



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
Frederico Guerreiro Ferreira



**Internação involuntária e o abuso de substâncias psicoativas -
O *pathos* familiar**

**Uberlândia/MG
2016**



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
Frederico Guerreiro Ferreira



**Internação involuntária e o abuso de substâncias psicoativas -
O *pathos* familiar**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada.
Orientador(a): Dr. Luiz Carlos Avelino da Silva.

**Uberlândia/MG
2016**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

F383i
2016 Ferreira, Frederico Guerreiro, 1989-
 Internação involuntária e o abuso de substâncias psicoativas - o
 pathos familiar / Frederico Guerreiro Ferreira. - 2016.
 137 f.

 Orientador: Luiz Carlos Avelino da Silva.
 Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
 Programa de Pós-Graduação em Psicologia.
 Inclui bibliografia.

 1. Psicologia - Teses. 2. Família - Aspectos psicológicos - Teses. 3.
 Drogas - Abuso - Aspectos psicológicos - Teses. 4. Saúde mental -
 Teses. 5. Psicanálise - Teses. I. Silva, Luiz Carlos Avelino da. II.
 Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-Graduação em
 Psicologia. III. Título.

CDU: 159.9



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



Frederico Guerreiro Ferreira

**Internação involuntária e o abuso de substâncias psicoativas -
O *pathos* familiar**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Mestrado, do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre em Psicologia Aplicada.

Área de Concentração: Psicologia Aplicada.

Orientador(a): Dr. Luiz Carlos Avelino da Silva:

Banca Examinadora

Uberlândia, 30 de maio de 2016.

Prof. Dr. Luiz Carlos Avelino da Silva (Orientador)
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof. Dra. Anamaria Silva Neves (Examinadora)
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Prof. Dr. Mauricio Campos (Examinador)
Universidade Federal de Goiás – Goiânia, GO

Prof. Dra. Daniela Figueiredo Ribeiro (Examinadora Suplente)
Uni FACEF – Franca, SP

**Uberlândia/MG
2016**

*Dedico este trabalho a todas
as famílias e voluntários do NATA.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela vida, pelas oportunidades que tive e pelas pessoas que me foram colocadas no caminho.

A Universidade Federal de Uberlândia (UFU) especialmente ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PGPSI), que por meio de seus professores (as) e funcionários (as), contribuíram para minha formação acadêmica e profissional.

Ao professor Luiz Carlos Avelino da Silva, por ser mais que um orientador deste trabalho, por me instigar, me desafiar e dar suporte às minhas inquietações

Aos professores Maurício Campos e Anamaria Silva Neves, pelas significativas sugestões que enriqueceram a construção desta pesquisa e pela atenção e respeito na avaliação da mesma.

À minha família, a Isabella e meus amigos, pelo amor, pela constante presença, pela paciência e pelo incentivo durante a realização do Mestrado.

A todos os participantes e voluntários do Núcleo de Apoio ao Toxicômano e Alcoólatra de Catalão – GO, por colaborarem com a pesquisa, por se disporem a compartilhar as angústias comigo, me permitindo descobertas preciosas.

À Universidade Federal de Goiás (UFG) – Regional Catalão, em especial ao Curso de Psicologia, por todo apoio durante o período do mestrado.

(Coração Materno – Vicente Celestino)

Disse o campônio a sua amada:
Minha idolatrada diga o que quer?
Por ti vou matar, vou roubar
Embora tristezas me causes mulher
Provar quero eu que te quero
Venero teus olhos, teu porte, teu ser
Mas diga, tua ordem espero
Por ti não importa matar ou morrer

E ela disse ao compônio a brincar:
“Se é verdade tua louca paixão
Partes já e pra mim vá buscar
De tua mãe inteiro o coração”
E a correr o campônio partiu
Como um raio na estrada sumiu
E sua amada qual louca ficou
A chorar na estrada tombou

Chega à choupana o campônio
Encontra a mãezinha ajoelhada a rezar
Rasga-lhe o peito o demônio
Tombando a velhinha aos pés do altar
Tira do peito sagrando
Da velha mãezinha o pobre coração
E volta a correr proclamando
“Vitória, vitória tem minha paixão”
Mas em meio da estrada caiu
E na queda uma perna partiu
E a distância saltou-lhe da mão
Sobre a terra o pobre coração
Nesse instante uma voz ecoou:
“Magoou-se pobre filho meu?
Vem buscar-me filho, aqui estou,
Vem buscar-me que ainda sou teu!

RESUMO

O uso e abuso de Substâncias Psicoativas (SPA) na contemporaneidade corresponde a uma questão social e a uma questão de saúde pública. Poucos fenômenos sociais acarretam mais custos com justiça e saúde, dificuldades familiares e notícias na mídia do que o consumo abusivo de SPA. O poder público vem enfrentando esta situação destinando investimentos e elaborando políticas públicas. Apesar da Política de Saúde Mental atual, pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica que prioriza os serviços ambulatoriais, continua crescente o número de investimentos pelos governos e solicitação de famílias pelas internações. O presente estudo teve como objetivo compreender o *pathos* vivenciado por um indivíduo diante da internação involuntária de um membro de sua família usuário abusivo de SPA. A pesquisa buscou investigar também o que levou à escolha por este tipo de tratamento. A psicanálise foi o suporte teórico deste trabalho e buscou-se o exercício do método psicanalítico desde o levantamento do material bibliográfico à interpretação da entrevista aprofundada feita a partir de um roteiro temático. As descobertas desta pesquisa proporcionaram pensar como são feitos os chamamentos sociais à família no que se refere à atenção e ao cuidado para com seus familiares usuários de SPA e como isso afeta o sujeito familiar. Permitiu também discutir como são formuladas e implementadas as políticas públicas que preconizam a internação involuntária, a afetividade, o proibicionismo e a visão unilateral que perpassam o Estado na atenção dada a esta questão. A análise da entrevista nos mostrou como acontecem os agenciamentos do *pathos*, os aspectos libidinais de gozo e culpa, vontade de punir e expiação, operando nas relações familiares e de cuidado, sobretudo, na decisão pela internação involuntária. A pesquisa possibilitou ainda compreender como uma mãe, diante do cenário caótico da saúde pública, desamparada, encontra na internação uma maneira de ecoar seus afetos.

Palavras-chaves: Família; Substâncias Psicoativas; Internação involuntária; Psicanálise; Saúde Mental;

ABSTRACT

The use and abuse of Psychoactive Substances (PAS) in contemporaneity corresponds to a social issue and a public health issue. Few social phenomena entail more costs with justice and health, family difficulties, and appearances in the media than the PAS abuse consumption. The government power has been facing this situation allocating investments and developing public policies. Despite the current Mental Health Policy, based on the principles of Psychiatric Reform that prioritizes outpatient services, the number of investments from various government spheres and families requests for admissions continue increasing. This study aimed to understand the *pathos* experienced by an individual toward the involuntary internment of a family member who is an abusive user of PAS. The research also aimed to investigate what led that individual to choose this type of treatment. The Psychoanalysis was the theoretical basis of this work, and the exercise of the psychoanalytic method, from the collection of bibliographic references up to the interpretation of the semi-structured interview, conducted in depth, was intended. The findings of this research gave us the opportunity of thinking about how the social callings to the family were made, especially in regard of attention and care with their family members who are user of PAS and how it affects this family individual. It also allowed to discuss how the public policies that preconize involuntary internment, affectivity, prohibitionist and mono-disciplinarity – that cross the State in the attention given to this issue – are formulated and implemented. The interview analysis showed us how happen the agencying of pathos, the libidinal aspects of joy and guilt, the desire to punish and atonement, working in family relations and in caring relations, especially in the decision for involuntary internment. The survey also made possible to understand how a mother, facing the chaotic scene of public health, helpless, finds in the involuntary internment a way to reverberate her affections.

Keywords: Family; Psychoactive Substances; Involuntary internment; Psychoanalysis; Mental health.

Lista de Abreviaturas e Siglas

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD– Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

CFP – Conselho Federal de Psicologia

CFM – Conselho Federal de Medicina

CT –Comunidades Terapêuticas

NATA – Núcleo de Apoio ao Toxicômano e Alcoólatra

SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SPA – Substâncias Psicoativas

Sumário

Introdução	13
Algumas Inquietações	13
Caminhos Percorridos	13
Objetivo Geral	19
Objetivo específico	19
Capítulo 1 – História das SPA e sentidos do seu uso	20
1.1 De Dádiva Divina a Maldição: As SPA na Contemporaneidade	24
Capítulo 2 – Controle da vida e internação	29
2.1 Trajetória das políticas públicas sobre abuso de SPA e saúde no Brasil	31
2.2 Desafios da reforma psiquiátrica e o retorno da internação	36
2.3 Tratamento ao uso abusivo de SPA	39
2.4 Internação em CT's: implicações éticas e legais da internação	46
2.5 Controversa Utilização da Lei 10.216/01	50
Capítulo 3 – Internações e os familiares	58
3.1 Família na contemporaneidade.	60
3.2 Contribuições da Psicanálise para compreensão da família	64
3.3 Dependência de vínculo	70
Capítulo 4 – Método	74
4.1 Participante	74
4.2 Entrevista	76
4.3 A Interpretação da Entrevista	78
4.4 O pathos familiar	80
4.5 Aspectos Éticos	81
Capítulo 5 – Análises e discussões da entrevista	83
5.1 O Caso Rita	83

5.1.1 Grande Coração de Mãe	84
5.1.2 A exclusividade que a droga traz e a questão materna	89
5.1.3 Os sentidos sobre a internação	90
5.1.4 “Esse trem aqui não é pra mim não mãe, aqui é de gente louca”	91
5.1.5 “Lugar de bandido rico”	93
5.1.6 “Só morto que ele vai pra um lugar desses”.	96
5.1.7 Filho como chantagista	97
5.1.8 A internação (i) Refletida	100
5.1.9 “Exemplo de vida”: Nata como espaço de santificação.	105
5.1.10 Aspectos financeiros da internação	106
5.2 À Guisa de Teoria	107
6. À Guisa de conclusão	114
7. Referências	117
Apêndice A – Roteiro da Entrevista	122
Anexo A – Parecer Emitido Comitê de Ética em Pesquisa da UFU	123
Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	124
Apêndice B - Transcrição Entrevista	125

INTRODUÇÃO

Querer o bem com demais força, de incerto jeito, pode estar sendo se querendo o mal, por principiar (Guimaraes Rosa).

Algumas Inquietações

O meu interesse em desenvolver esta pesquisa se deu a partir de minhas experiências profissionais como psicólogo, acompanhando as famílias do Núcleo de Apoio ao Toxicômano e Alcoólatras de Catalão (NATA). O NATA é referência na cidade de Catalão–GO no que se refere ao atendimento às famílias e pessoas com problemas decorrentes do uso abusivo de Substâncias Psicoativas¹s (SPA), visto que Catalão, principal cidade do sudeste goiano, com população de 98.737 habitantes (Censo IBGE 2015), não possui nenhum CAPS AD e nem outro dispositivo de saúde pública específico a esta população. Na cidade existe apenas um CAPS I, e a rede de saúde pública conta apenas com dois médicos psiquiatras.

O NATA é uma instituição filantrópica, sobrevive graças a doações e repasses de verbas vindas do Ministério Público. Foi criado há 20 anos por familiares de usuários de SPA que se reuniam inicialmente para discutirem e encaminharem pessoas à internação na “fazendinha” da cidade de São José do Rio Preto–SP. Atualmente o núcleo de apoio trabalha com o programa de auto e mútua ajuda do Amor Exigente², segundo estimativa dos voluntários, acredita-se que já foram atendidas pela instituição cerca de 4.000 pessoas.

¹ Substâncias psicoativas são as que, “quando utilizadas, têm a habilidade de mudar os processos de consciência, humor e pensamento individuais” (OMS, 2006). Escolheremos nessa dissertação **quando possível** abandonar o carregado e ambíguo termo “drogas”, preponderante na discussão acadêmica e cotidiana, em favor de “substâncias psicoativas”, muito mais preciso. Embora a expressão “substância psicoativa” não seja de todo neutra, na medida em que também engendra um ponto de vista nitidamente biomédico, sem dúvida, carrega menos pressupostos morais, permitindo que haja distanciamento dos sentidos, muitas vezes contraditórios, que o termo “droga” normalmente remete (narcótico, entorpecente, tóxico, coisa ruim etc.). Como bem destaca Carneiro (2009), “a droga como um objeto claro e definido nunca existiu (...) A droga sempre foi um conceito antes de tudo moral”. (p. 157).

² Segundo Menezes (2008), o Amor Exigente é um programa de apoio fundado nos EUA por David e Phyllis York e trazido para o Brasil pelo padre Harold Joseph Rahm. O programa se encontra em atividade no Brasil há mais de 20 anos e conta atualmente com 579 grupos atuantes no país. No programa Amor Exigente os grupos funcionam semanalmente e são coordenados por voluntários. Os princípios norteadores versam sobre raízes culturais, função materna/paterna e hierarquia familiar.

Nesse espaço exercito a escuta e busco compreender os processos que permeiam a vida destes sujeitos que convivem, cotidianamente, com diversos tipos de sofrimento vinculados ao abuso das SPA, tais como raiva, impotência e culpa. Ao me aproximar destas famílias, em especial dos pais, sou levado a problematizar o que acontece efetivamente com essas pessoas, despertando indagações e interesses de pesquisa.

A população que frequenta o grupo destinado à família é composta, na maioria, por pais, filhos ou cônjuges de um internado em uma Comunidade Terapêutica (CT's), muitas destas instituições exigem a participação da família no grupo. Nos últimos cinco anos houve uma proliferação destas CT's na região, que hoje comporta dezesseis comunidades e clínicas de recuperação.

Fui percebendo que os familiares dos usuários de SPA são forçados a mudarem seus cotidianos, suas formas de viver e a experimentarem afetos em função do uso descontrolado de seu familiar. Observei que em muitos casos há uma dedicação não muito saudável a esses familiares e uma dinâmica familiar vinculada de forma intensa a esta situação. Frequentemente, vivenciei situações em que a família, simultaneamente às mudanças de comportamento do usuário dependente, desestabilizava-se, mas em outro momento esta mesma família se reorganizava, por exemplo, quando o familiar reincidia o uso de SPA, e os membros da família se movimentavam no sentido de ajudá-lo.

Outro aspecto que me chamava a atenção nessas situações eram os sentimentos ambivalentes diante da internação. Demonstravam ao mesmo tempo alívio e alegria, medo, tristeza, insegurança, raiva e outros. E, em alguns casos, as suas ações, ao invés de serem colaborativas, eram, frequentemente, de boicote ao tratamento. Tais experiências geraram anseios e desafios que motivaram a proposição dessa pesquisa.

Caminhos Percorridos

O uso e abuso de SPA na contemporaneidade corresponde a uma questão ampla e relevante, que envolve diversas instâncias, uma vez que não diz respeito apenas ao

usuário³ de SPA, caracterizando-se, portanto, como um tema social e de saúde pública. Poucos fenômenos sociais acarretam mais custos com justiça e saúde, dificuldades familiares, e notícias na mídia do que o consumo abusivo de SPA.

De acordo com o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), realizado no ano de 2013 pelo Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras drogas (INPAD), estima-se que 5.7% de brasileiros fazem uso dependente de álcool e/ou maconha e cocaína, isolados ou associados, o que representa mais de onze milhões de pessoas. Neste mesmo estudo foi constatado que os lares brasileiros são compostos por uma média de 3.5 pessoas, portanto são mais de 30 milhões de pessoas que convivem no Brasil com o uso dependente de SPA (Laranjeira et al, 2013).

Diante desta realidade, é muito comum vermos famílias com dificuldades em lidar com o uso abusivo SPA de algum familiar, que, muitas vezes, não encontra ou resiste aos tratamentos e formas de apoio oferecidas. Algumas famílias, após inúmeras tentativas infrutíferas de encontrar ajuda, ou movidas por inúmeras promessas de soluções instantâneas, recorrem ao recurso da internação involuntária, feita de forma agressiva pelas equipes das Comunidades Terapêuticas (CT's), Clínicas ou Hospitais Psiquiátricos por meio dos serviços de recolhimento compulsório, comumente conhecido como “resgate”.

Apesar da Política de Saúde Mental atual, pautada nos princípios da Reforma Psiquiátrica e que prioriza os serviços ambulatoriais, é crescente e insistente a solicitação das famílias por este tipo de intervenção. A principal justificativa utilizada nas solicitações para internação involuntária é a alegação de que o sujeito dependente, devido ao uso

³ Assim como no caso da definição do termo “drogas”, no universo das pesquisas sobre uso de substâncias são utilizados vários termos para designar aquele que utiliza a droga como adicto, viciado, dependente químico, utilizaremos o termo usuário, entretanto, é importante pontuar que existem diversos padrões de consumo de drogas. Segundo a OMS (2002), o uso de SPA pode ser classificado em seis categorias: *uso na vida* - refere-se ao uso de qualquer SPA pelo menos uma vez na vida; *uso no ano* - refere-se ao uso de SPA pelo menos uma vez nos últimos 12 meses anteriores à consulta; *uso no mês* - é o uso de SPA pelo menos uma vez nos últimos 30 dias que antecederam à consulta; *uso frequente* - consiste na utilização de SPA seis vezes ou mais nos últimos 30 dias; *uso de risco* - padrão de uso ocasional que apresenta alto risco de danos futuros à saúde, tanto física quanto mental do usuário, mas que ainda não causou efeitos mórbidos; *uso prejudicial* - padrão de consumo que já provoca danos à saúde da pessoa, em termos físicos e/ou mentais.

descontrolado de SPA, perde a autonomia e a capacidade de discernir sobre o que é melhor para si.

Em se tratando de pesquisa, muitos estudos são direcionados somente ao usuário e não se focam em pessoas próximas que recebem influências e sofrem. Por este motivo acredito ser o momento de nos aproximarmos destes familiares para escutá-los e compreendermos suas vivências, pois só assim produziremos estratégias de acolhimento e cuidado efetivo. Nesse trabalho se pretende investigar, tendo a psicanálise como referencial de análise, o *pathos* vivenciado por um familiar com a internação involuntária de um membro de sua família usuário abusivo de SPA e o que leva à escolha por este método de tratamento.

Compreendemos o *pathos* enquanto afeto⁴ humano, assim, como aponta Berlinck (2000), a paixão é sempre provocada pela presença ou imagem de algo que leva o indivíduo a reagir. Mais precisamente, o *pathos*, termo do qual derivam paixão e passividade, não nasce no corpo, ele brota no corpo, mas vem de longe e de fora. Assim, as manifestações do *pathos* são sinais de que o ser humano vive na dependência permanente do Outro.

Nossa contribuição é no sentido da constituição de uma experiência, um discurso compartilhado a respeito do *pathos* psíquico a partir da relação entre *pathos*, cultura, uso de SPA e família. Entendemos que o *pathos* constitui uma subjetividade que é expressão de uma história singular e coletiva simultaneamente. Essa perspectiva, como aponta Berlinck (2005), parte do pressuposto de que o humano é uma espécie psicopatológica, sem ser doente, ou seja, o humano é portador de uma subjetividade e apresenta um aparelho psíquico que inclui uma dimensão inconsciente. A dinâmica desse fenômeno é regida pelo *pathos* (sofrimento, paixão, passividade).

⁴ Afeto não deve ser confundido com emoção. “O afeto contém a emoção, mas não se reduz a ela. O afeto é uma força, é uma paixão intensamente excessiva. Podemos dizer que o *pathos* é um “afetão”, ou seja, aquilo que atinge e modifica o sujeito. Nem toda emoção provoca essa mudança”. Conferir “Problemas e Perspectivas no Ensino e Pesquisa em Psicopatologia”. Palestra proferida pelo Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck na UFF em 18/05/05

A visão sobre as SPA e, conseqüentemente, as formas de tratamento de seu abuso variam de acordo com o contexto social, cultural e histórico. Hoje as SPA são vistas pelo senso comum como um grande mal; os usuários são percebidos como um problema, cujos responsáveis são os familiares ou a “fraqueza” do próprio indivíduo. Dessa maneira, ora o usuário é visto como “culpado” e a família como “vítima”, ora ocorre uma percepção contrária, mas sempre ressaltando a busca por culpados.

Neste cenário contemporâneo o medo é utilizado como um dos principais operantes para a construção desta visão sobre a drogadição e tudo que a ela se correlaciona. Podemos ver este operador em ação na questão do uso do crack no Brasil, considerado como epidêmico⁵ pelo Ministério da Saúde, apesar das pesquisas⁶ encomendadas pelo próprio Ministério demonstrarem o contrário. Outro exemplo é a noção mistificada de que os usuários de SPA não querem se tratar, aliás, principal argumento utilizado para respaldar as intervenções repressivas. Estudos realizados pela SENAD (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas), em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) para se construir o programa “Crack, é possível vencer!”, delineou o perfil da população usuária de SPA, em que 78,9% dos participantes declararam o desejo de se tratarem.

Como disse Mia Couto (2011): “há, neste mundo, mais medo de coisas más do que coisas más propriamente ditas”. Percebemos nestas situações que esta máxima é verdadeira, e no campo das SPA é exacerbada e utilizada para provocar diversas reações sociais que instauram o medo e autorizam a violência e a arbitrariedade, levando à justificação de medidas autoritárias, coercitivas e higienistas.

⁵ <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2013-09-19/padilha-diz-que-pais-enfrenta-epidemia-de-crack-e-defende-parceria-com-estados-e-municipios> Recuperado em 28/04/15.

⁶ Foram encomendados dois estudos para a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2014), os estudos “Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas capitais do país” e “Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil. O primeiro estudo estimou o número de usuários regulares de “crack e/ou similares” nas 26 capitais do país e Distrito Federal para o ano de 2012 em 370 mil pessoas, correspondendo a 0,81% da população desses municípios (0,70% para adultos e 0,11% para crianças e adolescentes). Os estudos podem ser acessados através do site da FIOCRUZ: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>. Recuperado em 28/04/15.

Para que possamos melhor entender o surgimento destes discursos, bem como os processos em torno da internação involuntária e os familiares que optaram por ela, é de suma importância conhecermos os fatores históricos que propiciaram estes engendramentos. Diante disso, questionamos: Quais as principais conexões que fazem ser possível um tratamento ao usuário de SPA via internação involuntária? e O que possibilita a internação involuntária ser um dos recursos mais utilizados dentro da rede de atenção ao usuário de SPA no Brasil?

No primeiro capítulo empreenderemos uma discussão histórica acerca do uso e abuso das SPA's, suas formas de lida e vivência ao longo do tempo, até a chegada do paradigma proibicionista, marca mais evidente dada à SPA na contemporaneidade. A psicanálise será utilizada como ferramenta na busca da compreensão destes significados e sentidos da SPA na experiência humana.

Apresentaremos no segundo capítulo como a internação involuntária se inscreveu nas práticas de tratamento a usuários de SPA, e como ela vem se inscrevendo atualmente. Discorreremos sobre as políticas públicas de saúde mental no Brasil, os aspectos culturais que favorecem a tomada de força da internação involuntária, como a privatização dos recursos destinados à saúde mental e ao investimento público em programas que prescrevem o financiamento de internações em CT's, e as dificuldades de implementação da rede de atenção psicossocial. Finalizaremos o capítulo abordando as implicações éticas e legais da pessoa internada involuntariamente em CT.

No terceiro capítulo faremos uma incursão na literatura sobre família, abuso de SPA e psicanálise. Discorreremos sobre os aspectos psicológicos e sociais das famílias que tem um membro usuário abusivo de SPA. O conceito de dependência de vínculo aparecerá nesta tentativa de compreensão para lançar luz sobre as possibilidades de vínculos estabelecidos nesta organização familiar.

Como nos aponta Lavrador (2006), realçar fatores históricos não é contemplar desejos saudosistas de um retorno ao passado ou mesmo valorar moralmente determinados momentos da história, mas procurar elementos que nos auxiliem a desnaturalizar conceitos,

conhecer as relações em diferentes modos de vida, possibilitando-nos instrumentalizar melhor nosso exercício de pensar e entender as análises dos modos de se viver a atualidade.

Ao utilizarmos o referencial psicanalítico, pretendemos desestabilizar o pensamento rígido existente sobre o uso e abuso de SPA, e procuramos criar uma linha de pensamento que produza aberturas diante de um problema que resiste em se apresentar nos diversos planos de sua constituição.

Sabemos que as questões relativas ao uso de SPA são da competência de inúmeras áreas do saber que compõem um campo heterogêneo de estudos e investigação. A Psicanálise, em nosso entendimento, tem muito a contribuir como ferramenta de reflexão e recurso de intervenção nessa realidade, na medida em que auxilia a compreensão das vivências dos usuários e de seu familiar, bem como propõe a busca de um entendimento aprofundado das implicações de suas histórias relacionais na origem e nas configurações do uso abusivo de SPA. Dessa forma, a Psicanálise aporta elementos cruciais a esta relevante questão.

Reconhecemos que o consumo de SPA, na atualidade, assim como a magnitude do fenômeno do abuso de SPA, conhecido como dependência química, impõem a todos nós uma questão de difícil contorno. Todavia, justamente por possuir características complexas, devemos atentar para a necessidade de evitarmos posturas reducionistas, ou ainda moralistas, que pouco contribuem para o enfrentamento lúcido que o tema exige.

Objetivo Geral

Compreender o pathos familiar e a internação involuntária de um membro de sua família usuário abusivo de SPA.

Objetivos Específicos

Investigar como a internação involuntária é escolhida como forma de tratamento.

CAPÍTULO 1

HISTÓRIAS DAS SPA E SENTIDOS DO SEU USO E ABUSO

Ao estudar a história da humanidade, deparamo-nos com a presença do uso de SPA, desde o seu princípio, inserido nos mais diversos contextos: social, religioso, medicinal, econômico, ritual, cultural, psicológico, estético, climatológico e mesmo militar. Escohotado (1997) aponta que a história da humanidade é aquela das substâncias que ela consome. O consumo de SPA deve, portanto, ser considerado como um fenômeno especificamente humano, isto é, um fenômeno cultural: não há sociedade que não tenha as suas substâncias, e que não recorra a seu uso para diversas finalidades.

Cada povo, em diferentes momentos da história, lida com questões relacionadas ao uso de SPA conforme sua cultura e valores, de forma que não há uma única posição, maneira ou conceito sobre as SPA, mas sim um caráter diversificado. O uso de SPA era vivenciado em sua pluralidade. (Vicentini, 2011)

Escohotado (1997), em seus estudos sobre a história das SPA e seu uso pelos diferentes povos, mostra-nos que “os valores sustentados por cada sociedade influem nas ideias formadas sobre as SPA” (p. 157) e, por conseguinte, em seus usuários. Na Roma pré-imperial, por exemplo, o uso do vinho era liberado apenas aos homens maiores de trinta anos, sendo permitido executar homens mais jovens e mulheres descobertos próximos às tabernas; na civilização Inca as folhas de coca, símbolo dessa cultura, eram reservadas aos servos como prêmio, e, durante meio século na Rússia, até beber café foi um crime punido com tortura e mutilação das orelhas.

Bucher (2002) constatou como fator comum do uso de SPA a busca por alterações da consciência e por experiências únicas que, universalmente, são experiências de prazer. É claro, no entanto, que o uso de SPA historicamente não se reduz simplesmente à procura por prazer; encarar o fenômeno dessa forma significa simplificar demasiadamente a sua complexidade e as diversas funções que este pode desempenhar na vida.

Este mesmo autor, buscando compreender os sentidos do uso de SPA, elencou três funções gerais, atribuídas alternativa ou simultaneamente ao uso, que se integram e se organizam de acordo com as crenças e as práticas dos contextos sociais em que estão inseridos os indivíduos.

Em primeiro lugar, Bucher (2002) constatou que a SPA permite aos indivíduos escaparem à consciência de transitoriedade da existência e à angústia que ela provoca. Percebeu que ela pode ser usada como meio para “driblar” a consciência de transitoriedade e da mortalidade, pelo menos temporariamente. De fato, essa função tranquilizadora e ansiolítica é muito antiga, embora notadamente presente, e devidamente comercializada nos tempos atuais por meio de uma grande diversidade de medicamentos. Se hoje esse uso se processa de maneira bastante indiscriminada, não quer dizer que esse recurso seja uma invenção dos tempos modernos. Em tempos mais remotos, o autor relata que o uso se dava sob formas socialmente mais integradas, compartilhadas com a comunidade como um todo. Pode-se até levantar a hipótese de os ansiolíticos modernos serem tão divulgados em consequência da perda do espírito comunitário e do aumento do anonimato e da solidão na sociedade tecnológica de hoje.

