aqui na minha casa, o que é que eu faço? Só isso que eu pensei.
2468. **E aí?**
2469. E aí não deu nada. A gente pôs sal, álcool assim para ele cheirar e acordar. Aí ele voltou, conseguiu voltar, foi legal até porque a se gente sentiu herói, foi "Nossa, ajudei a salvar o cara". E daí ele pegou e foi embora já, para ficar mais sossegado, tomar alguma coisa na casa dele, porque também, sabe, ele se conhece, a turma conhece o que tem que fazer nessas horas. Aí ele foi embora e ficou tudo melhor. Foi melhor ele ter ido embora, a gente se sente melhor mas continua cheirando...
2470. **Você acha que vai cheirar durante muito tempo? Já tem quase dois anos que você usa, né? Quanto tempo você acha que vai usar, quando você pensa nisso?**

2471. Não sei amanhã vai acabar para mim... Pode ser que amanhã eu decida "não, não vou cheirar mais". Pode ser que amanhã eu fale "nossa, eu não vou para de cheirar mais". Não sei...

2472. ***Sim, porque você está dizendo que o coronel já tinha alguns anos na ativa. Talvez seja como que a carreira de um usuário tenha um tempo determinado para durar...***

2473. Pode ser que sim, porque a pessoa se cansa, também.

2474. ***Você já se cansou?***

2475. Não, teve uma época em que me cansei. Porque assim...Ah... porque chega uma hora assim que... parece que não é aquilo realmente que você viu quando você cheirou pela primeira vez e aí você para pra pensar. De vez em quando parece que aquilo está te incomodando, já me senti assim, sim... Porque eu queria fazer outras coisas, mas que tinha em mente, em primeiro lugar, sempre que tem um primeiro lugar é a coca, depois o resto, e eu queria fazer outras coisas, mas eu não queria também por ela em segundo plano, mas também não queria mais que ela fosse primeiro. Então assim você fica... dividido.

2476. ***Quais eram as coisas que você queria pôr em primeiro plano nesta época?***

2477. Ah... queria resol... achar outra casa para morar...Eu queria... sei lá, acertar de vez: acabar a faculdade, parar de vez. Queria arrumar outra casa para morar, para ficar... para sempre, vamos dizer, morando lá em L. [cidade] e... Não dava tempo de parar para procurar porque sempre, antes, estava a droga, a droga, "Opa, tem que correr atrás de algumas coisas porque não consegui droga hoje".

2478. ***Esta procura, que preenche um bom tempo do seu dia, não te incomoda, não?***

2479. Não, era divertido, até. Mas depois você para pra ver e você entra em crise. Se você parar para pensar: "Porra, fica o dia inteiro só atrás disso, não resolvi mais nada, como é que fica? Vai deixando para amanhã, deixando para amanhã, deixando para amanhã... quando eu vou resolver?"

2480. ***Então incomoda isso e até é gostoso, ao mesmo tempo, a procura?***

2481. Ah, sim, é interessante. Você vai fazer uma coisa: não dá certo. Vai fazer outra: não dá certo. Aí vai ficando mais difícil, é um desafio; é gostoso...

2482. ***Parece que você gosta de ter desafios...***

2483. É interessante...

2484. ***Com outras coisas você sente isso, com outras coisas perigosas: pular de pára-quadras...***

2485. Meu pai não quis deixar porque uma amiga dele, num salto, o pára-quadras não abriu, uma falha, então ela caiu, morreu. Ele não quis que eu fizesse. Depois eu fui fazer...

2486. ***Bom, ele não quer que você use cocaína e você usa...***

2487. Mas ele é que ia pagar, né? Você sabe quanto custa uma aula de pára-quadismo?

2488. ***É caro, mas eu nem sabia disso, quando citei o exemplo de pára-quadismo, você em fazer aula de pára-quadismo?***

2489. Pensei porque é uma puta adrenalina, né? Tipo aquilo de pular na ponte, aquele cara que pula na ponte lá na África. Eles pulam na ponte e são amarrados pelos pés...

2490. ***Body-jumping?***

2491. É, aí, tipo assim, depois que você se aposenta, isto deve ser interessante. Não podendo utilizar a coca, tal, você vai fazer isso, porque aí você já está sentindo uma ação do mesmo jeito e não está te prejudicando tanto.

2492. ***Então quer dizer que você acha que você se prejudica?***

2493. Não... Você sabe que eu tenho até o primeiro ano de faculdade, né? Eu estudei. Eu sei que prejudica, sim... Vários fatores prejudiciais, tanto mental quanto no corpo, na mente, mental, os neurônios vão embora, você fica mais fraca, é mais desligado de tudo, você não tem vontade de fazer várias coisas... Mas é uma coisa que, temporariamente, está agradável...

2494. ***Da maneira como você fala, dá a impressão de que você vislumbra a médio ou longo prazo, anos ou meses, não sei, você vislumbra uma interrupção. Você diz "temporariamente está agradável". Parece que você prevê que não vai ficar agradável sempre...***

2495. É, porque o que você faz muito enjoa...

2496. ***E aí você vai passar a fazer pára-quedaismo, body-jumping, estas coisas...***
2497. Ou outras, né?
2498. ***Outra droga?...***
2499. Ou virar um suicida, um terrorista, coisas assim.
2500. ***No caso, se você fosse uma terrorista, qual é a causa que você iria abraçar? Ecológica?***
2501. Ah, não... Prefiro coisa mais... Tipo o Iraque que está causando atentados em outros países...
2502. ***Mas para quê? Qual a causa?***
2503. Não sei, aí eu teria que descobrir uma causa...
2504. ***Você é uma pessoa que tem preocupações sociais, não tem? Injustiça social é uma causa, né?***
2505. Seria uma boa causa, mas aqui não tem anarco-terrorismo, no Brasil...
2506. ***Anarco-terrorismo? Existe mesmo esta facção dos terroristas?***
2507. Existe...
2508. ***E por falar em terrorismo, você já teve uma experiência negativa com a polícia?***
2509. Já... A gente foi preso uma vez, os homens deram batida... Detesto estas coisas... Eles já fizeram uma puta sacanagem com amigos meus. Não gosto de polícia...
2510. ***Eles deram batida por causa do quê? O que vocês estavam fazendo?***
2511. Tipo de roupa que você usa. Eu costumava usar assim, roupa rasgada, preto, bota, estas coisas... Então este tipo de roupa para eles já marca, né? Ou então você estava andando com *punks*, estas coisa, porque eu tenho uns amigos *punks*, tá? Então, para eles é gente que não presta, já é vagabundo, então eles já chegam nas pessoas com aquele abuso de poder: "Você é vagabundo, cala a boca", abusando mesmo... E eu tive vez de estar bem vestida e eles me trataram muito bem, e desta vez que deram a batida eu tinha coisas em mim, que eu estava levando, e não deu nada...
2512. ***Mas chegou a ir à delegacia?***
2513. Sim. E a gente foi preso no albergue penitenciário, tipo de condicional, mas só que tem que dormir nesse albergue. Tem que chegar sete horas da noite, até as sete horas da manhã seguinte. Só pode sair de dia. E era final de semana, e final de semana os presos não dormem no albergue. Era um sábado, e a gente estava lá dentro, aí dedaram...
2514. ***Pode entrar qualquer pessoa?***
2515. A gente tinha a chave, conhecia uma pessoa que estava lá dentro, tal... Aí a gente tava lá dentro e dedaram. Aí a polícia arrombou a porta e pegou a gente lá dentro. Assim, não pegaram droga, não acharam nada, mas a gente foi... invasão de propriedade pública. Teve que depor, estas coisas...
2516. ***Teve algum problema depois?***
2517. Para mim não porque eu não morava na cidade. Eu tive que dar meu endereço, de onde eu morava, era em outra cidade, então não deu nada para mim... Para a turma também não porque os pais foram lá, pagaram a fiança dos que eram maiores, os menores saíram...
2518. ***Você era maior?***
2519. Era, mas eu menti que era menor.
2520. ***Eles não viram os documentos?***
2521. Eu não ando com documentos... Eu até já perdi um *show* uma vez por causa disso. Cheguei lá e eles falaram que o *show* era para maior de dezesseis anos (eu já tinha dezenove). "Não, você não tem dezenove, você tem quinze..."
2522. ***Você tem cara de mais nova, né?***
2523. Aí eu aproveito isso...
2524. ***Mas, polícia nunca mais? Só este episódio?***
2525. Ah, desagradável foi. Polícia só chega quando alguém deda, né? A polícia apareceu, você sabe que alguém dedou, senão nem chegam. Porque eles também têm medo.
2526. ***Medo do quê?***
2527. De se expor. Policiais são totalmente corruptos, são corruptíveis. E a gente que está nesse meio, você sabe qual policial que usa, qual policial que não usa, policial que aceita propina, qual não aceita, a gente conhece...
2528. ***Lá no seu bairro, inclusive?***
2529. Inclusive...
2530. ***Sua saúde física, como está?***
2531. Acho que está bem. Só algumas vezes tenho tido enjôo. Porque eu mastigo muito papel, ponho na boca. E isso dá problemas de estômago, aí fica por isso mesmo...

2532. **Grávida você não está?**

2533. Não.

2534. **Você nunca passou mal fisicamente? Só na over?**

2535. Nunca. Eu tinha um problema no ouvido, mas era coisa boba. Nunca quebrei nenhum braço, nenhuma pema; nunca tive pneumonia nem nada do gênero. Só coisas de criança: caxumba, rubéola, catapora...

2536. **Algumas pessoas que usam cocaína dizem assim: que no dia seguinte se sentem meios arrependidos. "Acho que usei demais, perdi tempo... A partir de agora não uso mais." Já aconteceu isso com você?**

2537. Deprê, né? Porque é assim: você começa a cheirar onze horas da noite só que tem que ir para cama, ainda é noite, porque tem que fazer alguma coisa de dia, oito ou nove horas. Então você não dorme, se você começa a cheirar. Fica aquela coisa, você rodando na cama e começa a vir um monte de pensamentos na sua cabeça e te bate a deprê: "Pô, por que cheirei hoje? Se não tivesse cheirado não estava rolando na cama, se eu não tivesse cheirado amanhã eu ia estar legal para fazer o que tem que fazer." Então você começa a pensar nisso, você não ter uma boa noite, você não fica legal. Aí então é o que seria a depressão de não querer usar. Isso é normal em quem cheira. Mas é só ali, aquela hora, entendeu? Quando você vê a farinha na sua frente, você esquece isso.

2538. **Já aconteceu de você não usar, um dia, pensando na depressão? "Não vou usar para não ficar mal no dia seguinte."**

2539. Já, muitas vezes. É porque eu terminei com o meu namorado. Porque a gente cheirava e tinha coisas para fazer. Não dava para ficar rolando na cama para querer dormir. A gente tinha terminado e eu cheirava muito, muito... Eu não dormia, não tinha nada para fazer, estava sozinha na cama, no quarto, tal. Aí deu a deprê, falei: "Porra, não vou cheirar amanhã para não ficar pensando nisso. Se for para ficar pensando nisso não vou cheirar." Não cheirei, realmente.

2540. **Aconteceu muitas vezes isso ou uma ou outra vez?**

2541. Algumas vezes, poucas vezes... Mais forte, né?

2542. **Sob efeito de alguma droga, você já pensou: "Puxa vida, se me pegam aqui... Não devia ter feito isso."**

2543. Uma vez, que eu cheirei muito clorofórmio, depois meu estômago ficou muito ruim. Depois eu nunca mais cheirei clorofórmio. Eu também não gosto de cheirar cola por causa disso, dá um branco, assim, você não sabe o que você fez, não sabe como foi a viagem, mais. Comigo estava sendo assim, não estava sabendo mais o que era a minha viagem, então eu parei de cheirar cola.

2544. **Quer dizer que é importante ter a lembrança da viagem? Eu digo assim...**

2545. Não... Você sabe o que é amnésia? Alcoolica, por exemplo? Chega uma hora que você está bebendo, você está com um pé, está conversando, você está fazendo o que seja, mas só que não sabe disso. Amanhã você vai ficar sabendo porque os outros vão contar.

2546. **Você já teve isso com álcool?**

2547. Muitas vezes. Nem bebo mais por causa disso. Porque eu tenho esse problema. E é desagradável, entendeu? Você chega no outro dia e não sabe o que aconteceu. E aí ultimamente o pessoal estava enchendo muito o saco por causa disso, de eu não lembrar. E eu não sabia mais o que eu estava fazendo e eles não estavam querendo contar; me enchendo o saco por causa disso: tive que parar de beber. Que nem eu disse: é temporariamente.

2548. **Você parou ou diminuiu a dose?**

2549. Não, parei de beber, de cheirar cola e de cheirar clorofórmio.

2550. **Você teve experiências ruins com a três: álcool, clorofórmio e cola...**

2551. A cola, realmente, foi ruim para mim. O álcool, eu parei por causa dos outros mesmo, entendeu? Com o álcool eu nunca tinha ressaca.

2552. **Os outros: sua família ou seus amigos?**

2553. Os outros, né? Todo mundo, mesmo. Porque ficavam falando: "Ah, quando você bebe, você fica muito chata", qualquer coisa assim.

2554. **Bom, nós podemos pensar: se você teve experiências ruins com cola, clorofórmio e álcool, você teve experiências ruins com cocaína, também, que foi a over. E não parou de usar... Qual a diferença?**

2555. Qual a diferença?

2556. ***A experiência ruim que você teve com a cocaína foi a pior de todas, eu imagino... Quase morre...***

2557. É, foi. Quase morro, apesar de que morrer não deve ser tão ruim assim. Os existencialistas até dizem que "a morte é um prolongamento da vida em direção ao nada", né? Apesar de eu ter tido esta experiência ruim com a coca, eu acho que ela é mais... excitante do que as outras.

2558. ***O que incomodou no clorofórmio, no álcool, foi algum mal-estar ou os amigos. Este mal-estar, se sentir mal por algum motivo, é pior do que morrer? Porque se morrer, acabou, não se faz mais nada.***

2559. É... mais ou menos por aí.

2560. ***Com a cocaína você não sentiu nada de ruim: de repente você desligou.***

2561. É, não senti nada. Eu estava muito ligada e de repente eu acordei no hospital: "Pô, o é isso?"

2562. ***Mas aí seus amigos ficaram preocupados, sua mãe, seu pai...***

2563. É ficaram... Mas na hora em que os vi eu já tinha uma idéia formada, então e idéia deles não interferiu em nada.

2564. ***Qual era a idéia formada?***

2565. Ah, de que fui eu quem quis fazer a coisa, ninguém me obrigou. Uma coisa de que eu, tal, me senti bem até aquele momento, saber que agora saiu uma coisinha errada e eu vou cair nos prantos ou qualquer coisa do gênero? Uma coisa que eu é que quis fazer, ninguém me obrigou, então porque agora vou ter que ficar fazendo papel de vítima? Não sou vítima.

2566. ***Já passou pela sua cabeça... Você vem, sob pressão de seus pais, procurar um médico. O que você imagina o que seja um tratamento para parar de usar?***

2567. Deve ser horrível. Sempre que a gente queria irritar alguém a gente falava: "Seu pai vai te levar para a fazenda do W." Você sabe, mais ou menos, né? Tipo assim: o que mais chama atenção... Não sei se foi ele quem começou com esses negócios de acabar... de tratamento para droga, sei lá... Mas ele é um dos mais conhecidos, né? E você sabe como é que é aquele sistema dele. Aquela coisa meio... tipo religião, essas coisas... Vai te prender, querem te mostrar "um lado bonito da

vida". Que eles acreditam que seja bonito. Mas só que é aquele negócio que tem no ser humano faz tempo: não respeitar aquilo que o outro pensa, não respeitar o jeito de vida do outro, porque senão não haveria quase índios até hoje não tivesse havido os colonizadores. Não sabem respeitar o estilo de vida que a pessoa leva. Eles querem impor o jeito que eles vivem. Eu acho que isso... você está matando a pessoa por dentro ao impor o jeito que você vive. Você não parou antes e perguntou: "Você está se sentindo bem assim? A coisa te deixa feliz? Então, tá." Eu não posso impor o jeito que eu vivo para você. Mas não é certo também você impor o jeito que você vive para mim. É diferente: você se sente bem assim, eu não sinto bem assim. Não tem que tirar uma coisa que me dá mais alegria...

2568. ***Você acha que o tratamento para parar de usar, interromper o uso, é sempre assim, chato? Que idéia você faz? Não só quando ao W. mas outras pessoas como eu também, ou outra pessoa qualquer...***

2569. Depende. Se você entrar no tratamento porque você quer, porque você quer conhecer outras coisas, você quer sair daquilo que está vivendo porque já não é bom para você... Então você está indo atrás porque você já acha que tudo aquilo que você fez já não vale a pena ou... não é agradável. Então você tá procurando é porque quer conhecer coisas novas, que uma outra coisa que te dê sentido melhor do que você estava tendo ultimamente. Agora, alguém te obrigar a fazer isso, sempre vai ser assim...

2570. ***Você acha que o W. impõe a maneira dele pensar o mundo para outras pessoas?***

2571. Não é só dele, né? Porque para sociedade é errado o uso de drogas. É tida como uma coisa errada. Que não serve porque... porque sei lá falaram que não serve. Se não, não teriam inventado... Também no mundo mudaram os valores, né? Antigamente não se utilizava dessas coisas. Se utilizava de uma forma bem diferente do que é agora. Mascava-se coca, folhas de coca, desde quando isso? Resolveram industrializar porque é uma coisa que descobriram que foi boa para eles, um jeito que seja mais rápido: virou pó, certo? Daí veio a turma mais gananciosa e começou a vender, porque eles tiram muito lucro porque é proibido: eles é que dão o preço. Aí começa essa coisa, né? Que é aquilo

que volta de novo, aquela correria pelo poder, pelo dinheiro.

2572. **Como você se sente em relação a isso: manipulada pelos traficantes?**

2573. É, sempre está sendo manipulada pelos traficantes, você usando. Mas é um pouco diferente, todo o mundo, Mesmo porque, apesar de eu usar, sempre estudei, sempre tive um ideal e a turma que eu conheço, a maioria, usa porque quer ofender alguém em casa, porque tem problemas, assim, e não estuda e não faz nada. Realmente, totalmente alienando do resto, do que acontece no mundo. Ele está só em torno dele, realmente. Eu até me sinto muito estranha por estar fazendo isso, mas é uma coisa que gosto de fazer, entendeu? Eu acho que não me atrapalha.

2574. **Você já pensou em você mesma como alguém dependente de cocaína?**

2575. Ah, eu acho que sou dependente, sim. Eu gosto, eu pre... Não chego a precisar. Já cheguei num ponto de ficar "preciso, preciso, preciso". E se eu dou uns dois ou três tiros, eu não quero parar mais, também. Não sei se pode já chegar e falar...

2576. **Digamos que fosse [dependente], isto te incomodaria?**

2577. Nem um pouco.

2578. **Saber que precisa usar uma substância...**

2579. Para poder continuar vivendo? Não, não...

2580. **Não incomoda isso?**

2581. Ainda não... O ser humano é uma pessoa muito forte. Não sei se pela inteligência, pela sensibilidade. Se você tiver, depois, alguma coisa que alimente mais do que a coca, você consegue parar de ser dependente antes de o organismo ficar dependente. Agora, se você deixar o organismo ficar dependente, aí já é outra coisa, né?