Conforme Bucher (2002), a segunda função, intrinsecamente relacionada com a primeira, diz respeito à procura de transcendência, à tentativa de entrar em contato com forças sobrenaturais. Esse sentido, diretamente religioso, vincula-se à pretensão de se ampliar os limites da existência, à busca por elementos espirituais ou divinos capazes não somente de diminuir a angústia, mas também de garantir ao indivíduo a sobrevivência além da morte que biologicamente lhe é determinada,

Lançando mão de substâncias entorpecentes, o homem tenta preencher uma “falta”, decorrente das suas limitações, a droga o propicia explorar seus limites através de experiências místicas, individuais ou coletivas, midiáticas ou profissionais, rumo aquele “além” que detém configurações religiosas e ideológicas diversas, mas que se enraíza nas intenções milenares do homem de se transcender. Determinadas drogas facilitam tais experiências, aproximam esse “além”, desanuviando as angústias terrestres,

transformando os demônios imaginários em divindades benevolentes, cujo amparo vem suprir o desamparo humano. (Bucher, 2002, p 7, grifos no original)

A terceira função, e mais conhecida, diz respeito à busca por prazer. Essa função, sem dúvida, domina a toxicomania moderna, e, apesar de estar desconectada das duas outras funções, é tão antiga quanto elas. De fato, a segregação entre as esferas sagradas e prazerosas é relativamente recente, as três funções se vinculam em muitas práticas e religiões antigas, basta lembrar os cultos dionisíacos, por exemplo. A separação das funções é fruto de uma concepção axiológica e maniqueísta do homem e da natureza que muito tem a ver com o crescimento do Cristianismo e a noção de pecado. (Bucher, 2002)

Percebe-se que, conforme se altera a constituição de uma sociedade baseada em seus interesses econômico-político-religiosos, muda-se também a forma de agir e pensar sobre as SPA e seus usuários.

Falando a partir da psicanálise, Bucher (1992) aponta que o “objeto droga” tem tudo para fascinar o psicanalista. Ele inspira questionamentos acerca das interações entre corpo e psiquismo, dentro e fora, desejo, demanda e necessidade, pulsão e autopercepção, narcisismo e autodestruição, prazer e gozo além-do-prazer, e outros mais.

Fazendo uma incursão na literatura psicanalítica sobre o uso e abuso de SPA, percebe-se que os pensadores desse campo apresentam o uso e abuso de SPA como consequência das vicissitudes do desejo, e incluem como compreensão dos motivos do uso de SPA os contextos histórico e social que determinam as significações da droga, bem como a história particular de cada sujeito, constituindo-se assim um sintoma social e psíquico.

O abuso de SPA se configura como um sintoma social de acordo com Vorcaro (2004), pois revela o conflito humano com as exigências da civilização. O sujeito padece e seu sofrimento psíquico é resultado das proibições impostas pela sociedade. O abuso de SPA é uma tentativa de se ver livre deste sofrimento, uma tentativa de se inscrever na cultura através da satisfação.

Sintoma social situaria assim um campo do particular, entre o universal do mal-estar e o singular do sintoma subjetivo: metáfora partilhada por um grupo do mal-estar, por meio de uma modalidade de gozo inscrita, submetida e provocada pelo discurso dominante de uma época (Vorcaro, 2004, p.62).

O uso e abuso de SPA se constituiria, portanto, como um sintoma social e uma tentativa neurótica de remediar o mal-estar. Por se articular com o discurso dominante, podemos inferir que é um sintoma social, uma vez que o consumo em geral dita a lógica como vivemos, e, a partir desse consumo, a SPA adquire um significado de busca de bem-estar ou da própria felicidade.

Nesse sentido, Freud (1929/2007) enfatiza a função dos tóxicos como um alento que propicia um alívio frente ao mal-estar vinculado às renúncias provocadas pela civilização, alívio este de um sofrimento relativo ao peso da realidade e à busca do prazer.

Este qualificativo social vem considerar a articulação do sintoma no discurso dominante, mas não podemos perder o abuso de SPA em seu atributo de singularidade. Os sujeitos se articulam de forma particular a seu sintoma. O uso diz algo sobre a realidade psíquica de cada sujeito e é perpassado por motivações específicas, por isso, pode ser considerado um sintoma, manifestação do inconsciente, que vem dizer sobre a condição de mal-estar na cultura que tem origem no desamparo humano.

Segundo Chaves (2006), aquele que faz uso e abuso de SPA encontra nela uma solução, uma forma de existir. Portanto, para a psicanálise, a questão não é a SPA, mas os seus usos, enquanto modalidade específica de articulação do sujeito com seu objeto. Dessa maneira, ninguém pode negar que na gênese do problema apareçam dois fenômenos importantes: a história de vida do indivíduo e a crise pela qual o mundo em que ele vive está atravessando. O usuário é, portanto, fruto e consequência de uma sociedade paradoxal e dividida, que exerce influência direta sobre o núcleo familiar do qual este indivíduo provém.

Assim, o uso e o abuso de SPA demonstram o mal-estar de uma época em que os laços sociais, e mesmo os familiares, apresentam-se em mudança, e também reproduz a

lógica do consumismo ditado pelo discurso capitalista que nos convida a um gozo sem limites. O uso e o abuso de SPA são vivenciados como formas de supressão do mal-estar, no qual o sujeito usuário dá preferência ao corpo para expressar seu sofrimento. Como afirma Eigen (2011), as pessoas usam SPA não somente para escaparem, mas para encontrarem a si mesmas.

Acreditamos que a época, o contexto social, político e cultural em que o homem está imerso perpassam sua subjetividade, por este motivo é de suma importância compreendermos os contornos sobre a SPA na contemporaneidade, e as suas marcas.

1.1 De Dádiva Divina a Maldição: As SPA na Contemporaneidade

A guerra às drogas, não produziu paz.

Como vimos é fato que o uso e o abuso de SPA sempre esteve presente nas sociedades de todos os tempos, porém, como apontam Maciel et al., (2008), no início do séc. XIX a dependência devido ao abuso do álcool passou a ser caracterizada como doença, surgindo também, neste período, a noção de toxicomania referente às outras SPA. Assim, nas sociedades contemporâneas, este fenômeno tem recebido atenção devido a sua exposição e correlação com diversos fatores advindos de aspectos psíquicos e sociais, sobretudo, a psicopatologia e a criminalidade.

Outros dois aspectos significantes na contemporaneidade em relação às SPA, como mostra Bucher (2002), referem-se à produção de substâncias sintéticas (em especial medicamentos) e à introdução, através de convenções jurídicas e sociais, da distinção entre substâncias ilegais e legais. De uma dádiva divina na antiguidade, as SPA na modernidade se transformaram em uma maldição com um alto potencial alienante.

Há aproximadamente um século a proibição de algumas SPA é tida como uma política internacional e articulada. No ano de 1912, em Haia, aconteceu a Primeira Conferência Internacional do Ópio, onde foram editadas as primeiras resoluções sobre a proibição internacional do comércio e consumo de SPA. Política proibicionista foi o nome dado a essas

ações que tinham como objetivo pôr fim ao consumo, comércio e produção de determinadas substâncias.

O marco regulador das políticas proibicionistas sobre as drogas nas sociedades ocidentais é sem dúvida a convenção de Haia. Impulsionada e financiada pelos Estados Unidos que apostavam na internacionalização da proposta proibicionista que se construía nesse país, objetivando principalmente a regulamentação das práticas de vida, especificamente, um maior controle da classe operária e dos imigrantes que naquele momento incomodavam socialmente e economicamente aquele país, principalmente os chineses consumidores de ópio, irlandeses do álcool e mexicanos da marijuana. (Vicentini, 2011, p. 29)

Podemos constatar que são diversas as razões da proibição das SPA, estando presente um forte componente cultural e econômico envolvido. Percebemos que as múltiplas motivações do proibicionismo extrapolam o campo da saúde. A tentativa de banir certas SPA é muito arbitrária, já que vários estudos sobre o tema discordam da classificação de risco dada às substâncias proibidas atualmente.

Os dados da Organização Mundial de Saúde apontam que as drogas que têm causado maiores distúrbios orgânicos e dependência são justamente aquelas legalizadas e amplamente difundidas e propagandeadas, como o álcool, o cigarro e o café. Portanto, o alarmismo frente às drogas tem se mostrado apenas como a permanência de um discurso intolerante, nada científico, que continua causando alarde entre a população menos informada e provocando situações de extremo constrangimento e terror para aqueles que por um motivo ou outro fazem alguma utilização das drogas consideradas ilegais. (Figueiredo, 2002, p. 7)

Diante disto, é importante ressaltar que a mudança de postura diante das SPA, sua negação ou aceitação, deve-se também ao aumento crescente do número de usuários e à crença no surgimento de determinados “estados mórbidos”, como nos aponta Tancredi

(1982). Contudo, o autor faz questão de ressaltar que algumas substâncias como o álcool, o tabaco e certos tranquilizantes não seguem esta tendência, apesar das consequências sociais de seu uso e abuso.

Vê-se que há profundas contradições no processo de tomada de decisões quanto ao estabelecimento de mecanismos de controle da disseminação de uma droga. A origem destas contradições deve ser buscada no complexo jogo de forças e interesses de cada sociedade. (Tancredi, 1982, p. 7).

A adoção de políticas proibicionistas ou de redução da oferta encontrou em cada país motivações específicas. No Brasil, por exemplo, como aponta Fiore (2005), a proibição da maconha fez parte da criminalização das manifestações culturais das populações negras, pois os governantes associavam o hábito de fumar a *cannabis*, ou o pito do pango, como era conhecido, a esta população. Por esta razão, tal hábito foi considerado proibido no século XIX, antes mesmo da sua proibição nos Estados Unidos, país que foi o indutor do proibicionismo no mundo. De acordo com Alarcon (2012), o proibicionismo tem sua sustentação no duplo elo constituído entre o discurso sanitário, em sua busca “moralizada” de saúde, e o discurso criminológico.

A marca da desqualificação moral e social das pessoas, correlacionada a alguns tipos de uso de SPA, apesar de se apresentar contemporaneamente como uma invariante, guarda peculiaridades correlacionadas com estes processos histórico-culturais através dos quais foram produzidas modernamente as nações e suas respectivas sociedades. Assim, este trajeto histórico em que se produziu o atual “consenso” mundial proibicionista é um importante fator de desqualificação social e marginalização dos sujeitos cuja trajetória de vida está de algum modo ligada às SPA, sobretudo por sua associação comum a processos de criminalização, geradores de condenações valorativas.

A ordem jurídica tende, como no julgamento do direito penal, a ver o usuário de drogas o seu caráter ilegal, o fora da lei, o criminoso, o marginal, delinquente, enfim como um indivíduo perigoso. A ordem médica toma o usuário de drogas como doente, viciado,

toxicômano ou ainda como perturbado mental. Já a religião, vê o uso de drogas como pecado, sendo o usuário passível de castigo ou perdão (Siqueira 2006, p.68).

Dentre as diversas condições de saúde estigmatizadas a dependência de SPA é uma das que mais recebe conotação moralizadora. Há predominância de um discurso social que coloca o usuário como principal responsável por sua condição de saúde, principalmente através de estigmas sociais, que são marcas de caráter negativo que correlacionam quem as possui como deteriorado, menos valorizado que as pessoas “normais”, excluindo-os, o que propicia consequências danosas e mesmo patológicas a estes. (Ronzani & Furtado, 2010)

O proibicionismo produziu, do ponto de vista das estratégias de cuidado, práticas tutelares e violadoras de direitos amparadas no modelo criminal/moral e na noção de que abuso de SPA é doença. Os modelos propostos por este pensamento estimulam o encarceramento e o tratamento, tendo como único objetivo a abstinência.

Diante dessas noções, consumidores de SPA ilícitas e abusivos das lícitas, passaram a partir do século XX, a conviver com possíveis e diferentes caminhos: a prisão, a igreja ou o tratamento. Esse último assumido pelas políticas públicas de saúde que, até o final do séc. XX mantinham como principal proposta de ação a internação dos usuários em estabelecimentos psiquiátricos, ou seja, clínicas, hospitais psiquiátricos ou manicômios. (Vicentini, 2011, p. 32).

Sendo assim, as práticas de atenção à saúde baseadas no proibicionismo são de “alta exigência”, pois se a abstinência é pré-requisito em todos os casos, acarreta-se um problema no acesso à saúde, visto que é imposta uma barreira para aqueles que não querem ou não podem parar de usar as SPA, sejam elas lícitas ou ilícitas.

Falando sobre a historicidade da proibição das SPA, Escohotado (1997) nos mostra que onde as substâncias psicoativas foram proibidas o cuidado com a saúde nunca foi o interesse principal. A proibição está relacionada sempre a demandas de controle social de populações minoritárias e historicamente reprimidas e excluídas do acesso a direitos: como

foi o caso dos imigrantes chineses, latinos e irlandeses nos EUA e no Brasil e dos escravos e negros recém libertos no século XIX e começo do século XX.

Um ponto importante a se colocar nesta discussão é que tanto o proibicionismo quanto a estigmatização são utilizados como sustento para que políticas de exceção, como a internação involuntária, recolhimentos e prisões se tornem regras. Elementos que pouco têm a ver com dados e pesquisas científicas passam a ter tudo a ver com um discurso alarmista midiático, alimentado por instituições sociais, como as CT's, e pela classe política que se beneficia desse pânico social gerado pela famigerada “epidemia do crack”, em que as medidas de educação e informação são substituídas pelo discurso encarcerador e de práticas extremas.

Não afirmamos com estas colocações que as SPA (ilícitas ou lícitas) não ocasionem danos à saúde, pois cairíamos em um grande simplismo. Queremos discutir e explanar que existe um discurso do “cuidado e da saúde” que pouco se relaciona com o cuidado e muito com o controle e a repressão de determinados grupos sociais tidos como perigosos.

CAPÍTULO 2

CONTROLE DA VIDA E INTERNAÇÃO

A prática de retirar usuários de SPA do convívio social e enviá-los a espaços de isolamento não é um ato exclusivo do século XXI. Foi a partir do fim do século XIX e início do século XX que o uso abusivo de SPA assumiu o discurso de doença, e, com a associação dos usuários à desordem social, estes foram relegados à internação (Vicentini, 2011).

No século XII, surge uma nova organização econômica devido à expansão do comércio das sociedades ocidentais europeias. As cidades adquiriram novos contornos, a população deixou suas velhas cidades feudais e iniciou vida nova nessas ativas cidades, levando à grande concentração de pessoas nas cidades, com desempregados, doentes, loucos, mendigos e beberrões, indivíduos que colocavam em questão o “progresso” e causavam incômodos à sociedade local (Vicentini, 2011).

Imbuídos com um discurso de ordem, os olhares “justos” da justiça, “absolutos” do poder monárquico e “caridosos” do clero controlavam as cidades, limpando-a de seus “inconvenientes” moradores, utilizando os leprosários, espaços já conhecidos de exclusão e isolamento. De acordo com Vicentini (2011), a prática do internamento passou a ser um mecanismo desse controle social. O internamento foi então ligado nas origens e no sentido primordial a esta reestruturação do espaço social.

Revestido pelo discurso da caridade a prática do internamento passa a servir para os “viciados”, pobres beberrões que traziam incômodo a nova sociedade, como uma forma de livrar-se desses desordeiros de uma cidade que se organiza. “Inimigos da boa ordem, vagabundos, mentirosos, bêbados, impudicos, que não saberiam ter outra linguagem que não a do Demônio. (Foucault, 1972, citado por Vicentini, 2013, p.45)

O internamento hospitalar durante uma parte do século XIX se torna exclusivo aos loucos, assim, os viciados ou desordeiros foram aos poucos sendo retirados dos espaços de segregação, pois eram apenas pecadores, submissos ao “vício”, restando-lhes uma mudança de postura, um afastar-se das tentações, e ajustar-se às novas formas de produção e trabalho para se voltar ao convívio social (Vicentini, 2011).

Porém, esse distanciamento não durou muito tempo, a partir do momento em que o abuso de SPA foi sendo conceituado como doença mental e um ato ilícito, o tratamento médico e o método de controle jurídico tornaram a internação psiquiátrica uma das mais importantes ferramentas para o controle social, cabendo aos espaços já reservados aos doentes mentais cuidar dos abusadores de SPA:

Se a ideia sobre o uso de drogas, a partir da noção de saúde é a doença, é natural que o tratamento seja portanto a clínica psiquiátrica, baseando suas intervenções na abstinência integral de todas as drogas e colocando, pelo menos inicialmente, grande parte dos atendidos em manicômios ou hospitais psiquiátricos, criando uma mistura perigosa e grave, da qual ainda não nos libertamos. (Siqueira, 2006, p.15).

Temos assim, a reaproximação entre o usuário de SPA e o louco. Hoje, ambos são classificados como doentes mentais pela OMS (1993) e compartilham da exclusão. Como nos aponta Fiore (2005, p 261), “a noção de loucura, então em constituição no discurso científico, encontrará no efeito das SPA uma poderosa analogia”, os abusadores de SPA se tornam novos protagonistas na atualidade da loucura e da doença mental.

Tanto o louco como o usuário abusivo de SPA começam a ocupar um novo lugar, sendo tratados na esfera jurídica e biomédica. Tornou-se uma questão médica, que por muito tempo foi marcada pela concepção reducionista de saúde/doença, resumida apenas a seus aspectos biológicos, desprezando, assim, inúmeros outros elementos que influenciam a mesma. Porém, houve uma travessia na lida destas questões, que também começaram a se tornar foco de atenção do poder público e de políticas e programas destinados a esta questão.

2.1 Trajetória das políticas públicas sobre abuso de SPA e saúde mental no Brasil

No Brasil, a trajetória de elaboração de políticas públicas voltadas aos usuários de SPA e repressão ao tráfico é relativamente nova. Até a década de 1920, não existia nenhuma medida legal oficial sobre as substâncias ilícitas no País. Esse período foi marcado principalmente pelo desenvolvimento dos processos industriais, e constituiu-se como o marco inicial no País do controle sobre SPA, através da publicação de uma lei que restringia o consumo de algumas substâncias (ópio e cocaína) e previa punições específicas aqueles usuários que não obedecessem às recomendações, como internação e isolamento social.

Em 1938, foi publicada o Decreto Lei nº 891, que em seus autos continha a necessidade de fiscalizar o uso de entorpecentes, e reafirmava a condenação da cocaína e do ópio e acrescentava a heroína e a maconha na classificação de substâncias ilícitas. Em relação ao uso, este Decreto classificou o abuso de SPA como doença de notificação compulsória, e que não poderia ser tratada em casa, sendo assim, a internação em hospital psiquiátrico era obrigatória em alguns casos quando determinado pelo juiz, como indicado na referida lei:

Os toxicômanos ou os intoxicados habituais, por entorpecentes, por inebriantes em geral ou bebidas alcoólicas, são passíveis de internação obrigatória ou facultativa por tempo determinado ou não. (...) A internação obrigatória se dará, nos casos de toxicomania por entorpecentes ou nos outros casos, quando provada a necessidade de tratamento adequado ao enfermo, ou for conveniente à ordem pública. Essa internação se verificará mediante representação da autoridade policial ou a requerimento do Ministério Público, só se tornando efetiva após decisão judicial. (Artigo 29, parágrafo 1º do Decreto de 1938)

Ainda de acordo com este Decreto, para o usuário receber alta era necessário autorização de um médico atestando a cura daquele sujeito, e sua comprovação por meio de

exames e testes. (Brasil, 1938). Logo em seguida, em 1941, esse Decreto foi incorporado ao Código Penal Brasileiro. Para Machado e Boarini (2013), este ato foi tomado por motivações políticas, pois ia ao encontro das aspirações do governo Getúlio Vargas de conter comportamentos desviantes, tendo como foco o trabalhador. Neste momento entrava em cena o ideal da abstinência como fator de segurança pública, ratificado, posteriormente, na década de 1970, com a publicação da Lei n.º 6.368/1976.

Esta lei vigorou por 30 anos e estimulou diversas ações referentes à repressão ao tráfico e à prevenção do uso indevido de SPA (Brasil, 1976). É importante ressaltar que esta lei retirou o caráter compulsório da hospitalização, mas, por outro lado, intensificou a medicalização dos usuários de SPA. Percebemos que nas primeiras décadas do século XX a questão do uso de SPA no país esteve, em maior parte da história, mais relacionada à problemática de segurança do que de saúde pública, enaltecendo a repressão em oposição à prevenção (Machado e Boarini, 2013).

Até as décadas 1980/1990 no Brasil a questão do abuso de SPA não era apontada como um problema de saúde pública e, sendo assim, não havia investimento estatal para esta população. Contudo, no início do século XXI, o abuso de SPA começou a se tornar um problema social e passou a receber a atenção da mídia e do Estado (Fossi, 2013).

Apenas na segunda metade da década de 1980 que, no país, o distanciamento entre segurança e saúde pública no que se refere ao uso e ao abuso de SPA foi diminuído. O aumento do uso e abuso de SPA, o crescimento exponencial da variedade de substâncias, a percepção da ineficácia das políticas de repressão anteriores e as lutas dos movimentos sociais defensores dos direitos humanos iniciaram a criação de políticas públicas direcionadas a usuários e abusadores de SPA.

A partir de 1998, o Brasil iniciou a elaboração de políticas voltadas para a diminuição da demanda e da oferta de SPA, influenciado pelos princípios norteadores para a redução da demanda de SPA propostos pela XX Assembleia Geral Especial das Nações Unidas. O antigo Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) em 1998 foi transformado em Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD),

diretamente vinculada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. (Brasil, 2013). A criação da SENAD expressou uma estratégia política do governo brasileiro em mostrar à comunidade internacional uma postura de combate às SPA como prioridade de governo, e sua política neoliberal de descentralização como parte do processo de redemocratização do país após a ditadura militar

Com o encargo de coordenar a política nacional antidrogas, por meio da integração e articulação entre a sociedade e o governo, coube à SENAD movimentar os diversos atores envolvidos com o tema para a criação da política brasileira. Assim, em 2002, por meio do Decreto Presidencial nº 4.345 de 26 de agosto de 2002 foi instituída a primeira política nacional antidrogas do país. (Brasil, 2013)

No ano de 2006, a SENAD ordenou um grupo de trabalho para assessorar parlamentares na construção de políticas públicas sobre SPA. Este processo desencadeou na aprovação da Lei nº 11.343/2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), substituindo leis de mais de trinta anos, obsoletas e em descompasso com os avanços científicos e com as mudanças sociais.

A Lei nº 11.343/2006 destacou o Brasil no contexto mundial ao legislar sobre políticas de prevenção ao abuso de SPA, cuidado e reinserção social de usuários e dependentes de SPA:

O Brasil, seguindo a tendência mundial, entendeu que usuários e dependentes não devem ser penalizados pela justiça com a privação de liberdade. Essa abordagem em relação ao porte de drogas para uso pessoal tem sido apoiada por especialistas que apontam resultados consistentes de estudos, nos quais: a atenção ao usuário/dependente desse ser voltada ao oferecimento de oportunidade de reflexo sobre o próprio consumo, ao invés de encarceramento. (Brasil, 2013, p 221)

O SISNAD, regulamentado pelo Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006, foi criado tendo os seguintes propósitos:

I - Contribuir para a inclusão social do cidadão, tornando-o menos vulnerável a assumir comportamentos de risco em relação ao uso de drogas, ao tráfico e a outros comportamentos relacionados; II - Promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país. III - Promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevida, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas. IV - Reprimir a produção não autorizada e o tráfico ilícito de drogas. V - Promover as políticas públicas setoriais dos órgãos do poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios (Brasil, 2006, p. 11).]

Esta política nacional de atenção ao usuário e abusadores de álcool e outras SPA foi sendo redimensionada pela força do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica. Esses movimentos trouxeram implicações à sociedade no questionamento à exclusão social da loucura e às formas de atenção às pessoas com problemas decorrentes do consumo abusivo de álcool e outras SPA.

Como vimos, historicamente pessoas acometidas por sofrimento psíquico eram segregadas do meio social, sendo assistidas pelos hospitais psiquiátricos, que omitiam os aspectos sociais amplos e estruturais bem como os psicossociais, as relações familiares e com a comunidade, gerando perdas significativas a estas pessoas, interferindo em seu processo de saúde e doença, excluindo-as de suas relações e de suas ações cotidianas (Cordeiro, 2013).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica teve início em meados da década de 1970, sendo incitada pelos profissionais de saúde e familiares de pacientes internos nos manicômios, tendo como base de luta o direito dos pacientes internados em hospitais psiquiátricos. O movimento foi impulsionado pela importância que o tema dos direitos humanos adquiriu no combate à Ditadura Militar e se alimentou das experiências exitosas de países europeus na substituição de um modelo de saúde mental hospitalocêntrico para o de cunho comunitário e territorial (Brasil, 2013).

Nesta direção, a Reforma Psiquiátrica fez surgir uma nova proposta de atenção aos usuários dos serviços de saúde mental baseada nos pressupostos da inclusão psicossocial e reinserção da pessoa em sofrimento psíquico, assinalando um referencial permeado por mudanças na condução do cuidado ao adoecimento psíquico, com a transferência do paradigma tratamento hospitalar para o atendimento na comunidade:

Assim, a Política Nacional de Saúde Mental do SUS tem na Lei 10.216/01 marco legal da Reforma Psiquiátrica brasileira, que impulsiona a redução gradual e planejada de leitos em hospitais psiquiátricos e a desinstitucionalização das pessoas com longo histórico de internações realizando, ao mesmo tempo, a implantação de uma rede comunitária de serviços de saúde mental capaz de cuidar de maneira integral e resolutiva, por meio da reabilitação ou atenção psicossocial, buscando não apenas a desinstitucionalização, mas também uma mudança paradigmática na cultura e na sociedade, ao oferecer oportunidade para que pessoas que sofrem transtornos mentais exerçam sua cidadania e autonomia em seu território (Cordeiro, 2013).

A política nacional de atenção ao usuário e abusadores de álcool e outras SPA também foi sendo redimensionada pela força deste movimento. Entre as conquistas importantes obtidas estão: a busca pela construção da rede de atenção ao usuário de SPA, que preconiza a reinserção social através da implementação dos Centros de Atenção Psicossociais para usuários com transtornos decorrentes ao uso abusivo de álcool e outras drogas (CAPS AD), com sua proposta de atenção diária, internações em casos específicos e de curto prazo em CAPS AD III; a reserva de leitos específicos em Hospitais Gerais para desintoxicação e curta internação; o fortalecimento do trabalho em Rede; a implementação da Lógica de Redução de Danos, entre outras, que mudaram o cenário político, social, legal e assistencial no campo da saúde mental.

A evolução ética do cuidado resultante da Reforma Psiquiátrica inclui o cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de SPA. Política esta alinhada ao consenso internacional sobre o tema do Escritório das Nações Unidas sobre o Crime e as Drogas (UNODC) que

definiu uma diretriz clara em relação ao problema da droga ao escolher investir no cuidado de saúde e na coesão social e não em medidas coercitivas de restrição à liberdade (Brasil, 2013). Essa discussão é extremamente relevante, pois aborda principalmente dois pontos essenciais, que são o cuidado aos usuários de SPA e a garantia de seus direitos

2.2 Desafios da reforma psiquiátrica no campo das SPA e o retorno da internação

É notório, mesmo com os avanços alcançados nas últimas décadas por meio do redimensionamento da política brasileira sobre o abuso de SPA e da preconização de novos métodos de tratamento aos usuários, que as internações de longo prazo em Comunidades Terapêuticas são um dos mais procurados recursos de tratamento, e que cada vez mais se solidificam e ampliam sua presença em números de estabelecimentos.

Na contramão das conquistas do movimento da reforma psiquiátrica e da humanização dos serviços vemos um movimento de setores da sociedade que tentam repetir o paradigma asilar de tratamento da loucura trazendo, como proposta de cuidado, o isolamento social dos usuários de SPA, contendo-os à revelia em instituições totais.

[...] em oposição aos princípios e práticas que Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental, assistimos no cenário social do cuidado para pessoas com problemas de abuso de drogas, a retomada da defesa de práticas e concepções semelhantes às usadas na perspectiva asilar, sob a justificativa de que usuários de drogas não têm condições de lidar, em liberdade, com os problemas decorrentes de seu uso. Em tese, esses usuários estariam subjugados ao poder das drogas, seriam “fracos”, necessitados de contenção e tutela. Em razão disso, justificar-se-ia interná-los, ainda que contra sua vontade, antes de tentar quaisquer outras abordagens, descaracterizando os princípios do cuidado em saúde mental em suas diferentes dimensões, sobretudo no concernente ao potencial emancipatório e de exercício dos direitos dos usuários. (Assis et al, 2013, p. 588)

Para compreendermos o fortalecimento deste pensamento “manicomial”, primeiramente é importante considerarmos que tanto a concepção moral quanto a biomédica sobre o uso de SPA estão cada vez mais exercendo influências sobre a sociedade. Somado a isso, temos uma relativa ausência do Estado em implementar as mudanças defendidas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica.

No atual cenário percebemos que apesar da promulgação de uma nova legislação que redimensiona a visão e o cuidado ao usuário de SPA, a prática não acompanhou a mudança tão rapidamente, e existe hoje uma falta de estrutura no atendimento ambulatorial. A reforma psiquiátrica caminhou rápido na diminuição de leitos psiquiátricos, mas vai lenta na implantação dos serviços comunitários, como os CAPS, que existem em números insuficientes. No país existem apenas 268 unidades do CAPS AD, sendo que deste número apenas 79 unidades funcionam 24 horas por dia (<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/conte-com-a-gente>). Outros problemas enfrentados, de acordo com o CFP (2013), são: falta de profissionais especializados em saúde mental, dificuldades em implementar equipes interdisciplinares, e atendimento à saúde mental no PSF incipiente.

Sem o amparo na rede assistencial comunitária cresce na população a sensação de que somente a internação resolve, somado a isso temos o crescimento da visibilidade das CTs como centro de tratamento, o aumento das ordens judiciais de internação, e o pensamento de que o “doente” tem o dever de se tratar (ideia de incapacidade vinda com o transtorno mental), em especial, se for criança/adolescente, ressaltando-se a noção de que o direito à saúde prevalece sobre direito de liberdade

Este atraso e negligência do Estado em implementar os princípios da reforma psiquiátrica no campo de cuidado do uso e abuso de SPA aconteceu por diversos fatores aliado a uma desatenção a esta realidade por parte do próprio movimento da reforma, fato assumido hoje por muitos de seus articuladores, como podemos perceber na fala dos próprios profissionais da saúde mental:

Naqueles tempos havia certa negligência do chamado “campo da saúde mental” com relação à dependência em álcool e drogas. A Reforma Psiquiátrica brasileira também não se posicionou nesse sentido, pois ela tomou como foco “o fim dos manicômios”. Eu diria que o monopólio da nossa preocupação (da luta antimanicomial) para com os esquizofrênicos e psicóticos nos fez menos agudos para a percepção desse outro tema que era meio transversal, mas compunha o cenário da problemática manicomial (Conselho Federal de Psicologia, 2013, p. 85).

A problemática do abuso de SPA demorou a se inscrever no campo da saúde mental, quando a solução para todos os males mentais era a internação compulsória. Na época em que elas ocorriam em um dos 120.000 leitos psiquiátricos que este País possuía, os usuários de SPA não recebiam a atenção necessária. Percebemos retroativamente que não se pesquisou e não se produziram alternativas de manejos terapêuticos ou clínicos a esta população, postergou-se o problema tanto do ponto de vista do campo reflexivo quanto do ponto de vista institucional.

Mesmo que grande parte das pessoas internadas nos hospitais psiquiátricos lá estivesse por questões relacionadas ao consumo de álcool e/ou outras drogas, o Movimento da Reforma Psiquiátrica, inicialmente, não conseguiu encampar, no rol de seus desafios, a discussão do cuidado comunitário para essas pessoas, como o fez para os portadores de transtorno mental. Só em 2002, consoante às recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde implementou o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de *Álcool e outras drogas*, reconhecendo o uso prejudicial de drogas como problema da saúde pública e construindo uma política pública específica para a atenção a essas pessoas, situada no campo da saúde mental e tendo como estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos. (Assis et al, 2013, p. 588)

Esta ausência do Estado e o atraso do campo da saúde mental contribuíram para a disseminação em todo o país de alternativas de atenção de caráter total, fechado, baseadas em práticas predominantemente psiquiátricas ou médicas, ou, ainda, de cunho religioso, tendo como principal finalidade a abstinência. Prova disso é que em 2006, em um levantamento feito pelo SENAD/UNB/IPEA, estimou-se que existiam no Brasil mais de 3.000 comunidades terapêuticas e que elas atendiam cerca de 60.000 pessoas. Nesta pesquisa também se verificou que quase 80% dos tratamentos de usuários de SPA no país eram feitos por este segmento, segundo informação de Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, chefe da SENAD (Hartmann, 2011).

Afinal, se os espaços terapêuticos não foram criados e ocupados a fim de propiciarem saúde, alguém os ocuparia de maneira anômala. Porém, não podemos acreditar que esta realidade, que foi construída passivamente pela soma das omissões por anos e décadas, possa ser resolvida num estalar de dedos, com uma única resposta simplista como a internação involuntária. Necessitamos adequar a resposta à complexidade do problema que, precisamente por ser complexo, não se soluciona com uma saída simples, tomada como resposta geral para todos os males da droga e baseada na exclusão como remédio.

2.3 Tratamento ao uso abusivo de SPA

as razões não de ser nascidas, e não enxertadas
(Antônio Vieira)

A temática da internação decorrente do abuso de SPA no país adquiriu contornos nunca vistos no contexto internacional. O número de internações decorrentes do abuso de SPA vem aumentando significativamente no Brasil. As internações de dependentes de SPA ilícitas pagas pelo SUS cresceu 128% entre os anos de 2006 a 2012. (Brasil, 2013)

A partir de 2010, o governo federal passou a investir maciçamente na questão do uso e abuso de SPA, propondo novas estratégias e reforçando outras já existentes, bem como incrementando o orçamento para as ações propostas a fim de solucionar o “problema” ou, pelo menos, minimizá-lo. Dentre as propostas, está a ampliação dos serviços de atenção à

saúde para os usuários de SPA, trazendo para a rede serviços que inicialmente não faziam parte dela. As comunidades terapêuticas, que são serviços de internação na modalidade de moradia para usuários de SPA, passaram a compor a rede de saúde pública através do financiamento estatal (Brasil, 2013).

No final de 2011, o governo federal anunciou o investimento de R\$ 4 bilhões em ações para enfrentar o crack, com o programa “Crack é possível vencer”, prevendo a criação de mais 2.462 leitos para internação de usuários de SPA, que totalizam o investimento de R\$ 670,6 milhões no setor hospitalar, e também a abertura de 2.500 vagas em comunidades terapêuticas para aquele ano. Já em 2012, este mesmo programa abriu um edital de chamamento público para utilização de cerca de 10 mil vagas de internações gratuitas a usuários e dependentes de SPA em comunidades terapêuticas de todo o país (<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/11/mais-de-10-mil-vagas-serao-abertas-para-acolher-usuarios-de-crack-e-outras-drogas>).

São inúmeras as críticas e apontamentos sobre a contrariedade deste plano implementado pelo governo federal. O financiamento de comunidades terapêuticas, que não são dispositivos de saúde pública, revela políticas públicas favoráveis à internação, contradizendo as políticas públicas em voga, e rompe com a estrutura de rede que vem sendo construída pelo SUS, não havendo, portanto, qualquer justificativa técnica para seu financiamento.

O Governo Federal, apesar de financiar os dispositivos de redução de danos e destacar esta lógica como a norteadora oficial das ações do Ministério da Saúde, ainda apresenta importantes traços bélicos em suas ações, o que se evidencia inclusive no título de um programa criado recentemente, intitulado “Crack, é possível vencer!”. Uma nomenclatura com essa característica transmite claramente a ideia de guerra a ser travada pelo sujeito contra tal droga, a qual pode e deve ser vencida. Vale ressaltar que, além disso, as intervenções que compõem este programa se mostram confusas e por vezes antagônicas, posto que o mesmo investe em ações de redução de danos ao mesmo tempo em que incentiva o financiamento de comunidades terapêuticas e clínicas

de internação que não funcionam de acordo com tal lógica. (Alves, 2014, p.34, grifos no original)

Percebemos que as investidas desse plano se articulam ao paradigma proibicionista que não integra a multiplicidade das relações do homem com a droga, criminaliza e patologiza os usuários e propõe a segregação destes como tratamento. Despreza-se as experiências vividas na saúde mental, onde esta forma de tratamento não apresentou resultados no tratamento de doentes mentais. Por que motivo teria que dar certo no tratamento do abuso de SPA? A internação não voluntária representa um retorno ao modelo carcerário do passado, é a antítese de toda a experiência antimanicomial.

Esta política de destinar fundos públicos para o setor privado em detrimento da ampliação do setor público vai na contramão do que foi estabelecido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em que se defendeu o aumento na estatização do setor para a garantia do direito de todos à saúde e o dever do Estado de prestar serviços à população. Nesse sentido, a frente nacional contra a privatização da saúde, composta por diversos segmentos da sociedade, lança-nos diversas questões para nos ajudar a pensar estas ações:

Por que o governo tem recursos para subsidiar o setor privado e não tem para ampliar a rede pública de saúde? Por que o governo não atende às demandas dos movimentos sociais, das Conferências Nacionais de Saúde e dos Conselhos de Saúde para destinar 10% da receita corrente bruta da União para a saúde pública? Por que a regulamentação da Emenda 29 não trouxe recursos novos para o SUS como estava previsto? Por que se aprofunda a precarização da força de trabalho na saúde e a terceirização dos serviços de saúde? Por que se mantém a DRU (Desvinculação das Receitas da União)? Porque há uma Lei de Responsabilidade Fiscal draconiana e nenhuma lei de responsabilidade sanitária ou social? Por que não se respeita o controle social? (<http://www.cfess.org.br/arquivos/Nota-frente-nacional-saude-2013-marco>)

Estas interrogações nos mostram que o Estado está cada vez mais mínimo para o SUS e máximo para o mercado, se hoje o SUS não responde aos anseios da população por uma saúde universal e de qualidade não é pelas deficiências do modelo de atendimento, mas porque os governos não cumprem as legislações, não alocando recursos suficientes, e porque a democracia, expressa no controle da sociedade sobre o sistema de saúde, não é respeitada. Além disso, o direito constitucional da saúde é ferido ao ser substituído por uma abordagem da saúde como mercadoria, desse modo, enfraquecer o SUS é torná-lo um sistema focalizado, é rematar a exclusão ao acesso à saúde.

Outro fato que vem acontecendo com o desmantelo do SUS, de acordo com os dados expostos no *site* da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde, é a saída dos trabalhadores especializados que foram impulsionados ao mercado privado em virtude do sucateamento do SUS, prova disso é que há um crescimento no número de usuários de planos de saúde de 34,5 milhões, em 2000, para 47,8 milhões, em 2011, tendo o Brasil se tornado o 2º mercado mundial de seguros privado, atrás apenas dos Estados Unidos. (<http://www.contraprivatizacao.com.br/>)

Outra contrariedade nestas políticas públicas é que a lei que trata de SPA não faz nenhuma menção relevante às internações (assim como as leis que a antecederam). A internação é amparada somente pela lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Lei esta que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. De acordo com o artigo 6º da citada lei, são três as formas existentes de internação psiquiátrica:

I – *internação voluntária*: o próprio usuário solicita ou consente com sua internação e tem o direito de pedir a qualquer momento a sua suspensão.

II – *internação involuntária*: acontece sem o consentimento do usuário, é a pedido de terceiro. Nesse caso, a internação deve ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando ocorrer à alta. Nesse caso, a família tem direito a pedir a suspensão da internação a qualquer momento.

III – *internação compulsória*: aquela determinada pela justiça. (Brasil, 2001, não paginado, grifos no original).

Esta lei, além de discorrer sobre os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, redireciona as práticas de cuidado em estabelecimentos fechados, que possuem como único propósito a abstinência total para o modelo assistencial em saúde mental. Em seu artigo 4º afirma que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra hospitalares se mostrarem insuficientes” (Brasil, 2001). Dessa forma, a internação psiquiátrica nunca deverá ser a primeira opção no tratamento de usuários e, se por acaso ocorrer tal internação, devem ser assegurados os direitos da pessoa na instituição.

Porém, os dados do II LENAD constataram que do universo de usuários de SPA em tratamento, 30% deles encontraram a primeira ajuda na internação, sendo que 54% destas internações foram pagas pelas famílias, o que afetou drasticamente o orçamento familiar para a maior parte destas. Outro dado relevante encontrado nesta pesquisa foi o alto número de reincidência de internações, um terço dos sujeitos que estavam internados já havia sido internado anteriormente, sendo a média de duas internações para usuários de álcool e três internações para usuários de cocaína ou crack. (Laranjeira et al., 2013).

Cabe ressaltar que o II LENAD foi realizado nas capitais brasileiras e podemos inferir que estes números são muito maiores em todo o país, tendo em vista que mais de 70% da população brasileira vive em cidades do interior, que não possuem CAPS AD ou nenhum outro dispositivo específico de cuidados no campo do abuso de SPA, visto que o poder público só fomenta a criação deste dispositivo de saúde em cidades com mais de 70 mil habitantes, tornando-o um serviço especializado disponível apenas para os médios e grandes centros urbanos.

O emprego da internação, especialmente quando involuntária, no cuidado a usuário de SPA como política prioritária traz inúmeras implicações éticas e políticas, entre elas, podemos ressaltar a presença do “pensamento manicomial”, que aproxima o usuário dos

portadores de transtorno mental, criando estereótipos e impetrando um sentimento de ameaça dentro das representações sociais, e um pensamento contraditório à liberdade de crianças, adolescentes e adultos, que não cometeram delitos passíveis de prisão, para supostamente garantir sua cidadania.

Assim, é montado o cenário brasileiro do (des)cuidado ao usuário de SPA, propiciador da emergência da internação como um dos principais métodos de tratamento: a “insuficiente” capacidade de acolhimento da rede pública e a inclusão das comunidades terapêuticas nas políticas de atenção através da criação e modificação da legislação com o aumento no repasse de verbas públicas para esses estabelecimentos.

Sobre a realidade social desta pesquisa, temos o estado de Goiás, que é uma das unidades da federação com maior morosidade na implementação das políticas públicas de saúde mental. Apesar de nos últimos cinco anos, no Brasil, a rede de CAPS ter se expandido e interiorizado, no Estado de Goiás a cobertura de CAPS está abaixo da média nacional possuindo uma cobertura de 0,42 CAPS por 100.000 habitantes, considerada, portanto, uma cobertura regular/baixa (Brasil, 2011). Outra deficiência no atendimento à saúde mental em Goiás é que os serviços especializados se concentram na capital do estado:

O município de Goiânia, capital do Estado de Goiás é uma referência para os demais municípios no Estado pelo fato de ser o único município que possui Pronto Socorro Psiquiátrico (1) e Unidades de Geração de Renda (2). A capital do Estado conta ainda com 8 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) habilitados, 1 ambulatório e 4 Serviços de Residências Terapêuticas (SRT). O interior do Estado do Estado possui 22 CAPS habilitados, 7 SRT, 1 Centro de Convivência e 3 Ambulatórios. (Silva, 2012, p. 57)

Esta concentração dos serviços em apenas um município do Estado, na capital, dificulta a efetivação da rede de assistência em saúde mental, todas as situações de emergência e urgência do Estado são encaminhadas para clínicas psiquiátricas conveniadas ao SUS ou para o este único Pronto Socorro Psiquiátrico localizado na capital goiana. Estes dados fazem parte da pesquisa intitulada “Panorama dos Serviços de Saúde Mental do Interior do Estado

de Goiás”, de Silva (2012), que, além desta centralização dos serviços especializados na capital do estado, constatou a grande carência de recursos humanos nos serviços de Saúde mental em Goiás. Mais da metade dos serviços de saúde (68,18%) não possuíam equipe mínima completa, havendo de um modo geral a falta de psiquiatras. A falta de especialista na área é um dado muito importante a ser considerado, tendo em vista que isso compromete as ações específicas de saúde.

Outro dado relevante encontrado na pesquisa de Silva (2012) foi o modo de funcionamento dos CAPS no interior goiano, muito diferente do que é preconizado pelo Plano Nacional de Saúde Mental, em que o atendimento especializado deve ser conduzido em uma rede diversificada de serviços e de espaços sociais na comunidade, onde se deve explorar as possibilidades do território, e as ações de atenção psicossocial extrapolem a sede do serviço, a realidade encontrada diverge bem destas diretrizes:

A relação de dependência dos CAPS ocorre com frequência nos serviços de Saúde Mental do interior de Goiás, visto que muitos deles parecem funcionar nos moldes de ambulatórios e todas as atividades ali desenvolvidas ocorrem em função da consulta psiquiátrica, mantendo o modelo médico centrado, em contraposição ao estabelecido pela Política Nacional de Saúde Mental. Nesta dinâmica assistencial, a terapêutica fica restrita apenas ao CAPS sem articulação com os demais e equipamentos sociais do próprio território. O termo “enCAPSulados” tem sido empregado para simbolizar a inexistência da relação dos CAPS com outros espaços. (Silva, 2012, p. 167, grifos no original)

Estes dados retratam bem o cenário de (des)cuidado ao usuário de SPA no interior de Goiás, e que é encontrado também na cidade de Catalão. Como já exposto, a cidade possui apenas um CAPS - I, e em todo o município atendem apenas dois médicos psiquiatras no serviço público de saúde. Este único CAPS opera apenas em horário comercial e não funciona de modo a estabelecer a rede de atenção em saúde mental na cidade. Apesar da cidade

atender a todas as prerrogativas legais para a construção de um CAPS AD, não existe nenhum movimento político ou social para a implementação do mesmo.

Na minha prática profissional, o que tenho visto é o crescimento exorbitante no número de CTs na região sudeste de Goiás. Para se ter uma dimensão desta proliferação, em 2013 existiam oito CTs na região sudeste de Goiás, número elevado, mas que dobrou em menos de dois anos. Locais que antes eram destinados a festas (como chácaras, sítios e salões), com uma mínima adequação física (normas da vigilância sanitária), transformam-se em CTs e começam a receber pessoas de todos os lugares do Brasil. Estas CTs em sua grande maioria são gerenciados por ex-usuários, que compõem suas equipes de recursos humanos com internos em tratamento, que, após determinado tempo de internação são denominados “terapeutas” e ficam responsáveis pelo tratamento dos internos recém ingressos.

2.4 Internação em Comunidades Terapêuticas: implicações éticas e legais da internação

*O que se contrapõe à dependência não é a abstinência, mas, sim, a liberdade.
(Dartiu Xavier da Silveira)*

Neste tópico discutiremos a situação das pessoas internadas sem seu consentimento em CTs, buscando compreender quais são as implicações éticas e legais decorrentes desta ação. Buscaremos discutir também a utilização das leis de saúde mental, surgidas no âmbito da proteção e garantia de condições de saúde, e que hoje, controversamente, são utilizadas para legitimar ações hostis que ferem a liberdade e a dignidade da pessoa humana.

Vivemos em um país com uma “cultura do encarceramento”, prendemos muito e prendemos mal. Prendemos muito, pois somos detentores da terceira maior população carcerária do mundo, são mais de 711 mil presos para apenas 357 mil vagas, houve em 20 anos um crescimento de 507% na população carcerária brasileira (<http://www.justica.gov.br/seus-direitos/politica-penal/transparencia-institucional/estatisticas-prisonal>). Prendemos mal, já que 43% dos nossos presos são juridicamente inocentes, ou

seja, foram encarcerados sem pelo menos terem passado por um julgamento ou possuírem uma sentença penal. Nossas cadeias são precárias, prevalece a lógica da violação de direitos e não a da reinserção social, o próprio ministro da Justiça, José Eduardo Cardozo, já declarou que preferiria morrer a cumprir pena em um dos nossos presídios, os quais ele declarou que possuem estruturas medievais. Caminhamos, assim, com a ilusão de que quanto mais presos, mais segurança teremos, mesmo não havendo nenhuma correlação comprovada entre aprisionamento e diminuição da criminalidade. Somos tomados por uma vontade de punir, isolar o que incomoda, como nos fala Carvalho, são traços bem marcantes da contemporaneidade:

o sintoma contemporâneo vontade de punir, atinge os países ocidentais e que desestabiliza o sentido substancial de democracia, propicia a emergência das macropolíticas punitivistas (populismo punitivo), dos movimentos políticos-criminais encarceradores (lei e ordem e tolerância zero) e das teorias criminológicas neoconservadoras (atuarismo, gerencialismo e funcionalismo sistêmico)... Viável concluir, pois, que a formação do imaginário social sobre o crime, criminalidade e punição se estabelece a partir de imagens publicitárias, sendo os problemas derivados da questão criminal, não raras vezes, superdimensionados. A hipervalorização de fatos episódicos e excepcionais como regra e a distorção ou incompreensão de importantes variáveis pelos agentes formadores da opinião pública, notadamente os meios de comunicação de massa, densificam a vontade de punir e o punitivismo contemporâneo". (Carvalho, 2010, p.9/14)

Nesta cultura do encarceramento, em que prevalece o punitivismo, os usuários de SPA também são condenados a ocuparem lugares bem demarcados. Conforme Siqueira (2010), são três espaços destinados a eles: a cadeia, a igreja e os hospitais psiquiátricos, ou seja, lugares escolhidos para exercerem um controle social por meio de regras morais e leis, onde a singularidade e as diferenças não são levadas em conta, e se busca produzir sujeitos com

identidades padronizadas; assim, estes lugares nos proporcionam a garantia de manutenção da invisibilidade e das diferenças.

Em relação às CTs, espaços relativamente recentes na lida com os usuários de SPA, Siqueira (2010) aponta que em seu funcionamento e estrutura, estas se articulam e se organizam como estes três espaços: cadeia, igreja e hospital psiquiátrico. As CTs não se reduzem a hospital psiquiátrico, nem à igreja, nem à cadeia, mas, justamente, na articulação do funcionamento destes três espaços é que elas encontram sua especificidade, e é o que as afastam dos serviços de saúde pública.

Na cadeia, temos, principalmente, o caráter fechado, a impossibilidade do indivíduo preso circular na cidade, além do sentido de que o encarceramento é uma medida necessária para aquele que comete um crime. No caso dos usuários de drogas, seu crime (que, nesse caso, é moral) foi justamente o uso de substâncias ilícitas, que, portanto, será combatido com o encarceramento em um local para o tratamento da drogadição, a fim de devolver para a sociedade, um indivíduo abstêmio que consiga se inserir, adequadamente, à lógica produção consumo do neoliberalismo. O método utilizado para produzir este indivíduo abstêmio se dá, principalmente, pela questão religiosa. É neste ponto que vemos como a comunidade terapêutica toma características de instituição religiosa. A espiritualidade é colocada como um dos pilares para o tratamento nas comunidades terapêuticas, atividades que envolvem a leitura da bíblia e a prática de orações são rotineiras nessas instituições. Essas práticas configuram, o caráter confessional impondo a responsabilização individual a causa e consequência de seus atos, no caso do uso de drogas (Fossi & Guareschi, 2015, p. 104)

Percebemos assim a lógica de funcionamento das CTs em que a atuação e a escolha dos métodos de tratamento não são pautadas em conhecimentos técnicos, científicos e éticos, mas em princípios religiosos e morais. As CTs, ao priorizarem a abordagem religiosa e a segregação, demonstram uma incompatibilidade com os princípios que regem as políticas

públicas, em especial, o caráter laico das mesmas. A escolha de credos ou a opção de não adotar nem seguir nenhuma crença religiosa é um direito fundamental, assim, a ação das CTs ao escolherem a religião como recurso terapêutico vai na contramão e em alguns casos viola as leis.

Em relação aos aspectos legais de como é feita a privação da liberdade das pessoas internadas sem seu consentimento em CTs, Daniela Skromov de Albuquerque, defensora pública, apresentou em uma conferência sobre Drogas e Cidadania organizada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) um paralelo relevante entre os direitos das pessoas internadas involuntariamente e os encarcerados do sistema prisional. A autora chega à conclusão de que os presos por algum delito são detentores de mais direitos, e possuem uma legislação bem mais definida sobre a forma como acontecerá a sua reclusão do que as pessoas internadas:

Toda prisão é comunicada em 24 horas a três autoridades, juiz, promotor e defensor público ou advogado, os quais têm como poder-dever analisar a necessidade de sua segregação, narrando-se com detalhes: horário, local, e depoimento de testemunhas. A internação involuntária, dela só sabe o Ministério Público em 72 horas (quando essa notificação, que é prevista em lei 10.216/01, é cumprida), e o promotor de Justiça não tem como dever estipulado em lei analisar imediatamente a pertinência da segregação do paciente. Um preso, por exemplo, sabe que pode ficar no máximo trinta anos preso, um internado não. Um preso tem direito a recurso, um internado involuntariamente não. Um preso jamais é condenado sem a defesa de um advogado, um internado involuntariamente sempre é internado sem a presença de um advogado. Um preso tem direito a visita íntima, um internado não. No Direito Penal, se ritos e prazos não são cumpridos, há normas que exigem que o acusado seja solto; no “direito da internação”, o paciente fica segregado até a clínica liberar ou até o familiar que internou decidir desinternar. E nesse paralelo algumas dezenas de linhas poderiam ser gastas (CFP, 2013, p. 161)

Podemos perceber o emaranhado legal a que as pessoas internadas involuntariamente estão submetidas: sua liberdade e direitos são colocados em segundo plano. Com esse breve paralelo, percebemos que até a comparação com os direitos de detentos do sistema prisional é insuficiente para expressar o embaraço que envolve a forma como as internações são feitas.

Ainda sobre essa anomia, a defensora pública (CFP, 2013) continua apresentando que, para os presos, existe um sistema consolidado e informatizado de dados que aponta o tempo da prisão e os estabelecimentos prisionais pelos quais a pessoa passou. Para o internado, isso não existe, por exemplo, se algum familiar, ou amigo, ou autoridade jurídica precisar saber o tempo total de todas as internações de um paciente e os locais onde elas aconteceram, essa busca será quase impossível, tendo que se percorrer todas as promotorias de justiça de todas as Comarcas e todas as secretarias estaduais de saúde do país. Sem esse sistema de controle inúmeras ilegalidades e abusos ocorrem, como internações de longa duração, realizadas em estabelecimentos a centenas de quilômetros da residência e dos vínculos do internado.

2.5 Controversa Utilização da Lei 10.216/01

Outro ponto que merece uma análise detalhada é a utilização da Lei nº 10.216/01 para solicitar e fundamentar as internação involuntárias de usuários de SPA. A referida lei dispõe sobre os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, e é considerada hoje por muitos autores devido a sua importância como a base da reforma psiquiátrica no Brasil. Levou mais de onze anos para ser aprovada no Congresso Nacional, fruto do movimento dos trabalhadores em saúde mental, que lutavam por uma sociedade sem manicômios e com menos exclusão social. Um primeiro ponto de imbróglio que apontamos na utilização desta lei é como pode o marco no redirecionamento no modelo assistencial de saúde e principal instrumento para garantir a proteção e direito de pessoas com transtornos mentais ser utilizada para tornar a internação a regra, sobretudo,

utilizá-la para internar pessoas que não possuem transtornos mentais, isso contraria todos os anos de debates e tramitação dessa lei.

Outra complicação que surge com o uso desta lei para legitimar as internações é em relação à confecção do laudo médico circunstanciado para liberação da internação, esta medida está contida na lei, mas a mesma não especifica como o laudo deve ser elaborado. Inúmeras faltas éticas decorrem desta brecha, como a confecção de laudos por médicos vinculados ou proprietários das CTs que lucram com a internação. A lei também não especifica se o laudo circunstanciado deve ser anterior à internação. Essas brechas permitem vários outros abusos, como nos informa CFP (2013):

Então, o que acontece, não em poucos casos, é que a família contrata aqueles serviços de remoção pela internet. Parênteses: já tive notícia de clínica em que o serviço de remoção é feito pelos pacientes mais fortes internados na própria clínica, pasmem. A contratação, às vezes, envolve o envio do paciente para outro estado da Federação, o que pode significar uma estratégia para dificultar a volta do paciente para sua residência ou o acesso a visita e localização por parte de amigos ou familiares que desejem visitá-lo ou que discordem da internação. E aí essa pessoa chega sem avaliação nenhuma na clínica, e o médico faz uma avaliação rápida, tendente a que essa pessoa fique ali internada, já que a família assinou ou assinará um contrato de adesão contendo o comprometimento de pagar todas as mensalidades previstas de antemão. (p. 161)

Na maioria dos casos o laudo em que o juiz se baseia é feito de forma bem superficial, geralmente é elaborado com o paciente em crise, não é feita uma investigação mais profunda dos aspectos da vida do sujeito, como relações familiares e condição social. Não existe um processo legal mínimo nas internações compulsória ou involuntária, e o internado não acessa nenhuma possibilidade de defesa, há uma anomia e ilegalidade, pois a lei dá um grande poder aos juízes, psiquiatras e famílias.

Na Lei nº 10.216/01 não está contido o tempo que a internação passa a ser iatrogênica. Existe apenas uma portaria do ministério da saúde nº 2.391 de 2002 que diz que a internação psiquiátrica ocorrerá após todas as tentativas de utilização das demais possibilidades terapêuticas, e com a menor duração possível. O período de desintoxicação aguda dura, segundo as Diretrizes Gerais Médicas para Assistência integral ao Crack, elaboradas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), de 7 a 14 dias, funcionando a internação como medida pontual de tratamento, após deve o paciente ter acesso à rede de tratamento ambulatorial bem como aos processos integrados.