2582. **E aí, qual é a "coisa"?**

2583. Daí é que você vai recorrer ao tratamento. E depois o ser humano nunca mais quer ser o mesmo.

2584. **Por quê?**

2585. Porque acaba muita coisa. Tem que matar muita coisa em você...

2586. **Bem, você falou do W., uma pessoa que imporia o modo de vida dele... Para as pessoas que vêm ao tratamento, como você acha que devia ser... Como você acha que as pessoas que**

tratam deviam ser, deveriam tratar os dependentes?

2587. Na maioria das vezes essas pessoas precisam de amigos, né? Eu estava olhando um dia uma revista que... uma mulher que é viciada que... a mãe dela colocou ela numa clínica que é um espécie de uma minissociedade. Assim: com prefeitura, com... dentro da clínica e tal... Cada um com quarto separado, tinha festas para a turma lá dentro, mas é claro que sem as drogas. Piscina... tipo assim: parecia uma cidade excluída do resto do mundo. E aí começam a dar um direcionamento, um sentido para a pessoa, deixar ele procurar o que gosta de fazer. Se você se dava bem, se você estava se recuperando, conforme você fosse dando um "não" naquilo, não sentindo falta e resolvendo voltar a fazer alguma coisa... entendeu? Não ficar trancado num quarto... Porque a primeira coisa que você vai fazer na hora que você parar é ficar trancado num quarto, não querendo sair de lá pelo menos uns três meses, não querer ver nada... e quando você vai começando a voltar, assim, você não está se sentindo tão dependente daquilo, você começa a se interessar por fazer outras coisas: nadar, ajudar a escolher filmes para todo mundo assistir... Era assim mais ou menos o sistema dessa clínica. Eu achei interessante. Eu não sei como realmente deveria ser... O W., ele é mais uma coisa assim voltada para o espiritual, Jesus Cristo e tudo mais. Tem outras que o pessoal, são poucos... São grupos pequenos que entram e que monitoram esse pessoal, são ex-drogados que estão ali trocando experiências, idéias, tal... Tem quem vai também para tratar com analista, psiquiatra, separado, único...

2588. **Individual...**

2589. Mas eu não sei qual seria um bom sistema de tratamento.

2590. **Mas você diz então sobre a questão da amizade, da...**

2591. Acho que é o mais... especial. Porque ultimamente o ser humano se sente muito só. Porque ele mesmo ficou muito individualizado; cada por si, Deus para todos. Não tem aquela coisa de você ter realmente amigos, que é aquela coisa que tem mais quando você está... é criança, né? Porque quando você é criança você está com amigos, você conhece, você brinca e tal... Aí você vai crescendo e começa aquela concorrência,

aquela cobrança e tudo isso assim de uma vez, porque você já ficou grande... e também tem gente que não estava esperando isso e se aliena, fica sozinho... de tudo, do resto. Então eles se refugiam da coisa assim... Então eu acho que a amizade é primeiro, primeiro... mais importante.

2592. ***Seria uma questão de confiança na outra pessoa?***

2593. É, você se sentindo amado e ser amado, independentemente se é mulher ou homem, entende? Mas também esse tratamento é meio ilusionário porque ali na clínica ele pode dar essa sensação de que se está bem. Na hora que você sair não é tão real assim... você sabe como é o mundo aqui fora, né? Esta corrida... quem parar morre atropelado ou então morre no tempo. Esta corrida louca, você tem estar realmente preparado para enfrentar...

2594. ***Alguma coisa que eu não perguntei, você acha que seria legal que você falasse? Ocorre alguma coisa?***

2595. Alguma coisa? Você só não perguntou se eu era a favor ou não de legalizar a utilização. Eu acho que é interessante eu colocar alguma coisa a respeito. Se você legalizar a droga, agora, vai ser melhor para os dois lados: tanto os viciados quanto pro problema que está causando: que nem agora no Rio de Janeiro, esta invasão do exército nos morros. Veja bem porque: se você legalizar as drogas, mesmo que não sejam as mais pesadas (heroína, crack, tal...), você legalizando vai um controle maior de quem realmente usa, da qualidade do produto que você está colocando no mercado é como você não permitir que a pessoa... assim... começasse cedo no vício. Eu uso droga, mas eu vejo meninas e meninos novos começando... Tão novo e já está começando a fazer isso... tem coisas, agora, para eles, que são mais importantes do que isso. Então se eles legalizassem, farmácias que fossem vender... então o governo ia deter o lucro que deve ser muito grande e os usuários iam estar mais seguros. Porque você compra uma coca, agora, não sabe se ela está realmente pura, o tanto que deveria estar, o que o traficante misturou para render mais, e tudo mais... só vai saber na hora que socar no nariz. Se for mais pura vai ser melhor para gente porque a gente vai estar utilizando uma coisa que não tem tanta impureza, então não é tão prejudicial. Porque às vezes...

até essa *overdose* que eu tive foi pela qualidade da farinha, que não era boa...

2596. ***Não era boa?***

2597. Não, não era boa. Ela estava com soro... Não estava boa, do jeito que ela tem que ser, estriquilina [sic]...

2598. ***"Estriquilina"?***

2599. Ah, é gíria: deixa você ligado.

2600. ***E com relação a heroína, ao crack?***

2601. Porque o crack é autoviciante, né? É bom cheirar *crack*, também...

2602. ***Fumar... O que você achou de fumar?***

2603. É, fumar, desculpe. O efeito passa muito rápido... é tipo injetar, né? Só que é um pouco melhor ainda que injetar, porque ao injetar você está correndo vários riscos, de contrair Aids, essas coisas. Então todo mundo prefere o crack porque é a mesma coisa, e vicia mais rápido. O problema do *crack* é que dá ferida, entendeu? Parece... quando passa aranha, como chama? Cobreiro. Parece uma coisa assim. A heroína é superforte, também. Aquela coisa de louco, nem tem no Brasil.

2604. ***Só raramente, às vezes. Quando você usou injetável, você usou com outras pessoas ou...***

2605. Com outras pessoas, misturando com outras pessoas.

2606. ***Aí corria o risco de Aids. Na hora, ou depois, você não pensou que não deveria ter feito isso?***

2607. Não, porque já fiz pacto de sangue. Sabe o que é pacto de sangue, né? Você corta e faz selamento com sangue. Eu estava com aquela turma que eu conhecia, estávamos todo dia... quer dizer, conheço realmente, não eram baqueiros, não davam baque. E naquele dia a gente resolveu: "Vamos dar um baque". Não tive nenhum tipo de ressentimento quanto a isto.

K.

ENTREVISTA NÚMERO 11

Local e data de realização: em clínica de internação psiquiátrica no dia 04/09/98

Duração aproximada: 70 minutos

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:

Inicial fictícia: K.; *Sexo:* masculino; *Idade:* 23 anos;

Etnia: negro;

Procedência: Campinas-SP; *Escolaridade:* ensino fundamental completo;

Estado civil / situação familiar: solteiro, sem filhos, mora com os pais e duas irmãs

Profissão / ocupação: empregado em linha de produção industrial mecânica

Religião / religiosidade: evangélico não praticante

ALGUNS DADOS CLÍNICOS:

Substância da qual é dependente / tempo de uso: crack-cocaína, há 1,5 ano

Outras substâncias que usa: álcool e cocaína intranasal

Há quanto tempo no atendimento atual: 14 dias internado

Outros problemas de saúde: sem outros diagnósticos

OUTROS DADOS SOBRE A ENTREVISTA:

Trata-se aparentemente de uma pessoa com inteligência acima da média, tendo revelado uma capacidade de expressão verbal e de observação incomuns. Muito animado durante a entrevista, parecia querer contar toda sua história com detalhes, exigindo menos intervenções minhas do que a média da amostra.

TRANSCRIÇÃO:

2608. *[explico os objetivos da entrevista]*

2609. Eu comecei usando pouco. Depois passei para dez, vinte, cinqüenta, cento e cinqüenta. Cheguei a... Na última vez em que catei, eu peguei 200 g de crack. E eu desaparecia... ficava usando, agitava, quem quisesse usar comigo usava... Pessoas viciaram por minha causa, entendeu? E eu comecei... Eu procurei ajuda porque eu não comprava, eu trocava minha coisas. A minha RD [moto], eu troquei a troco de 100 g. Uma 350, da Yamaha.

2610. *Cem gramas de crack em troca de uma moto?*

2611. É o que a droga faz você fazer. Você acabou aquela quantia de droga. Como eu que peguei as 100 g, né? Mas passados três dias eu estava com 50 g. Nós estávamos em oito pessoas: três mulheres e cinco homens. Detonamos, detonamos até um certo ponto. Quando acabou eu fiquei na... Naquilo que eles chamam de "neurose". Eles chamam de "neurose" a vontade de usar mais, e eu não tinha mais dinheiro. Meu vídeo eu já tinha vendido pra poder comprar. Peguei a moto, fui à boca, cheguei pro cara e pedi duzentos gramas. "Ah, não, te dou cem". Aí naquele excesso de vontade, eu falei: "então me dá cem gramas". O cara me deu os cem gramas e eu dei a moto pra ele. Voltei a pé com os cem gramas. E eu procurei por causa disso: estava perdendo muitas coisas de valor. O meu salário já não estava vencendo mais a minha vontade de usar. E aí outras pessoas que não procuravam é porque... Eu também não ia procurar ajuda, não. Nós éramos assim: todo mundo falava: "Vou parar, vou parar, vou parar..." Quando era no outro dia, estava usando... Ninguém confiava mais. Então a pessoa dizia que ia parar, os outros tiravam sarro: "que vai parar nada..." Aí outros falavam assim: "Todo mundo vai morrer um dia, para que você quer se tratar?" Como falaram, para mim: "Pô, você vai morrer um dia, nós estamos aqui só de passagem", falavam assim para mim, "Para que você vai se tratar? Você vai se tratar das drogas, você vai morrer fumando cigarro, você pode morrer atropelado, pode morrer de uma doença grave, de câncer..." Então isso daí é o que faz as outras pessoas não procurarem.

2612. *Pressão dos amigos?...*

2613. É bem difícil... É uma situação bem difícil, mesmo... Como no meu caso: eu fiquei uma semana, falando que ia vir me tratar, ia vir me tratar. E todo mundo tirava sarro. Três colegas estavam com vontade de vir, mas é o tal negócio, eles não... Falavam... "Ah, não, eu vou morrer um dia, deixa quieto isso daí, se você quiser ir, você vai." Aí eu procurei a clínica e estou me tratando. Enquanto eles estão se acabando, minha namorada veio aí e falou: "Estão se acabando." Estão dando, o que eles falam lá, "balão" nos patrões: pegam, por exemplo 50 papéis com o patrão para traficar, e eles detonaram estes papéis todos. Eles estão todos nessa situação, estão todos visados pelos patrões da morte, entendeu?

2614. ***"Patrão" é o traficante?***

2615. Traficante forte que nem de São Paulo. Porque quem abastece no Jardim X. [bairro] é de São Paulo, um patrão de São Paulo, um jogador de futebol, ele treina no W. [clube de futebol]. Ele vem de carro, entrega pros caras lá, os caras traficam... E eles detonaram. Agora o cara voltou: não tinha dinheiro, não tinha droga, não tinha nada. Agora o cara quer alguma coisa em troca, se não eles vão morrer. Foi isso que minha namorada me passou.

2616. ***E eles matam, mesmo?***

2617. Matam, matam porque já morreram três lá. Assassinados por causa do crack. Então são todos desse jeito.

2618. ***Alguém que não esteja traficando, que só compra, se não pagar morre também?***

2619. Não, aí não... Aí depende muito da personalidade do patrão que está servindo, de quem a pessoa comprou. Por exemplo, se eu for pela primeira vez e compro três papéis, o cara vende. Se eu não pagar, 90 % de chance de ele te matar. Agora, se você gasta bem, 300 ou 400 reais, o que era o meu caso, o que eu gastava geralmente nas bocas, por mês... Por isso que eu tinha que vender minhas coisas de valor, para poder cobrir no banco. Eu chegava na boca, às vezes, sem dinheiro e pedia dois papéis para pagar depois. Eles me davam e diziam: "Você não precisa pagar, isso daqui é pra você ficar sossegado, pode usar à vontade". Então eu usava... Eles davam aqueles papéis sabendo que eu gastava bem, lá.

2620. ***Você já tinha pensado em parar de usar, antes, e seus amigos te convenceram a não parar?***

2621. Há seis meses. Pela primeira vez eu pensei.

2622. ***Há seis meses o que aconteceu para você pensar em parar?***

2623. Meus pais, meus amigos... Meus pais porque... minha mãe e meu pai sofriam demais: eu não dormia em casa, não comia nada. Dormia um pouco e já levantava apavorado, já saía para usar mais. Meus colegas se afastaram de mim: todos, todos os colegas que não usavam (que eu tenho muitos, lá), todos, sem exceção, se afastaram. Lá fora, o pessoal da minha idade, homens, eles se sentem mais revoltados em eu usar drogas do que uma mulher. Mulher não nos rejeita, meninas, no caso... porque nós usamos drogas... Agora os homens

rejeitam... Essa é uma diferença que eu tentei descobrir porque eu não sei... As meninas vinham ficar com a gente pra se sentir seguras. Eu acho que era isso, elas se sentiam seguras porque nós usávamos droga, ninguém mexia com a gente, nós podíamos ir bagunçar onde queríamos e ninguém falava nada... Mesmo que a menina não use droga, ela se sente mais segura com alguém que usa. Já os rapazes, da minha faixa de idade eles não gostam...

2624. ***Isso tem a ver com a religião deles?***

2625. Não, por que eu tenho três colegas que moram na mesma rua de casa, eles conversavam comigo, e a religião deles era católica, normal... meus pais são cristãos... Então quando eu comecei a usar, até um certo ponto eles me apoiaram a parar, entendeu? Mas... o vício do crack é rápido. Você fica dependente bem rápido. Então, o que eles fizeram? Se afastaram de mim porque eles poderiam também usar e ficar na mesma situação que eu. E foi também um dos casos que me levou [a procurar tratamento], eles têm moto hoje em dia, são pessoas saudáveis, praticam esporte... E eu não, só queria saber do crack, ficar escondido num lugar, num barraco que umas pessoas têm lá.

2626. ***Quem usa crack parece que sempre tem um lugar pra fumar, um grupo, não tem?***

2627. Tem. Sempre tem um grupo e um ambiente fechado pra fumar. Um ambiente aberto não serve pra usar crack, por causa do vento... Porque o isqueiro é queimado de ponta-cabeça. Às vezes você consegue fumar, outra pessoa fica tampando... Mas aí bate o desespero, porque o crack dá um desespero, você fica apavorado... Aí você procura um lugar fechado. Geralmente é a casa de um pessoa que é liberal, que usa, que a mulher deixa usar. No nosso caso, lá, é uma casinha de madeira de uma cara chamado A., que já foi preso, já matou por causa de crack, entendeu? Então sempre que nós tínhamos, nós procurávamos lá, podia chegar lá na hora que quiser: três, cinco horas da tarde, cinco horas da manhã... Chegou com crack... Aí era importante chegar com crack. Às vezes acabava o cigarro, nós saíamos pra procurar bituca de cigarro pra poder fazer cinza; porque não presta mais queimar na cinza velha. E era sempre esse lugar, o lugar mais usado por nós. E tinha um lugar que só eu e um colega usávamos, que era a casa deste meu colega, que a mãe dele não usava,

só que sabia que nós usávamos, ela me conhecia bem... E ela só admitia que fumasse na casa dela, só se fosse eu...

2628. ***Como uma mãe pode admitir que o filho use na casa dela? Ela então achava que não fazia mal?***

2629. Ela acha. Mas só que o modo de pensar dela (que ela me passou uma vez) é o seguinte: ele usando lá, está protegido. Agora, usando na casa desse A, isso era completamente perigoso. A qualquer momento a polícia podia chegar atirando, matando qualquer pessoa, prendendo todo mundo. Ele era, ou é, bem sujo com a polícia.

2630. ***Você perdeu a moto há três meses. Há seis meses, quando você pensou em parar de usar, você não estava gastando tanto?***

2631. Não, o dinheiro da firma dava pra me cobrir, pra comprar umas coisas. Aí depois o vício foi aumentando, a vontade de usar cada vez mais foi aumentando. Aí que eu pensava mesmo em parar de usar porque... Às vezes a pessoa usa e está vendo que aquilo está fazendo mal, mas... No meu caso... eu usava, mas depois que passava o efeito me dava uma depressão, me dava vontade de me matar, dava uma vontade de me catar, me bater, de fazer algum corte no meu braço... Porque eu queria tanto parar, só que não conseguia, eu não tinha força, não existe força contra o crack... Lá fora, não. Como eu falei para a enfermeira. Lá fora, contra o crack, não existe força. Por mais que a pessoa fale que vai parar, ela não consegue porque as outras sempre vão procurar. Agora, tratando, assim, eu não penso mais... Semana passada eu pensava todos os dias em usar crack. Esta semana eu já não pensei, já não sonhei mais, eu sonhava direto.

2632. ***Isso de querer se matar depois do efeito... Você se arrependia do quê? Ter gasto do dinheiro?***

2633. De ter usado. Eu usando... Eu pensava assim... vou parar. Às vezes eu ficava um dia sem usar. "Eu vou parar." Aí eu usava. Conforme usava, depois que passava o efeito, falava "Putá ! Para que eu fiz isso?" Porque sabia que usando naquele dia, quando fosse no outro... eu usaria de novo... Não ia ter jeito de eu parar daquele jeito que eu vinha tentando. Parava um dia, no outro usava... O que me levou também parar foi meu emagre-

cimento rápido. De um certo tempo para cá. Foi de repente que eu emagreci. As pessoas achavam que eu tinha até aids. As pessoas começaram a se afastar, muitas pessoas vinham perguntar se eu estava doente, se eu tinha procurado médico. Eu falava: "Isso daqui é efeito de uma droga que eu uso", só que eu não falava qual droga. Perdi doze quilos em três meses. Nos últimos meses... Porque nos últimos três meses, vou falar pra você, eu usei mais do que uma pessoa usa durante o ano, uma pessoa bem viciada usa durante o ano. Eu não soltava o cachimbo. Não faltava, não faltava porque quando uma pessoa tem coisa de valor e é viciada, uma pessoa usa mesmo. Já na boca e passava a moto, depois já passa um cheque de um mil e quinhentos; peguei 300 g na época, é bastante crack... É uma quantia que, se fosse para traficar, você ficaria rico. Sempre era esse grupo de oito, uma delas, a minha namorada, só que ela não usava.

2634. ***Ela sabe de tudo isso?***

2635. Sabe. Ela me apoiou bastante: para eu vir para cá, para eu sair fora. Ela não queria que... Mais cedo ou mais tarde uma pessoa vai morrer lá, eu sei disso, alguém vai morrer lá.