Os prazos contidos nestas diretrizes do CFM não são seguidos, o que vemos são CTs que, em sua maioria, definem o período menor de internação de um ano. Há CTs com usuários internados involuntariamente há dois, três anos. Isso acontece porque basta à comunicação em 72 horas para o Ministério Público. Órgão este que não é o específico em cuidar e zelar pelos direitos de tais pessoas. Outro agravante é que no Estado de Goiás e em outros vários estados do país não foi implementada nenhuma Comissão Revisora das internações, como previsto na Portaria nº 2391 de 2002 do Ministério da Saúde; Comissão esta que deveria ser composta por um médico psiquiatra, um profissional de nível superior da área de saúde mental, não pertencentes ao corpo clínico da instituição onde ocorreu a internação, além de representante do Ministério Público Estadual. É relevante e desejável que dela também façam parte representantes de associações de direitos humanos ou de usuários de serviços de saúde mental e familiares. Porém, o que vemos são internações involuntárias acontecendo sem serem revistas, apenas sendo comunicadas ao Ministério público proforma.

Se analisarmos estas diretrizes do CFM perceberemos que o documento deixa claro que não existe remédio para a drogadição, ou seja, a internação só se justifica no período agudo crítico vivido pelo sujeito, ou seja, um breve período de tempo em que o paciente apresente complicações clínicas, ou quando exista comprovado e iminente risco à vida do indivíduo e completa impossibilidade de manifestação de vontade consciente, mas de toda forma deve ser feita sem encarceramento

Outro ponto que se coloca com as internações involuntárias, consenso até mesmo entre os defensores da internação forçada, é que após a desintoxicação ou internação é necessário acompanhamento multidisciplinar do paciente. Infelizmente, isso não tem ocorrido adequadamente, as CTs por não integrarem a rede de saúde pública não dialogam com a rede assistencial, razão pela qual é tão corriqueiro vislumbrar dependentes que já foram internados dezenas de vezes e continuam consumindo SPA. Temos que lembrar que mesmo sendo medida *in extremis*, o fim primordial da internação é a reabilitação e reinserção do paciente. Após o término da internação, o paciente é obrigado a voltar ao meio do qual saiu. Não há menor possibilidade de êxito no tratamento quando nossas políticas de saúde ignoram as condições político-sociais dos dependentes.

A ideia de que o tratamento involuntário não é eficaz como o imaginado, além de ter sido impulsionada pela luta da não aceitação da violação dos direitos e de maus tratos, foi sendo corroborada por inúmeras outras experiências e avanços científicos. Não há quaisquer estudos concretos sobre a viabilidade ou funcionalidade da internação involuntária, e, embora esses estudos inexistam no país, a internação involuntária de dependentes químicos já foi amplamente usada em diversos países, e em nenhum deles os resultados foram positivos, como nos aponta Tessaro et al. (2013):

Há pouca, ou talvez, nenhuma evidência que o tratamento compulsório desta natureza seja efetivo quanto aos objetivos do tratamento da drogadição. Em verdade, há estudos que comprovaram o fracasso da internação compulsória, quanto essas questões, em diversos países, incluindo os Estados Unidos, Suécia e Holanda, bem como há relatórios ainda não confirmados na China em que as taxas de relapso após o tratamento compulsório são superiores a 98%. (p. 11).

Priorizar o tratamento forçado em relação às outras medidas, além de aumentar a vulnerabilidade e a exclusão social dos usuários de SPA, é afirmar uma medida extrema, colocando-se na contramão do conhecimento científico, rompendo com a Política Nacional

sobre Drogas do CONAD, que explana que “as ações de tratamento, recuperação, reinserção social e ocupacional devem ser vinculadas a pesquisas científicas, avaliando-as e incentivando-as e multiplicando aquelas que tenham obtido resultados mais efetivos”.

Cabe aqui lembrar que a Lei 10.216/01 visa à proteção de pessoas com transtornos mentais, ela discorre sobre os direitos dos pacientes e familiares, que abarca, dentre outros, o melhor tratamento de saúde e o tratamento respeitoso e humano.

No ano de 2011 o CFP realizou a 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos em locais de internação para usuários de SPA, em todas as CTs vistoriadas foram identificadas práticas de violação de direitos. De acordo com este relatório, os usuários internados sofrem diversas violações de seus direitos como a interceptação e violação das correspondências, intimidações, desrespeito à orientação sexual, violência física, castigos, exposição a situações de humilhação, torturas, imposição de credo, exigência de exames clínicos (como o anti-HIV, cuja exigência é inconstitucional), revista vexatória de familiares, violação de privacidade, entre outras.

São inúmeros os testemunhos de pacientes que passaram por clínicas de tratamento para dependentes químicos que relatam diversas práticas de tortura durante o 'tratamento', tais como socos e pontapés por se recusarem a aderir à religião pregada pela clínica em questão, queimaduras, recusa em fornecer alimentação, braços e pernas amarrados na cama para evitar a fuga, proibição de recebimento de visita dos familiares e, tampouco, de ligações telefônicas. (Coelho & Oliveira, 2014, grifos no original)

Há a descrença, ou melhor, a desqualificação do interno como sujeito responsável, portanto, como um sujeito de direitos. Aposta-se que ele minta, distorça a realidade para “confundir” os que lhe dão suporte, opondo-os à instituição. Nesse sentido, cabe indagar: qual a possibilidade real de tratamento de uma prática que não dá crédito, que não reconhece e desqualifica o sujeito a quem diz tratar? O atalho adotado por entes jurídicos e pelo Poder Executivo soluciona o mal-estar social, mas não produz justiça.

Uma das premissas fundamentais para qualquer tipo de intervenção deve ser o reconhecimento do envolvido como sujeito, portador do direito de decidir sobre a sua vida, sobre seu corpo e sua mente, inclusive com fim de contribuir para que o tratamento tenha êxito. Franco (2015) explica, por sua vez, que a internação compulsória não teria efetividade porque os profissionais têm árdua missão de provocar reflexão no dependente, e se o paciente não estiver motivado a mudar qualquer tentativa de tratamento está fadada ao fracasso. “O norte não é parar de usar SPA, mas (re) construir uma identidade e círculo de referências (familiar, social, profissional), resgatando habilidades e qualidades positivas”.

Infelizmente, esse conhecimento científico tem sido ignorado. A utilização do direito à saúde é o principal argumento para se solicitar a internação, assim, os direitos fundamentais dos dependentes químicos são ultrajados pela justificativa simplista de que a saúde sempre está acima da liberdade, não dotando a esta questão a devida compreensão, quase considerando que a internação é mágica e cura o paciente com a mera abstinência. Com a promulgação da constituição em 1988, a conhecida constituição cidadã, a saúde passou a ser considerada como direito de todos e dever do Estado, que tem a função de garanti-la através de políticas sociais e econômicas. No entanto, há uma confusão entre direito e dever, como nos aponta CFP, 2013.

(...) se é direito, é faculdade, não é dever. Não existe dever à saúde, e, recorde-se, a liberdade é um direito fundamental. Especificamente, a autonomia e a liberdade das pessoas usuárias de droga também estão sedimentados na Lei 11.343/06 (artigo 4, I). Então, nesse contexto, a liberdade pode se estender ao limite de não querer tratar. (p. 165)

Nesta linha de pensamento é inadmissível existir ou coexistir em um Estado Democrático, pautado na dignidade da pessoa humana, ingerências ou tratamentos na área da saúde que não se baseiem nos princípios cidadãos. O paciente, independentemente de seu estado clínico, é sujeito de direitos; não é permitido tratar um paciente contra sua vontade (Código Civil, artigo 15), assim como não é possível se valer de métodos de tratamento que

infrinjam direitos fundamentais ou impliquem em castigo (Constituição Federal, artigo 5, inciso III). Toda ação de saúde e jurídica deve ter como finalidade a efetivação e concretização destes direitos do cidadão, desse modo, todas as medidas tomadas devem garantir e respeitar as escolhas, a dignidade e a subjetividade dos sujeitos.

Percebemos que a prática e cuidado dos nossos usuários de SPA são carregadas de preconceitos, estigmatização e falta de conhecimento científico, o que faz, equivocadamente, com que a internação involuntária seja considerada a única, ou a melhor medida cabível a todos os dependentes. Apesar de nossas leis sobre o consumo de SPA serem recentes ainda carregamos modelos repressores. Chegando aqui é importante ressaltar e deixar claras algumas posições apresentadas por Coelho & Oliveira (2014, p. 365):

1) dependente químico não é doente mental; 2) a internação compulsória prevista na Lei 10.216/01 deve ser aplicada tão somente para os casos de doentes mentais que cometam alguma infração criminosa, como espécie de medida de segurança; 3) a internação compulsória de dependentes químicos é ilegal por falta de previsão legal, e inconstitucional por violar o direito à saúde e à dignidade da pessoa humana; 4) as internações que vêm ocorrendo podem ser equiparadas à tortura e, assim, violam direitos humanos; 5) O Poder Judiciário é guardião de direitos humanos, não podendo, sob argumento algum, violá-los.

O abuso de SPA é em geral sintoma de outras vulnerabilidades e não a causa delas. Computamos na conta da droga o que a ela não poderia ser creditado: miséria, esfacelamento de laços, incapacidade de diálogo, desestruturas familiares, omissão estatal na implementação de políticas públicas contínuas. As causas são erroneamente tomadas como efeito da droga, que, não poucas vezes, é a saída colocada à disposição do indivíduo para a dor de uma realidade dura e nua.

Como ocorreu na história da institucionalização da loucura, uma questão social, o consumo de SPA vem sendo tratado como questão de polícia. O sentido do encarceramento se fundamenta nesta percepção. O direito à autonomia e à autodeterminação, o combate ao

estigma, ao preconceito e à discriminação e o respeito aos direitos humanos devem ser observados em qualquer estratégia de tratamento para ao abuso de SPA, desse modo, não podemos, na ordem de proteger a vida do usuário de SPA, violar sua liberdade sem que ele tenha cometido qualquer crime ou delito

CAPÍTULO 3

INTERNAÇÕES E OS FAMILIARES

Diante deste cenário caótico em que usuários ficam à mercê de sua própria sorte, vemos que os diversos dispositivos sociais compelem a responsabilização pelo cuidado dos sujeitos que fazem uso de SPA a seus familiares, independente das realidades destes sujeitos, de suas relações familiares. Diante de tantas fissuras e desencontros da atenção aos usuários de SPA, a família é colocada nesta posição central de gerência destes indivíduos.

Como exposto nos capítulos anteriores, é crescente o número de famílias com dificuldades em lidar com a drogadição de algum de seus membros, que resistem ou não encontram suporte. A “insuficiente” capacidade de tratamento da rede pública tem provocado um aumento na procura pela rede privada de atendimento à saúde, que a custo de mercado disponibiliza uma série de mecanismos de “atenção” ao usuário abusivo de SPA, entre eles, destaca-se especialmente a internação em CTs.

Dentre os três tipos de internações previstas pela lei, a internação involuntária é a modalidade solicitada pelas famílias. Sua solicitação ocorre por meio de um pedido escrito de um familiar ou responsável legal, e é corroborada pelo especialista que será responsável pelo tratamento. Destacamos que nesta situação a capacidade volitiva do usuário é reduzida a zero e as intervenções profissionais são realizadas à revelia do seu consentimento, do começo ao fim do tratamento. A principal justificativa utilizada nas solicitações para este procedimento é a alegação de que o sujeito, devido ao uso descontrolado de SPA, perdeu sua autonomia e sua capacidade de discernir sobre o que é melhor para si.

Vemos que são diversas as motivações para a escolha da internação involuntária para além das palavras expressas na solicitação oficial. Comumente elas visam um duplo objetivo: aliviar e sanar o sofrimento causado pelo abuso de SPA, funcionando em alguns casos como uma tentativa de costura na relação familiar, mas também são alicerçadas sobre a expiação e a necessidade de punição ao familiar usuário de SPA por seus atos desviantes.

Foi constatado por Oliveira & Mendonça (2012), em depoimentos de famílias de usuários de SPA, que elas não receberam orientações claras e necessárias a respeito de encaminhamentos e tratamentos para seus familiares, em especial, sobre a rede de atenção primária. Diante desta realidade, muitas famílias entrevistadas relataram que viram na internação a única solução para os problemas relacionados ao abuso de SPA.

Ao investigar sobre internações, Paula et al. (2014) perceberam que algumas famílias buscam a internação de um familiar usuário de SPA como forma de punição pelos seus comportamentos. Muitas famílias buscam a internação por compreenderem o usuário de SPA como um problema de que precisam se ver livres. A internação surge para cumprir este desejo e, por isso, em muitos casos, é a primeira alternativa buscada pela família.

São inúmeros outros pontos que podem ser levantados em relação às implicações das internações involuntárias no convívio familiar. De acordo com Freire (2009),

As internações organizadas sem implicação do adicto, além de apontarem uma precariedade subjetiva, também afastam a possibilidade de inclusão e responsabilização do usuário por seu tratamento. A internação involuntária, desse modo, parece não efetivar um rompimento, ao contrário, instaura um afastamento real e obrigatório do convívio social e familiar. Ou seja, a família, na tentativa de fazer uma costura nesse tecido esgarçado, acaba por provocar, muitas vezes, rupturas, rombos, feridas, além de novas internações (p. 47).

Percebemos que, apesar de toda a complexidade que envolve a família, o chamamento contemporâneo parece desconsiderar todos os desdobramentos sobre ela na atualidade. Prepondera no senso comum um sentido de família cristalizado, sendo esta marcada pela regularidade e vista como a principal responsável pela criação e contenção dos atos e desvios de seus membros. Isso fica evidente quando observamos a maneira com que se conclama a sociedade a enfrentar o problema do abuso de SPA, um chamamento moralista. Como exemplo, citamos a fala de um delegado do DENARC/SP: "Para mim, o

álcool é a pior droga. Ou melhor, a segunda. A pior é a falta de valores e exemplos dos pais"
(<https://sites.google.com/site/decimarevista/revista-eletronica-comportanto>)

3.1 Família na contemporaneidade.

[...] a família autoritária de outrora, triunfal ou melancólica, sucedeu a família mutilada de hoje, feita de feridas íntimas, de violências silenciosas, de lembranças recalçadas (Roudinesco, 2003, p. 21).

Falar sobre família é algo desafiador, um caminho feito com inúmeros percalços. O primeiro deles que se apresenta é o do aspecto conceitual, uma vez que não existe na literatura um conceito unívoco de família. (Roudinesco, 2003) A família, tal como a concebemos hoje, passou por um longo período de transformação. Seu desenvolvimento foi permeado não só por fatores culturais, sociais e religiosos como também por fatores políticos e econômicos. Estas influências esculpiram as configurações familiares a partir dos acontecimentos, baseadas nos valores de cada sociedade, numa determinada época, de acordo com cada contexto. Pode-se dizer que a família não é uma expressão passível de conceituação, apenas de descrições. Nesta perspectiva, Orth (2000) afirma que:

A única coisa que se pode responder é que a família deve progredir na medida em que progride a sociedade, que deve modificar-se na medida em que a sociedade se modifique; como sucedeu até agora. A família é produto do sistema social e refletirá o estado de cultura desse sistema (p. 91)

Na contemporaneidade, vem se falando da crise da instituição familiar. Porém, não se trata precisamente do enfraquecimento da instituição família, mas de inúmeras transformações que ela vem vivendo em sua interioridade, decorrente de mudanças socioculturais: novas relações entre os sexos, maior controle da natalidade e inserção massiva da mulher no mercado de trabalho; ao mesmo tempo, o homem está aprendendo a ser mais cuidadoso nas relações familiares e nos trabalhos domésticos. Também houve

mudanças nos preconceitos em relação à homossexualidade, isso levou a diferentes configurações familiares. (Roudinesco, 2003)

Mesmo com todas estas transformações, a família perdura enquanto elemento fundamental para a formação dos indivíduos e da sociedade e, apesar das mudanças e crises vivenciadas ao longo da sua evolução histórica, a organização familiar apresenta uma intensa capacidade de sobrevivência e adaptação, o que demonstra sua plasticidade e complexidade:

A família é elemento essencial da civilização, e, assim, tem permanecido exatamente por estar no alicerce da constituição da sociedade. Dessa forma, ainda que as roupagens apresentadas por ela sejam as mais diversificadas, a estrutura básica se mantém. Os estilos mudam, entretanto, a “estrutura familiar” permanece (Meira, 2003, p. 45)

Ao contrário do que se pensava e se pregava há décadas atrás pelos movimentos antiautoritaristas, que combatiam a família e a enxergavam como uma função falida, responsável por inúmeros conflitos pessoais e que se extinguiria com os novos arranjos afetivos, hoje se fala de um familiarismo redescoberto, a existência de um desejo de família:

reivindicando-a como o único valor seguro ao qual ninguém deseja renunciar, sendo esta amada e sonhada por homens, mulheres e crianças de todas as idades, de todas as orientações sexuais e de todas as condições (Roudinesco, 2003, p. 35).

Por ter este lugar privilegiado na história e na organização humana, o grupo familiar é envolvido por um conjunto de expectativas, as quais, no imaginário coletivo, ainda estão impregnadas de idealizações. Dentre estas, a maior expectativa que pode ser observada é a de que a família:

produza cuidados, proteção, aprendizado dos afetos, construção de identidades e vínculos relacionais de pertencimento, capazes de promover melhor qualidade de vida a seus membros e efetiva inclusão social na comunidade e sociedade em que vivem. (Brant, 2005, p. 15).

Percebemos que sempre existiram pressões sobre a família no sentido de naturalizá-la, como se ela devesse funcionar de forma harmônica e poderosa capaz de regular seus membros. Na cena contemporânea isto é evidenciado por meio de uma gama de práticas/discursos de várias ordens, seja médica, psicológica, midiática. Para exemplificar podemos ver um destes chamamentos sociais feitos no campo da educação em uma das revistas de maior circulação entre professores e pais:

A desatenção dos pais em relação aos filhos tem provocado problemas de toda ordem. Um desses problemas está na sobrecarga que as escolas sofrem por conta disso. A escola, na verdade, tem sido umas das instituições que mais tem sofrido com os desajustes da família. Todos os professores têm algumas histórias nada edificantes para contar sobre este tema. A gravidade do assunto é preocupação de um grande educador argentino, Juan Carlos Tedesco. Ele dedicou parte de sua obra "O Novo Pacto Educativo" que ele denominou de "déficit de socialização dos alunos". O que em outras palavras quer dizer que a família, primeira instituição socializadora, não está cumprindo o seu papel, que é o de fazer as crianças assimilarem as regras e valores básicos, necessários à convivência social. Resumindo, elas não têm aprendido a "se comportar", a ter "bons hábitos", a "respeitar o direito dos irmãos e colegas", etc. (Prado, 2002, p. 23)

Esta é só uma das diversas formas de idealização da família presentes na cultura. São inúmeras as aspirações e expectativas dos sujeitos sobre a família, a mais forte delas é a de que existe um modelo real e hegemônico de família. Muitas vezes, os sujeitos e instituições têm consciência de que tais perfis e relações não são hegemônicos, mas desenvolvem suas ações como se fossem.

Outro chamamento contemporâneo sobre o ser família é a tramitação no Congresso nacional do projeto de lei no Congresso Nacional que visa definir o conceito de família no Brasil, ou seja, tenta estabelecer regras jurídicas para que tipos de grupos de pessoas pode ser chamado de família. Tal projeto, conhecido como Estatuto da Família, tem como objetivo

defender uma concepção tradicional de família em sua definição como “núcleo social formado a partir da união entre um homem e uma mulher”.

Tal projeto surge em resposta à decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) que decidiu que pessoas do mesmo sexo também podem se unir juridicamente, com os mesmos direitos e deveres dos outros casais. O Estatuto da Família é uma tentativa de reagir a isso e definir em lei que tipo de família poderá ter acesso ao direito. É uma tentativa que desconsidera as múltiplas formas de composição familiar, o Estado laico e exclui uma grande parcela da população dos direitos familiares.

Estes processos de idealização e exclusão também operam em outros tipos de organizações familiares, como nas famílias de usuários de SPA. A estigmatização, discriminação e responsabilização dessas famílias pelos seus membros são operadores da exclusão. Percebendo como se configura o panorama atual de (des)cuidado aos usuários de SPA, vemos como ocorre o deslizamento da problemática das SPA à responsabilidade familiar. Visualizamos que para isso acontecer se opera um reducionismo da questão familiar. Nesse sentido, há uma descomplexização da realidade que envolve o abuso de SPA. Se esta questão atravessa toda a sociedade, a família enquanto categoria subalterna é a que mais é penalizada e incumbida através da culpabilização.

Neste panorama, cabe questionar por que somente as famílias são convocadas a se responsabilizarem por seus filhos. Ora, parece-nos óbvio que as famílias devam ser associadas à constituição de seus membros, mas se reduzirmos a questão do uso e abuso de SPA à esfera familiar estaremos operando várias formas de simplificações.

O diálogo com a psicanálise nos mostra os diversos movimentos que permeiam a família, a ambivalência das relações, desmitificando-a deste lugar natural, e de principal agente contra o abuso de SPA. Desconstruir essas “verdades” ajuda a quebrar o ciclo, que de forma velada faz manter este quadro geral. Perceber os diversos sentidos do abuso de SPA, compreendendo-o como algo multidimensional, ajuda a pensar que a família não deve assumir para si a responsabilidade por um problema de tal complexidade e de tão grandes

proporções. Não é retirar a família do enfrentamento desta problemática, é não cair em um reducionismo ou um moralismo que não contribuem para o enfrentamento lúcido do tema.

3.2 Contribuições da Psicanálise para compreensão da família

A Psicanálise apresenta um olhar distinto sobre a família e sua dinâmica, assim como sobre seus impactos na estruturação psíquica dos sujeitos. Embora Freud não tenha teorizado especificamente sobre a instituição familiar e seu funcionamento, mas sobre o sujeito, ele desenvolve conceitos importantes a serem considerados. Para o fundador da psicanálise, o desenvolvimento do homem acontece por meio de conflitos. Suas ideias sobre o inconsciente, sobre a importância da infância para a estruturação da personalidade e sobre a sexualidade infantil contribuíram para uma mudança significativa na compreensão da infância e do desenvolvimento da sexualidade do ser humano, atento às mudanças que estavam sendo colocadas no contexto social e familiar a partir do século XIX.

Freud (1929/2007) afirma em “O Mal-Estar da Civilização” que o homem vive um constante impasse que o acompanha por toda a vida: por um lado, as exigências pulsionais, insistindo, repetindo e desorganizando o sujeito; por outro lado, ele vive as restrições da cultura que tentam domesticá-lo. Isso gera uma fonte de mal-estar permanente, inevitável e inerente à trajetória do indivíduo, permeando sua vida no amor, na profissão, no sexo, e na vivência familiar (Meira, 2003)

O que a psicanálise propõe, então, introduzindo este conceito de sujeito, é que a família possa ser vista não como uma massa, uma simples soma de individualidades, resultando em uma totalidade, mas, sim, como um conjunto aberto, uma coleção de singularidades, em que cada membro possa ser tomado um a um.

Como nos informa Colosio & Fernandes (2014), as questões que envolvem a compreensão do vínculo humano começam a ser conceituadas na Psicanálise com o próprio Freud. Desde os seus primeiros escritos psicanalíticos, percebemos seu interesse na forma pela qual os seres humanos se ligam. Em “Projeto para uma Psicologia Científica” (1985),

Freud desenvolve o termo em alemão *Bindung*, que pode ser traduzido como “ligação”, e que designa a energia do aparelho neurônico que passa do estado livre ao ligado, que seria regulado por uma “massa de neurônios” ligados, entre os quais existiriam boas ligações (ego). Esta formação exerce influência sobre outros processos, com efeitos de desligamento (*Entbindung*), como aqueles da lembrança de experiências dolorosas nas quais afeto e desprazer são evocados. A regulação intensa do ego é fundamental para que esses polos de estados de energia sejam contrabalançados e se evite a liberação brusca de energia livre em descarga.

Em um segundo momento, Freud, em “Além do Princípio do Prazer de 1920”, amplia o conceito de ligação na tentativa de compreender os processos da compulsão à repetição e do traumático, ele a conceitua como um outro tipo de ligação, agora mais correlacionada às regras do desejo inconsciente e das fantasias. Neste segundo momento, a ligação surge como característica principal das pulsões de vida em contraposição às pulsões de morte, enquanto Tânatos destrói e quebra as relações, Eros conserva e avança, promovendo liga. (Colosio & Fernandes, 2014)

Ao longo do percurso da psicanálise, com suas rupturas e desdobramentos de ideias, a discussão em torno do conceito de ligação também foi influenciada, especificamente, no desenvolvimento do conceito de vínculo. Devido à relevância desta questão, atualmente, dentro e fora da psicanálise, há uma multiplicidade de conceituação do que seria vínculo.

De acordo com Silva (2005), na perspectiva psicanalítica, o conceito de vínculo pode ser entendido como estrutura inconsciente que une dois ou mais sujeitos, que é sustentada numa relação de presença. O vínculo será sempre social, mesmo com uma só pessoa, pois, mesmo nesta relação única, ecoa-se uma história de vínculos em um tempo e em espaços determinados. Uma das definições mais clássicas de vínculo é a de Pichon Rivière:

Pode-se definir o vínculo como uma relação particular com o objeto. Essa relação particular tem como consequência uma conduta mais ou menos fixa com esse objeto, uma pauta de conduta que tende a se repetir automaticamente, tanto na relação

interna quanto na relação externa com o objeto. Desse modo, tem-se dois campos psicológicos no vínculo: um interno e outro externo. (1998, p.17)

Percebemos com esta definição que cada vínculo possui um significado particular para cada sujeito. O que varia é a relação com o objeto escolhido de sujeito para sujeito. Dessa forma, ao utilizarmos o conceito de vínculo, estamos trabalhando com uma relação de objeto que é acionada por fatores pulsionais e psicológicos que fazem parte da estrutura interna do vínculo, e também com seu caráter social.

É na família que estabelecemos os primeiros vínculos, é onde vivenciamos e experimentamos as relações afetivas iniciais. A qualidade destas primeiras relações é importantíssima, pois é a partir destas intensas experiências emocionais que resulta a personalidade adulta. A família, dessa forma, torna-se importante, para além do cumprimento das necessidades vitais da criança, para o estabelecimento de relações profundas do desenvolvimento afetivo do sujeito.

Como é intrínseco ao ser humano fazer laços, é inevitável que estes sejam permeados pelo mal estar. As exigências da civilização são refletidas no conflito ambivalente entre amor e ódio, bem como na eterna luta entre Eros e Thánatos, ressaltando que viver em sociedade é abrir mão da felicidade e intensificar, também, o sentimento de culpa. (Pratta, 2008) Freud, em “Psicologia das Massas e Análise do Eu”, cita uma fábula de Schopenhauer para explicar esta dualidade afetiva do homem nas relações sociais:

conta a fabula que porcos espinhos, buscando se aquecer-se em uma noite fria, aproximavam-se um dos outros: nisso, espetavam-se e, entre grunhidos, afastavam-se até que, impelidos pelo frio, aproximavam-se novamente para buscar o calor dos corpos na manada, até descobrirem a distância ideal que os mantiveram quentes sem o incomodo das agulhoadas (Barros Vita & Andrade, 2005 p.123).

Esta fábula nos serve como metáfora para compreendermos os desafios inerentes à intimidade humana. Como sugere o dilema dos porcos espinhos, as relações humanas

ostentam um grau substancial de ambivalência, o que exige que os indivíduos contenham sentimentos contraditórios em relação a outras pessoas; as relações humanas permanentemente submetidas ao mal estar são caracterizadas por equívocos e desencontros.

A psicanálise considera que a família se encontra inserida em um contexto cultural, o qual, apesar de ser considerado elemento importante na construção e regulação do sujeito, traz também a vivência da frustração, uma vez que o homem apresenta não só tendências agressivas, mas também necessidade de intensificar vivências de prazer e reduzir vivências dolorosas, isto é, o sofrimento, lançando mão de mecanismos diversificados para evitar o desprazer, como a sublimação, o trabalho, o amor, a neurose, os relacionamentos, as SPA. Estas tendências, segundo Pratta (2008), aparecem na relação ambivalente do homem com o objeto, ou seja, ao mesmo tempo em que procura prazer neste, também o repudia, pois ele pode lhe trazer sofrimento.

Com esses pressupostos a psicanálise demonstra que, apesar da idealização e desejo de que a família funcione como lugar ideal e harmônico, este ideal de harmonia é impossível de ser atingido. Por se constituir como uma invenção humana, ela também é marcada pelos impasses pulsionais e pela falta e suas próprias crises denunciam isso.

Ao contrário do que é esperado pela sociedade, que a família funcione de maneira harmônica, ela é considerada como palco privilegiado das vivências conflitivas do homem, que se revelam no campo familiar através das diferenças entre pais e filhos, entre funções, sexos, entre o que é público e o que é privado (Groeninga, 2003). Portanto, é na família que muitos conflitos são vivenciados, conflitos internos entre os sujeitos e os familiares, é nela que o indivíduo encontra muitos elementos para se constituir e se desenvolver ao longo da vida.

Para que esse sujeito sustente essa particularidade no laço familiar é preciso que a família falhe, ao contrário da sua mistificação como um lugar ideal: a família só funciona enquanto fracassa, na medida em que como pais ou como mães sejam insuficientes.