2636. ***Você já viu alguém passando mal?***

2637. Tive que ajudar. A pessoa deu a bola, aí caiu para trás, começou a se tremer e fazer assim com a língua. Estávamos eu e esse X., a mulher do cara e um outro colega dele. O colega começou a perguntar "O que esta acontecendo?" Eu falei que achava que estava enrolando a língua. O colega meu segurou na boca dele e a língua estava bem para traz. Daí eu enfiei o dedo e puxei para frente, quando puxei o cara já veio e jogou um balde de água e aí ele despertou. Isso faz quinze dias. Foi um dos casos que me deixou chocado. Fiquei bastante assustado porque eu pensava que não dava overdose o crack. Em mim nunca me aconteceu nada, assim. Nenhum ato diferente, nenhuma vontade de enrolar a língua, nunca aconteceu... Então eu achava que não existia. Já quando eu usava cocaína, porque eu comecei com cocaína, tinha me dado... Eu não agüentava falar. Os outros vinham falar comigo e eu... Só ficava assim. Minha garganta ficava bem seca, minha língua parece que ficava colada no céu da boca e eu ficava assim, não conseguia falar nada com a pessoa. Então

foi quando eu fiquei meio cismado. O *crack* eu pensava que não dava *overdose*.

2638. ***Mas foi por isso que você mudou para o crack? Por que passou mal?***

2639. Não, mudei pro *crack*... Eu nunca tinha experimentado. Um colega meu da própria firma, ele chegou e falou "você já usou *crack*?" Falei "não". "Vou pôr pra você, mas isso aqui é ruim, isso aqui você não pode viciar." Só que ele era viciado. Então ele colocou uma pedra no cachimbo e deu a primeira bola. "Vou te dar só a segunda bola." Deu a primeira e passou a segunda pra mim, eu não senti nada. Aí na outra vez ele voltou e passou a segunda bola, falei "Não, quero dar a primeira, porque não estou sentindo nada, não senti o efeito ainda." Ele colocou uma pedra pra mim e eu usei. Quando usei a loucura foi bem... A loucura do *crack* é diferente da da farinha. A da farinha você sai, você conversa com as pessoas, você fica bem ativo. Sem alguém nem falar alguma coisa você já quer agredir. Já o *crack* não. O *crack* acelera o seu coração, você fica bem esperto e não sai do lugar em que está. Parece que é uma força que deixa você naquele lugar, você não sai pra nada. Eu não sei... Eu usava, eu não ficava assustado com gente querendo... Meu único medo era que chegasse mais alguém para usar, esse era o meu medo. Agora, os caras que usavam comigo ficavam assustados, eles levantavam da cadeira rapidamente, voltavam a ficar quietos, falavam que vinha vindo gente. Outros viam olho na parede. A pessoa falava assim: "Tá lá, e olha o cara olhando a minha mulher." "Mas tá onde?" "Olha o olho do cara, aí!" Apontavam para a parede toda fechada. "Não, não tem ninguém!" "Que isso? Olha a sobrancelha do cara!" Ficava apontando para um buraco (de prego) na parede, querendo atirar. "Não, abaixa este revólver, não tem nada aí não." "Eu vou deixar quieto, mas eu vou matar." De repente eles já corriam para fora, subiam em cima do telhado. Então eu ficava percebendo aquilo e pensava "será que algum dia eu vou ficar assim?" Só que eu não esperei para saber. Eu já sai fora.

2640. ***Isto não te assustava? Alguém podia atirar...***

2641. Mas já deram tiro, só que não dão nas pessoas que estão usando. Vêem coisas geralmente no alto, não vêem embaixo, atrás da estante. "O cara quer me matar, eu vou matar ele primeiro." Dava dois tiros. "Pronto,

matei." Aí voltava a usar. Depois, não se lembravam. No meu caso eu falava para me buscar, principalmente este neguinho, que era o mais... Acho que a mente dele era a mais corroída, não sei, não sei o que acontece quando a pessoa usa o *crack*; porque ele era muito cheirador de tiner, ele não usava *crack*. Começou há bem pouco tempo e já estava nesse estado. Ele falava "Eu não fiz isso, não." "Você fez, cara."

2642. ***Mente corroída? Como assim?***

2643. Eu tiro por este sentido, assim: acho que o *crack*, ele vai quebrando algumas partes do seu cérebro e faz com que você veja coisas, que fique doido. Eu acho que se fica doido usando *crack*. Tem um colega meu que foi internado numa clínica, ele era traficante. Foi internado por causa de começo de loucura, ele tava ficando louco. Ele via coisas completamente inacreditáveis. Televisão desligada, ele via pessoas dentro da TV apontando um revólver para ele. Falava "Fica aqui comigo, os caras estão querendo me matar." Me dava um revólver. Passava um cadeado nas janelas. Achava que tinha gente tentando levantar o colchão dele. Foi a primeira vez que vi uma pessoa fazer isso embaixo. Pensei em ir embora porque estava demais, estava ficando muito louco. Aí ele começou a chorar. "Não, não vai embora pelo amor de Deus, tá cheio de gente aí fora querendo me matar." Isso às três horas da madrugada, não tinha ninguém na rua. Aí eu não usei mais, passou a loucura, ele melhorou, peguei o carro e fui embora.

2644. ***Há quinze dias você viu aquele rapaz passando mal. Você já tinha procurado ver tratamentos?***

2645. Não, foi depois. Porque quando eu procurei tratamento foi rápido para eu me internar. Procurei num dia com a minha irmã e no outro dia já tinha consulta marcada e depois no outro eu já vim me internar.

2646. ***A assistente social sabia desta situação?***

2647. Só ficou sabendo no dia em que eu tinha faltado quatro dias seguidos. Quando cheguei lá, eu não gosto de mentir pras pessoas quando eu falto. Fui, me expliquei com o encarregado, falei para ele que eu estava viciado em *crack*, que queria parar, que não tinha mais jeito. Ele me dispensou naquele dia dizendo que eu estava fraco. Só que ao invés de eu descansar eu fui procurar droga. Foi quando eu apressei meu irmão mais novo. "Estou querendo sair logo." Aí ele acelerou as

coisas. Minha irmã antecipou a consulta com o médico. Já fui lá, ele me deu uma folha, fui na firma. Na firma foi completamente rápido.

2648. ***E se tivesse sido demorado?***

2649. Não tinha me internado. Não tinha conseguido parar. Outras vezes eu já tinha falado para uma irmã, que eu estava usando *crack*, que queria parar. Para ela... as pessoas lá fora entendem assim: "quê? Isto é frescura! Na hora em que você quiser você pára." Falam assim para nós... Muitas pessoas falaram isso: minha irmã, meu cunhado, minha própria namorada. E eu falava para eles "não, não é assim. Essa droga que nós usamos, é difícil." A cocaína é fácil de parar, é bem mais fácil. Agora a dependência do *crack* é bem diferente. Senti logo na primeira vez que usei que ele é diferente das outras drogas. A farinha você usa e fica vinte minutos com o efeito dela. O *crack* é três segundos e você está louco. Depois de quatro segundos você quer mais. Esse é o mundo da droga. É a hora em que gasta bastante e fica só naquilo, só no *crack*, naqueles mesmo movimentos, não procura ninguém, não procura esporte, não procura nada.

2650. ***Nestes seis meses últimos, a vontade de parar conviveu com a vontade de usar... Antes não.***

2651. Eu usava e antigamente eu não perdia trabalho por causa da droga. Eu pensava "já que eu saio de madrugada [do trabalho], eu começo a usar da sexta para o sábado." Então eu nunca faltava. Aí depois de certo tempo comecei a faltar. Aí me dava um desespero, às vezes eu fumava e já estava pensando no porque eu estava usando. Só que eu não encontrava uma resposta, eu acho que é o vício, uma vontade de usar. Mas às vezes eu ficava tão nervoso, tão nervoso que não terminava nem de fumar e saía. Aí batia neurose em mim, eu ficava mais nervoso ainda e voltava para usar. Só ia pensar depois que tivesse passado o efeito da droga.

2652. ***Algumas pessoas te deram apoio e outras procuraram dizer para você não parar...***

2653. Principalmente meus colegas, como muitos falam quando falei que ia me internar. Eu vinha falando já há algum tempo que eu ia me internar, só que nunca tinha procurado nada, né? Não sabia como era. Três dias antes de eu me internar tiraram sarro... Tinha uma roda bem grande esperando o patrão chegar de São Paulo

trazendo a droga. Aí falei assim: "Vou parar de usar, vou me internar." Começaram a tirar sarro. "Pô, você vai perder seu emprego. Você não precisa fazer isso, você pode parar." Porque era sempre eu que colocava pra eles usarem [comprava e cedia]. Então eles ficaram dependentes de mim. Então eles diziam que eu podia parar de usar sozinho, inclusive uma mulher de idade, já. Ela e o filho usam *crack*. Eu usava na casa dela, eu falava para ela, entendeu? Ela é uma pessoa mais vivida, tal... é completamente viciada, é louca por *crack*. Acabava o *crack*, ela pegava a cinza que ficava no cachimbo e ficava usando só as cinzas velhas. Era completamente fissurada. E ela me dizia: "Que nada, você pode parar sozinho, dá um tempo." Eu pensava: "Pô, é mesmo, vou dar um tempo." Aí eu falava para ela que ia falar na firma. "Não, uma amiga minha foi internada pela firma e foi rapidamente mandada embora quando a pessoa voltou." Eu fiquei apavorado com isso, né? "Puxa, se eu perder meu emprego, pra arrumar outro..." Ah, eu vou me tratar; se aí for mandado embora, o que eu vou fazer? Vou voltar a usar. Isto o senhor pode ter certeza, se isto acontecer comigo. Só se for um caso raro: só se meu pai me mandar para S. [cidade] na casa de um irmão meu. Do contrário, se eu sair da firma, para arrumar emprego que equivalha à S. [empresa]... eu tenho certeza de que vou voltar a usar de vez. Acho que tem um certo tempo pra pessoa sentir que parou de vez. Como uma licença [hospitalar] eu não vou sair de casa, inclusive eu ia até pedir medicamento porque... As pessoas, quando me virem chegando, vão em casa: isto é certeza, eles vão me procurar em casa, na casa de parentes. Não é que eles vão querer que eu use; eles vão ter para eu usar. Todo mundo tem *crack*, lá, todo mundo está com *crack*, quantias boas de *crack*.

2654. ***Mas outras pessoas vão te ajudar a não usar... Sua namorada, por exemplo, você gosta dela...***

2655. Gosto num certo ponto. Não digo que eu amo ela. Gosto dela, me sinto bem estando perto dela. Às vezes eu ficava nervoso com ela. Quando usava *crack*, ela começou a ficar no meu pé direito. Eu não gostava de estar usando *crack* com ela por perto. Ela nunca usou! A mãe dela nem sonhava que eu usava droga. Então era quando eu não usava, pra sair com ela. Agora, acontece de um cara puxar um revólver e atingi-la, imagina mãe o

que vai acontecer comigo. Então eu não usava e saía com ela.

2656. ***Vocês brigaram, discutiram?***

2657. Direto. Discutia bastante. Ela falava: "pô, porque você não sai desta vida, você não está vendo que está acabando com você, olha o seu rosto..." Ela colocava a mão no meu rosto e pegava no meu braço: "olha seu braço, olha sua perna." Porque minha perna era bastante grossa, porque eu treinava para jogar futebol. Minhas calças estavam todas caindo. Ela falava isso direto então isso aí foi legal, até quando eu resolvi de vez me internar.

2658. ***Desta forma ela tentou te ajudar a parar. E sua vida sexual, se alterou, está ruim ou não alterou?***

2659. Acho que alterava num ponto: eu não conseguia fazer relação sexual mais, era raridade. Para eu fazer relação sexual com ela eu não podia usar. Agora, se eu usasse, eu não sentia vontade. Nem de beijar ela eu não sentia vontade. Quando você está doido de crack, passa o efeito do crack e você tem jeito de fazer relação, só que não é igual estando careta. Acho que pra todo mundo, estando usando, bate a "nóia", você não consegue ficar... Na época eu achava isso daí normal, não me incomodou. Lá no bairro tem bastante menina, hoje eu me culpo por duas pessoas, duas mulher, duas garotas, que hoje viciaram, de 17 e 15 anos. Elas frequentavam a nós direto. Como falei pra você: bastante mulher procura nós lá. "Como é a loucura?" Falei: "É assim, assim." Ela falou "Que horror, isso aí emagrece?" Falei que emagrece. Mas não é um emagrecimento saudável. "Ah, então eu vou experimentar." Experimentou a primeira vez. "Nossa, é demais, encontrei o que faltava para minha vida", ela falou para mim. "Você tem certeza de que está falando?" "Tenho, tenho." Agora ela está com um corpinho bem certinho, detalhado. Ela me diz na rua "Obrigado, obrigado mesmo. Agora os homens mexem comigo, meu corpo está bonito." "É, mas isto daí é por enquanto. Depois tudo isso vai sumir." A outra, o "patrão" quer matar. Deu 120 papéis para e não vendeu nenhum papel, usou todos. "Vinte papéis são seus, cem são meus." Na hora que a pessoa usa os 20, começa a usar os 100 que era para dar pro "patrão". Então o patrão tá procurando ela e outros. Não fogem porque pensam que não matam. Ela tem 15 anos, ela tá com

problema com a polícia. Todo domingo tem que fazer café para os policiais, é um tipo de pena que eles inventam. Ela tá despreocupada, pra ela tá tudo bem, tudo normal. Ela pensa que por ele ser mulher, salva. Vai ter que usar de meios femininos para fazer o patrão não cobrar dela. Vai ter que fazer alguma coisa. Agora, eu conheço o patrão de São Paulo, sei que ele é, ia até minha casa. Meu pai nunca desconfiou dele.

2660. ***Como é a relação com ele, o que você sente pelo traficante?***

2661. Num ponto eu admiro: de ele ser capaz de distribuir tanta droga, tanto crack. A parte de trás do carro dele é completamente cheia de crack. Eu sentia que havia uma alta consciência de ele poder traficar e não usar e por ele ter bastante coisa de valor. Tem loja de material de construção, tem casa, loja de vídeo, os carros, só carro do ano. Admirava no ponto de ele ter conseguido tantas coisas com droga. São pessoas assim: se você for certo com eles, fazer tudo certo, paga em ordem... Ele chegou a me dar 100 g para eu pagar depois para ele porque eu estava sem dinheiro. Foi quando eu vendi meu vídeo, uma TV. Dei cheque sem fundo.

2662. ***Não tinha intenção de vender, traficar?***

2663. Tinha, eu chegava a fazer os papéis para vender e depois pagar ele. Mas aí, o meu que eu tinha lá acabava, eu catava os papéis e usava tudo, não vendia um papel. Foi quando eu comecei a vender [objetos] para cobrir, aí eu comecei a ficar apavorado, querendo parar. Só estava me afundando de saúde e financeiramente.

2664. ***O vídeo era seu ou de sua família?***

2665. Meu. Tinha dois vídeos. Um era da minha irmã e um era só meu. A televisão também era só minha.

2666. ***Você chegou a vender alguma coisa da família?***

2667. Só a cartucheira, uma arma de fogo. Não vendi, troquei por 15 papéis. Foi um dia antes de eu me internar. Passei a noite toda usando, foi quando eu vim me internar. A cartucheira era do meu irmão. Não sei se ele sabe [que vendeu] porque no outro dia eu vim e não a vi mais. A uma hora dessas ele deve estar imaginando quem sumiu com a cartucheira dele, não deve pensar que fui eu.

2668. ***Passar mal, fisicamente, aconteceu? Ou só emagreceu?***

2669. Só no outro dia, no dia seguinte. Assim: você pára um certo tempo de usar, você usa e seu pulmão fica completamente carregado. Agora você usando direto, aquilo lá some parece que fica normal, não prejudica mais. Agora, coração eu sentia dores, vem aceleradamente direto do coração. Não quando eu estava usando, porque quando se usa, acelera, mesmo. Depois que eu passava... Teve uma vez que eu estava sentado assim... De repente eu senti uma aceleração bem rápida do meu coração. Deu uma falta de ar em mim e deu aquela pontada. Pus a mão assim e falei "Está doendo meu coração" porque meu pai tem problemas de coração, tenho duas irmãs que têm e um irmão. Então fiquei preocupado: eu nunca procurei o médico por causa disso.

2670. ***Você chegou a pensar que estava com problema de estômago pelo emagrecimento... Que estava com alguma doença grave...***

2671. É o pessoal falava pra mim, né? Eu não achava, sabia que era droga. Porque a única doença para emagrecer tão rápido desse jeito é... não sei, o HIV? E eu era muito saudável e era difícil eu fazer relação com garotas... Fiquei praticamente um ano sem fazer relação, fazia só com minha namorada. Porque logo que comecei a usar eu não pensava mais em mulher, não pensava mesmo. Não queria nem saber. Droga injetável eu nunca usei, não gostava nem de ficar perto. Sentia vontade de vomitar. Eu vi uma pessoa usando uma vez, ela queria vomitar. Falei "Que loucura boba, por que você usa?".

2672. ***Quando há três meses você pensou em parar de usar você não pensou em tratamento: parar de usar sem tratamento. Quando você começou a pensar em tratamento?***

2673. Foi quando um amigo meu chamado Y. usava crack com a gente, tinha sumido. Ele devia lá e sumiu, entendeu? Aí depois eu vi ele, vi ele bem gordo, bem saudável mesmo. Falei: "porra, Y., você apareceu? O que aconteceu com você?" Falou "eu me internei numa clínica para recuperação para viciados e consegui parar, não quero mais usar." Ainda pediu desculpas para mim: "Não vou querer mais andar com você." Falei: "Não, tudo bem, não quero te forçar a nada, cara. Parabéns." E perguntei o nome da clínica. Aí ele falou. Foi na região

aqui. Daí que eu tirei um pensamento, falei "puxa, ele se internou numa clínica, isso tem solução." Já fiquei contente porque tinha solução, não é? Se ele parou, eu ia conseguir parar também. Se uma pessoa consegue, por que eu não vou conseguir? Não sou diferente dele...

2674. ***Quando você então começou a pensar em se tratar, que idéia você fazia de uma clínica?***

2675. Eu pensava que a pessoa prendia a gente. Se a gente ficasse com vontade de usar, pulasse o muro ou alguma coisa parecida, ele davam choque em mim. Então, este era um dos principais medos meus de me internar. Eu não entrei em detalhes com este meu colega, só perguntei assim por cima. Então fiquei com aquilo na cabeça "O cara tá tão bom, conversando bem, conversando bem detalhado, bem saudável." Então comecei a imaginar "Os caras bateram nele, deram choque pra ele poder ficar dentro da clínica"; porque, eu ficava um dia sem usar, eu ficava louca, dentro de casa era como se fosse uma eternidade. Então, pensava: "puta, devem bater". Inclusive quando entrei aqui eu falei pro doutor que estava de plantão, se aqui batiam. Ele falou que não. "Então, tudo bem." Eu confiei nele, mas não confiei assim... Demorei quatro dias pra me convencer. Não conversava, só conversava com os dependentes químicos: as enfermeiras eu ficava olhando meio quieto, sentado, olhando... Porque... nossa... eu fiquei desesperado... Pensei que iam me dar choque, me bater... Pensei que iam me tratar assim da vontade de usar.

2676. ***Como você teve coragem de vir, mesmo pensando isso?***

2677. A vontade de parar. Porque eu enfrentei bastante preconceito, assim... da sociedade. Principalmente das pessoas que usaram, das pessoas que não usavam... Eu passei em todas as lanchonetes que eu freqüentava e depois eu sumi, porque usava exageradamente. Aí expliquei pra eles que eu ia me internar. Uns falavam "Não, você tomou uma decisão bastante difícil, mas você é uma cara bom, você tem condições, você merece." Então muitos deram apoio. Muitos falaram "Não precisa parar não, fica frio, você está bem, saudável." Muitos diziam "Você não modificou em nada, você está normal." E eu olhava no espelho e não me reconhecia, isso aqui bem fundo [na face], os olhos roxos. Deste mesmo jeito eu não passava, e isso que eu achava impressionante. Falei "Ah, não, eu vou enfrentar a clínica."

2678. ***Aí você chegou aqui e viu a clínica.***

2679. Não queria me internar. Falei, não... achei o muro muito alto, o portão todo fechado. Falei "Aqui eles vão querer me prender, vão me bater, eu não vou ficar aqui." Entrei, vi a dona M. sentada e o F. [paciente], vi o L. [outro paciente] olhei meio assim... vi, pelas fisionomias deles que eram viciados em drogas. Comecei a conversar com ela... Foi quando eu vi outros pacientes e pensei "Será que todos são viciados em drogas?". Aí vi a C. [paciente], achei que tinha um jeito meio estranho. Falei "Puxa, ela deve ser bastante mal tratada, já pensei comigo. Ela deve apanhar, aí, falei com minha irmã." "Não vou me internar aí não. Os caras vão me deixar louco aqui dentro." Foi quando eu conversei com o médico e o Dr. I. falou que não tinha nada a ver, perguntou se eu tinha medo, falei que eu tinha medo de tomar choque. Falou que não tinha nada a ver. Foi quando eu entrei, mas entrei com o pé atrás, não entrei confiante. Aí depois é que eu fui acreditar, com o passar do tempo.

2680. ***Como você acha que deve ser uma clínica para tratar das pessoas?***

2681. Igual a aqui. Se fosse assim, para dependentes químicos, eu acho que deveria ter uma área mais ampla, no caso de praticar um esporte, de fazer um exercício. Porque às vezes eu sinto vontade de jogar futebol. A terapia ocupacional eu acho bastante legal. Sempre tem médico aqui, sempre se pode conversar. A primeira vez que eu vi uma clínica foi pela televisão. Foi num filme chamado *New York City*, não sei se você conhece, é sobre *crack*, é americano o filme. Tinha um neguinho, ele usava bastante *crack*. Então o policial catou ele pra fazer parar de usar, levou ele pra uma clínica. E a clínica era basicamente assim, não digo parecida, mais algumas coisas iguais: uma conversa, um bate-papo, as pessoas viciadas falavam o que faziam. Pessoa falou que matou a mãe pra poder roubar dinheiro pra poder comprar o *crack*. Aí eu tirei uma base de lá. Foi quando eu assisti várias vezes essa fita de vídeo e falei "Putá, eu vou me internar." Porque eu nunca me internei, né? Não fazia nem idéia de como era uma clínica. Para mim iam me dar choque e me prender.

2682. ***Então como seriam as pessoas que iriam tratá-lo?***

2683. Imaginava que pela minha frente seriam uma coisa, mas por exemplo, se eu quisesse usar droga, eu falava... aí você chegava e me dava uma injeção. Daí eu dormia e você me levava pra qualquer lugar. Eu pensava que aquela injeção me derrubava na hora. Então, eu pensava "eles vão me dar injeção, eu vou dormir, e eles vão me levar para um pau-de-arara, vão dar choque na ponta de meus dedos". Ou então me dão injeção, me põe numa camisa-de-força e eu fico preso até parar a vontade, até parar de gostar da droga.

2684. ***Então você imaginava que os profissionais podiam ser falsos?***

2685. Acho que muitas pessoas, não só eu, pensam desta maneira, principalmente lá, que eu convivia. Que uma clínica é um lugar ruim não um lugar tranquilo, assim, igual eu conheci aqui. Inclusive eu vou falar para os meus colegas, vou dar a maior força. Tem uns três colegas que trabalham comigo, lá, e sempre falavam para mim que iam parar e eles nunca conseguiram também. Vou falar "É boa a clínica, um excelente lugar, você consegue parar". Agora... eu perdi totalmente a vontade de usar, não digo que a ponto de ver e rejeitar.

2686. ***Por outro lado, você acha que se perder o emprego, a vontade volta...***

2687. Não digo a vontade... Ficar um certo tempo sem fazer nada, com aquele dinheiro para que eu vou receber da firma... Saio cedo pra procurar emprego, vejo alguém que usava antes. A pessoa vai, fala uma coisa, eu rejeito... Mas chega uma hora que quebra aquilo lá... Você vai ficar revoltado com muitas coisas que te aconteceram. Vai falar "putá, eu não tenho nada, estou sem trabalhar..." Aí a pessoa já começa a por... E aí vou no banco, tiro o dinheiro todo, compro e me acabo... O *crack* é fogo... Se eu pudesse voltar atrás eu não teria experimentado.

2688. ***Você chegava a ficar algum tempo sem usar?***

2689. Um dia, foi o máximo de tempo que fiquei, nestes últimos três meses. Antigamente eu usava mais sexta, sábado e domingo e só ia pra casa na madrugada de domingo, aí dormia e ia trabalhar.

2690. ***que ocorreu pra parar o uso há três meses, tendo começado a usar uma no atrás?***

2691. Eu acho que foi... Foi assim: tinha hora que eu estava cachimbando, quando dava hora de trabalhar eu

corria pro ponto. O cara falava "Olha, K., são três e meia", dava a última bola, sala correndo, chegava no ponto suado, apavorado, pegava o ônibus... chegava no outro dia, me falavam "Pô, você vai trabalhar? Usa ele aí, telefona para firma e inventa alguma mentira." Aí, pá, a primeira vez... Falei e aí começou. Gostei de ter ficado usando bastante, né? No outro dia a mesma coisa; no outro dia eu ia trabalhar. Minha produção sempre foi excelente, na firma.

2692. ***Não diminuiu?***

2693. A produção não. Inclusive quando eu levava para a firma eu trabalhava mais ainda. Usava dentro do banheiro. Fazia um cachimbo de copo de yakult, dava umas duas bolas, voltava para a máquina, aí eu fazia rápido. Pensei: usando rápido, vai sobrar tempo pra eu usar. Então eu fazia bem rápido. A produção que eles me passavam antigamente era de 1.500 peças; depois aí 1.500 eu terminava na hora da janta, então eu tinha o outro período todo livre. Então eles perceberam. Enquanto os outros faziam duas mil peças eu fazia três mil e duzentas, era a minha produção. Então os caras, nossa, adoravam isso daí. Começaram a me dar 2.000 peças de serigrafia e me mandavam trabalhar na máquina de calor. Nesta máquina eu era mais rápido ainda, então era a hora em que eu usava mais. Aí saía da firma e encontrava os caras. Ficavam no ponto me esperando. Descia e "Olha, tem crack, você quer usar?" Eu olhava, assim e falava "Vamos".

2694. ***Então sua produtividade não se alterou?***

2695. Produção, não. Agora, faltas alterou. Aí meu salário era bem baixo, não recebia sábado e domingo. Agora depois que parei, volta tudo a ser como era antes, logo que entrei na firma.

2696. ***Você falou que às vezes dava vontade de se matar, você ficou com medo de pensar seriamente nisso?***

2697. Não, eu cheguei a colocar revólver aqui [na garganta]. Eu tinha uma 765, era semi-automática, né? Treze tiros. Colocava aqui, ó... Sempre fui fã de armas, treinei no quartel. E engatilhei ela e fiquei um bom tempo aqui com ela. Aquele desespero na minha cabeça, aquela vontade. "Atira, atira, que você não vai conseguir parar." Passava pela minha mente aquilo. Aí eu pensava "Se eu me matar, vai acabar tudo, eu não vou ter oportunidade de parar, não ter nada." E ficava com a 765

assim, carregada... Aí tirava ela e guardava. Tentei isso várias vezes, me matar. Eu deitava na cama, às vezes. Eu via que minha mãe ia no quarto, abria a porta, começava a chorar. Eu fingia que estava dormindo mas ouvia ela chorando. Daí, nossa... foi me batendo de tal maneira que eu ficava desesperado, não conseguia dormir. Eu pensava em sair fora de casa, porque aí não faria ela sofrer. Porque sabendo que eu morava noutro lugar, então ela não ia se preocupar. Porque minha mãe, ela sempre foi assim, ela não dormia enquanto eu não chegava em casa, ela sempre foi assim comigo. Então, nossa, isso aí pra mim... Me magoou mais, da droga, peguei raiva. Eu via o choro dela, ela ficava assim na porta, chorando, e eu virava pra parede...

2698. ***Você falou num grupo que sua família não te contém, não dá continência...***

2699. Não conseguiram fazer eu parar de usar. Eu usava e não falava pra ninguém. Minha irmã soube porque eu falei pra ela. São pessoas que me sinto legal em falar do que pros meus pais. Porque meus pais também têm muitos problemas... de coração... Então eu ficava meio assim de falar pra eles. Então às vezes eu não gostava de ir pra casa assim, louco de crack. Chegava em casa daquele jeito, o olho fica bem arregalado, a boca fica branca e descascada, a cara seca, você suado, a testa vem pra frente, vários sintomas dá o crack. Eu achava que escondendo era melhor do que eu falar.

2700. ***Tinha alguém com quem você se abria?***

2701. Minha namorada sabia de tudo, né? Mas, da minha família, minha irmã X., tudo o que acontecia comigo eu me abria com ela. Eu pedi pra usar lá e ela não deixava usar na casa dela. "Não aqui, não você tem que parar com isso, pô." "Se você não quer que eu use aqui, eu uso lá fora." Ela falava assim, mas no outro dia eu já estava lá, entendeu? Ela é só um ano mais velha do que eu e nós sempre fomos muito apegados, sempre me abri com ela. E eu me abri com minha outra irmã porque ela já tinha querido internar um irmão meu, só que ele usava comprimido. Tomava diazepam. Ela queria internar... Então me abri com ela porque ela devia saber alguma coisa, alguma clínica, algum médico. Porque eu não sabia nada, nem que médico procurar eu sabia.

2702. ***Seu irmão já parou de usar?***

2703. Os comprimidos ele não usa, maconha ele usa direto. Crack eu coloquei duas vezes pra ele usar só que

ele é uma pessoa que está prestes a se casar, ele não embalou. Álcool ele toma bastante.

2704. ***Na sua família são vocês dois?***

2705. Eu tenho outro irmão que usa maconha e bebe bastante uísque, sempre tem uísque na casa dele. Eu tenho uma irmã que mora em São Paulo, ela usou vários tipos de drogas. Hoje em dia ela é crente. Matou policiais. As pessoas davam droga pra ela pra ela matar policiais. Recebia dólares, ia pra outro estado. Depois voltava e matava outra pessoa. Agora casou, trabalha, ela sempre me deu apoio.

2706. ***Sobre a religião de sua família [evangélica]?***

2707. Não me batizei nessa religião. Pode ser, né? Espero que sim, espero que eu siga uma religião. Que a religião me faça bem. Atualmente não tenho nenhum tipo de vida religiosa.

2708. ***Você nunca tinha procurado psicólogo ou psiquiatra?***

2709. Não, achava que era médico de louco.

2710. ***O que você entende por "tratamento"?***

2711. Eu sempre imaginei que fosse tratamento um lugar em que a pessoa viesse... Por exemplo, uma pessoa estava com uma doença, uma gripe, por exemplo, ela vem fazer um tratamento e ali ela era submetida a remédios, a alimentação, a dormir bem, a ficar de repouso. Vários tipos de coisas pra pessoa ter recuperação rápida e sadia, isto é que sempre pensei. O F. fala muito de outras clínicas, um pavilhão de gente dormindo... Numa clínica essas ninguém consegue se recuperar, eu acho que não. Muitos tipos de pessoas, alguns vão induzir o outro a usar.

2712. ***[trecho ininteligível]***

2713. O que eu pensava do *crack* é que muitas pessoas fariam qualquer coisa pra ter. Muitos colegas meus roubam, eu fui muito chamado pra fazer isso daí. Eu nunca roubei, eu acho que ia me sentir mal roubando: eu nunca tinha roubado, ia roubar pela primeira vez. Sempre fui a favor de trabalhar. Colegas meus matavam por causado *crack*.

2714. ***Para assaltar?***

2715. Não, as pessoas pagavam pra ele. "Te dou dinheiro pra matar aquele cara lá, é rápido." Ia, matava o cara, catava o dinheiro, catava o *crack*... Outros roubavam, aprontavam bastante. É uma coisa que eu ficava

pensando: "Se um dia eu perder o emprego, não ter mais nada para trocar, eu vou ficar assim. Vou ter que parar com isso." Foi quando eu procurei porque... as outras drogas eu nunca fui viciado, experimentei maconha, cola, comprimido, tiner, lança-perfume, cocaína eu usei bastante e o *crack* agora. Nunca fui embalado em outras. A cola, o sistema da cola, chega um certo tempo que você não sabe mais o que está fazendo; uma vez quando todo mundo voltou a si, cada um com um saquinho de cola mão, o guarda-roupa estava derrubado, o colchão tinha pegado fogo, nós tínhamos aprontado tudo, sem saber que tinha sido nós. Usei bastante, mas pessoas que usam isso daí, sei lá... Principalmente em cola, lança-perfume, maconha são drogas que deixam o organismo estranho, a maconha deixa o corpo mole. Deixa a pessoa mole... Tem colegas meus que só gostam de maconha, só usam *crack* no meio da maconha. A maconha deixa minha boca com gosto ruim, de detergente.



ENTREVISTA NÚMERO 12

Local e data de realização: em consultório, no dia 05/10/98

Duração aproximada: 90 minutos

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:

Inicial fictícia: L.; *Sexo:* masculino; *Idade:* 43 anos; *Etnia:* negro; *Procedência:* cidade próxima a Campinas-SP; *Escolaridade:* ensino fundamental completo; *Estado civil / situação familiar:* casado, duas filhas adolescentes, mora com esta família; *Profissão / ocupação:* eletricitista em indústria, empregado; *Religião:* não tem

ALGUNS DADOS CLÍNICOS:

Substância da qual é dependente / tempo de uso: álcool, usa há 17 anos, percebido como abusivo há 6 anos

Outras substâncias que usa: nenhuma.

Há quanto tempo no atendimento atual: 17 dias; ficou internado 45 dias em clínica para dependentes há 3 meses

Outros problemas de saúde: hipertensão arterial.

OUTROS DADOS SOBRE A ENTREVISTA:

Foi para consulta sob pressão do serviço social e do serviço médico do trabalho da empresa onde está empregado; procurei assegurá-lo de que sua participação era voluntária e que não iria alterar o andamento e seu atendimento médico. Aparentemente se sentiu à vontade durante a entrevista.

TRANSCRIÇÃO:

2716. ***Como foi este processo de começar a achar que precisava se tratar?***

2717. Um pouco foi... um tipo de pressão da firma. Porque, pelo que estou sabendo, eu fui entregue para chefia duas vezes. Aquele ditado: o bêbado acha que não está bêbado, está sempre são. Então, aí começou... Aí não fica aquele ambiente legal... sabendo que a chefia... sei lá, fica meio chato.

2718. ***Você foi entregue por colega?***

2719. É, e na portaria não tinha nada, revista para saber... Aí me chamou para conversar duas vezes, falou que o meu trabalho era muito bom, que eu era bom profissional, mas "Estão querendo pegar você aqui den-

tro". Aí logo depois (até eu estava vindo aqui, depois tinha parado de vir) eu fui chamado para conversar com a X., porque antes tinha dado problema no sangue, excesso de álcool, estavam constatando que eu estava bebendo demais, mesmo. Foi aí que ela me chamou e me fez a proposta: na hora eu não aceitei, fiquei nervoso, me deu vontade de virar a mesa. Achei que estavam se intrometendo muito na minha vida particular. Inclusive eu não estava bebendo, estava com um mês sem beber. Falei "Me dá uns dias de prazo para eu pensar" e naquele dia eu saí do serviço e bebi demais. Eu cheguei em casa nervoso, não caindo, lógico, bêbado. Expliquei pra minha mulher o que tinha acontecido, ela sabia que tinham me entregado, até ia me avisar para eu tomar cuidado. E ela achou a idéia muito boa, inclusive queria que eu fizesse esse tratamento. Qualquer tipo que fosse. E deu certo isso aí, a X. fazer a proposta e ficou combinado de um dia minha mulher ir lá conversar comigo e com Dr. Z. Aí já marcou a data da internação.

2720. ***Quando você aceitou, já estava convencido de que precisava de tratamento?***

2721. Já estava porque aí estava afetando tudo. Antes vinha afetando meu lar, minha casa, meu casamento estava indo por água abaixo. Minha filha não podia me ver chegar e já passava mal. Então sabia que já estava prejudicando tudo e aí, quando foi feita a proposta, já estava afetando o serviço também. Já tava na hora.

2722. ***Por que estava afetando a vida profissional?***

2723. Em tudo. Primeiro, eu já estava demonstrando para todo mundo. E meu raciocínio também estava muito lento, para pegar um desenho, um painel, para eu raciocinar rápido, eu já estava muito lerdo pra raciocinar.

2724. ***Esta decisão foi em julho de 97, quase seis meses depois que a X. falou pra você pela primeira vez pra você procurar tratamento. Como foram esses seis meses?***

2725. Eu achava que não precisava. É como eu falei antes, eu nunca estava errado, tinha sempre um motivo, ou é o trabalho, ou o trânsito, ou o salário que não deu. Aí vem acumulando um monte de coisa.

2726. ***Você achava que não precisava parar de beber ou não precisava se tratar para parar de beber?***

2727. Achava que não precisava parar de beber. Achava que eu estava certo bebendo e que ninguém tinha o direito... Só que eu também não falava. Eu achava que não tinham direito, mas não falava. Eu comigo estava achando que não deviam, mas estavam entrando. Eu no fundo admitia que eu estava errado, porque se estavam falando é porque já estava demonstrando.

2728. **No fundo, você admitia que tinha que parar de beber ou diminuir pelo menos...**

2729. Mas eu já vivi muito e não tem essa de diminuir, do meu modo de ver e de pensar. Ou bebe ou não bebe. Se eu tomar uma, vou tomar outra. E antes eu não sabia, agora eu sei, se eu não evitar o primeiro gole eu não vou tomar. Se eu evitar o primeiro, não vai ter um segundo. Cheguei a pensar em diminuir, hoje é que eu vejo que não tenho diminuir. Mas na época eu tentava diminuir, mas não adiantava, que na hora que eu menos esperava estava tomando até mais do que antes, porque a tendência é aumentar.

2730. **Você tentou parar alguma vez?**

2731. Parar eu não parava, tentar sim, mas nunca dava em nada.

2732. **E nesse período em que já fazia um mês que você não bebia, o que aconteceu? Você resolveu parar?**

2733. Foi na época em que estavam me entregando para chefia, aí eu dei uma cortada na idéia de restabelecer a confiança, o que é difícil. Para se construir é difícil, para cair é num dia por outro. No caso aí, deixa a entender de que a chefia não podia ter mais confiança. Hoje eu entro no serviço às 23h45 e a elétrica da fábrica toda está na minha mão. É lógico não aceitavam; como é que eu ia entrar às 23h45 para tomar conta de tudo aquilo? Pondo em risco a minha vida e a de todos lá dentro. Então eles tinham razão e chegaram à conclusão de que eu tinha que parar. Que eu cheguei a conclusão que eu tinha que parar.