Nada mais terrífico que a suficiência absoluta e uma mãe, que seria a completude que impediria o surgimento do filho, nada mais terrífico que um pai que seja tão pai que funcione como o pai da horda primitiva. É, pois, no espaço gerado pelos distintos modos

da família falhar que se inscreve a sua possibilidade, já que pais e filhos podem reconhecer suas insuficiências e lidar com elas, criando uma nova posição, outro modo de funcionamento (Meira, 2003, p 37).

Percebemos assim que a família é e precisa ser uma estrutura balizada sob a lógica da não-totalidade ou do não-todo fálico, tendo em sua estrutura a falta. Somos seres incompletos. Desde o nascimento nos defrontamos com a falta, viver consiste na busca de preencher as faltas surgidas no percorrer da vida. Vamos nos confrontando com diversas faltas sejam elas conhecidas ou inconscientes que surgem sob a forma de ansiedade, de angústia, de medo, de relações de dependência.

Dessa forma, os mitos familiares, as ficções presentes no romance familiar permitem perpassar esse ponto vazio da estrutura familiar. Para a psicanálise, a família se mostra como uma particular construção mítica, ou seja, uma ficção, costurada através de laços imaginários que vinculam os seus membros, é neste local que se insere o sintoma familiar.

Apesar de ser fonte do desequilíbrio humano e fonte de intenso sofrimento psíquico, a falta é constitutiva na organização psíquica humana. Há um "objeto perdido" que teria, no passado, propiciado uma experiência de completude: tal objeto teria sido a primeira experiência de satisfação, que é irrecuperável.

O homem é um ser que nasce imerso em uma situação de desamparo. Por um grande período no início da vida o ser humano depende do Outro para sobreviver. Ele necessita de alguém para continuar vivendo, o que lhe confere um atributo: o do desamparo fundamental. Para Freud (1926), o fato do homem ser muito prematuro, se comparado às outras espécies, faz com que seu período de dependência e desamparo seja muito extenso e, conseqüentemente, o objeto de que ele depende adquire uma importância extraordinária.

Para o ser humano o objeto adquire contornos vitais. Qualquer movimento daquele fora do desejo deste é percebido como ameaça. Assim, o sujeito passa a viver em função da "evitação" da possibilidade de perder seu "objeto necessário" e a fantasiar situações e

soluções para o “objeto escolhido” continuar no lugar que lhe foi determinado, o lugar de completude do sujeito.

Diante disso, temos um sujeito que se vincula não só à forma patológica cuja relação se estabelece a partir de uma falta que nunca será tamponada, como também a uma busca de afastamento da angústia do desamparo. Temos, portanto, a questão do vínculo patológico como uma forma de o sujeito se relacionar com seu objeto. Uma relação onde o objeto é tomado como portador de toda forma de satisfação de necessidade desse sujeito (Chaves, 2005, p.18).

Constatamos assim que as diversas formas de vínculo surgem como tentativa de encobrir a falta. Uma destas formas de encobrir a falta é a dependência, que tenta, através da negação da castração, uma busca por esta completude ilusória. Freud (1926) define estes tipos de vínculos como narcisistas, pois consistem em investir narcisamente libido no objeto, através da idealização do objeto amado e da aspiração a uma união com ele. Os vínculos patológicos seriam uma das configurações do narcisismo, que visa ilusoriamente restituir a completude narcísica via objeto idealizado. “A onipotência narcísica, à qual nunca se renunciou totalmente, leva o sujeito a querer anular o lapso entre ideal e realidade, a querer viver a promessa do ideal do eu como presente, já realizado, ou seja, a querer restaurar o eu ideal narcísico” (Lejarraga, 2002, p. 98).

Assim nestas formas de vínculos narcísicos o objeto adquire qualidades cada vez mais enaltecidas, há uma intensificação do objeto em detrimento do próprio ego, ou seja, há uma diminuição do amor a si mesmo. Essa ligação fusional coloca o objeto da dependência no lugar do ideal, através do silenciamento da instância crítica do sujeito, desse modo, a identidade do sujeito fica ligada ao objeto narcísico.

No pensamento psicanalítico contemporâneo as dimensões do gozo e do prazer são diferenciadas. De acordo com Silva (2005), enquanto o prazer se correlaciona à economia do desejo, de uma satisfação que é sempre parcial, que não se satisfaz plenamente, o gozo se refere à busca de uma satisfação plena e total. O gozo se correlaciona com a economia que

regula os vínculos patológicos, tendo como ponto de partida a assimetria absoluta, que rege a relação dual primordial entre a mãe e a criança

Silva (2005) continua dizendo que em sujeitos assim, com uma estrutura narcísica, não importa o objeto ao qual se vincula e nem o tipo de relação, importa, sim, o objeto continuar ocupando o lugar para o qual foi “designado”, dando-lhe a sensação de completude, de proteção contra o desamparo e a angústia. Nesse tipo de relação patológica, o objeto perde as características de objeto de desejo e vai tomando contornos de objeto de necessidade.

Percebemos, dessa forma, a multiplicidade de funções da família. Função de constituir o sujeito, de lidar com o mal-estar permanente de ser um não-todo estrutural. O uso de SPA e os vínculos patológicos podem advir destas correlações, e sobretudo de tentar tamponar a angústia do desamparo inicial. Como vimos, o sujeito nasce imerso em uma situação de desamparo e necessita do outro para sobreviver. Porém, algumas pessoas continuam nessa posição de “dependência” de algo ou do outro, porque vivem em estado permanente de desamparo.

Temos assim uma dependência do vínculo, um vínculo não muito saudável que surge como uma possibilidade de “solução” a estas angústias do desamparo, visto que, na contemporaneidade, há uma tendência ao estabelecimento de relações utilitárias e efêmeras, dando vazão a vivências de situações desamparadoras, o que promove esse tipo de solução.

3.3 Dependência de vínculo

*Sou mais vítima dos meus próprios pecados,
do que pecado
Rei Lear – Shakespeare*

Viver significa depender. Dependemos da natureza, de seus recursos, dependemos, ainda, das estruturas humanas para o nosso desenvolvimento. Durante toda a vida o ser humano cria diversas relações de dependência. Faz parte de sua natureza se vincular e estabelecer diferentes estados de dependência. Porém, em alguns casos este depender ao invés de ser condição para promoção do desenvolvimento se torna desmedido, podendo

limitar as possibilidades e levar ao surgimento de patologias, fixações e compulsões à repetição. Em vez de propiciar saúde, o vincular-se promove o sofrimento.

É muito frequente, nesta correlação família e drogadição, seja nos grupos de ajuda mútua, na literatura, nas falas dos familiares ou dos profissionais da área, a presença do conceito de co-dependência. Conceito este que não possui uma definição compartilhada por estudiosos.

Harkness & Cotrell (1997), em revisão de literatura sobre o tema, encontraram seis definições para co-dependência, são elas: uma condição emocional, psicológica e de comportamento; uma reação interpessoal e uma obsessão de controlar; um mecanismo de defesa; sofrimento associado a atender às necessidades dos outros; uma doença de dependência; preocupação com outros, com características de extrema dependência.

Dentre as inúmeras definições, co-dependência pode ser entendida pelo padrão de dolorosa dependência por comportamentos compulsivos e por aprovação dos outros para encontrar segurança, sentimento de ter valor e identidade (Witfield, 1997). De acordo com Oliveira (2004), a co-dependência consiste em depender da dependência do outro em relação a si mesmo, é um sofrimento associado ou resultante do foco nas necessidades e comportamentos dos outros, ou seja, ficar tão preocupado com o outro em negligência de suas próprias necessidades.

Humberg (2004), ao pesquisar vínculos de familiares de usuários de SPA, discorre que o sempre presente termo co-dependência, apesar de parecer contribuir para compreensão da dinâmica das famílias com uso prejudicial de SPA, não possui uma definição clara e distinta e nem nomeia com clareza esta relação simbiótica. A autora propõe o termo “dependência de vínculo”, como uma releitura do termo co-dependência:

Não creio que se trate de “co-dependência”, mas de dependência, e que o prefixo “co” coloca no outro o que é da própria pessoa, ou seja, os familiares são dependentes do vínculo que têm com os dependentes químicos, como estes o são das drogas. Sua dinâmica psíquica é semelhante, entretanto certas particularidades levam a uma diferente escolha de “objeto droga”. Da mesma maneira que existem dependentes de

drogas, Internet, sexo, trabalho, acredito existirem os dependentes do outro. Um outro que possa preencher suas necessidades muito específicas (Humberg, 2004, p.5, grifos no original).

Com a proposição deste termo, acreditamos que se delimita melhor esta relação de subordinação afetiva. O termo co-dependente deixa as fronteiras indefinidas, vincula a patologia do dependente químico, ou outra pessoa que estivesse ligada ao co-dependente, a este, como se não fossem duas patologias diferentes. O termo dependente de vínculo contribui para definir melhor tais fronteiras, e se conceber esta relação disfuncional de dependência não como “co”, mas uma dependência.

É relevante o descarte do prefixo “co”, visto que ele reforça a relação demasiada ao outro, tirando a implicação do dependente do vínculo. Como se este só fosse dependente por causa do outro, o que não é verdade, os resultados da pesquisa de Humberg (2004) sugerem que a dependência de vínculo reflete uma tendência global de viver focado nos outros, a preço de alienar de si mesmo. A autora complementa que a dependência do vínculo parece estar baseada no falso-self⁷, noção utilizada por Winnicott. Um vez que, sob a perspectiva desse conceito, o bebê usa o gesto da mãe como seu para agradá-la, o dependente do vínculo utiliza os movimentos do outro como seus para agradá-lo. Assim, de forma inconsciente, ele escolhe um outro que precise do seu gesto para se sentir seguro.

Para se chegar a estas contribuições, Humberg (2004) fez uma breve retomada sobre a história do conceito de co-dependência. Pesquisou o conceito de co-alcoolatra, termo cunhado no final da década de 1970, e de onde originou o termo co-dependência, e que inicialmente era usado para descrever a relação disfuncional entre marido alcoolista e esposa,

⁷ Um conceito desenvolvido por Winnicott (1990) é o de *falso-self*. Quando a mãe não é suficientemente boa e não tem capacidade de *holding*, o bebê vai desenvolvendo o *falso-self*. Segundo ele, o *falso-self* pode ser explicado por meio das primeiras relações objetais. Neste momento, o bebê ainda não está integrado e é dependente da mãe. Periodicamente um gesto do bebê expressa um impulso espontâneo. A fonte desse gesto é o *self* verdadeiro. Dependendo de como a mãe responde ao gesto espontâneo do bebê, ele poderá desenvolver sua espontaneidade ou não. Se a mãe alimenta a onipotência infantil, ela reforça o ego do bebê (mãe suficientemente boa). Se não for capaz de complementar a onipotência do bebê e se substituir o gesto deste pelo seu próprio, ele desenvolverá submissão, que é o estágio inicial do *falso-self*, resultado da inabilidade de a mãe sentir as necessidades do seu filho.

quando o alcoolismo e a dependência a outras SPA começaram a ser chamados de dependências químicas. O foco sobre a família se intensificou e o conceito de co-dependência emergiu. O termo se tornou usual no campo do uso de SPA, sendo definido de diversas formas.

Inúmeras pesquisas e observações constataram que a dependência de vínculos está mais relacionada a ambientes familiares estressantes. Os pensamentos e sentimentos co-dependentes aparecem como uma maneira de sobreviver e lidar com o ambiente hostil, que não ajuda o indivíduo a se sentir seguro para fazer as próprias escolhas. Este, fragilizado, não consegue controlar a si próprio, e acaba sem perceber, ficando controlado pela sua preocupação com os outros. (Humberg, 2004)

Não almejamos nesta dissertação, por se tratar de uma descrição psicodinâmica, buscar uma classificação psiquiátrica da dependência de vínculo, e, sim, ampliarmos a discussão sobre o tema. Essa imprecisão ou diversidade de sentidos dada ao fenômeno da co-dependência/dependência de vínculo nos mostra a necessidade de aprofundarmos o entendimento, procurando um ponto de vista que considere também os aspectos inconscientes advindo das relações familiares.

CAPÍTULO 4

MÉTODO

Quem não utiliza a sua fantasia poderá ser um bom verificador de dados, porém nunca um bom investigador
Bleger (1980)

A palavra método vem do grego *méthodos*, que significa caminho para se chegar a um fim. Traçar esse caminho rumo ao desconhecido é tarefa do pesquisador. Segundo Herrmann (1989), o método psicanalítico não se constitui em uma simples formalização de um procedimento, mas é o se deixar afetar de vida e se contagiar daquilo que se propõe delimitar. Nesta perspectiva, esta pesquisa se constitui como qualitativa, com a utilização do método psicanalítico desde a busca do material bibliográfico à interpretação da entrevista que foi realizada nesse estudo, mas também para promover uma interpretação, e, conseqüentemente, atribuir sentidos para o problema que se investiga. Norteia a escolha do método a busca pela compreensão do pathos vivenciado por um familiar com a internação involuntária de um membro de sua família usuário abusivo de SPA, e investigar o que leva à escolha por este tipo de tratamento.

Ao escolhermos a pesquisa inspirada na psicanálise, que só pode ser classificada como qualitativa, concentramos a atenção na análise do processo vivido, deixando de lado o produto como alvo principal. Dessa forma, o fenômeno que nos propomos a investigar se torna dinâmico, contextualiza-se num processo e se manifesta nas relações.

De acordo com Herrmann (1989), o método psicanalítico procura por em foco o inconsciente, o avesso dos fenômenos manifestos. Possui uma função híbrida que surge no contato investigativo, despertando inquietações e questionamentos, características que sustentam o desenvolvimento da presente pesquisa.

O método da Psicanálise é o trabalho com o inconsciente. O não saber e as resistências que o mantêm emergem no encontro do pesquisador com o objeto/sujeito a ser pesquisado. Nessa relação, o método se apresenta, segundo Silva (1993), com uma dupla face: a atenção flutuante e a associação livre, que, na prática, concretizam um jogo de

fantasias com os interlocutores, questionando, construindo e participando da produção do saber.

No próprio fazer da pesquisa também fomos percebendo que este estudo se configura como exploratório, visto que não visa confirmar hipóteses, mas, antes, conhecer aspectos de uma temática ainda pouco estudada. Como praticamente inexitem pesquisas sobre esse tema, consideramos o estudo exploratório, tanto em termos de seus objetivos como em termos de seu método. De acordo com Trivinos (1900), os estudos exploratórios permitem ao pesquisador aumentar sua experiência sobre um determinado problema, contribuindo para que outros problemas de pesquisa sejam levantados.

4.1 Participante

Dentro da proposta deste estudo foi realizada uma entrevista semiestruturada feita em profundidade com um familiar participante do grupo de família do Núcleo de Apoio aos Toxicômanos e Alcoólatras da cidade de Catalão – Goiás (NATA), que possuía um membro de sua família que havia sido internado involuntariamente em decorrência do uso abusivo de SPA.

A população que frequenta o grupo de família é composta, na maioria, por pais, filhos ou esposas de usuário internado em uma comunidade terapêutica. Muitas destas CTs exigem a participação da família no grupo como condição para que se possa realizar as visitas às CTs. Participam em média 20 pessoas por reunião.

Inicialmente se pensou na realização de três entrevistas com sujeitos distintos, sendo que, deste total, foram realizadas duas entrevistas. Porém, com a análise das duas entrevistas se foi verificando a riqueza da primeira entrevista feita, como pode ser constatado no Apêndice B, esta, com sua fertilidade de conteúdos, atendeu aos objetivos propostos por esta pesquisa.

Outro critério que levou à alteração do número previsto de sujeitos e o descarte para fins de pesquisa da entrevista feita com outro sujeito foi a constatação de que o participante entrevistado se mostrou durante todo ato da entrevista mais demandante por um atendimento clínico do que colaboração para a pesquisa. Achado este que corrobora com os dados do

referencial teórico, de que esta população necessita de cuidados profissionais devido às inúmeras intempéries a que estão submetidos. Com esta verificação, e tendo em vista a postura ética do pesquisador, foi decidido que o atendimento psicoterapêutico do sujeito em questão se sobreponha aos interesses do pesquisador, por este motivo foi oferecido ao mesmo atendimento psicológico pelo próprio pesquisador, devido à falta de outros profissionais para esta prestação de serviços, o que também inviabiliza o aproveitamento da entrevista.

Porém, para além dos aspectos éticos que não podem ser desprezados, no próprio ato de pesquisar/analisar a entrevista, foi-se percebendo que por se constituir uma pesquisa com base psicanalítica, em seus fundamentos qualitativa, não temos a pretensão de generalização.

Tendo em vista a idiosincrasia dos processos de constituição dos sujeitos, a pesquisa qualitativa não se legitima pela quantidade de participantes e sim pela qualidade, profundidade, detalhamento e contextualização de seus relatos. Assim, quando se analisam em profundidade os dados em seu conjunto, buscam-se temáticas e os significados atribuídos às mesmas.

4.2 Entrevista

Foi realizada uma entrevista semiestruturada, feita de forma aprofundada, em que, a partir dos pontos de interesse dos objetivos, contidos no roteiro de entrevista (Apêndice A), a entrevistada pôde falar livremente. As entrevistas feitas em profundidade são aquelas que apresentam uma maior flexibilidade, permitindo ao entrevistado construir suas respostas sem ficar preso a um nível mais rigoroso de diretividade e mediação por parte do entrevistador, como acontece no caso do uso de questionário ou de uma entrevista totalmente estruturada. Como aponta Trivinos (1990), as entrevistas em profundidade são mais adequadas onde há pouco conhecimento sobre o fenômeno estudado ou onde percepções detalhadas são necessárias a partir de pontos de vistas singulares.

A partir da divisão proposta por Sellitz et al. (1987), a entrevista em profundidade é extremamente útil para estudos do tipo exploratório, que tratam de conceitos, percepções ou

visões para ampliar conceitos sobre a situação analisada. Neste modelo de entrevista, ainda de acordo com Trivinos (1990), tem-se uma matriz, um roteiro de questões-guia que dão cobertura ao interesse de pesquisa. Ela parte de certos questionamentos básicos que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novos sentidos e perguntas que vão surgindo à medida que se recebem as informações/respostas do pesquisado.

A lista de questões ou roteiro de perguntas desse modelo tem origem no problema de pesquisa e busca tratar da amplitude do tema, possui como objetivo provocar a narrativa, apresentando cada pergunta da forma mais aberta possível. Ela conjuga a flexibilidade da questão não estruturada com um roteiro. As questões, sua ordem, profundidade, forma de apresentação, dependem do entrevistador a partir do conhecimento e disposição do entrevistado, da qualidade das respostas, das circunstâncias da entrevista. (Trivinos, 1990).

Podemos constatar este movimento de acompanhamento da disposição do entrevistado e abertura aos seus sentidos ao contrapormos o roteiro da entrevista (Apêndice A) com a transcrição da entrevista (Apêndice B), em que inúmeras perguntas que não estavam no roteiro foram feitas, e outros assuntos/temas que não estavam presentes foram contemplados. Isto também é um tipo de pesquisar psicanaliticamente, não em sua forma tradicional, em seu *setting* analítico clássico, mas na postura de escuta interpretativa, do discurso que se compõe na transferência. Há que se dizer, que algumas perguntas formuladas dizem respeito a hipóteses interpretativas sobre o discurso do entrevistado.

O registro das informações obtidas foi feito por meio da gravação de áudio e posterior transcrição das entrevistas. Conforme Queiroz (1987), a utilização da gravação permite a obtenção da riqueza das falas, pois é possível alcançar o que está explícito no discurso dos entrevistados além de permitir uma análise do que está implícito. Vale destacar que a nossa transcrição não se reduziu apenas a transpor as informações orais em informações escritas, ela se constituiu também em um segundo momento de escuta, que foi permeado por impressões, hipóteses que afloram intuitivamente durante o ato de escutar e transcrever, além

disso, focamo-nos também naquilo que não foi falado, não perguntado, no que foi ou não respondido.

4.3 A Interpretação da Entrevista

Como já dito, o presente trabalho se baseou na Teoria Psicanalítica, visto que ela pode oferecer contribuições significativas para a compreensão da dinâmica familiar, pois, desde Freud, esta dinâmica e os conflitos oriundos dela foram objetos de estudo da psicanálise, especialmente se tomarmos como base as teorias psicodinâmicas que abordam o contexto familiar na atualidade. Sendo assim, o tipo de questão apresentada nesta pesquisa solicita um trabalho voltado para a interpretação.

As análises iniciaram desde o momento em que foi feito o convite aos sujeitos para participarem das entrevistas até o arranjo teórico das informações, considerando que os questionamentos e o ambiente relacional foram edificados dentro de um processo interpretativo contínuo.

Sobre a interpretação psicanalítica, cremos que é possível sustentar, com Herrmann (1991), que o fundamento da pesquisa psicanalítica é o seu método, e que esse é interpretativo. Este mesmo autor afirma que é via processo interpretativo que se produz o conhecimento. O método interpretativo opera como produtor de sentidos, agindo no singular de cada circunstância. Durante as entrevistas os sujeitos discorrem sobre aquilo que eles querem que o entrevistador saiba, desse modo, é o processo interpretativo que possibilita a escuta do “entre” presente na relação analítica entrevistado e entrevistador. Assim, tem-se a noção apontada por Orlandi (2001) de que “o sujeito é a interpretação. Fazendo significar ele significa” (p. 22). Dentro do trabalho interpretativo se pretende, a partir do discurso do participante, extrair noções sobre as vivências da família a respeito da internação involuntária.

A interpretação é um tema fundamental na psicanálise e inúmeras obras foram escritas sobre ela, principalmente sobre procedimentos técnicos na clínica. E os diferentes procedimentos variam de acordo com as diferentes orientações teóricas de cada escola.

Nesse trabalho nos fundamentamos principalmente em dois autores, quais sejam: Bucher (1989) e Fédida (1989).

Bucher (1989) pensa a interpretação como instrumento de trabalho para elucidar os conflitos pessoais, sobretudo, inconscientes, do sujeito, isto é, como instrumento para ultrapassar o manifesto e atingir o desconhecido. Este, vinculado à historicidade do sujeito e tornado inconsciente em função dos seus próprios mecanismos defensivos, detém um potencial particularmente patogênico pela pressão e interferência constantes que exerce em sua vida consciente. Para este autor, sem a distinção entre manifesto e latente, não faz sentido falar em interpretação.

A contribuição de Fédida que evocamos é por meio de vias tortas. Fédida (1989) discorre que na relação transferencial pode ocorrer o inédito, a incursão nas vivências que não puderam ser elaboradas, além das manifestações do que é impronunciável. O autor aponta ainda que os estados vivenciados dentro da relação analítica, como por exemplo a angústia contra transferencial, compreende um “momento crítico da atenção e, assim sendo, como instante analítico de constituição da interpretação” (Fédida, 1989, p. 75).

O surgimento da angústia contra transferencial, além de indicar a ruptura da situação, o desvio, remete o analista à tarefa de reinstaurar a dissimetria, de reconstruir o sítio da escuta. Nas palavras de Fédida, o “analista escuta com a angustia”. (Fédida, 1989) Assim, trouxemos para a situação de pesquisa o que Fédida propõe para a situação de supervisão de análise clínica, deixando-nos afetar pelos momentos que consideramos críticos em nosso contato com nossos colaboradores e indagando o porquê de nosso afetamento, tendo em vista o intuito de acessar os fenômenos da comunicação que passam pela contratransferência.

Baseado na ideia de Freud (1913/1996) de que “todos possuem no seu próprio inconsciente um instrumento com que podem interpretar as expressões dos inconsciente dos outros” (p. 337), e com base em nossa experiência clínica pensamos a contratransferência como um dispositivo clínico psicanalítico, entendendo que o enquadre por engendrar a instauração da situação analítica está referido ao estabelecimento da regra fundamental.

Assim, a condição da escuta analítica é a única base confiável para que o analista compreenda o psicopatológico de seu paciente. É nesse sentido que a contratransferência diz respeito à posição de disjunção do analista para poder apreciar e interpretar essa dinâmica.

Os verdadeiros psicanalistas terapeutas são aqueles que, trabalhando com sua própria vida psíquica, conhecem o patológico, sabem observá-lo e procurar compreendê-lo, e pela própria experiência que possuem de si mesmos, a análise lhes confia se não os meios para curar, ao menos os meios de cuidar. Estes obtêm do psicopatológico esta consciência da distinção entre sua própria vida psíquica e a do outro, e a contratransferência se impõe a eles como a medida sempre presente desta consciência (Fédida, 1992, p. 192)

Durante as transcrições das entrevistas também revisitamos o referencial teórico desta dissertação, muitos aspectos já haviam sido explorados, mas outros foram emergindo a partir desta experiência. Procuramos manter a postura investigativa proposta por Herrmann (1991) de sempre manter perguntas e circunscrever conceitos.

4.4 O pathos familiar

Para o pesquisador, o perguntar implica ouvir e questionar o que o outro tem a dizer. Pensando na família, ressaltamos a importância de, ao escutá-la, reconhecemos sua história marcada por feitos trágicos, épicos ou cômicos em suas múltiplas experiências subjetivas. Nela se encontram diferentes nuances e expressões do pathos (padecimento e paixão) que a guiam ao longo de sua existência. Salientamos que pathos não se resume a sofrimento, mas a tudo que nos constitui psiquicamente, que nos dá a forma e que nos constitui como sujeitos.

O campo da psicopatologia fundamental busca seguir estritamente o significado do termo "Psicopatologia", ou seja, produzir um discurso (logos) sobre o pathos (o afeto, o sofrimento, a paixão etc.) psíquico. A psicanálise é o campo conceitual da Psicopatologia Fundamental, e, de acordo com Berlinck (1998), organiza-se em torno do pathos

esquileano, ou seja, aquilo que o sofrimento ensina. Busca resgatar o pathos como paixão e escutar o sujeito que traz uma voz única a respeito de seu pathos, possibilitando a transformação do sofrimento em experiência, considerando-o não apenas como um estado transitório mas, e sobretudo, como algo que enriquece ou alarga o pensamento.

Pretendeu-se criar um discurso a respeito das paixões, sobre sofrimento, passividade, ou seja, sobre o sujeito trágico. Nisso temos o cerne da Psicopatologia: o conhecimento do sofrimento psíquico e da paixão, pois o pathos, em si, conduz à morte e nada ensina. Quando a experiência é, ao mesmo tempo, terapêutica e metapsicológica, estamos no âmbito da Psicopatologia Fundamental. De acordo com Cecarrelí (2005),

Por entender a questão pática, as paixões, como uma dimensão inerente do Ser, a Psicopatologia Fundamental sustenta que se crie uma psicopatologia própria a cada sujeito, que lhe permitirá transformar em experiência as manifestações de seu pathos. Isto é, que lhe permita, via transferência, refazer seus caminhos pulsionais e suas escolhas objetais. (Cecarrelí, 2005, p. 474)

Tendo feito todas estas considerações, esta pesquisa se concentrou na compreensão do pathos de um familiar que internou involuntariamente um membro de sua família. Acreditamos que o pathos revela uma subjetividade que, através das palavras, é capaz de transformar a paixão em experiência servindo para a existência do próprio sujeito. Se, por um lado, o excesso (de pathos) causa dor, por outro lado, ele cria subjetividade. No humano, a dor tem um destino *sui generis* ao adquirir representação psíquica (Berlinck, 1999). É por “falar” que a dor solicita escuta. Escuta essa que, sendo terapêutica, possibilita o recuo necessário para transformá-la em experiência.

4.5 Aspectos Éticos

O pesquisador se comprometeu a manter em sigilo absoluto a identidade dos participantes, de modo a minimizar os riscos de identificação dos mesmos. Como já mencionado, todos eles concordaram espontaneamente em participar do presente estudo, tendo, para tanto, assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B). Vale

destacar que tal documento, escrito em linguagem simples, objetiva e compreensível, assegurava aos participantes o direito de, mesmo após o início da entrevista, desistir de colaborar com o presente estudo sem qualquer prejuízo. Por fim, é preciso mencionar que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia aprovou a realização do presente estudo (Anexo B), com o número Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 43723015.6.0000.5152.

CAPÍTULO 5

ANÁLISES E DISCUSSÕES DA ENTREVISTA

Nesse capítulo, serão apresentadas as análises e as discussões feitas a partir da entrevista. Por se constituir uma pesquisa exploratória e para melhor compreensão de como se deu a pesquisa, mantivemos no texto a entrevista inteira (Apêndice B). Para a compreensão do leitor transcreveremos as falas da entrevistada em *itálico*, em alguns momentos apresentaremos também palavras entre parênteses para completar lacunas que dificultam a compreensão da entrevista.

Apresentaremos a análise da entrevista dividida por temas, que foram aglutinados por se constituírem momentos críticos da atenção, na esteira do pensamento de Fedidá (1989). Estes temas foram organizados como instantes analíticos, construídos na relação de contratransferência, momentos importantes na constituição da interpretação, correlacionados com o objeto da pesquisa. É importante ressaltar que Rita é uma porta voz dos conjuntos de relações e vínculos que estão presentes nesta família, permeada pelo pathos.