2734. **Isso de alguém te entregar, que teria sido?**

2735. Acho que foi parte do chefe de setor, de produção. Cheguei a pensar.

2736. **Hoje você acha que essa pessoa que te entregou fez bem ou mal?**

2737. Acho que fez bem, por um lado, mas fez sem saber, porque na hora eu achei ruim. Se eu pego essa

pessoa já parto pra ignorância com ela. Então ela fez pensando no meu bem, pode ser, mas também não pensam nas conseqüências do que podia acontecer: eu podia ser mandado embora. Na hora eu fiquei revoltado, quis saber quem era.

2738. **Você bebeu muito durante quanto tempo?**

2739. Estou com 37 anos, comecei a tomar bastante com vinte anos.

2740. **Nestes dezesseis anos, desde quando você acha que estava passado dos limites?**

2741. Aí está o caso de diminuir, né? Houve época de eu tomar bem mais. Em 85 eu tomava muito, teve desemprego, tal. Eu tomava até mais que agora. Até na época eu me separei da minha família, aí volta, parava, voltava tudo outra vez. De três a quatro anos eu tomei muito.

2742. **Perceber que estava bebendo muito, demorou? Enquanto bebia, já sabia que estava bebendo demais?**

2743. Saber, sabia. Eu só achava que não estava prejudicando ninguém. Achava que prejudicava só a mim, não aos outros. E estava prejudicando muito mais.

2744. **Você tinha idéia que prejudicava você, seu organismo...**

2745. Mas eu achava que cumprindo meu horário de trabalho, não deixando faltar arroz e feijão em casa, eu estava certo.

2746. **Você nunca passou mal, fisicamente?**

2747. Tem assim, aquelas ressacas...

2748. **Por que você achava que seu organismo era prejudicado?**

2749. fígado, né? Por exemplo. Eu estava inchado. Completamente inchado. E ultimamente estava mais ainda. Estava só bebendo e não estava comendo. Eu aceitava o tratamento e queria aproveitar os dias antes de ir para lá. Assim me prejudiquei mais ainda, bebendo mais.

2750. **Você bebeu mais antes de ir pra clínica?**

2751. Não demasiado. Não caí, nada... mas tomei todos os dias antes de ir.

2752. **Apesar de querer parar, mas ao mesmo tempo nesses dias...**

2753. Aí eu não sabia se era por raiva, não sabia.

2754. ***Você sentia necessidade física de beber? Tem pessoas que têm tremor depois de ficar uma noite, outros têm náuseas, ansiedade...***

2755. Eu tive sim. Não cheguei a tremor, mas levantar à noite e tomar uma, eu fiz isso... Tremor de ressaca, de manhã, eu tinha. Mas eu não era de tomar outra pra rebater, não.

2756. ***Beber logo cedo?***

2757. Nunca. Tive em outra época. Eu levantava e se não tinha em casa já queria saber onde estava aberto para eu ir tomar.

2758. ***Naquela época você diminuiu depois de conseguir emprego. Foi fácil?***

2759. Acho que foi mais pelo compromisso, obrigação. Como eu disse, estava desempregado. Então não tinha compromisso, e pra bebida não precisa dinheiro, qualquer lugar você chega e arruma. Comida não, mas bebida todo mundo oferece. Como o trabalho, tive que diminuir automaticamente.

2760. ***E aí diminuiu durante muito tempo?***

2761. Aí diminuiu e já vem mantendo na faixa que eu cheguei agora: tomando, constante.

2762. ***Quando a X. falou pra você no ano passado sobre o tratamento, você tinha aumentado?***

2763. Não.

2764. ***Por que será que eles finalmente te abordaram, se a quantidade era a mesma?***

2765. A mesma, mas aí já entra o físico, né? Vai tomando, tomando, vai enfraquecendo o corpo. Então tem pessoas que tomando uma dose de pinga, ele cai... Ele já não suporta mais, vai enfraquecendo.

2766. ***Você não percebia que a mesma quantidade de sempre estava fazendo mal pra você? Provocando mais danos?***

2767. Perceber, percebe. Só que continua. Por que, eu não sei. Eu continuava. E eu nunca fui também de sair muito, mas ali na pensão [onde morava longe da família], eu chegava de manhã porque trabalhava à noite. Em vez de dormir, ficava bebendo até três, quatro horas da tarde. Depois levantava e ia trabalhar outra vez. E antes de trabalhar eu tomava ainda.

2768. ***Você chegava pra trabalhar intoxicado.***

2769. Intoxicado, só que, para mim, eu estava bom. Quem estava me vendo é que...

2770. ***Nunca aconteceu acidente?***

2771. Graças a Deus, não. Nunca fiz pegar fogo, nunca machuquei ninguém no meu serviço. Aí então eu também achava que estava certo porque se me chamassem para arrumar qualquer máquina, lá dentro, eu consertava. Eu me auto-avaliava, tinha autoconfiança, mas os outros já não me viam dessa maneira.

2772. ***As pessoas foram perdendo a confiança em você...***

2773. De repente, sim, né? Acho que sim. Porque quando o chefe me chamou, ele falou: "você toma cuidado". Depois falou que eu era bom funcionário, bom profissional.

2774. ***Daí a X. falou pra você como era a clínica...***

2775. Ela me deu informações por cima como era.

2776. ***Nos dias anteriores à internação você bebeu todos os dias. Antes de chegar na clínica como você imaginava que ia ser o tratamento?***

2777. Imaginava um lugar chato, fechado, pessoas pegando no pé, sem poder sair, pensava na família longe. Aí logo no primeiro dia eu estranhei, eu não achava legal estar lá, não estava me ambientando. Queria logo a primeira visita da família. Não cheguei a ficar misturado com eles.

2778. ***Vontade de beber?***

2779. Não. Nos primeiros quatro dias tomei remédio para desintoxicar, daí só passa a tomar vitamina. No segundo dia já começa a participar das reuniões. Não do inventário. Porque todo dia tem um inventário, às vezes dois num dia. Nos primeiros dias não participa de inventário, participa da oração de manhã, terapia de grupo.

2780. ***Antes de chegar, você achava que ia ter "fissura"?***

2781. Eu achava que sim. Achava: trabalhando, eu chegava tarde e saía para tomar uma cerveja com colegas e lá eu não ia ter isso. Eu tava aqui mas pensava "como ia ficar, como ia suportar?".

2782. ***Se você já tinha conseguido ficar sem beber em casa, por que achava que não ia conseguir lá?***

2783. Mas aí que está, doutor. Eu tinha ficado com raiva. Eu pensava: vou lá e não vou esquentar com tratamento. Meu subconsciente não aceitava a internação. E eu sabia que tinha que ir. Ou ia ou perdia o emprego, a família. E aí chegando lá, nos primeiros dias...

Fui sob pressão. Eu sabia que tinha que ir, só não admitia.

2784. ***Tinha dois lados dentro de você: um lado achava que tinha que se tratar e um outro que...***

2786. Achava que estava certo. Como falei: podia trabalhar, nunca deixei de consertar uma máquina. Achava que ninguém devia se meter na minha vida, que tinha o direito de se meter na minha vida particular. Eu não admitia isso, e estava errado.

2786. ***Outra coisa: você falou que achava que o pessoal ia ser chato, ia pegar no pé. Por quê?***

2787. Lugar, não gostar do lugar, o pessoal, como vai ser? Você tá no meio do lugar. Eu não fazia uma idéia de como ia ser, só achava que não ia ser legal, ia ser chato. Não sei distinguir o que pensava, separar.

2788. ***Achava que podia ser maltratado por alguém?***

2789. Não, isso não pensava. Porque eu sempre fui, um lado meu, ignorante. Muito contra o outro. Se me tratavam bem, eu tratava bem. Se pisasse no meu pé eu já partia pra ignorância. Não chegava a brigar, mas ofendia.

2790. ***Você então tinha medo se alguém te tratasse mal...***

2791. Eu ia reagir.

2792. ***Mas achava que tinha esse risco?***

2793. Não, por causa das informações que eu tinha recebido da X., de como era o tratamento, que era muito bom. Lá é uma espécie de sítio. Chegando lá, confirmei.

2794. ***Os profissionais lá são quais?***

2795. Médico tem um, que deve ser o coordenador geral. Os terapeutas são todos ex-alcoólatras. Me contavam o que aconteceu com eles. Um deles chegou a ficar oito anos sem usar e depois recaiu, e agora há dez anos ele está sem usar e dando este tratamento para as pessoas.

2796. ***Como você achava que um terapeuta pra dependente de álcool tinha que ser?***

2797. Nunca tive idéia. Não faço idéia. Inclusive lá no primeiro dia eu estava nervoso, lá. E este terapeuta, o I. Logo depois que comecei a assistir ao inventário, mesmo na terapia de gru (?)... Eu tava nervoso, aí... comecei a ler o inventário. A sala do I. ficava em frente à sala do grupo de terapia e muitas vezes eu vi ele dar murros na mesa, com mentiras de outros pacientes... e era paci-

ente dele. Não era certo, só que também não falava nada. Eu só achava que o outro não de via fazer, comigo, inclusive eu gosto muito do R. hoje, um cara muito bom, meu terapeuta.

2798. ***Quer dizer que você acha que um terapeuta não deve ser igual ao I.?***

2799. Aí que tá... Muitos que eu vi lá hoje estão bem, que aceitou... Então é um bom terapeuta, ele não deixou de ser um bom terapeuta, só que da maneira dele. Já o R. não é... de gritar, de bater na mesa. Ele é mais do tipo... Ele, do modo dele lá, ele vai dando voltas, até que a pessoa chega. Não sei se a terapia é isso como funciona: chega no ponto que ele quer. E... eu gostava muito dele por isso. A gente numa conversa... a gente se abria... conversava o que era a realidade, o que é a verdade... e não o empurrar... e eu gostava do modo dele.

2800. ***E hoje, quando você pensa no terapeuta ideal, como você acha que deve ser (aquele pra tratar da dependência)...***

2801. Eu acho que ele deve ter um bom conceito sobre o que é o álcool, o alcoolismo. Porque eu não sabia... hoje eu sei o que é. E eu não sabia que era uma doença e hoje eu sei que é. Então é aquela pessoa que sabe informar o paciente o que é o mal do álcool... o álcool, a droga ou qualquer outro tipo.

2802. ***E você, quando ouviu as explicações, achou que estavam certas...***

2803. Depois eu fui aceitando saber o que era... foi explicado, só não lembro o código da doença: me falaram lá, não lembro de cabeça. Mas eu vejo assim, tem a pessoa... Não critico também o modo do I., que sabia de tudo mas no caso era agressivo, sei lá... Mas era o modo de trabalhar. Agora eu tenho retorno no dia treze. Porque eu fiz retorno com o I., agora... depois do quarto retorno pra cá o R. que eu vá sempre com ele. De uma certa maneira ele quer me avaliar... no retorno. Eu andei fazendo retorno com a S., com o I. Com ele diretamente, foi só no retorno que eu fiz... com o I.

2804. ***que achou dele como pessoa? Ele gritou?***

2805. Achei bom. Não gritou, conversou numa boa. Ele me falou o que é... a verdade, né? Porque... eu não gosto de recado... Ele perguntava do bar e eu falei que não estava indo... e não estava mesmo, não tô indo. Tinha marcado aqui, eu falei, que não tava vindo. Aí, ele

falou "Olha companheiro, você... faz isso... vai no A.A., vai no Dr. Bruno, tal... vai no acompanhamento. Se não, na hora que você menos espera você vai... cair." Então eu gostei do... retorno dele. E assim o do R. também, da S. Com o I. eu não fiz nenhuma vez.

2806. ***Aí, no início da internação, tinha um lado seu que queria e outro que ainda não estava aceitando aquilo. E aí com o tempo você se convenceu totalmente ou ainda hoje você tem parte sua que não aceita?***

2807. Não, hoje não. Hoje eu aceito... Eu aceito o que eu sou. O álcool manda. E isso veio através do tratamento lá dentro... vendo os outros... Acho que aí... Primeiro o meu querer... depois que eu estava lá eu querer largar... aproveitar a chance que eu tive já que muitos não têm. Se tivessem até parariam. Aí deu aquela vontade de parar. Depois, os depoimentos na reunião... do A.A. Uma reunião que é muito grande, média de quarenta pessoas pra cima, só de internos, mais gente que vêm, ali de Cotia mesmo. E fiz amizade também com um senhor lá... de quase 60 anos. Ele largou da bebida freqüentando o A.A. ali. E ele largou o alcoolismo por livre e espontânea vontade, não fez tratamento nenhum. Então ele falava muito pra mim... que era muito bom, que tinha parado, que bebeu muito, que foi roubado, que apanhou muito com a bebida. Então ele contava. Faz tempo que ele vinha, era difícil ele perder um dia do A.A., só se fosse coisa muito grave, se não não perdia.

2808. ***E aí você fez amizade com ele...***

2809. É... com ele. Sempre... toda vez que ele vinha lá a gente conversava antes do começo da reunião... e depois a gente conversava isso.

2810. ***Você acha que ele te ajudou?***

2811. Ajudou, eu acho que vi nele... sei lá, um espelho, né? Um espelho que... eu vi nele... assim... feito um medo. E dou outro eu aceitava... no caso, meu inventário, já no final... que eu critiquei meu pai... por bebida.

2812. ***Seu pai bebia?***

2813. Bebia. E eu critiquei meu pai e... não olhei no espelho, pra mim ver que eu estava sendo. Foi o que a S. me pegou muito no meu pé no dia inventário. Então eu vi nele... um bom exemplo. E no inventário eu coloquei que não gostava do que meu pai tinha feito. Até

que a S. falou: você tá errado, seu pai não sabia, não sabe do seu problema, você sabe.

2814. ***Quando você era criança e adolescente seu pai bebia?***

2815. Meu pai... não lembro bem quando meu pai se separou de minha mãe. Ele... já tá com mais de vinte... já tem quase uns 25 anos...

2816. ***Você tinha uns 13 anos...***

2817. Por aí. Eu sei que ele bebia muito. Muitas vezes eu ajudei a minha mãe a levantar ele, a carregar ele. Eu lembro disso. Logo depois foi viver com a outra. Tem quatro filhos com a outra, tem três vivos. E agora tá com um ano e pouco ele inventou de mudar pra Sete Lagoas, ele diz que é a terra dele lá. Mandou um recado dizendo que era pra eu ir lá na casa dele em Sta. Bárbara. Fui lá, conversei com ele, mas eu recebi o recado depois de uns cinco dias que ele mandou... era pra dar uma ajudinha pra ele... Ele falou que era, mas não precisava mais, que ele já tinha se virado... E falou que ele foi passar o final de ano em Minas, e que tava com vontade de voltar pra lá... aposentado, né? Falou: vou pra lá. E ele nunca foi na minha casa, só uma vez quando eu morava em Nova Odessa. Ele falou: "Antes de eu viajar pra lá, de mudança, eu vou na sua casa". Que ele não se dava muito com minha mulher. Tudo bem, então qualquer coisa liga na firma, na fábrica, pra saber que horário que eu estou, pra você não perder a caminhada. Falou: tudo bem. Foi até bom porque falei pra minha mulher: "não quero que maltrata ele. Eu não sei porque ele largou da minha mãe, não procurei saber, também não quero saber. Motivo deve ter, o que foi eu não sei. Mas trata ele bem." Não apareceu... tá bom... aí eu pensei... eu fui na minha mãe, não sei o que fui fazer lá, em Americana... Aí eu fui levar a outra irmã minha que mora pra frente da casa dele lá. Aí eu levei ela e minha mãe falou assim: eu vou junto. Falei: mãe, não... nós vamos passar na casa do pai. Ela falou: tudo bem, eu fico na esquina, você fala e depois me pega. Ela falou assim: mas eu acho que ele já mudou. Falei: acho que não porque ele falou que ia lá em casa. Eu tava confiante que ele ia lá... Ela falou: não tenho certeza, mas eu acho que ela já mudou. Aí levei minha irmã lá e vim, deixar minha mãe, fui até a casa e tinha outra família na casa. Aí eu perguntei pra senhora que tava lá, falou que o Paraná não mora mais aqui. E eu não falei que era

meu pai. Falou: ele mudou, já faz um mês já, foi embora de mudança. Só que eu não perguntei pra ela... se ele vendeu a casa ou não, se está alugada, né? Não sei o que ele fez... sei que foi de mudança e não foi lá em casa.

2818. **Quer dizer que ele mentiu pra você...**

2819. É.

2820. **Ele fazia muito isso quando você era criança e adolescente?**

2821. Ah... fazia, ele mentiu muito pra minha mãe, isso eu lembro. Inclusive eu era... ganhava doce dela e da vizinha pra sondar ele... ele sempre foi biscateiro, ele gostava mesmo.

2822. **Esse senhor que você encontrou lá... é um modelo diferente de um pai?**

2823. É... e contou... no caso... contou o relacionamento dele com a mulher, com os filhos, e... aquele dinheiro que ele estava usando na bebida, ele já não tinha mais que se preocupar: ele já não saltava mais, fazia outra coisa... não tinha conta no bar... Um bom modelo... eu achava legal.

2824. **Quer que o pessoal lá da clínica lidava... com a verdade...**

2825. É, tinha que ser a verdade, nada distorcido. E ali no caso, eu tenho família, muitos têm e estavam lá, um tal de Mauro não tinha... E lá no inventário tem que bater [as informações], não precisa ser 100%, mas... vai ter que encaixar mais ou menos, e o meu foi certo, acho que não menti nada. Eu lembrei na verdade como foi, eu contei tudo. E comigo o assessoramento não foi nem lido, foi me falando que estava batendo.

2826. **Era uma clínica pra quantas pessoas?**

2827. Olha, doutor, pra mim mais de 70 pessoas, certo não sei.

2828. **E eram quantos pra quantas pessoas?**

2829. Pra três ou quatro.

2830. **Você acha então que esse processo seu de querer um tratamento foi uma decisão de uma hora pra outra ou foi aos poucos?**

2831. Ela vinha sendo tomada aos poucos... por mim. Só que tem sempre aquele... deixa pro mês que vem, no meu eu... "Mês que vem, você vai ver, eu paro." Ou "vou naquela festa lá, depois eu paro..." Já vinha...

2832. **Então aconteceu o fato que...**

2833. Aí chegou o ponto crítico, cheguei ao fundo do poço mesmo. Aí chegou a hora do... ou eu partia pra este tratamento ou tava arriscado a perder tudo: emprego, família... minha vida estava se acabando. Aí... era enterrar a vida.

2834. **Você acha então que as pessoas ajudaram você a perceber que chegara no fundo do poço?**

2835. É, foi exato. Fizeram eu perceber.

2836. **Você nunca tinha procurado ajuda antes?**

2837. Tinha... Eu fiz um tratamento em Piracicaba. Faz tempo, não lembro o ano. Mas foi nesta época que eu estava bebendo demais.