5.1 O Caso Rita

Rita possui 61 anos de idade, mãe de três filhos, servidora pública, participa do NATA há mais de 17 anos. Descobriu o abuso de SPA do seu filho Paulo, de 35 anos, quando o mesmo estava com 18 anos. Ela o internou por três vezes, quando o mesmo estava com 22, 26 e 32 anos, respectivamente. Mostrou-se muito solícita em colaborar com a pesquisa. Iniciou a entrevista falando que possuía muita história para contar, e que seria muito bom conversar com um psicólogo, pois os médicos sempre recomendaram a ela.

Utilizaremos pseudônimos que, para além de preservar a identidade dos entrevistados e expressar nossa análise dos sujeitos entrevistados, é uma atitude psicanalítica⁸. No caso em questão, escolhemos o pseudônimo Rita, por ser o nome da santa católica, que teve como via de reconhecimento, diferenciação e santidade, sua história de vida marcada pelo sofrimento com o vício dos filhos e marido. O Pseudônimo Paulo foi escolhido por ser o nome real do filho de santa Rita, mas também pelos seus significados de “pequeno”, “menor”, significados aqui entendidos não moralmente, mas nos próprios sentidos de Paulo, por ter sido tutelado pelos pais ao ser internado. Acreditamos que a correlação metafórica com a santa mãe e a mãe entrevistada funciona para compreendermos analiticamente o lugar diferenciado da entrevistada.

Atualmente, Rita vive sozinha com o filho, conforme suas palavras: “*ficou só eu no barco com Paulo*”. Segundo ela, o ex-marido arranhou outra família e os outros filhos saíram o mais rápido que puderam de casa por não aguentarem a situação. No início da entrevista, perguntada sobre sua família, relatou que são uma “*família desestruturada*” devido ao abuso de SPA e à relação extraconjugal de seu ex-marido. Quando falou isso pareceu sofrer por não ter uma família nos moldes “ideais”.

5.1.1 Grande Coração de Mãe

Logo após discorrer sobre como é sua família, a entrevistada começou a falar como é morar apenas com o filho, as dificuldades deste convívio. Rita diz que já pensou, em diversos momentos, separar-se de casa e deixar o *filho* para o lado, mas possui algo que a faz permanecer com o filho, e a desistir desta ideia, que é seu *coração de mãe*.

⁸ Desde sua origem com Freud, a psicanálise lança mão de pseudônimos para proteger a identidade dos pacientes que terão seu caso clínico exposto, porém, cabe ressaltar que a escolha dos nomes dos casos, já constitui em si um momento analítico, pois são construídos a partir de elementos advindos do próprio processo de análise. Para sustentarmos nossa posição, exemplificamos os casos cunhados por Freud: O Homem dos Ratos, e o Homem dos Lobos, onde os elementos psíquicos fantasiosos dos sujeitos foram utilizados para nomear e balizar a análise.

Com esta frase *coração de mãe*, percebemos que a entrevistada sintetiza sua vivência neste lugar diferenciado de mãe. Ela sente que este lugar é penoso e exigente, especialmente porque o filho em questão é um usuário de SPA. Porém, em contrapartida, este lugar também se torna valioso, se for encarado como lugar de cuidado pelo filho, expiação necessária que este lugar se torna santificado.

Logo em seguida, na tentativa de se fazer entendida, mas também de se atestar, ela afirma: “*você sabe como é esse coração de mãe, na verdade você não sabe, porque você não é mãe*”. Percebemos que este coração é tão valioso para ela que eu não saberia o que é. Neste momento, sinto que ela me diferencia por não ser igual a ela, por não possuir um coração assim, isso vai dando a impressão que este coração também é detentor de um segredo. Segredo este de gozo. Para ela, a maternidade é encarnada como uma forma privilegiada de se atestar como mulher. Rita encarna no matriarcado uma garantia, ainda que precária, de se manter uma família. Neste lugar de mãe é possível à mulher a encarnação de um papel vivencial não encontrado em nenhuma outra posição da vida, justamente porque neste lugar se detém um filho. Inúmeras são as formas de vínculo que se pode estabelecer com um filho, uma delas é a de encará-lo como um objeto de extremo amor, digno de investimento, mesmo que o preço pago por este investimento seja a própria vida, como nos aponta Lima (2002):

A criança é um *a real* no início, na sua vinda ao mundo. Este objeto que a criança encarna só pode ser alcançado pela mãe, pois a criança, ao nascer presentifica, no real, o impossível de dizer do desejo parental em relação ao seu nascimento. Se, por um lado, a criança, ao nascer, substitui o objeto para sempre perdido, por outro, o aparecimento real de uma criança oferece à sua mãe um espelho real do objeto que a mãe foi e que é impossível de alcançar. Assim, há na mãe, um gozo *a mais*, que nenhum homem tem e que não é o gozo da mulher, mas o gozo da mãe. (p. 46)

Este coração materno, apresentado pela entrevistada, é a tradução deste gozo explicitado pela autora. Há uma espécie de “arquetipo” de mãe, um lugar de responsabilidade

e exigências pelo filho, mas também um lugar sublime de amor. Se Freud afirma que o feminino é um enigma, percebemos que Rita responde a este enigma sendo A mãe. Percebemos que estar no barco sozinha com Paulo, e o se sentir abandonada pelos outros filhos e marido, coloca Paulo ainda mais à mercê deste desejo materno. Ser A mãe a compensa de suas outras ausências como mulher.

Inscriver o filho usuário de SPA como objeto de desejo é algo bem envolvente, não porque o mesmo se configura um objeto completo, ao contrário, é por ser falho e limitado que ela necessita inscrevê-lo neste lugar de merecedor de cuidados. Assim como nos aponta Lima (2002, p.46) “o filho oferece a sua mãe um espelho real do objeto completo que ela foi”, um filho usuário de SPA atenua este reflexo, e tenta cobrir feridas narcísicas atuais.

Assim como exposto que a família sofre tensões no sentido de naturalizá-la através da noção que ela deve funcionar de forma harmônica, também acontecem pressões sobre este lugar de mãe. Pressões no sentido de considerá-la natural, que o ser mãe é algo inato à mulher, ideia esta reforçada pelos discursos do “instinto materno”, ou de que a maternidade é o “padecer no paraíso”. Ser A mãe é a resposta também a estes significantes sociais por Rita, que compreende diante destas tensões que a sua única resposta é ser uma boa mãe. Este lugar propicia também um se sentir única, diferenciando-a no mundo, pois ela é a única que consegue enxergar beleza na precariedade do filho:

“Eu queria ter um controle emocional, eu não tenho. Esses dias ele disse: *olha aqui mãe como é que eu estou*, ai eu disse: *você está lindo meu filho e abracei ele*. Ele respondeu: *só você mesmo pra me achar lindo, foi à única que não virou as costas pra mim, só sei que mãe é mãe*”

Ela vai costurando uma beleza no sofrimento, aquilo que é dor se torna elemento para o cuidar, nisso ela se parece com uma santa. Esta postura de ver o belo no filho é a que a sustenta nesta posição de gozo, pois se ela não enxergasse esta beleza negaria este lugar de mãe. A fala do filho “só mãe é mãe” reifica esse lugar, que não pode ser desprezado, apesar dos “*estresses*” que ela diz sentir.

Esta vontade de *querer ter um controle emocional* aponta para o desejo de se ter algo também sobre seu domínio. Estes sentimentos, derivados deste coração materno, parecem ser tão grandiosos que a dominam, não é por acaso que ela diz sentir um *stress total* convivendo com o filho. Este parece ser o ônus de se manter neste lugar e de ter um coração materno.

Pouco antes dela discorrer sobre este coração de mãe, ela relata que o filho a culpa, junto com o pai, por não ter crescido na vida. A culpa parece também ser uma fonte para manter este coração vivo. Ao falar sobre a descoberta do abuso de SPA pelo filho, ela explana melhor sobre este sentimento de culpa:

“(Disseram), que não era pra gente se culpar, pois isso acontece mesmo, e ai eu me culpava direto achava que era eu e o pai dele. O pai dele chegou a falar pra mim, pois eu o acusava demais, por causa das safadezas dele. Um dia depois de eu dizer pra ele que fui em uma reunião do NATA que 50% de pais de dependentes que estavam lá, eram pais separados, ele me falou “então todos os pais que tem outra família, outro filho tinha que ter um filho drogado dentro de casa? *Eu disse não, não é assim do jeito que você está falando, eu estou dizendo assim que a decepção do Paulo foi tão grande de perder (o pai), de saber que você tinha outro caso lá fora, que ele partiu pra droga como maneira de refúgio, eu acho isso, na minha maneira de pensar. Ai ele (o ex-marido) jogou na minha cara dizendo, que se fosse assim os casamento que não prestavam tinha um filho drogado. Até os próprios profissionais disseram pra mim que a gente não podia se culpar. O NATA foi importante por causa disso, da ajuda profissional, dos psicólogos que passaram lá.*

Mesmo participando do NATA desde a descoberta do fato, onde escuta sempre que ela não deve se culpar pelos atos do filho, nem pela ideia defendida pelo ex-marido e que as ações dos pais não desencadearam o uso do filho, não faz o que ela chama de “culpa dela” desaparecer, ela insiste em perdurar. O sentimento de culpa persiste, pois ela acredita que o uso de SPA pelo filho iniciou como um refúgio para o filho diante da decepção de *perder o*

pai, ao saber que o mesmo tinha uma relação extraconjugal, e de saber que sua família “*não presta*”.

O motivo explicado pela mãe, que o início do uso de SPA de Paulo foi a busca por um refúgio diante do esfacelamento familiar com a infidelidade do pai, parece muito mais ser um esconderijo para Rita do que para o filho. Se concentrar no abuso de SPA do filho é um lugar mais seguro para Rita se proteger do ruir da sua idealização familiar, apesar do mesmo ser a origem de seus sentimentos de culpa.

Para Freud (1923), o sentimento de culpa pode ser interpretado como angústia frente às ameaças do supereu. O conceito de supereu é um paradoxo freudiano, pois é considerado pelo pai da psicanálise tanto como herdeiro do Complexo de Édipo, quanto do Isso, ou seja, é proibidor do gozo, e, ao mesmo tempo, representante dos restos pulsionais reprimidos, ao tempo em que coloca os seus imperativos a serviço do gozo.

No caso de Rita existe uma ambiguidade de pressões em relação ao sentimento de culpa. Quando pensa em sua família, sente-se culpada pelo início do uso abusivo de SPA do filho, mas quando pensa como participante do grupo de mútua ajuda, questiona-se sobre este sentido. Existem acusações internas e externas, expiações íntimas e públicas, porém, o desenvolvimento deste lugar ideal de mãe parece ser a fonte de ambos.

Os chamamentos sociais para ser uma boa mãe, os aspectos libidinais somados a este sentimento de culpa, parecem ser a fonte mantenedora dos sintomas de sofrimento e do gozo, os sintomas vão sendo mantidos por estes aspectos sutis. É justamente nestas duas vivências, de amor (coração materno) e sentimento de culpa, que as estruturas sociais capturam e pervertem a cena do abuso de SPA, despejando sobre as famílias a exclusiva culpabilização e responsabilidade pelo cuidado de seus familiares usuários. Somados a isso temos a ausência do estado, que vai compreendendo os usuários apenas como família e não cidadãos. Pelo caráter complexo e inconsciente destas vivências, a família encarna, abraça e até mesmo assume esta culpa e responsabilidade.

A internação vai aparecendo como uma possibilidade de reparar a culpa de ser a ocasionadora dos comportamentos do filho, é também uma forma de demonstrar o amor

ambivalente ao filho. Quando ela narra a cena, em que responde ao filho os motivos dele continuar internado, mesmo contra sua vontade, ela sintetiza estes sentidos: “*Ele falava que estava ruim e que queria vir embora. E nós falávamos: não meu filho, você vai ficar mais. É para o seu bem*”. A internação se torna uma forma de expiação, pois possui sofrimento, promove alívio e é expressão de amor.

5.1.2 A exclusividade que a droga traz e a questão materna

Ainda sobre os sentimentos advindos da descoberta do abuso de SPA pelo filho, Rita relata uma vivência intensa de tristeza, “*um baque*”, “*o mundo tinha abrido*”, “*eu só reclamava, blasfemava contra Deus*”, estas são algumas expressões utilizadas para ilustrar este momento. Rita disse, ainda, que sentiu muito mal estar, rejeição, e medo de que as pessoas a olhassem com pena. Sentiu-se diferente de sua família extensa, pelo fato do filho ser usuário e por ter se separado do marido, “*ele era o primeiro (usuário) na família, fui a primeira separação, e o primeiro dependente de qualquer tipo de droga, foi a dele*”. Porém, com o passar da entrevista, ela relembra de um irmão materno que também era usuário, chegando a ser internado involuntariamente por duas vezes devido ao uso prejudicial de álcool. Este irmão, após as seguidas internações, chegou a dizer à família que não haveria uma terceira internação, que ele se mataria antes. Fala esta que acabou se concretizando, pois o mesmo continuou bebendo e tirando a própria vida.

Neste, além de ser o primeiro momento em que a internação surge na entrevista, diga-se de passagem, com um caráter bem destrutivo, chama-nos a atenção a relação de exclusividade familiar estabelecida pela droga e por este lugar de mãe. Exclusividade aqui em seu sentido *stricto*: caráter ou qualidade de exclusivo, aquilo que exclui, mas também diferencia, que é de posse única.

Apesar de ter um irmão alcoolista, ela apresenta o filho como o primeiro e único usuário de SPA da família, assim, mesmo após a lembrança do irmão ela continua afirmando este lugar de Paulo, configurando-se como uma marca diferenciadora deles com os demais familiares. Várias reflexões surgem na tentativa de compreender este esquecimento do irmão

ou o enaltecimento do filho. O fato do irmão não ser legítimo dentro de um modelo de família idealizado e a exclusividade de ter um filho com droga propícia perpassam esta tentativa de compreensão.

É claro que há um sofrimento imbricado nesta situação. O conceito de estigma, apresentado no referencial teórico (Ronzani & Furtado, 2010), descreve bem esta marca identificadora destas famílias, que promovem uma exclusividade negativa. Porém, esta situação nos leva a acreditar que esta exclusividade também promove ganhos compensatórios, ganhos em outros níveis, para que esta vivência seja suportada e expie as perdas. Há aí uma exclusividade também da questão materna. A participação do grupo de ajuda mútua também converge nesta direção de criação de sentidos e significados sobre estas marcas.

5.1.3 Os sentidos sobre a internação

Para melhor exposição dos sentidos de Rita em relação às internações iremos apresenta-los em ordem cronológica dos fatos, porém, cabe ressaltar que o discurso de Rita não se organiza assim, para ela trata-se de apenas uma. Quando começou a falar sobre as internações de seu filho, a entrevistada apresentou uma confusão entre a primeira internação, ocorrida em Goiânia, e a segunda, acontecida em São Paulo. Ela iniciou a descrição da primeira internação, ressaltando que ficaram muito tristes, que retornaram, ela e o esposo, na época chorando muito de São Paulo a Catalão. Só após esta fala lembrou que a primeira internação ocorreu em Goiânia. Compreendemos que apesar de terem sido três internações, as internações foram vivenciadas como um contínuo.

Entre os diversos sentidos que ficaram na tentativa de compreendermos esta confusão, podemos destacar os sentimentos que são intensos ainda, os afetos nesta mãe relacionados a esta segunda internação são marcas profundas na subjetividade da mesma, claramente devido à distância física do filho, e sutilmente à possibilidade real de uma quase morte do mesmo na CT, que ela explicita mais à frente. Esta possibilidade de perda do filho é ameaçadora a ela, pois, além do filho, lhe ameaçava o lugar de mãe; acreditamos que por

este motivo ela descreve ricamente a cena do distanciamento. Distanciamento que se parece com uma perda de si mesma.

5.1.4 “*Esse trem aqui não é pra mim não mãe, aqui é de gente louca*”

A primeira internação aconteceu em uma clínica psiquiátrica em Goiânia. Paulo se encontrava com aproximadamente 22 anos, segundo a entrevistada, esta foi a primeira forma de tratamento encontrada por eles para o filho. A internação aconteceu graças ao auxílio de um médico, colega de trabalho de Rita, cujo irmão era proprietário da clínica psiquiátrica. Os aspectos médicos e a confecção de um diagnóstico psiquiátrico para justificar a internação junto ao plano de saúde não foram lembrados por Rita.

Esta situação nos remete à questão do pareamento entre usuário de SPA e transtorno psiquiátrico. Ela narrou diversos fatos que denunciaram a falta de tratamento específico ao filho na clínica psiquiátrica, “*a doutora psiquiátrica que estava acompanhando ele não fez um bom trabalho não. Ele era, encomendado pelo irmão do dono, e ela não estava olhando direito, dando assistência direito*”. Os sentidos que ficam é que ele é um paciente especial, muito mais do que ter sido encaminhado pelo médico conhecido da família, Rita está afirmando que o tratamento dado ao filho não deve ser o mesmo dado aos “doentes mentais”, sabemos que na lógica das clínicas, não há pacientes especiais. Esta mãe está dizendo: façam por ele, como se fosse por mim, pois eu dou a ele o que quero para mim.

Perguntada sobre como o filho foi internado, ela responde dizendo que ele foi “*meio contrariado*”, e que a decisão de interná-lo foi dela e do marido. Surgem vários questionamentos do porquê da utilização deste termo “*meio contrariado*” que nos fazem suspeitar que talvez fosse porque o filho não consentiu inteiramente com a internação, ou porque era difícil assumir a ação contrária à vontade do filho.

Explorando esta situação, ela relatou ainda que antes de ser internado, o médico, colega de trabalho de Rita, perguntou a Paulo se o mesmo queria ser internado, e ele consentiu, porém, quando o mesmo chegou a clínica e viu a situação em que iria ficar, começou a “*chantageá-los*” pedindo para ir embora. É importante ressaltar que nesta primeira

internação Paulo expressa o desejo de se tratar, mas quando percebe a forma cruel e exigente com que se daria o tratamento, convivendo com pessoas com transtornos psiquiátricos graves, e inclusive sendo considerado um deles, ele recua.

A constatação de como ele iria ser “cuidado” mina o desejo de ser tratado, ou melhor, expressa o desejo de não ser mal tratado. Nesta situação, percebemos um ato de truculência e desrespeito ao desejo de ser cuidado. A ideia do senso comum, tão difundida pelos meios sociais, de que o usuário de SPA não quer se tratar pode ser corroborada por isso, ou seja, os usuários demonstrarem uma negativa a esses “mal tra(*tamen*)tos”.

Este fato corrobora os dados apresentados na pesquisa da Fiocruz (2014) de que muitos usuários querem sim se tratar, e acrescenta um dado relevante, de que os usuários que expressam um “não” ao tratamento não é simplesmente uma negativa, mas pode ser uma resistência à forma invasiva e intransigente deste “cuidado” oferecido por estas instituições totais, que, baseadas no paradigma proibicionista, esperam e querem apenas a abstinência, custe o preço que custar.

O fato da internação acontecer em uma clínica psiquiátrica é a constatação da presença do “pensamento manicomial”, que, como apresentam Coelho & Oliveira (2014), iguala abuso de SPA a transtorno mental. Rita relatou que nesta clínica eles viram muitas cenas estranhas, como “*peças comendo no chão, peças afetadas da mente e esquizofrênicos*”. Quando eles deixaram o filho na clínica, tiveram a mesma reação da segunda internação, que foi a de chorar todo o trajeto de volta para casa. Ele permaneceu internado, segundo a mãe, só por 40 dias.

Mais uma vez a cena do retorno para a casa sem o filho se repete, com a mesma expressão de uma vivência marcada por fortes emoções. A repetição desta cena nos coloca a pensar que estes sentimentos intensos também são uma tentativa de elaboração deste ato, que foi sofrido, mas também desejado, pois percebemos uma insatisfação com tempo de internação do filho por parte da mãe, o “só” 40 dias expressa uma quantidade insuficiente de duração, mesmo com a constatação da situação precária do tratamento destinado ao filho:

... a doutora psiquiátrica que estava acompanhando ele, não fez um bom trabalho não. Um dia o doutor chegou lá e deu um sabão nela até, descobriram que ele era um paciente especial encomendado pelo irmão dele, e ela não estava olhando ele direito, não estava dando assistência direito, ele não estava recebendo cuidados específicos.

A saída da clínica só acontece pela intervenção do pai, após somente a constatação e expressão de descontentamento da família extensa, que em uma visita percebe as condições de tratamento de Paulo e denunciam esta situação. Ato este visto com muito descrédito por Rita, *“eles começaram a falar demais, e encher o saco, dizendo que a gente estava colocando ele com os doidos, que ele ia piorar”*. Com esta fala fica clara a vontade da mãe em continuar com a internação.

Ela destoa claramente da família, apesar do propósito parecer ser o mesmo, a recuperação de Paulo; a forma de se obter esta melhora é o motivo da discordância. A família extensa não consegue compreender o porquê da manutenção de Paulo naquele lugar inóspito, não consegue entender como aquele lugar louco pode promover saúde. É interessante que a constatação do caráter inóspito do local é percebida pela própria Rita, ela não discorda em relação a isso, a falta de condições para um cuidado integral é um fato, o motivo para que o mesmo continue nesta indignidade não é expressado e nem defendido conscientemente, ela só expressa o desejo inconsciente de que ele continue internado.

5.1.5 “Lugar de bandido rico”

Esta foi a internação sobre a qual a entrevistada mais se deteve a falar, e expressou mais riqueza de detalhes, sem dúvida foi a internação mais marcante. A mesma aconteceu em uma CT na cidade de São Paulo – SP. Três anos se passaram da primeira internação para esta. Durante este período, para a mãe, ele aprontou bastante, *“usou bem”* SPA. A escolha pelo local de internação se deu por indicação de uma namorada de Paulo da época, que tinha um primo que havia sido internado nesta clínica e havia *“sarado”* e está *“são”* até hoje.

Ela relatou que a internação foi buscada em um momento de “apuro” e que todas as internações foram em situações extremas. Esta internação aconteceu logo após uma “crise *de surto*” de Paulo com seu irmão na farmácia de propriedade deste, onde Paulo trabalhava. Ele quis quebrar o estabelecimento e a casa do irmão, e chegou a ameaçá-lo de morte, isso porque o irmão havia descoberto que ele estava fazendo uso de SPA no horário de trabalho. Os policiais foram chamados, mas não tiveram coragem de levá-lo, pois o conheciam e também à família. Após este ato de fúria, ele ficou perambulando pela cidade, ficou desaparecido, sendo encontrado somente no outro dia pela namorada, mal vestido, arranhado e sujo. Neste momento a família decidiu pela internação dele em São Paulo.

A internação também se configura como uma possibilidade de manter o filho vivo, este parece ser o pathos desta mãe. Diante desta possibilidade real de perder o filho com seu sumiço, a internação se torna um lugar de garantia. Esta internação, entre vários sentidos, parece ser guiada principalmente por um sentimento de desamparo, de impotência diante desta situação, de ver o filho em condições indignas, e também pela dificuldade de lidar com o mesmo em um momento de crise.

Rita descreve que ela não foi levar o filho na clínica, foi somente o pai e um primo de Paulo. Ela foi somente fazer uma visita e relatou que desde o primeiro momento o filho não agradou do lugar, pois lá era um “local para bandido rico”.

Rita relatou que na primeira e única visita dela ficou impressionada com o lugar, que era cheio de *cães pitbulls*, *muros altos*, *cerca elétrica* e *celas*. Diz que não gosta nem de lembrar, pois ficou chocada ao ver o filho numa espécie de prisão. O “(não) *gosto nem de lembrar*” é expressão de resistência em se evocar sentimentos difíceis, quase insuportáveis de serem lembrados, e também porque as condições em que o filho se encontrava são repercussões de sua decisão pela internação. Ela disse que nunca perguntou e nem soube se o filho ficou preso em alguma destas celas, que, segundo ela, é destinada àqueles que *dão trabalho quando chegam*. Disse que sofreu muito com a distância, que ela e o esposo, na época, acordavam no meio da noite chorando e pensando no filho internado.

Percebemos o quanto as políticas públicas e o aparato do Estado deixam as famílias desamparadas. Mais uma vez a responsabilização pelo cuidado se torna única e exclusivamente da família, que em um momento de crise, e com elementos nada técnicos, guiando-se apenas em uma experiência de terceiros, recorre novamente à internação.

É interessante pensarmos o que acontece com estas famílias que, mesmo após a constatação da forma desumana de tratamento a que o familiar é submetido, ainda assim desejam que os mesmos continuem internados. A situação narrada por Rita lança luz para compreender isto. A descrição detalhada do ambiente punitivo não é vista com muito estranhamento, assim como a semelhança com uma prisão, parece que a motriz que alimenta o querer a permanência do filho na CT é a vontade de punir. Vontade de punir o filho por seus atos contraventores, mas também de se punir enquanto mãe, por conta de seus afetos e pensamentos contraventores a seu lugar mãe. Ela sabe que ele foi punido, mas assumir isso é muito incômodo, talvez isso pode ser a motriz do desinteresse em saber se o filho ficou trancafiado em uma cela.

Vale ressaltar que este desejo de punir o usuário de SPA não é algo restrito ao âmbito familiar, é compartilhado por várias estruturas sociais. Fazer uso ou abuso de SPA se torna um crime, como nos aponta Fossi & Guareschi (2013), um crime moral que é combatido com o encarceramento em um local para o tratamento, para que seja devolvido à sociedade um indivíduo abstêmio, adequado à lógica de produção e consumo capitalista.

Ela narra ainda que nesta clínica o filho presenciou a cena mais marcante de sua vida. Dois internos estavam aprisionados dentro de uma cela com outras duas pessoas que atearam fogo nos colchões destes dois catalanos que estavam dormindo, dopados com remédios. Paulo, quebrou os cadeados da cela, conseguindo retirar os dois que já estavam queimando, acompanhando-os até o hospital.

Acreditamos que também este é um sentido vivencial de Rita, que, apesar de não ter vivido a cena presencialmente como o filho e visto o risco eminente de morte, ela experimenta em outro nível uma vivência intensa deste fato, um risco de morte deste lugar de mãe. As características semelhantes de Paulo com os internos queimados acentua este medo. Rita

relata que ela e o esposo ficaram “*cismados*” com o fato, o uso desta palavra serve para descrever a reação ao fato que nos chama atenção. O termo *cismado* pode ser compreendido de diversos modos, pode ser entendido como a vivência de sentimentos de desconfianças, ou pensamentos fixos de preocupações, tudo isso foi vivenciado por Rita. Porém, *cismado* pode ser entendido também como aquele que sofreu um *cisma*, uma ruptura, uma separação, este significado fica mais evidente para nós.

Apesar de toda esta vivência, o filho permaneceu quase três meses internado. A saída da internação acontece só após inúmeras ligações do mesmo. Paulo, utilizando de suas habilidades interpessoais, conseguiu um pouco de liberdade e confiança dos proprietários da clínica, que concederam a ele a regalia de sair da instituição para se exercitar. Nestas saídas, ele ia até o telefone público e ligava para eles, de acordo com Rita, “*chantageando-os*” dizendo que queria ir embora. Segundo as informações obtidas, ele ligava várias vezes ao dia, chegando ao ponto de dizer para os pais que se eles não fossem buscá-lo ele iria fugir e voltar andando, até que, *cismados*, o pai o buscou.

5.1.6 “*Só morto que ele vai pra um lugar desses*”.

Rita disse não se recordar do motivo da terceira internação, acontecida aproximadamente há quatro anos e somente se lembrou no final da entrevista, ao falar sobre a opinião favorável dos outros filhos à internação do irmão.

Esta internação aconteceu quando Paulo voltou para Catalão, após estar trabalhando em outra cidade de Goiás. Ele estava bem colocado profissionalmente, mas pelo uso descontrolado de SPA perdeu o emprego, vindo a adquirir muitas dívidas, motivo que levou a família a decidir pela internação. O pai foi até à cidade e o trouxe para Catalão onde foi internado em uma comunidade terapêutica. Ela relatou que todos os momentos em que decidiram pela internação foram difíceis, mas esta última ela se sentiu menos sofrida, pois a internação se deu na própria cidade e foi feita em uma CT cuja proprietária era conhecida sua, por conviverem em reuniões do NATA.

Segundo ela, Paulo consentiu em ser internado, devido ao “apuro” vivido em outra cidade, mas logo pediu para sair. Rita, falando sobre esta internação, relata sem perceber que o filho tem o mesmo discurso do tio, de que não haverá mais internações, segundo a fala dela: *“depois que ele internou na comunidade terapêutica aqui de Catalão, ele disse que só depois de morto, só morto que ele vai pra um lugar desses, ele não volta de jeito nenhum”*.