2838. **85?**

2839. É, não lembro o ano certo, acho que foi nesta época, não tenho certeza. Só que lá não prestou não...É... tratamento muito mal feito, não tem terapia... Não tem reunião do AA. Lá... um hospital pra louco. Eu acho que fui mais como louco do que como akoolatra pra lá...

2840. **Foi internado lá...?**

2841. Fui internado lá.

2842. **Contra a vontade ou não?**

2843. Foi contra a vontade.

2844. **Saindo de lá o que aconteceu?**

2845. Voltei a beber de novo, né?... rapidinho. Não foi um mês.

2846. **Fora estas duas teve outras tentativas? Consultas?**

2847. Não, só. Só aquela lá e esta aqui. Graças a Deus que deu certo.

2848. **Quer dizer que a primeira internação sua não contribuiu?**

2849. Não, aquela lá não ajudou em nada.

2850. **Piorou? Você achava por exemplo que ia encontrar algo parecido com esta clínica na segunda vez?**

2851. Eu achava, de um modo geral, no ponto assim de pensar... eu achava que fazia o visual mais ou menos, mas era completamente diferente.

2852. **Na medida em que você, nesta decisão de parar, você queria mudar o que em você além de para de beber?**

2853. Queria mudar tudo, né? Meu eu tudo. Ser outro L. Com relação à família principalmente. E... pe-

rante a... firma, né? E também eu sinto, ainda sinto ainda, a necessidade de me manter, né? Como eu tô... provar... não sei pra que eu quero provar que eu sou capaz de fazer isso... de falar, de seguir a vida... Não ser aquele antes, de indecisão, de... qualquer problema correr na bebida... como coisa que resolve. Tomar, saber tomar decisão... eu vejo assim.

2854. ***Ter a confiança das pessoas...***

2855. É, eu acho que quero provar alguma coisa, não sei o quê. Provar que eu posso, que eu sou capaz.

2856. ***Você acha que as pessoas lidam com você hoje normalmente?***

2857. Mudou muito... De um modo diferente... Acho que é mais respeito, mais... sei lá... mais... não é que nem... mais respeito.

2858. ***Quando você resolveu se tratar, estando pressionado do trabalho e família, foi se tratar mais por sua causa ou por causa dos outros?***

2859. Não, eu fui pra mim mesmo. Eu não... que estava de uma maneira que... eu não estava me preocupando com a família... nem com o trabalho... eu me preocupava comigo. Como eu estava dizendo: eu achava que para mim estava bom. Se minha mulher falava comigo, ela estava errada. Se minha filha ficava doente, era por outra coisa, não era por causa de mim. Então eu tava certo. Então aí que eu vi... Quando eu fui pra lá eu tinha que se tratar por mim e não satisfazer... Só não tinha certeza disso, não sabia que tinha...

2860. ***De agora em diante, como você acha que vai ser assim... sua vida sem a bebida... daqui pra frente...***

2861. De um modo geral... é muito monótona pra quem bebia. Eu... não frequento mais bar... a lanchonete. Eu não vou... procuro evitar. Festas... Bom, festas eu nunca fui mesmo de frequentar. Inclusive nestes 5 anos eu nunca fui numa festa da firma. Não sou de... festa. Não gosto de ficar saindo muito, não sou de muita conversa... Você... fica batendo papo com vizinho muito tempo. Eu não sei ficar ali... Então... o pessoal lá acha que eu sou muito fechado nesse ponto. Se fosse mais assim... Vamos jogar uma bola, vamos distrair... Ainda teve um lado assim... eu vou brincar de bola, depois vai ter a cervejada lá. Eu vou tomar coca? Eu não penso em tomar, eu penso nos outros me olhando... Vão tirar sarro, que vão zombar de mim. Eu não vou me alterar

com isso mas... não sei porque, eu não acho legal... Não tá claro isso aí. Amanhã mesmo, amanhã tem jantar à beira rio de novo, em Paulínia. É de uma empreiteira que trabalha lá dentro, vai dar pro pessoal da fábrica, da oficina, lá. Me convidaram. Uma: fica muito fora de mão pra mim, né? Lá em Paulínia. Vai ser um jantar, a partir da 5 da tarde tá reservado, aquele tanto de mesa pro pessoal. É... vou sair de casa pra ir lá... depois voltar em casa, depois voltar pra trabalhar à noite? Então, eu não vou fazer isso. Então... eu evito, eu acho melhor eu evitar. Por enquanto eu penso assim.

2862. ***Você acha que participando do futebol o pessoal ia zombar de você?***

2863. Iam, eu acho que sim. Eu acho, eu não fui pra ver... isto tá na minha cabeça.

2864. ***Antes de você ir pro tratamento, você já tinha ouvido falar de pessoas que iam se tratar. O que você acha dessas pessoas?***

2865. Eu achava que ele tava... que ele era tonto. Não devia... Não devia aceitar mandarem ele, eu achava dessa maneira, eu achava que tava mudando a pessoa. Eu pensava dessa maneira.

2866. ***Você achava que o problema dela era diferente do seu? Era mais grave?***

2867. Nunca pensei sobre isso, assim, não pensava sobre isso. Eu só achava que ele não devia aceitar que alguém mandasse. Como lá na firma, mesmo. Um dia antes de eu ir, um monte de colegas achou que eu não devia ir, que tavam querendo mandar em mim. Eu falei: não, eu falei que vou e vou. Dei minha palavra, quando dei minha palavra eu tava consciente.

2868. ***Hoje você não guarda nenhum ressentimento da pessoas que forçaram você a...***

2869. Não, não guardo. Eu era dessa maneira mas não mais, hoje não.

2870. ***Você foi internado em Julho do ano passado. No ano anterior você acha que... Mudou alguma coisa no trabalho... você falou que as pessoas passaram a ficar mais desconfiadas de você. Na família, as discussões, sua filha...***

2871. Ela tinha um problema já psicológico. Ela chegava e olhava no meu rosto...se eu bebesse uma pinga sequer eu mudava completamente. Não sei falar, eu sei que... dava tremedeira nela, com medo do que eu pudesse fazer.

2872. ***De agredir alguém?***

2873. Eu não agredia... Ela não gostava que... se eu chegasse, ela olhasse, e via que eu tomei, ela já ficava mal e falava pra mãe dela pra não mexer comigo. Deixasse que eu ia dormir e ficasse quieta. Eu só discutia se mexesse comigo. Se não mexesse eu não falava nada, ficava quieto lá no meu canto.

2874. ***Problemas financeiros também teve?***

2875. Também. Financeiros, assim... tratar da minha filha de... dente... Na época eu não podia. Até hoje eu tenho contas ainda, na pensão em que eu ficava. No caso, seria o tal famoso, né? Chega e vamos tomar e... vai marcando! Então até hoje eu tenho ainda que acertar.

2876. ***Na época em que foi internado estava com muita dívida?***

2877. Com dívida eu não estava. Eu acertava, eu acertava, só que eu tirava, vamos supor, da minha casa, pra por no bar. Então eu não tinha dívida lá no bar, só que tava faltando coisa em casa.

2878. ***Você gastava boa parte do seu salário com bebida, ou não?***

2879. Ah... era muito, gastava muito, aí é que está o negócio: eu não se gastava ou se era marcado assim... então aí eu não sei.

2880. ***Quanto, 20, 50% do seu salário?***

2881. Eu creio que uns 15, 20%, daí pra mais. Não dá mais, dá mais de 20%.

2882. ***Algum amigo seu que bebia passou mal, morreu ou ficou doente antes da sua internação?***

2883. Eu conheci muitos que morreu por bebida, só que eu achava assim: ele bebia demais, eu não bebia que nem ele.

2884. ***A morte deles não impressionava você?***

2885. Não.

2886. ***A pensar: eu acho que vou ter que parar...***

2887. Não, não.

2888. ***Além deste problema de dente de sua filha, alguém mais de sua família teve problemas de saúde?***

2889. Não, não teve mais ninguém. Só problemas assim... eu acho assim, rotina, né? Uma roupa, um calçado faltava, né? Até depois, naquela hora que eu estava mais são, eu pensava: puta, tirei de lá, podia tá

comprando com este dinheiro... podia comprar roupa pra minha filha, pra minha mulher, sapato. Só que aí de repente eu tava bebendo outra vez e já esquecia aquilo lá, né? Mas tinha sim.

2890. ***Você se arrependia...***

2891. Depois me arrependia sim.

2892. ***Sentia culpa?***

2893. Sentia.

2894. ***Então quer dizer que tinha vezes que você bebia, queria beber, mas ao mesmo tempo já bebia com uma sensação de culpa?***

2895. É, eu bebia pra encobrir o que eu estava fazendo de errado, estava fazendo mais errado pra frente, né?

2896. ***Houve alguma época em que você achava que não tinha que beber, ou tinha que beber pouquinho e mesmo assim bebia? A vontade era mais forte do que a de não beber?***

2897. Não... eu não tinha este problema, mas. Eu achava que mandava em mim; mas não mandava... Eu achava que podia me dominar: olha não vou beber. Daí a pouquinho eu tava lá.

2898. ***Mas isso, achar que podia resolver tudo, é uma forma de você se isolar, né? Você ficava sozinho na sua decisão, não ouvia a opinião de ninguém.***

2899. É, não comentava com ninguém. Só eu sozinho. E às vezes eu falei pra minha mulher: "Eu vou parar". "Pára, tá bom." "Não vou fazer mais, eu vou parar." Aí na última vez ela falava assim: "Não, não fala não, porque eu já sei, não precisava nem falar, você não vai cumprir". Como, de fato, eu não cumpria. Então... E ela tinha razão.

2900. ***Por exemplo, você acha que a sua vida mudou no ano anterior à internação em relação ao lazer, por exemplo, sair com a família?***

2901. Eu acho que continua como estava, eu nunca fui de sair muito. Até, lá no... hospital, Rubens falava pra mim que eu tenho que ter um lazer, alguma coisa.

2902. ***Futebol, por exemplo...***

2903. Eu já gostei muito, mas não posso jogar mais porque tenho um problema no joelho, entrar eu não... Gosto de pescar, mas não tenho lugar pra ir, então eu também não saio. Até acho muito chato, né? Eu acho que é chato, às vezes minha mulher quer sair... Não vou

dizer que eu não sei depois que eu fui lá, fui pescar... duas ou três vezes. E fui no circo com a minha família uma vez.

2904. ***E antes da internação: se é pouco, tava menos ainda ou não?***

2905. Aí... eu acho que saía mais, saí sozinho. Daí eu ia pescar, mas não ia pescar, eu ia beber. Eu acho que saía mais, mais sozinho, né?

2906. ***Acidente. Aconteceu algum antes da internação?***

2907. Não, não aconteceu. Prenderam meu carro mas não foi acidente, né? Eu tinha um Corcel 72. Eu vinha de Paulínia, num sábado. E eu parei em Paulínia e tomei pinga, tomei cerveja... Não lembro o horário certo. Eu sei que eu que, uma média de quatro horas, eu vinha pra entrar em Sumaré. Aí eu pensei: "Eu vou na casa da minha mãe". Aí passei reto na entrada de Sumaré pra entrar na pista que vai pra Piracicaba, a 304. Quando eu fui pra Anhanguera, que eu entrei e tal, apagou sozinho [o carro]. Mas eu já sabia. O problema eu não sabia o que era, mas já tinha acontecido isso. Então eu esperava um pouco, ele esfriava e pegava outra vez. E tô ali, tentei dar a partida duas, três vezes, eu fiquei nervoso. Fiquei nervoso, tinha bebido. Aí encostou o carro da polícia, a guarda municipal de Americana encostou atrás; eu tava dentro do carro. Mandaram eu descer, pediram documento, aquela coisa. Falei que não dava documento pra eles. Falaram que eu tinha que dar o documento, falei que não. Já saí do carro, ia bater neles também, estavam em três.

2908. ***E aí o carro foi apreendido?***

2909. Eles quiseram o documento, eu não dei. Aí chamaram a polícia rodoviária. Aí quando chegou, já passaram pra polícia como é que eu estava, tinham falado que eu estava meio bêbado, que queria bater neles, né? Daí chamaram o guincho e me levaram pro posto da polícia rodoviária da entrada da Anhanguera. Aí já foram fazer o exame do bafômetro, né? Tava até quebrado o bafômetro, eu mesmo arrumei pra eles. Tudo numa boa, eu conversei muito com o cabo, sargento, não lembro. Eles me levaram pro hospital, fazer exame de sangue. Aí eu maltratei uma delegada lá também. Eu lembro que maltratei a delegada, me algemaram... Inclusive tô processado ainda, até hoje. Aí o carro ficou lá, já não fui mais atrás do carro, também. O

carro ficou lá... Minha cunhada estava interessada no carro. Eu falei com minha mulher: "Vai lá e vende o carro pra mim. Eu não quero nem saber mais desse carro". Aí quando tirou eu já vendi. Perdi o carro. Aí acabei com o dinheiro, não comprei outro. E o outro acidente foi indo trabalhar. Fui num carro de colega, bati a cabeça e desmaiei. Eu tava indo trabalhar de manhã, o rapaz também tinha um Corcel. Eu tava no banco de trás e bati o meio da cabeça na coluna do carro. Aí cheguei na fábrica com aquela dor de cabeça grande. Eu não tinha bebido, 7 horas da manhã. Comentei com o encarregado, ele fez um papel pra eu ir à enfermaria. E eu tinha um outro serviço pra fazer lá e fui fazer e nem na enfermaria eu fui. Aí eu lembro, era até dia de pagamento, foi o dia que assaltaram o banco da fábrica, foi tudo no mesmo dia. Eu lembro que fui almoçar meio-dia e meia, uma hora. Eu lembro que quando eu voltei eu sentei em frente ao meu armário, e não lembro mais nada daí. Isso já umas duas horas e ia entrar o turno novo, quem passou viu que eu estava sentado, com os olhos parados, só que não vi ninguém. Passaram, mexeram comigo e eu parado. Acordei no hospital de Paulínia. Fiz exame e tudo normal.

2910. ***Esse problema do carro apreendido foi quando?***

2911. Em média um ano antes, não chega a um ano, não tenho essa lembrança certa.

2912. ***[trecho ininteligível]***

2913. Me ajudou muito quando voltei da internação... a minha mãe, duas irmãs minhas que moram perto lá em Americana, e uma outra, crente, que mora em Assis, até passei as férias lá. Ela não acreditou que eu tivesse parado. Contaram pra ela que eu tinha parado, que eu estava muito bem, e ela não acreditou, ela disse que não acreditou. Quando ela chegou, ela chegou a chorar. Contribuíram me apoiando, me aconselhando, o que eu precisava, o que tinha que fazer, né? Eu dei muito trabalho pra minha mãe nesses casos de bebida, discuti com minhas irmãs. Coisa que eu não falava se estivesse são, com a pinga eu já falava, ou ofendia, né? Então minha mãe me apoiou muito. Inclusive lá no tratamento ela não perdia uma visita. Tava direto me apoiando, como é que eu tava, se tava precisando de alguma coisa. De fato é um lugar muito bom lá, pra que tá com intenção de aprender. A família só vai pras reuniões pra

aprender a receber o paciente depois. Porque o modo dele, o conceito é completamente mudado lá dentro. Então é passado pra família, principalmente pra esposa, como ela dever ser, como vai acontecer, a pessoa pode ficar agitada, nervosa. No meu caso, no início, quando fui internado fiquei sem saber o que fazer. E... antes eu não era de conversar muito com meus filhos, ensinar a eles um trabalho de escola... Ensinava, mas não era... Depois, quando eu voltei comecei a mudar... Eu mesmo já... fazia... vamos fazer, o que é que é, o que está acontecendo, se eu não souber eu procuro quem pode me ajudar... eu não era de fazer isso. Só que no início... eu saí assim: eu achava chato chegar no meu filho, na minha filha, eu... tentar ajudar. Eu pensava em como eu tratava eles antes; eu não procurava ajudar, não procurava saber como estavam. Eu achava que se eu chegasse pra perguntar... talvez a resposta dele... você nunca ajudou, por que vai ajudar agora? Eu pensava assim, e não foi nada disso.

2914. ***E os seus colegas de trabalho, te aceitaram bem aqueles que te criticavam?***

2915. O senhor sabe que... existem muitas pessoas... que gostam de tirar sarro, né? É... você foi internado... né? Eu não sei se foi passado alguma coisa pros meus colegas lá, mas sei que eles me respeitam. Os colegas da oficina, que estão mais junto, né? Agora, o pessoal da produção é diferente.

2916. ***Aqueles que falaram que você não devia aceitar o tratamento, como eles reagiram?***

2917. Eu acho que normal, só não falam, não criticam. Um que está comigo agora no turno, achou que eu não devia aceitar. E é um amigo e tanto. Bebe. Bebe também. E ele achou que eu não devia aceitar. E eu... já falei pra ele também, eu disse que vou, eu vou, não vou voltar a trás. É assim que eu reagia antes. Outros perguntam como era, já me pediram informação pra saber se... pra perguntar como era... porque tem um parente, um irmão que tá mal, não tem mais jeito... se eu acho que resolve lá. E eu falo... pode resolver, agora vai da pessoa, se ela quiser... Porque lá chega a ser monótono... Ah... todo dia aquela mesma tecla: é conscientização mesmo e se não quiser não vai adiantar nada; vai falar, vai falar, e vai ficar do mesmo jeito. É o caso do M., né? O M. não teve jeito. Então eu sempre explico como é lá dentro.

2918. ***Fora o fator da sua mãe, suas irmãs, mais alguma coisa que não perguntei te ajudou?***

2919. O apoio da chefia. Foi um apoio também... Ela achava também que era bom pra mim. E eles não queriam me ver como eu estava, né? E no caso eu estava sendo rebaixado, né? Eu acho. Perdendo posição. Eu, sendo oficial, cargo de confiança, né? Eu tava deixando escapar... E... eles tinham razão, de não aceitar antes como eu estava indo, arriscado a sofrer um acidente muito grave comigo e com mais gente. Então a chefia apoiou também.

M.

ENTREVISTA NÚMERO 13

Local e data de realização: em clínica de internação psiquiátrica no dia 30/10/98

Duração aproximada: 80 minutos

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO:

Inicial fictícia: M.; *Sexo:* masculino; *Idade:* 34 anos; *Etnia:* branco; *Procedência:* cidade próxima a Campinas-SP; *Escolaridade:* ensino superior em curso; *Estado civil / situação familiar:* solteiro, sem filhos, mora com os pais *Profissão / ocupação:* bancário, aposentado por invalidez *Religião:* católico não praticante

ALGUNS DADOS CLÍNICOS:

Substância qual é dependente / tempo de uso: codeína atualmente por via oral (até há alguns meses fazia uso intravenoso), usa há cerca de 9 anos

Outras substâncias que usa: nenhuma.

Há quanto tempo no atendimento atual: 13 dias; teve internação psiquiátrica anterior e tratamento psiquiátrico e psicoterápico ambulatoriais prévios

Outros problemas de saúde: evidências clínicas de tromboflebite à época ainda não confirmada; sintomas leves de síndrome de abstinência da codeína

OUTROS DADOS SOBRE A ENTREVISTA:

Durante a entrevista pareceu aumentar sua ansiedade, quando os temas abordados escaparam do que o entrevistado aparentemente imaginou que seria, parecendo mesmo irritar-se em alguns momentos, quando perguntava com frequência "se a pergunta estava respondida".

TRANSCRIÇÃO:

2920. **[exponho os objetivos do trabalho] O que você pensa sobre isso [os motivos que levam ao tratamento]? Quais os...?**

2921. Tá gravando, já? Acho que a própria vida, né? É... saco cheio. É... O que aconteceu comigo foi que... eu tentei uma primeira vez, em 90, uma internação, e não consegui: cá. E... eu tava no fundo do poço, no meu caso, né? E... dessa outra vez, apesar de um longo tempo, eu não cheguei até o fundo do poço. Eu conquistei coisa, né? Eu consegui um... amor, eu consegui um... diploma (quer dizer, não consegui ainda, vou conseguir). Então eu tenho... mal feitas, coisas mal feitas, mas... [quer dizer] tô fazendo. Então eu não

cheguei até o fundo do poço pra ser de novo um derrotado. Eu não me sinto um derrotado. Eu sinto... que estou... um derrotado, não que eu sou um derrotado. Eu acho que este tipo de apoio, essa C. [clínica]... me ajudou a procurar tratamento.

2922. **Quando você saiu do hospital em 90, você continuou se tratando?**

2923. É... três psicoterapias, três vezes por semana.

2924. **Durante quanto tempo?**

2925. Durante uns 4 meses, porque... depois de quinze dias que eu sai do hospital eu usei drogas. E... eu não... a minha terapeuta... ela... ela, eu acho que ela não foi profissional, porque ela ditava as regras pra mim, não deixava eu escolher as regras. Ela dizia o que eu tinha que fazer. Ela não fazia eu pensar, eu escolher; por exemplo: eu sai do hospital namorando uma moça com psicose maniaco-depressiva. É... um caso muito sério, muito mais sério do que o meu, e ela afirmava que eu tinha que largar essa moça, ela não me deixou escolher. Tanto que eu larguei dessa moça e comecei a namorar minha atual noiva. E... foi bom, mas não... É um exemplo; eu não... ela não... colocou as coisas pra eu pensar, pra eu escolher... Ela afirmava que eu tinha que largar essa mulher. Realmente, ela estava certa, mas... é um exemplo isso aí, né? E outras coisas mais que ela dizia o que eu tinha que fazer, não o que eu... Ela... serviu de... Ela me dava muleta, ela não tentou tirar a minha muleta.

2926. **Aí depois de quatro meses você parou de...**

2927. Aí eu... (*inaudível*). Eu tava, no fundo, estava gostando da minha situação de... drogado. Conseguindo segurar, entre aspas, a barra, escolhendo meu caminho...

2928. **E aí voltou a procurar tratamento por quê?**

2929. Não, eu... eu... no meu trabalho... acho importante falar isso, é... eu me afasto pelo INPS por um tempo, e volto a trabalhar mais um tempo pra continuar recebendo complementação salarial. Então, eu procurava psiquiatra por causa de atestado. Já consultei um, dois... acho que procurei já uns três ou quatro psiquiatras... Tinha... chegava no primeiro, tinha uma hora que ele via que não tinha mais jeito, abandonava o caso. Mas não era uma dia só que eu ia... Eu tentava um tratamento, eu ia atrás de atestado, mas eu sabia que a droga me fazia

mal. Mal... não fisicamente, mas... tava me atrapalhando a vida que eu queria levar. Não tinha muita coragem de parar. E... eu continuava indo... só que o médico percebia que eu tava...

2930. **Mais pelo atestado do que...**

2931. É... mas eu já tinha conseguido o atestado, né? Eu ia, mas não tinha aquela força de vontade de parar, de... Eu não queria uma internação, né? Já foi sugerida internação... Eu não queria internação... e... então o médico simplesmente abandonava o caso... ou eu... acabava não indo alguns dias e... ia outros... relaxava.

2932. **Com o X. [médico] também foi isso também?**

2933. Foi. Cheguei, menti e... Ele me deu atestado e me convidou a... prolongar, fazer um tratamento. Aí na segunda sessão eu abri o jogo com ele... que era por causa do atestado e... ele não abandonou meu caso... Inclusive ele...

2934. **Faz quanto tempo?**

2935. Ah, uns seis meses, sete meses, não... seis meses, cinco meses, seis meses...

2936. **Ele teve uma conduta diferente dos outros que você procurou... De não abandonar...**

2937. Ah, ah...

2938. **Exatamente, assim, o que você acha que ele fez diferente pra você se engajar nesse tratamento (mesmo que não tenha parado de usar, você se manteve vinculado a ele)?**

2939. Sim, é... com algumas faltas, é... época de prova eu não podia ir... E o fato de... Ajudou, porque a droga que eu uso eu compro aqui em Campinas, né? Eu não sou daqui de Campinas e... então... isso uniu o útil ao agradável, não sei...

2940. **Você vinha pra sessão e comprava...**

2941. Comprava antes de ir pra sessão... Inclusive chegava lá com os bolsos cheios, né?

2942. **Ele sabia disso?**

2943. Acho que ele percebia. Ele percebeu, sim. Mas não é só por isso não... [que se manteve vinculado] Ele... acho que foi o jeito de lidar comigo. Ele conseguiu... me cutucar. Conseguiu... Conseguiu fazer eu acordar. E, algumas situações que estão acontecendo comigo também ajudaram... porque se não acho que seria igual as outras situações, aos outros médicos... É...

o saco cheio já de usar drogas... Um flagrante da polícia...

2944. **Pegou o quê?**

2945. Ah... pegou belacodid. E...

2946. **Foi levado pra delegacia?**

2947. Fui levado, precisei sair sob fiança. Fui julgado, condenado e agora meu advogado tá recorrendo.

2948. **Condenado por...**

2949. Porte... de drogas. Um frasco.

2950. **Mas é uma droga de venda legal...**

2951. Com atestado, né? [receita] Não tenho como provar que eu comprei com atestado. Em W., minha cidade [próxima a Campinas], todos sabem que o belacodid é usado como droga. E foi muito usado. Muitas pessoas. A venda era livre, né?

2952. **Essa condenação foi quando?**

2953. Faz exatamente um ano, final de julho, começo de agosto de 1997. E... que mais? Existem mais coisas. Condenação, saco cheio... ah... Meu dinheiro está acabando. Meu pai acha que vou me formar este ano, mas não vou me formar nem no ano que vem... Ano que vem acho que vou ter que pagar faculdade e não tenho mais de onde tirar dinheiro. Se eu continuar usando drogas, eu não me formo. Por falta de dinheiro. E... acho que é isso...

2954. **Em mais detalhes, com é esse "saco cheio"?**

2955. Ah... de estar sempre perdendo, né? Como eu disse, desta vez eu não cheguei até o fundo do poço, que era a recaída que... você não... uma pessoa não consegue fazer nada... Só a droga... Como foi a primeira vez. E... você... de achar que estou sempre perdendo, né? Não conseguir fazer as coisas certas... É... as coisas certas que eu digo é... no caso... fazer a faculdade, fazendo a faculdade, não enganando. É... a vontade de ter filhos... Estou com 35 anos, 34 anos né? Se eu não parar, minha vida daqui pra frente vai continuar assim... empurrando com a barriga, nunca fazendo as coisas certas. Perdendo oportunidade... Eu vejo outras pessoas mais novas que eu, hoje, estudaram comigo... Ou mais novas que estão numa situação melhor e eu... não tenho nada... material... E o fato de a droga não fazer mais efeito desejado, né? Pouco tempo ela faz e depois caio em depressão.

2956. **Antes fazia durante quanto tempo?**

2957. Mais tempo. E antes era injetável, né? Antes fazia mais... agora eu venho gastando mais dinheiro e não tenho aquela sensação que eu tinha. Embora, também antes eu tinha depressão, mas ela vinha mais tarde, né?

2958. **Antes durava mais tempo o efeito?**

2959. Não é só a duração do efeito, ela... o jeito que a droga fazia... O efeito era outro... E usando... (porque era injetável). E usando oral eu preciso de mais e não consigo chegar naquela plenitude... caindo mais rápido em depressão. E eu tenho acho que... talvez meia hora de uma sensação boa e o resto do dia de uma sensação ruim... E gastando dinheiro... muito mais do que eu gastava e não conseguindo ter a mesma reação. Não tomo e... Senão continuo... mudei a forma de tomar porque no meu corpo não mais se encontra nenhuma veia pra tomar, a não ser que eu queria procurar veia mais fundo. É... tipo na virilha...

2960. **É mais perigoso, né? Trombose... esse desejo de interromper o uso se tratando, já é algo que tem pelo menos sete anos... Com altos e baixos, desde que você teve no hospital X...**

2961. É... antes, né? Antes foi uma caída profunda, cheguei no fundo do poço, mesmo. Não tinha mais perspectiva nenhuma de vida. Não ia trabalhar... Quando eu ia, não fazia nada, brigava, andava muito irritado, brigava com o chefe, funcionário, cheguei até a brigar com o diretor da empresa. E... aí fui atrás de atestado com um clínico geral, ele me arrumava atestado, arrumou alguns e... uma vez eu fui pedir pra ele, ele não quis dar, eu abri o jogo com ele, ele me sugeriu internar no hospital X. Foi ele que ligou, ele que arrumou a internação. E eu fui... Tava tão ruim fisicamente, psicologicamente tava ruim... Já não... tinha ânimo mais pra nada. Acordava de manhã... tava ruim, mesmo.

2962. **Até esse dia você nunca tinha pensado seriamente em se tratar?**

2963. Nunca.

2964. **Você ia em médico só pra conseguir atestado?**

2965. Era clínico geral, né? Ah... Era clínico geral...

2966. **Interessante que nesse dia o clínico geral tomou a iniciativa de procurar vaga no hospital, nesse dia... se ele não tivesse feito isso talvez você nem tivesse ido...**

2967. Não.

2968. **Sua família na época não estava inteirada da situação?**

2969. Estava. O drogado, ele foge, né? O meu pai, fazia tempo, que ele queria me pegar pra conversar e eu sempre me esquivando, né? Quando ele me pegava eu brigava com ele pra... uma defesa, acho né? Pra não... sair daquela... daquela... daquela... uma coisa cômoda pra mim, né? Não tinha percebido que eu estava no fundo do poço... Pra mim tava bom...

2970. **Algum parente seu chegou a falar com você: "Olha, vá se tratar"...**

2971. Não, não porque eu não deixava. Inclusive quando eu fui pro hospital X. meu pai ficou meio... Não gostou muito, achou que eu ia ter que tomar... Talvez por falta de informação sobre o que é uma clínica psiquiátrica, achou que iam me entupir de remédio, ficou meio com pé atrás. Aí depois apoiou. Eu não deixava, não dava chance pra ninguém falar a respeito. Meus irmãos nunca tocaram no assunto. Eu como mais velho, não sei... acho que eles não tinham... achavam que não tinham moral ou... cada uma já estava com sua vida... sua vidinha já tranqüila, e... um com a vida tranqüila (mais novo que eu) e um molecão... se preparando pra vida, né? Acho que pensava mais na mulher e nos filhos.

2972. **Nesse dia, quando foi no clínico geral... Você já conhecia esse médico há algum tempo...**

2973. É, através... Não, conhecia porque ele é conveniado do meu convênio e... eu ia... fui lá uma vez, ele me deu, e fui outras, até que chegou o dia que ele me... breçou. Eu não sei se eu fui também na hora, por causa do atestado, por... não sei dizer. Por... medo de perder o emprego.

2974. **Pode ser que mesmo no dia de sua internação você não tivesse convencido que precisava de tratamento.**

2975. Sim, não preparado.

2976. **Você tem idéia de quando isso ficou mais claro, que o tratamento seria necessário?**

2977. No hospital X. durante a internação, que eu... me senti como pessoa novamente, um ser humano, uma pessoa normal. Depois que o efeito passou e eu vi que a vida não é só droga, como estava acontecendo, como está acontecendo. Eu acho que não caí de novo no

fundo do poço, se é que eu posso chamar que eu não estou no fundo do poço por causa dessa sensação... de vida... de que existem mais coisas, não é só droga. Quanto mais eu adiar pior vai ser. Vou me formar com 35 anos de idade, quer dizer, perdi um tempão aí, né? Na empresa, é mais fácil pegar uma pessoa de 21, 22, 23 do que uma de 34. Perdendo tempo.

2978. **Como foi nesses anos conviver com a vontade de parar de usar e usar? Com a esperança de algo pudesse acontecer e você iria melhorar, apesar de às vezes só ir buscar o atestado. Aí os médicos não aceitaram esta "proposta", né? Como é essa convivência com essas duas...**

2979. Ah... depois que eu saí do X. e voltei a usar drogas, era... não era tão... meu corpo já tinha des acostumado. Então foi gradual, como no início, não foi tão freqüente. A partir do momento em que começou a ser freqüente, todos os dias o uso da droga, é terrível porque antes de usar, você quer usar; depois que usou você arrepende. E era todos os dias. Na hora em que estava passando o efeito, usava de novo. Terrível. Uma sensação de fracasso, de perdedor.

2980. **Uma coisa que me chama a atenção é que até uma certa época, você via os profissionais de saúde, os médicos que te davam atestados, mais como uma ferramenta pra você continuar nesse processo de uso e ausência de trabalho.**

2981. Não, eu ia atrás do atestado, depois que eu faltava.

2982. **Então, estou querendo entender a sua relação com os profissionais de saúde, como era? A impressão é de que não era uma relação de confiança, de...**

2983. Ah... era uma sem-vergonhice, né? Era como todo drogadito, é... vamos dizer, sem vergonha. Manipula, né? Não tem muita coisa pra pensar, ficam pensando...

2984. **que você pensava sobre os profissionais de saúde?**

2985. Ah... não pensava... Tava atrás de um atestado. Depois, não sei se não pensava... Porque eu jogava, depois de pegar o atestado... eu falava dos meus problemas, eu tinha vontade de me tratar. Ah... eu não sei responder a essa pergunta... Não sei, eu ia por causa do atestado. Acho que... Eu ia por causa do atestado, mas

procurava no profissional uma ajuda, né? Porque eu continuava indo... aí eu vi que não tinha jeito, abandonava. Era mais fácil ficar com a droga. Não sei se está respondido, se dá pra entender.

2986. **E hoje como é, quando você pensa no Dr. H., ou aqui na clínica... Como você percebe está sua relação sua com...**

2987. Uma arma, né? Uma arma que eu devo saber usar. Diria isso. Tá respondido?

2988. **Um recurso?**

2989. Porque eu vim pra clínica. O Dr. X., eu tava explicando minha situação pra ele já faz algum tempo, faz... Tô sabendo que vai acabar meu dinheiro, que eu sei que tenho que parar senão acabo perdendo o resto, o pouco que tenho, meu diploma.

2990. **Essa arma, esse recurso que os profissionais de saúde são, como funcionaria no seu modo de ver? Como é o processo de tratamento?**

2991. Como é o processo de tratamento?!...

2992. **Na sua maneira de ver... Psicoterapia como funciona?**

2993. Não saberia responder... Como funciona?...

2994. **Você procura esses recursos querendo provocar mudanças dentro de você? Qual mecanismo você acha que ocorre e que pode fazer você melhorar? O que acontece ou poderia acontecer?**

2995. Olha, eu não se isto é uma resposta, mas no começo, no Dr. H. eu saía satisfeito. Eu saía com uma coisa na cabeça que... pensando "Puxa, isso aí vai me ajudar."

2996. **Coisas que ele disse...**

2997. É, sempre no final ele dá uma dica e, tudo que se falou na terapia e... me satisfazia, parecia que era uma fórmula mágica, mas uma coisinha a mais pra mim pensar. Estaria respondida a pergunta?

2998. **Acho que sim. Se nesses últimos anos sua família... você não dava chance de eles falarem com você, nesses últimos anos isso mudou? Eles pedem, insistem...**

2999. Não, têm medo de tocar nesse assunto, né? Porque a coisa ficou tão escancarada, que acho que... deixaram eu ficar sem-vergonha. Ficou escancarado e... minha mãe dizia que não estava acontecendo nada e, meu pai, do modo dele, ele não... ela não... ele me condenava e achava melhor... nem conversar comigo,

mal conversava... Meu pai é assim: se eu não estou usando ele é meu pai, se estou usando ele não é meu pai. É... não em termos de dinheiro, mas de amigos, de uma palavra amiga, é como se tivesse abandonado meu caso: "Esse não tem mais jeito"...

3000. ***O que é parecido com o que você sentia que os médicos faziam, abandonaram o caso...***

3001. É.

3002. ***Parece que pra você é importante que os médicos tenham esperança, como se ela se transferisse pra você.***

3003. Porque nos outros eu começava a faltar, depois aparecia e o profissional falava "Mas desse jeito não dá" e o Dr. X. não foi assim comigo. "Não, vem aqui."

3004. ***Quem tem incentivado você a fazer esse tratamento?***

3005. Minha noiva desistiu também. Desistiu assim... ela finge que já me cutucou bastante pra eu largar. Mas, eu não sei se é paixão, o amor, sei lá que... ela não... fazia de conta que não estava acontecendo nada. Acho que ela... por me conhecer, sabia que... sabe... quer pensar que eu vou parar.

3006. ***Então, ninguém incentivava você?***

3007. Indiretamente minha noiva. Indiretamente. Até a minha família, mas indiretamente. Não de chegar e falar na lata: "Não, você precisa se tratar."

3008. ***Alguém fez o contrário, te incentivar a não se tratar?***

3009. Um amigo. Uma das vezes em que fui atrás de um atestado psiquiátrico, ele me passou uns remédios. O cara falou pra mim "Você não vai tomar isso, né?". Acho que só assim [me desestimularam]. De certo modo, sim. Me aconselharam a não ir. Pessoa com medo de perder uma oportunidade de usar droga porque eu sou uma pessoa que, quando eu tenho dinheiro, e o meu amigo (entre aspas) não tem dinheiro, eu pago. Alguns amigos, o contrário: quando eu não tinha dinheiro, pagavam pra mim, mas eu sempre pagando mais que eles.

3010. ***Estava gastando quanto em média...***

3011. Uns 500 reais por mês, 18 a 24 reais por dia. Quer dizer, todo meu dinheiro. Fora o que já fiquei devendo na farmácia.

3012. ***Bom, você tem duas internações, no hospital X. e aqui. Vamos pensar nessa internação: como foi o processo de chegar até aqui? Quer***

dizer, o que você pensava sobre a clínica antes de vir?

3013. Ah... foi uma colsa rápida... O meu psiquiatra disse que conhecia a clínica, que conhecia o pessoal, e se eu não queria ir. Eu falei que queria foi na terça. Na terça eu vim aqui e marquei a internação pra segunda da outra semana. Não deu... a partir do momento que meu psiquiatra falou da clínica até a internação não deu uma semana. Quer dizer, ele tinha me falado uns dias atrás, mas meio... por cima. E aí ele me deu uns remédios pra tomar. Um remédio, o Tegretol, não fez bem. Eu vi que, de novo, eu ia tomar remédio, ia abandonar, então...

3014. ***Por que você veio aqui na terça-feira?***

3015. Pra ver se precisava... Pra ver onde era, né? Se precisava esperar, como se diz, esperar a vaga, se demorava, pra ver se meu convênio...