Destacamos dois aspectos desta fala. A primeira é o caráter drástico relacionado à internação, segundo o qual a morte é preferível à re-internação, isso nos leva a pensar as experiências vivenciadas por Paulo que o levaram a formular esta conclusão. Outro aspecto que ressaltamos é a repetição da fala do tio pelo sobrinho, uma repetição familiar, mas que parece não ser percebida pela entrevistada. Apesar dela não associar conscientemente estes dois fatos na entrevista, podemos inferir que há repercussões desta fala na subjetividade de Rita. O fato de o irmão, devido ao abuso de álcool, tirar a própria vida após afirmar que não haveria outra internação, e a fala do filho de que só irá morto para a internação, aumenta o desamparo de Rita, que, após esta fala, afirma que o filho, apesar de negar, continua usando SPA, que ela desconfia ser crack. Ela diz não saber qual seria a reação dele ao se cogitar uma possível internação e não tem outra forma de ajuda eficaz para ele.

O sentimento de desamparo desta mãe em encontrar ajuda para o filho é evidente. A internação, ajuda repetidamente buscada, fica distante como alternativa após esta fala drástica do filho. A negativa de ajuda nos dispositivos de saúde pública amplia esta situação, conforme a entrevistada. O único CAPS da cidade funciona apenas em horário comercial, não possibilitando a participação do filho e dela em alguma reunião. O filho já participou, mas não se sente bem em ir ao grupo dos narcóticos anônimos, e nem ao NATA. Atualmente busca ajuda somente na igreja.

5.1.7 Filho como chantagista

Em diversos momentos Rita apresenta uma desqualificação da fala, atitudes e sentimentos do filho, adjetivando-os como chantagem, sobretudo, nos momentos em que o mesmo se encontrava internado. O primeiro momento em que aparece este termo é quando

ela descreve a relação de Paulo dentro da clínica em São Paulo, onde ele consegue uma certa liberdade e começa a se comunicar com a família:

*“os donos viram que ele era gente boa, deixava ele correr perto da clínica, e nestas saídas ele ligava, ai ele começou a ligar a cobrar para nós, **chantageando-nos** para ir busca-lo lá, todo dia, todo dia, umas duas, três vezes ele ligava”*

A expressão aparece também de outra forma, quando Rita relata a situação do filho na primeira internação, ao perceber as condições de tratamento às quais seria submetido o mesmo. Ele expressa seu descontentamento, mais uma vez esta palavra é significada pela mãe como chantagem:

*“Nós conversamos com ele, o doutor R. chamou e perguntou se ele queria um tratamento. Ele disse que queria, mas quando ele chega lá e vê a situação do trem, ele começa a **chantagear**, ele pede para ir embora Ai nós não aguentamos a pressão e cedemos”.*

O termo chantagem reaparece quando a entrevistada fala da segunda internação. Logo após discorrer sobre o incêndio que o filho presenciou:

*“...menino caiu pele assim, já tinha queimado tudo, ai ele salvou e catou ele, pois na ambulância e os outros ficaram lá sem queimar, e daí pra lá ele contou isso e nós ficamos meio cismados. O pai quis tira-lo, devido à **chantagem** dele ligar três vezes por dia, ai o pai foi e tirou”.*

Questionando sobre as ligações do filho, ela reafirma:

*“Ele **chantageava** demais, ficava falando que aquilo não era lugar pra ele ficar, era lugar de grande periculosidade, eram os bandidos, bandidos ricos, que tinha muito dinheiro, ricos mesmos que não queriam ir pra cadeia, ai ele contava era isso, os meninos que entravam lá eram tudo bandidagem, tudo mala e pesado. Que eles iam pra lá pra não ir*

pra cadeia, pois era tudo rico. Ai que ele não ia ficar lá não, pois ele estava correndo risco de vida, essa era a **chantagem**.

E aparece, pela última vez, quando fala sobre a terceira internação, como o filho se comportava lá dentro. Ela relata um total descrédito à fala do filho, aparecendo mais uma vez a palavra chantagem, mas também a capacidade do mesmo de ter articulado com o proprietário da clínica sua saída de maneira bem manipuladora, tornando-o responsável por sua saída da internação:

*Ele ficou lá dois meses e pouco, ele fazia **chantagem**. Inventava as coisas, dizendo que descombinou, brigou com o proprietário, que o proprietário mandou ele bater em um cara e depois o caldo engrossou e o proprietário jogou a culpa nele. Segundo ele a outra proprietária não quis mais ele lá. Para mim, ele que manipulou mais o proprietário a saída dele. Acho que eles combinaram alguma coisa pra ele sair, porque se ele tivesse feito alguma coisa muita seria lá, a dona da clínica nem olharia na minha cara, mas a mulher me trata super bem, com uma educação, a amizade que nós tínhamos não mudou nada. Se tivesse (acontecido) algo sério, ela teria mudado comigo ou me chamado à atenção, mas só disse que ele poderia ir embora”.*

Chama-nos a atenção que o emprego deste termo por Rita sempre se refere a experiências críticas vivenciadas pelo filho na internação, como a constatação que ele seria tratado como um *louco* na clínica psiquiátrica, ou falar para os pais que quer ir embora após ter vivenciado uma situação de quase morte de dois internos, fato constatado pela mãe como grave, mas quando é manifestado pelo filho é desqualificado. Percebemos também a visão da mãe no descrédito deste filho, quando ela o responsabiliza pela saída da terceira internação, devido à sua capacidade manipuladora.

Esta constante repetição da palavra chantagem nos leva a compreender seu significado. No senso comum chantagista é aquele que de forma fraudulenta extorque bem de outrem, geralmente sob ameaça. Esta definição lança luz para compreender esta dinâmica

familiar de Rita e Paulo. Só pode chantagear quem, de alguma forma, tem um trunfo, neste caso, Paulo parecer ser o trunfo que esta mãe quer ter, ele é o falo que atesta sua condição de (boa) mãe e mulher. A chantagem vem cobrar o cumprimento deste lugar de mãe.

Esta relação chantagista nos remete ao conceito de dependência de vínculo, pois existe aí uma submissão ao outro, há uma alienação afetiva entre este filho e esta mãe. De acordo com Hunberg (2003), o dependente do vínculo tem características de alguém que é sujeito e subordinado a partes de si mesmo que não pode controlar, é uma ligação marcada pelo excesso.

Outro elemento que pode ser extraído desta metáfora é a de que chantagista é um criminoso. Fossi & Guareschi (2015) nos fala que em nossa sociedade o usuário de SPA é visto como um “criminoso moral”, aqui ele é visto por sua mãe como um criminoso afetivo, pois ele rouba e retira esta mãe deste lugar idealizado no sentido dela ser a “educadora de limites”, responsável pela saúde e contenção do filho.

Com a internação a possibilidade de contenção dos afetos se torna possível, devolve e garante uma segurança à mãe de que ela está fazendo seu papel de contendora do filho. Contenção física e emocional. Por isso acreditamos que os apelos do filho são vistos com descrédito, pois eles são valorados tendo como balizador a necessidade de “educação” (dos afetos) do filho, por mais que neste aprendizado estejam presentes elementos de sofrimentos e dor, os mesmos são suprimidos para que o filho alcance o aprendizado. É importante ressaltar que o filho, um homem de 35 anos, aceita este lugar de cuidado quase infantilizado.

5.1.8 A internação (i)refletida

Eu acho assim, resumindo, internação é só uma maneira de comércio, do pessoal ganhar dinheiro com o sofrimento dos outros, porque quem não quiser (se tratar), não adianta...

Com este trecho da entrevista Rita começou a expressar opiniões bem sucintas e paradoxais sobre as internações, bem diferentes daquelas apresentadas até então.

Inicialmente, ela começa a trazer a questão econômica que envolve as CTs, ela apresenta uma opinião bem marcada sobre o aspecto financeiro, ou melhor, do ganhar em cima do sofrimento alheio. Ela vai expressando seus sentimentos de se sentir explorada para além do financeiro, em sua constituição como mãe.

Então, eu acho assim, resumindo, clinica é uma maneira dos bobos darem dinheiro para o pessoal...

Neste trecho, ela refere a si e a todos que fizeram opção pela internação de uma forma pejorativa, como “bobos”, adjetivo este que define aquele que é ingênuo, ou que é facilmente enganado, passado para trás em detrimento de uma vantagem, no caso das CTs, uma vantagem financeira sobre o sofrimento. Creio que esta sensação de ser enganado vem da falta de efetividade do tratamento destes lugares. O índice de recaídas é altíssimo, e especificamente no caso de Rita, a estatística se confirmou, pois seu filho não cessou o uso de SPA, apesar de desconfiarmos que talvez este não seja o único objetivo da internação.

Questionada sobre esta sua posição marcada, ela responde que “*é porque não cura ninguém, ninguém sai curado de clínica não*” Ela reafirma sua opinião, trazendo a cena de uma reunião onde estava presente uma proprietária de uma CT e um interno falou: “*é uma verdadeira exploração financeira das pessoas, é um lugar que as pessoas aproveitam da desgraça do outro para arrancar dinheiro, quem falou aquilo, foi ninguém não, foi o próprio interno*”.

Ela traz esta cena dizendo que esta não é apenas sua opinião, mas também a do ex-marido. O sentido que fica, ao resgatar *ipsi literis* a fala de um interno de uma CT, é que seu ponto de vista adquire outra credibilidade, e que o mesmo é construído levando em conta a experiência de quem vive esta situação. Demonstra a percepção de que, nestes lugares, existe uma certa perversidade com o sofrimento. Diante das dificuldades de lidar com o usuário a clínica se veste com um poder de lidar com eles através da força, da repressão e do controle. Aqui ela traz à cena sua experiência ao ouvir um interno e uma opinião bem diferente sobre os aspectos relativos à mudança, ela aponta que não são apenas fatores

externos e institucionais, acreditamos que esta opinião é construída através de seus 18 anos de convivência e tentativas de elaboração destes fatos.

Outra posição controversa apresentada é sobre a questão da importância do consentimento para que a internação seja efetiva. Durante quase toda a entrevista, ela vai expressando o desejo de que o filho ficasse internado nas clínicas e na CT, mesmo contra a sua vontade, assim, quando Paulo expressava o desejo de sair, ela dizia que era para continuar, pois era importante para seu tratamento, sendo sempre o pai quem o tirava da internação. Porém, neste segundo momento da entrevista, ela traz a opinião de que a vontade de se tratar é essencial para a abstinência:

“Tinha uns ali na Comunidade Terapêutica, eles matam a gente de rir o quanto eles são safadinhos, que falavam assim para o Paulo: esse povo é bobo demais, eu vou sair aqui e o primeiro boteco que eu chegar eu entro e vou beber, os de álcool, outro falava assim: a primeira oportunidade que eu tiver vou usar um baseado. É desse jeito, lá eles querem é refugiar (é uma forma) deles não pagarem de outra maneira (judicialmente) “.

“Porque, eu acho que sarar, não sara não, não segura não, se a pessoa não quiser. Ele tem que dizer: mãe eu quero ir para ser curado, vocês vão me ajudar?”

Percebemos que nesta etapa da entrevista ela não está expressando um pensamento elaborado a partir apenas de sua ótica. Transparece uma fala “institucionalizada”, que parece ser perpassada por discussões que ela vivenciou no grupo de ajuda mútua, na escuta de outras famílias que lançaram mão do recurso da internação involuntária, enfim, do seu acumulado de anos convivendo com esta realidade.

“Mas tem outra coisa, eu perguntei pra uma mulher esses dias, uma mãe, que foi lá no meu serviço pegar um remédio, pois eu trabalho com remédios de alto custo, remédios caros. A mãe de um foi lá, e eu sempre converso com ela. Eu sempre falo: e ai como está nosso filho,? Falo assim, para demonstrar uma proximidade. Ela me respondeu: nosso filhinho está cada vez pior, eu só sinto paz, na hora que ele está internado. Só

durmo sossegado Rita, com a cabeça tranquila no travesseiro, quando eu sei que ele está na clínica, a clínica é um único refúgio para mim. Para mim é um lugar seguro, onde eu fico mais tranquila, só isso, e não cura ninguém não, cura se ele quiser, e ele não quer, então, ele sai de lá e torna a beber.”

O sentido mais forte que fica da internação é que a mesma se configura como uma possibilidade real de distanciamento necessário do “problema”, que neste caso é o usuário. A internação é uma possibilidade de paz diante do tormento que é este familiar, mesmo sabendo que a mesma não é eficaz, que ela existe apenas no momento da internação.

Rita ressalta em diversos momentos da entrevista que a internação é buscada em momentos de apuro, *“toda vida que ele passava um apuro muito grande, ele se dispunha a ir”*, como se a internação fosse um refúgio para não se aplicar as sanções necessárias, sejam elas jurídicas ou morais. A internação se torna uma espécie de júri familiar. Ela diz que a internação foi buscada *“quando ele extrapolava até pegar dinheiro nosso, ai nós ficávamos muito bravo com ele, e ele começava a fazer trem errado”*. Ele é condenado à internação devido a seus furtos, desencadeada pelo sentimento de raiva e uma vontade de punição.

“eu te falo, a internação só vale para aquele que quer. Não adianta, levar forçado como nós levávamos, meio forçado”.

Ela reforça a importância do consentimento como fator primordial para a melhora. *A gente tá pronto pra isso, mas ele nunca falou, concorda de ir na hora dos apuros*. Internação, do ponto de vista do filho para ela, está ligada a escapar de situações comprometedoras aqui fora, *“das estripulias que ele fez, você entendeu? Eu acho tipo assim passar a mão na cabeça, pôr panos quentes em nós, e acalmar e voltar”*. A internação também é vista como um momento de “respiro”, de possibilidade da família se reorganizar.

O que se destaca diante de toda esta ambiguidade e multiplicidade de sentidos desta sobre a decisão de internar e viver a internação do filho é que a mesma, é uma forma de contenção e resposta aos desamparos. Contenção porquê gera a possibilidade de segurança

concreta diante da possibilidade da morte do filho pelo uso abusivo e prejudicial de SPA, o que se enquadra nas recomendações da OMS para as internações: risco de morte.

Mas é também uma contenção simbólica, construída pelas determinações inconscientes compostas pelos afetos ambivalentes desta mãe em relação ao filho. É uma forma de resposta ao mal estar desta mãe advindo de seu desamparo, que a faz se relacionar com este filho com seu “coração de mãe”, mas também como uma resposta ao desamparo do (des)cuidado e (des)acolhimento social. Dessa forma, a internação funcionaria como a bolsa útero⁹ da mãe canguru, um útero externo, onde a vida do filho (já nascido, mas que não está totalmente desenvolvido) estaria guardada, protegida e vinculada de forma privilegiada à mãe.

Retomando a aproximação da nossa entrevista com santa Rita, que lhe empresta seu pseudônimo, é importante salientar que como a santa de Cássia, nossa entrevistada se diferencia das demais mulheres, significando suas vivências com a “santidade” do cuidado, tentando transformar o sofrimento como uma elevação como mãe.

Esta aproximação deve ser observada também na perspectiva do funcionamento inconsciente. Como nos afirma Freud (1929/2007), são precisamente as pessoas que levaram mais longe a santidade que se censuram da pior pecaminosidade. O desejo de reter este filho é recalcado, levando à busca de uma forma substituta de satisfação através da santidade e do cuidado. Porém, esta submissão à lei e à moral não leva à extinção do mal estar, ao contrário, por ser uma satisfação substitutiva do desejo recalcado não agrada nem ao Ego e nem ao Id, paradoxo este não compreendido pelo sujeito, que o leva a uma submissão à vontade de gozo do Outro, retroalimentando o vínculo dependente.

⁹ Marsúpio é o nome da bolsa abdominal externa que os mamíferos da subclasse metatéria (como o canguru) possuem. Nela os embriões completam o seu desenvolvimento, agarrados a um mamilo para a sucção do leite materno, é formada por uma dobra de pele, que recobre as glândulas mamárias das fêmeas de muitos marsupiais e que oferece abrigo aos filhotes recém-nascidos.

5.1.9 “Exemplo de vida”: Nata como espaço de santificação.

Como relatado, Rita faz parte do grupo de mútua ajuda desde o início da descoberta do abuso do filho. Para narrar que tem história com o NATA, ela descreveu os diversos lugares onde aconteceram as reuniões do núcleo desde que ela participa. É importante ressaltar também os aspectos subjetivos desta relação com o grupo. Para discorrermos sobre isso recorreremos a uma narração, em que ela responde a uma ligação do ex-marido dizendo que está prestes a entrar em uma reunião do NATA, e, ao ser criticada por estar ali, ela responde afirmando que aquele é o lugar onde encontra ajuda para si, onde se conforta e aprende:

“...meu ex-marido disse: quantos anos você vai nisso ai e não valeu pro Paulo. Eu respondi: não estou buscando ajuda pro Paulo, estou buscando para mim. Vindo aqui eu conforto, eu aprendo, como eu sou co-dependente eu aprendo a conviver com ele, com as situações.”

Apesar de ser um lugar onde busca ajuda para si, percebe-se também que este lugar de cuidado é ligado tanto ao filho, pelo fato dela se nomear como co-dependente, e ao ex-marido, como uma resposta a ele. Não é por acaso que ela ilustra sua relação com o NATA com esta cena da ligação telefônica. Para além da mensagem passada por telefone, participar do núcleo é uma maneira de enviar diversas outras mensagens a ele, principalmente a de que ela não desistiu do filho. Estes fatos são corroborados pela sua fala: “*e/les (filho e ex-marido) sempre tentam me tirar do rumo, tentam me tirar do NATA*”. O fato dela ir ao grupo gera alguma desestruturação nas relações, é encarado como um ataque ao seu projeto de lida com o sofrimento.

Mesmo com esta constatação de que a participação do grupo de apoio é uma forma de ligação familiar, não podemos deixar de ressaltar também que o mesmo se constitui como um lugar de cuidado de si e diferenciação para Rita. Perguntada sobre a importância do NATA em sua vida, ela diz que é *ótimo* ir lá, pois lá dentro se tornou *exemplo de vida*. Ela se sente reconhecida neste espaço, de uma forma que não é reconhecida em outros lugares. Relatou que nas primeiras reuniões participava chorando o tempo todo, mas que hoje *dá testemunho*

de vida, não conseguiu a *vitória* que almejava, que era a abstinência do filho, mas alcançou um grande crescimento pessoal.

A participação do NATA possibilitou à Rita uma ampliação na compreensão da multiplicidade de relações que o homem estabelece com as SPA, e na produção de outros sentidos ao uso abusivo de SPA por seu filho. O que nos faz sustentar esta suposição é o relato de uma situação em que ela correlaciona aprendizados no NATA com uma vivência do filho.

A situação diz respeito à escuta de uma palestra no núcleo de apoio, onde a temática prazer e uso de SPA era trabalhada. Ela relatou que após a palestra chegou em casa e ficou pensando em um diálogo que teve com o filho, em que o mesmo partilhou que estava com dificuldades em ter relações sexuais com a namorada, que estava priorizando o valor da castidade, baseada em princípios religiosos, a ter uma vida sexual ativa com Paulo.

Para além de demonstrar uma relação de indiscrição e invasão à vida do filho, ao poder verbalizar elementos da vida sexual do mesmo, que comumente é de foro íntimo, esta situação exemplifica a capacidade de articulação entre as vivências no NATA e a compreensão dos processos que ocorrem com o filho, pois ela descreve que esta situação de desprazer de Paulo com a namorada pode funcionar como um possível disparador para a busca de SPA pelo filho. Com esta interligação, Rita demonstra uma mudança de olhar sobre os motivos da busca de SPA do filho; ela dinamiza o pensamento fixo dos sentidos do uso de SPA pelo filho.

5.1.10 Aspectos financeiros da internação

Sobre os aspectos financeiros das internações, a entrevistada narrou que todas as despesas foram bem onerosas. Só a primeira internação não foi paga diretamente por eles, mas sim pelo plano de saúde, pois a mesma aconteceu em uma clínica psiquiátrica. Os aspectos médicos e a confecção de um diagnóstico psiquiátrico para justificar a internação junto ao plano de saúde não foram lembrados por Rita.

Esta situação nos remete à questão do pareamento entre usuário de SPA e transtorno psiquiátrico. Ela narrou diversos fatos que denunciaram a falta de tratamento específico ao filho na clínica psiquiátrica, “a doutora psiquiátrica que estava acompanhando ele não fez um bom trabalho não. Ele era, encomendado pelo irmão do dono, e ela não estava olhando direito, dando assistência direito”. Os sentidos que ficam é que ele é um paciente especial, muito mais do que ter sido encaminhado pelo médico conhecido da família, Rita está afirmando que o tratamento dado ao filho não deve ser o mesmo dado aos “doentes mentais”.

As outras duas internações foram pagas com muitos sacrifícios financeiros. Para o pagamento da mensalidade da segunda internação e as viagens de visitas que eram “um gasto extrapolado”, houve uma mobilização da família extensa da mãe. De acordo com suas palavras, suas irmãs, genros e filhos fizeram uma “campanha” para o pagamento da clínica. Já a terceira internação foi paga com uma divisão financeira entre Rita e o ex-marido, que, além do pagamento mensal, contribuía com o envio de alimentos.

Esta mobilização familiar é algo que foi estimado pela entrevistada, que tinha dito no início da entrevista que não queria que as pessoas tivessem “pena” e nem “piedade” dela pelo uso abusivo de SPA do filho, porém, esta situação não foi vista de forma caridosa, ao contrário, esta atitude da família foi significada como uma “cobertura”, “um apoio”.

5.2 À Guisa de Teoria

Creemos que é o momento de tecermos alguma consideração teórica sobre a nossa análise. Nos moldes propostos por Herrmann tentaremos uma síntese sob a forma de uma proto-teoria, criada durante a análise especificamente para o caso de Rita e sob medida para ele, como defende Herrmann (1991, p.52), a despeito de nossas incursões nas correntes teóricas tradicionais.

Como já exposto, o interesse desta pesquisa se concentra em compreender o pathos familiar, a partir do depoimento de um familiar do usuário de SPA e o que leva à busca pela internação involuntária por familiares daqueles que se relacionam com o objeto-SPA. O conceito de narcisismo é muito presente na literatura psicanalítica para explicar aspectos da

dinâmica psíquica dos usuários abusivos de SPA. Este termo foi cunhado por Freud (1914/1996), que o desenvolveu metaforizando o mito de Narciso, um jovem que se apaixona por sua imagem refletida nas águas de um rio. Neste conceito, Freud discorre sobre o desenvolvimento humano e indica um tipo primitivo de relação sujeito-outro, num tempo em que o sujeito é totalmente dependente do objeto.

O conceito de narcisismo serve de base para iniciar nossa discussão no tocante ao vínculo dependente, pois, se Narciso é símbolo central de permanência em si mesmo, este ensimesmamento gera um torpor do sujeito, que fica narcotizado com sua imagem. Não é por acaso que a própria palavra narcótico tem a mesma base etimológica¹⁰ da palavra narciso.

Explorando a metáfora utilizada por Freud para explicar esses processos subjetivos do desenvolvimento humano, fomos impulsionados a nos aprofundar neste mito grego, buscando nos entornos desta história algo que nos ajudasse a chegar ao nosso objetivo pesquisa. Eis que nos deparamos com a dissertação de Hunberg (2004), que em seu trabalho de revisão sobre co-dependência cita o trabalho de Tofolli et al. (1997), que faz uma reflexão crítica a respeito dos critérios diagnósticos para co-dependência e uma analogia ao mito de Narciso e Eco. Neste trabalho, os autores caracterizam a co-dependência como uma disfunção comportamental específica e previsível, frequente em indivíduos emocionalmente ligados a usuários abusivos de SPA

No mito narrado por Ovidio (1862), Eco é retratada como uma das ninfas das montanhas, que era dotada de grande eloquência. Foi punida por Hera após utilizar sua capacidade de conversação para desviar a atenção da deusa, para que a mesma não descobrisse os casos amorosos de Zeus com as outras ninfas. Como punição, Eco ficou privada do seu bem mais precioso, que era o controle de sua voz, sua vida, não podendo mais ter liberdade de usar suas palavras, sendo fadada a sempre repetir as últimas palavras pronunciadas por outras pessoas.

10 A origem da palavra Narciso em grego Narkissos, vem de Narkes, que significa entorpecimento, torpor.

Após o recebimento deste castigo, passeando pelas montanhas, a ninfa avista o belo Narciso. Ela fica encantada por tamanha beleza. Narciso, que caçava, ouvindo o barulho entre as plantas, lança a seguinte pergunta:

“- Aqui não há alguém?

- Há alguém - responde Eco.

- Vem! Diz Narciso

- Vem! - ela responde.

- Por que foges de mim? Unamo-nos!

- Unamo-nos! - ela ecoa.

Enfim quando se deparam, Narciso diz: "Afasto-se de mim, nada de abraços! Prefiro morrer, não me entrego a ti."

Ao que Eco responde: " entrego a ti." (Ovídio, 1862)

Com isto, Eco decepcionada e envergonhada, foge e se refugia para sempre em uma caverna escura, alimentando-se da amargura e da obsessão por seu amor não correspondido, o que a leva a um definhamento físico, restando-lhe apenas os resquícios da voz que repete apenas as últimas palavras ouvidas e os ossos.

Os mitos estabelecem uma comunhão profícua com a psicanálise desde sua origem, sendo utilizados para pavimentar muitas de suas teorizações, como afirma Lévi-Strauss (2008). Os mitos representam o patrimônio fantasmático de uma cultura, seus hábitos e costumes, e possui uma localização num tempo indeterminado. Neste mito de Eco e Narciso, podemos construir nossa proto-teoria do caso de Rita como Eco, e várias reflexões sobre a dependência de vínculo.

São várias as analogias que podemos extrair do mito em relação a esta vivência familiar de Rita, que ocuparia o lugar de Eco, e seu filho o de Narciso. Rita se parece com Eco em diversos aspectos. O primeiro deles é que assim como a ninfa fora castigada por Hera, após a descoberta das traições de Zeus, Rita também se sentiu castigada em decorrência da traição do marido. Como castigo, Eco perdeu seu maior bem, sua voz, já Rita perde a sua

família idealizada. Da mesma forma que após o castigo divino Narciso surge na vida de Eco como um belo objeto de amor, o filho, que antes do ruir do casamento já era um belo objeto de amor, após a separação se intensifica esta beleza. Assim como Eco vê a beleza de Narciso Rita vê beleza em Paulo, não a beleza estética de Narciso, mas a beleza de um filho que precisa de uma mãe, como expresso na fala de Paulo para Rita “*só você mesma para me achar bonito*”.

Parece que a motivação pela busca do objeto amado tanto por parte de Rita, como por parte de Eco se constitui como uma tentativa de supressão a um dano em sua constituição como sujeito. Algo que surge como uma tentativa de compensação vai se tornando um assujeitamento, tendo em vista que o sujeito narcísico nesta relação não consegue ver as necessidades deste outro, tendo sempre em vista a sua autossatisfação. Por outro lado, a pessoa que busca neste belo outro sua satisfação não pode ver a si mesma, nem seus próprios desejos e necessidades, em tudo visa a posse do outro. Isso é bem exemplificado no diálogo entre Narciso e Eco, em que Eco tenta colocar esse belo outro no lugar dos espaços vazios, decorrentes de suas rupturas consigo mesma e em suas outras relações.

O vínculo dependente aparenta funcionar de modo totalitário nos moldes das relações de domínio e servidão, bem como na anulação do outro enquanto diferente. É uma tentativa de tamponar uma falta, motivada por um desejo de afastar a angústia do desamparo, por isso, em alguns casos o sujeito permanece no vínculo de dependência, mesmo com a alteração do objeto. Por exemplo, no caso de Rita, uma doação ao casamento, que depois se desloca para o cuidar do filho.

A frase central do diálogo entre os dois: a afirmação de entrega total de Eco e a expressão aberta da recusa de Narciso e “antes morrer que entregar-me” se parece muito com a frase dita por Paulo à Rita que só morto ele voltaria a ser internado. Parece que ser internado novamente seria esta entrega total de sua vida, ou seja, não há nada mais assustador e terrível para este ser narcísico que se deixar possuir por um outro, que não ele mesmo. Este diálogo mostra o sustentáculo da “servidão” da mãe ao objeto de amor/filho.

Uma submissão para não perdê-lo. O que vai se perpetuando e marcando a relação de dependência do outro, negando-se a sua alteridade.

Ainda sobre os desdobramentos do diálogo entre Narciso e Eco podemos perceber que Eco só reage a uma voz que lhe responde, no caso, a voz de Narciso, isso mostra o caráter de dependência desta relação. Rita se constitui como esta mãe Eco, que vem tentar capturar o filho, mas só reforça este “ensimesmamento” narcísico do filho (voltado a própria imagem/gozo propiciado pelo uso abusivo de SPA). Nesta direção, podemos inferir que o ser Narciso, nesse caso Paulo, é aquele que está condenado a amar a si mesmo, e não pode se relacionar com nada a não ser com seu próprio Eco, nisso eles se assemelham.

Como nos aponta Carvalho (1998, p. 162), “o diálogo dos amantes deve ser sempre imperfeito, deslocado, adiado, ansioso de completude, irresoluto, carente, sentido”. A história de Eco e Narciso não é pois somente um assunto de comunicação semântica, mas sobretudo inconsciente, são discursos opostos que se complementam.