3016. ***Você sentiu necessidade de saber como a clínica era?***

3017. Não, porque... Pela minha confiança no meu profissional. De ter me ajudado tanto que... foi a mesma coisa que o pai falar pro filho e o filho acatar o que o pai fala.

3018. ***Digamos que ele não tivesse dado referências, que idéias você faria de uma clínica.***

3019. Idéia de uma clínica? Ah, eu já fui internado numa clínica psiquiátrica.

3020. ***Mas que idéia você faz? Antes de ir pro hospital X. a idéia devia ser outra.***

3021. Não, nem pensava. Foi muito rápido também. No consultório ele ligou, marcou; tinha feriado, um paciente desistiu. Cheguei em casa pra arrumar a mala e no outro dia me internar. Não deu pra ter idéia. Aceitei porque eu vi que estava muito ruim e... a dificuldade do atestado que...

3022. ***Alguma coisa passava na sua cabeça antes de chegar no hospital X?***

3023. Aconteceu uma coisa gozada porque quando eu cheguei no hospital X. eu encontrei um amigo meu. O irmão de um amigo meu. Então aquilo... Eu vi que não estava sozinho, ia ter ajuda, tinha... ser mais fácil me entrosar com o pessoal, ter aquele coleguismo.

3024. ***Deixa eu ver aqui [nos papéis meus...]***

3025. Deixa eu pensar aqui... eu não respondi a uma pergunta da... o que eu penso de uma clínica. O que eu penso de uma clínica? Acontece uma coisa... esta situa-

ção de entrar/sair, entrar/sair, entrar/sair, acho que não deve acontecer. Eu não sei se, eu saindo daqui e caindo de novo, não sei se vou usar esse recurso de uma internação.

3026. ***Qual usaria?***

3027. Não sei. Já tentei acho que todos. Tentei fora, na rua, né? Acho que um tiro na cabeça.

3028. ***Você já pensou nisso?***

3029. Já tentei isso. Não tiro, mas... já tentei me matar. Eu namorava uma menina, a gente era noivo, nós brigamos e eu... a primeira vez que eu furei a veia eu... tomei nove Inibex, eu fiquei muito louco e à noite eu tentei me matar, tomei um veneno na veia. Mas não foi uma coisa que eu quisesse me matar, foi uma coisa que... uma que eu estava muito louco, outra que eu queria atingir a pessoa que não queria mais a volta, que eu amava. Isso foi em 82.

3030. ***Recentemente você voltou a pensar?***

3031. Não. Acho que eu penso em suicídio todo dia que eu uso a droga, mas voluntariamente, não. O fato de usar... Mas pensar voluntariamente, não. Minha vida está boa, o único problema é a droga. É o que eu falei, a droga que eu uso, eu tô conseguindo me manter, ruim, mas estou conseguindo me manter, ainda não cai lá no fundo, né? Então acho que isso tem me ajudado. Eu estava enganado em relação ao que era amor, aquilo era doença, não era amor. Minha mulher de hoje, nossa, nem se fala, É outra coisa. Agora eu sei o que é amor. Acho que eu tenho todas as armas pra lutar contra a droga, acho que só se eu não quiser mesmo, se desistir, se eu falar "Não, eu quero usar drogas", eu caio de novo. Não é na segurança que eu estou falando, mas mas eu tenho todas as armas hoje pra lutar.

3032. ***Armas materiais. A terapia ajuda a desenvolver outro tipo de recurso...***

3033. Então, a terapia também... Ter encontrado um psiquiatra que eu confio. Que... eu cheguei ao comportamento de aceitar uma atitude de um pai pro filho, coisa que não faço com meu pai, porque a gente não se dá bem. Meu pai fala pra eu fazer X, e eu faço Y, então... Acho que não é só também... tenho todas as armas. Apoio emocional...

3034. ***Antes de você se internar no hospital X, você tinha idéia do que era a abstinência?***

3035. Não... eu estava tão viciado e esta droga, a codeína era vendida livremente nas farmácias e era barato. Quando não tinha dinheiro, minha mãe me dava todo dia dinheiro pra comprar seringa, agulha e o belacodid.

3036. ***Sem saber que era pra isso...***

3037. Sabendo. É... porque eu já roubei coisas de casa por causa da cocaína. Eu entrei nessa... quando não tinha dinheiro pra comprar cocaína eu no fim acabei me viciando nesse remédio. Então, pra não acontecer isso ela me dava dinheiro, era pouco. O dinheiro do meu salário eu gastava tudo no primeiro dia com cocaína e nos outros dias eu não queria ficar sem droga, então ela me dava todo dia. E quando eu tinha só pro belacodid, eu usava seringa usada, ela dava todo dia. Ela via o estado em que eu ficava e... mãe, né? Não sabe nem como agir. Quer ajudar e não... isso antes, agora não... Ela investe dinheiro... Perdeu talão de cheques por eu não depositar no dia certo mas não é tão fácil como antes. Ela tem mais noção do que antes. Mas me dava, não sei. Pena... sei lá. Não sei. Acho que quer ser uma boa mãe, não sabe o que faz para ajudar. Inclusive quando eu falei que ia me internar, ela ficou supercontente. Acho que ela nunca deixou de acreditar, mesmo dando dinheiro, dando droga pra mim, ela nunca deixou de acreditar. Meu pai não... meu pai aparentemente deixou de acreditar, aparentemente.

3038. ***[trecho inaudível] O que, no caso de sua mãe, não deixa de ser um motivo...***

3039. Confiança, né? Confiança. Acho que até meu pai, como o senhor próprio diz, se tivesse desistido, ela não estava mais acreditando, pagando faculdade... Ou por pressão da minha mãe, não sei, né? Deu pra um filho... pra ninguém falar nada pro outro. Não sei... Agora, durante a internação, parece que ele de novo tá querendo voltar a confiar.

3040. ***Nesses últimos anos, sabendo que, ao parar de usar, entraria em síndrome de abstinência... Essa idéia de entrar em síndrome de abstinência te impedia de tentar parar?***

3041. Acho que o que me impedia de tentar parar era aquela vontade no outro dia, né? Quando estava sem. Acho que essa força aí foi sempre maior. Esta loucura de esquecer tudo que propôs no dia anterior, que jurou pra namorada que ia fazer... (noiva, né?), que

ia fazer... Eu fiquei, quando... quando... Duas vezes eu fui pra a praia, com minha família, minha noiva foi junto, eu... propus... Não usei. Passei dias em claro, sem remédio... Da segunda vez eu tomei sete comprimidos de Lorax pra dormir uma noite... Eu já estava fazendo uso... fora... poucas vezes... mas... de comprimidos pra... calmantes, né? E... essa vez que fui preso, que eu fiquei quatro dias sem usar; esses últimos dias, que eu ficava um dia... mas... acho que não era pela síndrome de abstinência... era pela... aquela loucura na cabeça de... no dia seguinte esquecer tudo do tinha proposto e... só arrependeu depois do uso... Porque, essa síndrome de abstinência, em casa é mais fácil, porque em casa eu posso... o que eu quiser fazer eu faço, se eu quiser sair na rua eu saio, se eu quiser ficar assistindo televisão eu fico, se eu quiser ir na geladeira eu vou... tem mais liberdade, né? Essa... Desde que fui preso, que fui detido, cheguei a tomar alguns calmantes, tomei voltarem, tomei Lexotan, mas não consegui dormir, embora tenha me relaxado um pouco, mas de noite eu não dormi. Mas acho que a pergunta não é...

3042. *[intervenção ininteligível]*

3043. Cada vez que a gente tenta parar... sozinho... O dia se passa, o sofrimento... depois volta a tomar, é uma derrota, né? A gente se sente derrotado, a gente se sente... Fica pensando que não... ah... não tem jeito.

3044. ***Não tenta parar de usar para não se frustrar?***

3045. É, justamente.

3046. ***Essa questão do seu trabalho, a aposentadoria... Isso influenciou sua vinda pra cá?***

3047. Sim, pelo aspecto... moral. Porque o médico, embora não saiba que eu estude, ele... disse... falou na minha cara que perante a sociedade eu era um inútil (eu era não, que eu sou um inútil). Isso, embora eu não me sintia tão inútil assim, porque eu tenho as minhas... obrigações, mas me doeu bastante... doeu bastante... ouvir isso.

3048. ***Você acha que ele errou ao falar isso?***

3049. Não... Acho que ele falou mesmo para dar mesmo um chacoalhão em mim, porque... ele... foi ele mesmo que falou que... quando eu quisesse voltar a trabalhar é só ir lá e falar que estava bom...

3050. ***Você não pretende viver com essa aposentadoria?***

3051. Não... Porque eu vou me formar como engenheiro... e... não vou mais ser aposentado. Meu pensamento é trabalhar e não ser empregado. Trabalhar... dentro da engenharia, ter uma profissão, numa área da engenharia e... Pode ser que um dia apareça uma proposta de emprego e eu não possa trabalhar por ser aposentado, não ser registrado... Também por... a aposentadoria é baixa; também... acho que é uma sacanagem, né? Moralmente é ruim, né?

3052. ***Mas a constatação do médico não é totalmente correta...***

3053. Mas tem um pouco de verdade, eu acho que tem um pouco de verdade. Eu acatei... ele falou... como meu pai fala, só que eu nunca acatei o que meu pai fala, de repente eu tô acatando o que as pessoas estão falando. Acho que até... querendo... ter uma relação com meu pai que eu nunca tive, se ele me desse a oportunidade, esquecer o passado, o que aconteceu e... pensar mais em mim. Mais em mim e procurar ajuda, né? O que vier... Mas tem um pouco de verdade, né? Pela própria aposentadoria já... moralmente... eu não falo... pra pouca gente eu falo... eu tenho um pouco de vergonha... embora eu seja um pessoa doente. Mas moralmente uma doença... [silêncio de 15"] eu tenho.

3054. ***Sobre lazer... As atividades naturais de lazer suas quais seriam?***

3055. Olha, eu ultimamente não tenho tido nenhuma... A única atividade de lazer minha é a droga. Eu sofri um acidente alguns anos atrás... eu tenho pinos na perna, eu não consigo correr... Mas eu já fui uma pessoa muito esportista, adorava esporte, jogava tênis, andava de bicicleta, jogava futebol... karatê... Eu hoje não posso praticar mais um monte de exercícios... Mas tem alguns que quero retomar... natação... comprar bicicleta... A primeira coisa saindo daqui, o primeiro dinheiro que sobrar vou comprar uma bicicleta... e... Não assisto filmes... Não tenho nenhuma e... acho que aqui estou começando a sentir falta disso. É... gosto muito de *rock and roll* e aqui na clínica não tem discos, né? E... tem vários em casa que não ouço há anos. E aqui já estou sentindo saudades desses discos; Acho que o que eu fazia antes da droga... retomar tudo o que eu fazia, na medida do possível... Acho que são essas... cinema também. Eu não sei se isso tá acontecendo pelo fato de eu estar preso, né? De não estar podendo fazer, mas

quando eu não uso drogas, me dá vontade de retomar as atividades...

3056. ***Mudando de assunto: sobre o terapeuta que se intrometia, dirigia sua vida, essa experiência atrapalhou uma nova procura de tratamento?***

3057. Ah, bastante. Perdi a confiança, apesar que eu tinha... no hospital X. um psiquiatra e um psicólogo muito bons, que eram diferentes. Mas eu acho que... eu percebi depois de um tempo que quem era... que essa pessoa era uma má profissional. Mas o fato de eu estar... recomeçando a usar drogas, estar com uma saúde boa, isto ajudou a não procurar outra... outra ajuda, né? No momento tava bom. Foi como, eu... quando eu comecei a usar drogas... parecido. Então eu tava numa situação boa. Eu conseguia esconder das pessoas, eu não tinha mais aquele problema, aquela depressão, aquela falta de ânimo. Não era diário o uso... então é isso aí é que mais...

3058. ***Contribuiu negativamente mas não foi a causa?***

3059. Tanto que depois que eu caí eu comecei a procurar... apesar que... primeiro era o atestado, mas... o psiquiatra dava uma receita de remédio, eu comprava, chegava a começar a tomar, ia algumas vezes, né?...

3060. ***Quando você pensa em parar de usar e se tratar, você pensa mais em você ou também em sua família...***

3061. Mais em mim, mais em mim.

3062. ***Não é pra satisfazer...***

3063. Não. Porque a situação... Eu tava acomodado, eu não precisava disso. Eu... usando drogas... estava... tava acomodado, a situação... Tinha arrumado as coisas de um jeito que tava tudo bem. Fazia de conta... As pessoas faziam de conta que eu não usava.

3064. ***Como você acha que vai ser pra você a continuidade do seu tratamento? Este processo...***

3065. Difícil. Olha... É difícil te responder porque na primeira internação eu fiquei tão pouco tempo sem drogas... quinze dias, né? Então não sei se vou saber responder essa pergunta. Não sei, acho que vou ter que viver lá fora e... as mesmas coisas que eu vivia com a droga... e... sabe? Segurar a onda, saber segurar a onda... não sei...

3066. ***É na psicoterapia... que processo psicológico você acha que vai viver?...***

3067. É uma coisa... vou ter que ver também, né? Não sei, não, como é fazer psicoterapia sem droga. Fiz... fiz quando estava internado, não tinha aqueles... os problemas reais, né? Não saberia responder isto aí. Embora... embora eu esteja fazendo as seis meses, mas drogado, né? Então... agora a situação é outra. Eu drogado sou uma pessoa, eu sem a droga sou outra pessoa.

3068. ***Você acha que... lhe ocorre agora alguma coisa sobre isso que eu não tenha perguntado sobre motivação pra parar de usar, sobre tratamento?***

3069. Acho que, se tiver, é um ponto sem muita importância.

(Anexo 2)

Fac-símile do termo de consentimento pós-informação utilizado

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Instituição: Universidade Estadual de Campinas – Faculdade de Ciências Médicas

Título do projeto: “Clínica das dependências químicas: o que acontece antes de as pessoas procurarem por tratamento”

Pesquisador: Bruno José Barcellos Fontanella, médico psiquiatra, CRMSP 54.684, aluno do curso de Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. Telefone: _____.

O propósito desta pesquisa científica é compreender como as pessoas vivenciam (vivem e sentem em profundidade) certos problemas de saúde e certos comportamentos que tomam sobre procurar ou não tratamento. Para tanto, serão realizadas entrevistas, podendo durar aproximadamente de uma a duas horas. Durante as entrevistas serão feitas perguntas ao informante para se alcançar os objetivos da pesquisa.

Os registros de áudio (gravação) feitos durante a entrevista não serão divulgados a outros profissionais, mas o relatório final, contendo a transcrição das entrevistas e citações anônimas, estará disponível para todos quando estiver concluído o estudo, inclusive para apresentação em encontros científicos e publicação em revistas especializadas.

Poderá não haver benefícios diretos ou imediatos para você enquanto entrevistado deste estudo, além da oportunidade de você poder falar de suas coisas, mas poderá haver mudanças nos cuidados dados aos pacientes após os profissionais de saúde tomarem conhecimento de suas conclusões.

Este TERMO é para certificar que eu, _____, concordo em participar voluntariamente do projeto científico acima mencionado. Por meio deste, dou permissão para ser entrevistado e para a entrevista ser gravada em fitas cassetes.

Estou ciente de que, ao término da pesquisa, as fitas serão apagadas e que os resultados serão divulgados, porém sem que meu nome apareça associado à pesquisa.

Estou ciente de que um técnico poderá fazer a transcrição da fala gravada para um texto em computador e que outros pesquisadores poderão conhecer a transcrição editada, da qual terão sido retirados todos os dados que possam, mesmo indiretamente, me identificar (nomes de pessoas citadas, meu próprio nome, nome de instituições, cidades, menções a acontecimentos que me identifiquem, ou qualquer outro dado que possa me identificar). Estes outros pesquisadores poderão discutir os resultados, mas estas pessoas estarão sempre submetidas às normas do sigilo profissional e não terão acesso às fitas gravadas. Estou ciente de que não haverá riscos para minha saúde resultantes da participação na pesquisa. Estou ciente de que sou livre para recusar dar resposta a qualquer das questões durante as entrevistas, e para retirar meu consentimento e não mais participar da pesquisa, a qualquer tempo, sem penalidades e sem prejuízos aos atendimentos e tratamentos que recebo.

NOME:**ASSINATURA:**

Pesquisador: _____

Entrevistado: _____

Testemunha: _____

Entrevista número: _____ Local: _____ Data: _____

(Anexo 3)

Fac-símile do parecer da Comissão de Ética do Hospital das Clínicas
da Universidade Estadual de Campinas

Cidade Universitária "Zeferino Vaz"

28 de novembro de 1994

COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA DO HC/UNICAMP

CONSULTA No. 233/94-C.Ética

ASSUNTO: Projeto de Pesquisa - "Clínica das Dependências Químicas: O
que acontece antes de as pessoas procurarem por tratamento".

PESQUISADOR: Bruno José Barcellos Fontanella

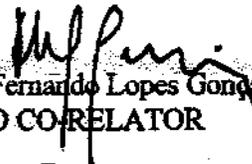
ORIENTADOR : Prof. Dr. Egberto R. Turato
Departamento de Psiquiatria - FCM - UNICAMP

RELATORA: Profa. Dra. Cristina Alba Lalli

P A R E C E R

O projeto trata-se de entrevista, enquadrando-se na categoria I (sem
risco para o paciente). Há termo de "consentimento pós-informação"
adequado.

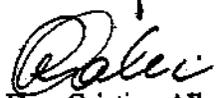
A comissão de ética médica é favorável à realização do projeto.


Prof. Dr. Fernando Lopes Gonzales Jr.

MEMBRO CO-RELATOR


Prof. Dr. Sebastião Araújo

MEMBRO CO-RELATOR


Profa. Dra. Cristina Alba Lalli

MEMBRO RELATORA COMISSÃO DE ÉTICA MÉDICA
HC/UNICAMP

Parecer aprovado por unanimidade na reunião do dia 29.11.94

Errata

Pág.	§	Linha	Onde se lê:	Leia-se:
25	5º	1	da motivação	das motivações
32	2º	4	1993)	1993).
33	2º	4	entrada tratamento	entrada em tratamento
37	3º	2	da	das
53	2º	2	estejam	estar
58	(nota de rodapé)		Cottler e cols. (1997) ao	ao
73	3º	1	Todos	Todas
87	4º	4	instrumentos seriam	instrumentos que seriam
94	2º	1	para de expressão	de expressão
111	1º	2	pergunta	perguntas
126	4º	1-2	paranóides	paranóide
131	6º	1	freqüenciade	freqüencia de
134	2º	5	<i>cair na gandaia</i>	<i>"cair na gandaia"</i>
143	6º	4	<i>trata.r</i>	<i>tratar.</i>
146	4º	2	onflitos	conflitos
169	2º	1	entrevistadospareceram	entrevistados pareceram
171	5º	5-6	preliminarmentea	preliminarmente a
172	1º	3	mostram	mostra
179	1º	5	e o que	e que
191	2º	1	que os	que os que
192	3º	1	entrevistdos	entrevistados
193	1º	1	quê	que
199	1º	1	Quanto a D.	Quanto a D.,
199	7º	3	ajuda,	ajuda
203	6º	1	recbido	recebido
214	(referência)		Botega, N.	Botega, N.J.
225	(item k)		usados e	usados;
225	(item l)		tipográficos.	tipográficos;