Podemos dizer que o vínculo estabelecido entre sujeito e objeto numa relação de dependência seria uma saída para a angústia do desamparo. Nela o sujeito busca uma completude e plenitude inatingíveis, confunde-se e funde-se com o próprio objeto idealizado e amado, por isso impossibilitado de desejar.

É importante observarmos que a repetição de Eco é selecionada, ela não pode repetir a frase inteira, apenas o seu final, mas não qualquer final. Ela repete a parte que lhe subordina, da mesma forma, percebemos a questão da repetição de Rita.

O sujeito toma a vida de um outro como sua e incorpora o objeto para suprir-lhe a condição de ser desamparado e só. O objeto ocupa, então, um lugar de algo necessário para que o sujeito seja capaz de suportar a “possibilidade” de se sentir desamparado.

Percebemos similaridades no tipo de vínculo que o filho estabelece com a SPA e a mãe com o filho, os sujeitos e objetos. Ambos vivem uma ameaça de “perigo iminente”, de desamparo sempre presente, mesmo se mantendo “fusionado” ao objeto, pois o mesmo proporciona não uma mera satisfação, mas também garantia, segurança e autoafirmação à existência no mundo. Por este motivo os medos e ansiedades atuam no sentido de protegê-

los de um risco de sentimento de desamparo, cada vez mais se vincula e depende de forma não tão saudável, pois, não sendo “dono” dos próprios sentimentos, qualquer ameaça de quebra desse vínculo o deixa totalmente desequilibrado, o que gera a necessidade de ficar mais intensamente “colado” ao objeto para se assegurar do seu próprio ser.

Por isso percebemos que nessa forma de vínculo o controlar e cuidar do outro é encarado como algo prioritário, balizado sobre um desejo forte. Este posicionamento visa impedir o perigo de perder o objeto amado, no sentido de mantê-lo junto a si. Nesta relação de dependência, o objeto é levado, de forma intensa, para o sujeito, pois neste vínculo se demanda sempre mais. Como na relação Narciso e Eco, existe uma relação desmedida de atração, que demanda uma entrega imediata. Uma atração feita sobre o desejar, alienar-se ao outro que o fascina.

Esse estado de plenitude ilusória é uma falácia e, da mesma forma, o vínculo dependente possibilita uma recusa à castração e o desamparo no homem se destina ao fracasso. Temos aí o pathos, sua passividade, e, paradoxalmente, seu sofrimento, pois nesta forma de se relacionar o sujeito sente que pouco pode fazer.

Há, assim, a presença de uma certa solidão, porque, como Eco, ela se torna refém de outro ou de uma imagem idealizada. Encontram-se em uma solidão em si mesmo, volta o seu olhar prioritariamente para o objeto de amor. Percebemos aí a presença da pulsão de morte bem marcada no vínculo dependente.

É importante ressaltar que a subjetividade está sempre em consonância com os movimentos da sociedade. Não existe Narciso sem lago, ou Eco sem chamado, da mesma forma que não há dependência sem desamparo, ou sujeito sem o olhar do outro. No contexto capitalista atual percebemos um movimento no sentido de responsabilizar os sujeitos por sua autonomia, autonomia esta que viria apenas com sua realização individual, o que leva ao sentimento de frustração e impotência crescente, que pode ser percebido no interior das relações com o outro.

Entrando em contato com o *pathos* familiar, e mais que familiar, mãe e porta voz de uma família, percebemos que esta forma de se vincular ao objeto está correlacionada com as

tensões do interior de nossas sociedades resultantes de uma crise que envolve ideias inacessíveis, ou modelos indentificatórios perfeccionistas. Em tais situações, tende-se a retomar modelos arcaicos de relações nos quais a existência do sujeito estava salvaguardada pelo outro (a questão materna, um ideal familiar...) que vem para tamponar o desamparo (o fundamental e o derivado do descuidado social/político). Assim, temos que compreender que mesmo diante de suas impossibilidades esta forma de estar no mundo é uma tentativa de se conseguir alguma gestão da própria vida, correlacionada ao desejo de compensar, com isso, o vazio crescente que afeta o próprio sentido de existir.

6. À GUIA DE CONCLUSÃO

Nosso objetivo principal nesta pesquisa foi o de enriquecer o conhecimento acerca do *pathos* familiar com a internação involuntária de um membro de sua família usuário abusivo de SPA, e conhecer o que leva à internação involuntária como tratamento. Percebemos que o fenômeno do abuso de SPA não se reduz a uma relação linear de causa e efeito, muito menos às relações familiares, ambas se inserem numa perspectiva complexa, que envolve diversas interações de variáveis e articulações. Este estudo buscou compreender os fenômenos em sua amplitude e complexidade, trazendo à tona os processos sociais, mas também os processos subjetivos, que são conscientes e inconscientes. Nesse sentido, a psicanálise se constituiu uma importante aliada para a investigação destes conteúdos.

Para além da simples apresentação destes processos, esta pesquisa buscou pensar e problematizar as formas como são feitos os chamamentos sociais à família para a atenção e cuidado aos seus familiares usuários de SPA. Chamamentos estes que colocam a família no lugar central de cuidado, isentando as diversas instâncias sociais na constituição e implicação com esta questão. Cremos que este estudo nos fornece pistas de como isso acontece, a nível do sujeito familiar. Mostra a dimensão pática da subjetividade, dos afetos e efeitos que surgem como desdobramento da culpabilização destas pessoas pelos desvios e atos contraventores de seus familiares.

Refletimos sobre a repercussão subjetiva do confundir o objeto de desejo com objeto de necessidade, e a relação de dependência que isto provoca no sujeito e, então, o surgimento do vínculo patológico. Nossa leitura sobre a patologia inerente ao fato do sujeito depender do seu objeto, certamente, não encerra a discussão sobre o tema, mas realça a importância de se prestar atenção nos tipos de vínculos, talvez semelhante ao tipo de SPA escolhido e ao padrão de uso.

Isso nos leva a expor a necessária problematização sobre como são formuladas e implementadas as políticas públicas, que em muitos casos desconsideram a multiplicidade

das relações humanas e a composição heterogênea dos seus atores que são mobilizados inconscientemente e subjetivamente. Especificamente na questão das políticas públicas, que em seu seio preconizam a internação involuntária, podemos contribuir para percebermos a “afetividade” e os valores que perpassam o Estado (jurídico/legislativo/executivo) que se baseiam em conhecimentos não científicos e monodisciplinares, impregnados pelo ideal do medo e do proibicionismo.

Escutar e entrar em contato Rita nos revelou como acontecem esses agenciamentos do pathos. O coração materno apresentado como a qualidade que a faz não desistir do filho, assim como seus aspectos libidinais de ser Mãe, resposta dada por ela ao enigma do ser feminino, aponta-nos os processos sutis de gozo e culpa, vontade de punir e expiação, operando nas relações familiares e de cuidado, sobretudo, na decisão pela internação involuntária como método de tratamento. Estes aspectos possibilitam, ainda, compreender como uma mãe, diante do cenário caótico da saúde pública, que a deixa desamparada, encontra na internação uma maneira de ecoar seus afetos, em diversos momentos como supressão aos afetos de seu ente familiar, demonstrando a forma como se constitui este vínculo.

Este trabalho possibilita uma abertura à discussão sobre como se dão estes vínculos entre família e seu membro usuário de SPA. Longe da compreensão idealizada de família como aquela que deve funcionar harmonicamente, desejo tão exacerbado e propagado pela cultura, esta pesquisa se abre psicanaliticamente para entender como se configura a família, nestes tempos de novos laços sociais, perpassada pelo mal estar de viver em um mundo, que privilegia os excessos em que o corpo e as SPA acabam sendo expressões privilegiadas de se tentar extinguir este desconforto.

O caso apresentado colocou em evidência estas forças que se entrecruzam na escolha pela internação involuntária. Ao constatar e analisar os conflitos e a presença de afetos como raiva e tristeza, próprios das relações humanas, e que, logicamente, também estão presentes nas relações familiares, elencamos importantes elementos para vermos o entre e o entorno desta ação.

Percebemos que a internação não se configura somente como uma ação de cuidado, nem por parte da mãe, nem das instituições sociais, mas, sim, como uma sanção ao usuário de SPA que não se moldou às expectativas sociais e familiares. A vontade de punir vai se configurando como uma marca forte da contemporaneidade, que não se preocupa em julgar coerentemente, não possibilita defesa, e nem analisa integralmente os fatos, visto que os vereditos são dados intransigentemente e devem ser cumpridos, em especial, o “crime moral” de usar SPA.

Acreditamos que muitas vezes as ciências e os saberes confundem explicação com simplificação. Por se configurar como um estudo exploratório a pesquisa proposta possibilita que outras pesquisas acerca do tema investigado possam ser vislumbradas. Sendo assim, a partir do que foi discutido no decorrer deste trabalho muitos outros pontos relativos ao tema foram se mostrando importantes

Com esta pesquisa ressaltamos a necessidade de evitarmos posturas reducionistas ou ainda moralistas, que muito pouco contribuem para o enfrentamento necessário que o tema exige, e a importância de conferir visibilidade às famílias de usuários de SPA, visto que estudos como este são escassos em nosso País, o que cremos releva as contribuições desta pesquisa, uma vez que é importante se pensar novas formas de intervenção junto a esta população.

Cremos que esse trabalho contribui na tentativa de repensar a proteção, a qualidade de vida e a culpabilização dessas pessoas, sendo usados como fonte de material para ações na área do uso e abuso de SPA que necessitam de novas pesquisas e intervenções. Esperamos que o presente estudo forneça algumas pistas e indicações sobre estas questões e que esta construção possa servir para outras construções, tão necessárias neste campo, que estejam por vir, e que elas venham, para que possamos avançar nesta discussão.

7. REFERÊNCIAS

- Alarcon, S. (2012). A síndrome de Elêusis: considerações sobre as políticas públicas no campo de atenção ao usuário de álcool e outras drogas. In: S Alarcon; M A S Jorge. (orgs) *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo* (pp. 13-27). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Alves, A. F. (2014). *Vai reduzir, mas não resolve”: o imaginário coletivo de agentes comunitárias de saúde sobre a assistência a usuários de álcool e outras drogas*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia – MG.
- Alves, V. S. (2009) Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 11. Rio de Janeiro.
- Assis, J. T, Barreiros, G. B, Conceição M. I. G. (2013). A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(4), 584-596. Recuperado em 2 de julho de 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142013000400007&script=sci_arttext
- Brant, M C (2005). *A família contemporânea em debate*. (6 ed). Cortes. 122 p. São Paulo
- Barros Vita, I. B, Andrade F. C. B. (2005) *Desafiando a trama: a psicanálise nas teias da educação*. Casa do Psicólogo: São Paulo.
- Brasil. (1938). *Decreto-lei nº 891, de 25 de novembro de 1938. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes*. Recuperado em 14 outubro, 2010. Disponível em: de <http://www.planalto.gov.br/ccivil/Decreto-Lei/1937-1946/Del0891.htm>.
- _____, (1976). *Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica*. Recuperado em 15 abril, 2010, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L6368.htm.
- _____, (2001) Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*. Brasília, 06 abr. 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm.
- _____, (2006) Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD. *Diário Oficial da União*. Brasília, 23 ago. 2006. Disponível em: http://legislacao.planalto.gov.br/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2011.343-2006?OpenDocument/
- _____, (2011) Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007/2010. Brasília, Brasil: Ministério da Saúde. 2011. 106 p
- _____, (2013) Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). *Prevenção do Uso de Drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias*. Brasília: SENAD.
- Bucher, R. (1992). *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre, Artes Médicas Editora.

- _____ (2002). Visão Histórica e Antropológica das Drogas. In: FIGUEIREDO, R. (Org). *Prevenção ao abuso de drogas em Ações de Saúde e Educação: uma abordagem sociocultural e de redução de danos*. São Paulo, NEPAIDS/USP.
- Carvalho, J. J. (1998). O encontro impossível de Eco e Narciso. *Revista USP*, n. 38, pp. 150-165. São Paulo.
- Carvalho, S. (2010) O papel dos atores do sistema penal na era do punitivismo. Rio de Janeiro: Lumem Juris.
- Chaves, E. (2006) *Toxicomania e Transferência*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife.
- Coelho I, Oliveira M. H. B. (2014). Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. *Saúde em Debate*, 38(101), 359-367.
- Conselho Federal de Psicologia (2011). *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- _____ (2013) *Drogas, Direitos Humanos e Laço Social*. - Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Colosio, R, & Fernandes, M I A. (2014). Vínculo e instituição como temas básicos da abordagem psicanalítica na formação e no trabalho do psicólogo em instituições públicas. *Psicologia USP*, 25(3), 284-293
- Cordeiro, R. C. (2013) *Desafios Vivenciados por Usuários de Drogas no Processo de Inclusão e Reinserção Social: história oral testemunhal*. 116f. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Couto, M (2011, 10 de agosto) Youtube, Canal Cascais - Conferencias do Estoril 2011. (Arquivo de Vídeo). Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=jACccaTogxE>
- Escohotado, A. (1997) *O livro das drogas: usos e abusos, desafios e preconceitos*. São Paulo: Dynamis Editorial,
- Fedidá P. (Org). (1989). *Comunicação e representação: novas semiologias em psicopatologia*. São Paulo: Escuta
- Freire, M. S. (2009). Crack: Adolescência petrificada. As novas doenças da Alma. In: J. Nazar, *As novas Doenças Alma (pp.57-69)*. Rio de Janeiro: Cia de Freud.
- Fiore, M. (2005). A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: H. Carneiro, R. P. Venancio, (Org.). *Álcool e drogas na história do Brasil*, (pp. 257-290). São Paulo: PUC Minas.
- Figueiredo R. (2002). *Prevenção ao abuso de drogas em Ações de Saúde e Educação: uma abordagem sociocultural e de redução de danos*. São Paulo: NEPAIDS/USP.
- Fossi, L. B. (2013) *Os doze passos do governo das vidas nas comunidades terapêuticas*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre – RS

- Fossi, L B, & Guareschi, N M F. (2015). O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação dos sujeitos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(1), 94-115.
- Franco, S. (2015). A internação compulsória de dependentes químicos é eficaz? *Revista Jurídica*. Recuperado de: <http://revistavisaojuridica.uol.com.br/advogados-leis-jurisprudencia/84/artigo290162-1.asp>
- Freud, S. (1913/1996) *A disposição à neurose obsessiva*. Uma contribuição ao problema da escolha da neurose. In: Obras Completas, v. XII, pp.339-349 Rio de Janeiro: Imago.
- _____. (1929/2007) *O Mal Estar na civilização*. In Obras Completas, v. XXI, pp 67-148. Rio de Janeiro: Imago,
- _____. (1923/1996b). *O eu e o isso* In: Obras Completas, v. XIV, pp. 15-80. Rio de Janeiro: Imago.
- _____. (1996/1914). *Sobre o narcisismo: uma introdução*. In: Obras Completas, v. XIV, pp. 77-108. Rio de Janeiro: Imago.
- Groeninga, G C, Pereira, R C. (2003). *Direito de família e Psicanálise: rumo a uma nova epistemologia*. (pp 255-268). São Paulo: Imago.
- Hartmann, R. Detalhamento do encontro dos representantes de Comunidades Terapêuticas do Brasil com a presidente Dilma Rouseff. A Notícia SC, Dilma Rouseff recebe e reconhece Comunidades Terapêuticas. Brasília, 22 jun, 2011. Disponível em: [<http://www.clicrbs.com.br/anoticia/jsp/home.jsp?&secao=detalhe&localizador=A+Noticia/A+Noticia/Leitor-Reporter/7351&uf=2&local=1§ion=Leitor-Rep%C3%B3rter&mode=>]. Acesso em: 23 jul, 2011.
- Harkness, D, Cotrell, G. (1997) The social Construction of Co-dependency in the Treatment of Substance Abuse. *Journal of Substance Abuse*, vol 14, p 473 – 479.
- Herrmann, F. (1989). Interpretação: A Invariância do Método Psicanalítico nas Várias Práticas Clínicas. Em Figueira, S.A. (org.). *Interpretação: Sobre o Método da Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago.
- _____. (1991). *Andaimos do real: O método da Psicanálise*. São Paulo: Brasiliense.
- _____. (1993). *Clínica Psicanalítica: a arte da interpretação*. 2a ed. São Paulo: editora brasiliense
- Humberg, L. V. (2004). *Dependência do Vínculo, uma releitura do conceito de co-dependência*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Laranjeira R. Madruga C. S., Pinsky I. Caetano R Mitsuhiro S. *II Levantamento Nacional de Álcool e drogas - Consumo de Álcool no Brasil: Tendências entre 2006/2012*. São Paulo: INPAD, 2013. Disponível em: http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/04/LENAD_ALCOOL_Resultados-Preliminares.pdf.
- Lavrador, M. C. C. (2006) *Loucura e vida na contemporaneidade*. Tese de Doutorado em Psicologia. Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória-ES.
- Lévi-Strauss, C. (2008) *Antropologia estrutural*, São Paulo: Cosac Naify.

- Lejarraga, A. L. (2002) *Paixão e ternura, um estudo sobre a noção de amor na obra freudiana*. Rio de Janeiro. Ed:Relume Dumará.
- Lima, G (2002) A relação mãe-criança e a feminilidade: questões para clínica psicanalítica. In *Proceedings of the 4. Colóquio do LEPSI IP/FE-USP, 2002*, San Pablo, São Paulo (SPSPSP) [online]. 2002.
- Machado, L. V., & Boarini, M. L.. (2013). Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(3), 580-595.
- Maciel S. C, Barros D. R, Lima G. B, Silva J. M. A. et al. (2008) Drogas e políticas públicas no Brasil. In *Toxicômano: Prevenção e Intervenção*. Barros, D. R, Espinola L. L. Serrano R. M. S. M. (Org) Joao Pessoa – PB: Editora Universitária da UFPB.
- Meira, Y. M. (2003). A família: uma questão de estrutura. In A. N. Portugal, C. M. Caram, I. H. Travaglia, R. G. Melgaço & Y. M. Meira. *O porão da família: ensaios de Psicanálise*. (pp. 79-92). São Paulo: Casa do Psicólogo
- Menezes, M. S. (2008). *O que é amor exigente*. São Paulo: Edições Loyola.
- Orlandi, E. P. (2001). *Discurso e texto: formulação e circulação dos sentidos*. Campinas: Pontes.
- Orth, P. S. A. (2005) *A Dependência Química e o Funcionamento Familiar à Luz do Pensamento Sistêmico*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Oliveira, E. B, Mendonça, J. L S. (2012) Familiar com dependência química e conseqüente sobrecarga sofrida pela família: pesquisa descritiva. *Online braz. j. nurs.* (Online), 11(1) Maio. Niterói – Rio de Janeiro. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3480/html_4.
- Ovídio, P. (1862) *Os Fastos*. Edição e trad. de Antônio Feliciano de Castilho. Lisboa: Academia Real das Ciências.
- Paula, M. L, BESSA J. M. S, Albuquerque, R. A, Queiroz L. M. (2014) Usuário de crack em situações de tratamento: experiências, significados e sentidos. *Saúde e sociedade*, vol.23 no.1, mar. São Paulo. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00118.pdf>
- Pichon Rivière, E. (1998) *Teoria do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Plastino, C. A. (2000). *Dependência, subjetividade e narcisismo na sociedade contemporânea*. Trabalho apresentado no Seminário Internacional sobre Toxicomanias, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.rubedo.psc.br/artigosb/depsocie.htm>.
- Prado, R. (2002) O desafio da escola total. *Revista Nova Escola*, ano 17, n. 156, p. 23-26.
- Pratta, M. A. B. (2008). Adolescentes e jovens ...em ação! Aspectos psíquicos e sociais na educação do adolescente hoje. São Paulo: Editora UNESP.
- Queiroz. M. I. P. Relatos orais: do “indizível” ao “dizível”. *Ciência e Cultura*. São Paulo, 39 (3): 272-286.

- Ronzani, T. M., Furtado, E. F. (2010) Estigma social sobre o uso de álcool. *J. bras. psiquiatr.*, v. 59, n. 4, Rio de Janeiro.
- Roudinesco, E. (2003) *A família em desordem*. Tradução André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Salo C. (2010) *O papel dos atores do sistema penal na era do punitivismo*. Rio de Janeiro: Lumen Juris.
- Silva, M. E. L. (1993). *Uma Aventura: A Tese Psicanalítica*. (Entrevista com Fábio Herrmann). Em Silva, M. E. L. da (org.). *Investigação e Psicanálise*. Campinas: Papirus.
- Silva, A. L. (2005). *Paixão e droga como vínculos patológicos: um estudo psicanalítico sobre a relação de dependência entre sujeito e objeto*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Universidade Católica de Pernambuco, Pernambuco.
- Siqueira, D. J. R. (2010). Construindo a descriminalização. In L.M.B., Santos (Org). *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas*. 65-70. Porto Alegre: ideograf/Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul
- _____. (2006). *Mal(dito) cidadão: numa sociedade com drogas*. São Caetano do Sul: King Graf.
- Tancredi L. F. (1982). Drogas e Drogadicção. In Sanchez AMT *Drogas e Drogados: O Indivíduo, a Família, a sociedade*. São Paulo: EPU.
- Tessaro, E.F., Faccin, L. B., Dal Magro, E. C. (2013). *Internação Compulsória de Dependentes Químicos e o Princípio da Dignidade Humana*. Trabalho de Conclusão de Curso, Graduação em Direito, União Educacional de Cascavel - PR, Disponível em: http://www.academia.edu/6319333/A_Interna%C3%A7%C3%A3o_Compuls%C3%B3ria_de_dependentes_qu%C3%ADmicos_e_o_princ%C3%ADpio_da_Dignidade_da_Pessoa_Humana.
- Trivinos, A N S. (1990) *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.
- Vicentini, N. E. (2011). *Drogas e vida: alteração (des)controlada pelos dispositivos biopolíticos*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Institucional, Universidade Federal do Espírito Santo.

Apêndice A - Roteiro da Entrevista

- 1. Quero que você fale sobre como é sua família? Como você a descreve?**
- 2. Quem faz uso de drogas na sua família?**
- 3. Como vocês descobriram?**
- 4. O que este uso de drogas causou ou causa em você? E em sua família?**
- 5. Você acha que a família de vocês é diferente das outras famílias? Se sim, o que a difere?**
- 6. Seu filho está internado atualmente?**
- 7. Há quanto tempo seu familiar está internado?**
- 8. Descreva seu familiar internado?**
- 9. É a primeira internação dele, ou ele já foi internado outras vezes? Se sim, quantas?**
- 10. Como foi decidida a internação?**
- 11. Antes da internação foram apresentadas a vocês outras formas de ajuda para lidar com a drogadicção de seu familiar?**
- 12. O que é internação para você?**
- 13. Como foi esse processo de internação?**
- 14. O que seu filho falava da internação?**
- 15. Com a internação mudou algo em sua família?**

Anexo A - Parecer Emitido Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia

← → ↻ 📄 aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/visao/pesquisador/gerirPesquisa/gerirPesquisaAgrupador.jsf ☆ ☰

Saúde
Ministério da Saúde

Plataforma Brasil

principal ✕ sair

Público Pesquisador Alterar Meus Dados


Cadastros

Frederico Guerreiro Ferreira - Pesquisador | V3.0
Sua sessão expira em: 26min 32

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA


— DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Internação Involuntária em Dependência Química: Subjetividade dos Familiares
 Pesquisador Responsável: Luiz Carlos Avelino da Silva
 Área Temática:
 Versão: 1
 CAAE: 43723015.6.0000.5152
 Submetido em: 08/04/2015
 Instituição Proponente: Universidade Federal de Uberlândia/ UFU/ MG
 Situação da Versão do Projeto: Aprovado
 Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
 Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_488294

— DOCUMENTOS DO PROJETO DE PESQUISA

Tipo de Documento	Situação	Arquivo	Postagem	Ações
<ul style="list-style-type: none"> ↳ Versão Atual Aprovada (PO) - Versão 1 <ul style="list-style-type: none"> ↳ Projeto Original (PO) - Versão 1 <ul style="list-style-type: none"> ↳ Currículo dos Assistentes ↳ Documentos do Projeto <ul style="list-style-type: none"> ↳ Folha de Rosto - Submissão 1 ↳ Informações Básicas do Projeto - Subm ↳ Interface REBEC - Submissão 1 ↳ Outros - Submissão 1 				



Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada **Internação involuntária em dependência química: Subjetividade dos familiares**, sob a responsabilidade dos pesquisadores **Luiz Carlos Avelino da Silva e Frederico Guerreiro Ferreira**.

Nesta pesquisa nós estamos buscando entender os processos psicológicos das famílias que internaram involuntariamente um familiar dependente de drogas.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será obtido pelo pesquisador Frederico Guerreiro Ferreira, será coletado nas reuniões de quarta-feira no grupo de família do Núcleo de Apoio aos Toxicômanos e Alcoólatras de Catalão - Goiás (NATA).

Na sua participação você descreverá em entrevistas suas emoções e pensamentos sobre a internação involuntária de seu familiar, e os impactos desse ato em sua vida e na sua família. As entrevistas serão analisadas sobre os conhecimentos da psicologia, elas serão gravadas para facilitar o registro, e após a transcrição das mesmas para a pesquisa as mesmas serão desgravadas.

Em nenhum momento você será identificado. Os resultados da pesquisa serão publicados e ainda assim a sua identidade será preservada.

Você não terá nenhum gasto e ganho financeiro por participar na pesquisa.

Os riscos consistem em se sentir desconfortável em compartilhar informações pessoais ou confidenciais, você não precisa responder a qualquer pergunta se sentir que ela é muito pessoal ou sentir qualquer desconforto. Havendo necessidade de se trabalhar este desconforto, será oferecido a você atendimento psicológico específico para trabalhar esta questão nas próprias dependências do NATA. Outro risco sempre existente é o do extravio do material coletado nas entrevistas, nós pesquisadores estamos tomando todos os cuidados para que isso não ocorra, porém é uma situação que pode acontecer, caso ocorra nós nos comprometemos tomar todas as providências cabíveis nesta situação.

Um benefício direto que você terá é poder encontrar um espaço para falar sobre seus sentimentos e pensamentos em relação à drogadicção de seu familiar e poder chegar a compreensões diferentes em relação a este aspecto em sua vida.

Você é livre para deixar de participar da pesquisa a qualquer momento sem nenhum prejuízo ou coação.

Uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido ficará com você.

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Frederico Guerreiro Ferreira, no telefone 64-3411-5364 na Clínica de Psicologia da UFG – Regional Catalão, que fica na Avenida Dr. Lamartine Pinto de Avelar, nº 1120, Bloco Multifuncional, Catalão - GO. Poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos – Universidade Federal de Uberlândia: Av. João Naves de Ávila, nº 2121, bloco A, sala 224, Campus Santa Mônica – Uberlândia –MG, CEP: 38408-100; fone: 34-32394131

Uberlândia, 22 de junho de 2015.

Assinatura dos pesquisadores

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido.

Participante da pesquisa

Apêndice B

Transcrição Entrevista

A entrevista foi realizada na clínica Escola de Psicologia da UFG/Catalão, na coleta dos dados pessoais, a entrevistada demonstrou interesse em fazer psicoterapia, relatou que vários médicos a recomendaram ir a um psicólogo, em especial seu clínico geral que receitou fluoxetina devido ao aumento de peso e controle da ansiedade, fiz uma breve explanação sobre a diferença do momento da entrevista e da psicoterapia, e expliquei a ela como é realizado o atendimento psicológico na instituição e os procedimentos para marcar o atendimento.

00:00 até 08:21 - Foi lido o termo de consentimento livre e esclarecido.

08:22 E: Vamos começar falando da sua família. Como você a descreve?

P: São cinco pessoas, eu o pai dos meninos que não estamos juntos, estamos separados, e três filhos, um é super controlado cabeça boa e a outra também, a menina, só o Paulo que desviou não é só para a malandragem é o vício, porque ele tem a profissão dele, o emprego dele, continua trabalhando normal mesmo usando; É só ele e o pai dele que me dão trabalho e preocupação, mas a relação com o pai melhorou depois que nós separamos, não tem mais briga, mas minha família era assim totalmente desestruturada, eu, meu filho Paulo e o pai dele e o motivo maior dos estresses era a traição do meu marido e o vício do Paulo, juntou os dois problemas em cima de mim né, ficou uma família assim desestruturada, os outros já casou, saiu de casa, eles saíram o mais rápido possível, eles não aguentavam a situação também, então ficou eu no barco com o Paulo e tem hora que eu começo tem hora *a pensar em separar a casa com ele*, ele joga muito na minha cara e na cara do pai dele que a culpa dele estar assim hoje é minha e dele, dele não crescer na vida, ele joga a responsabilidade tudo em cima de mim e do pai dele, o pai dele saiu fora, então ficou eu, ai tem hora que eu também penso em sair, mas cê sabe como é coração de mãe, na verdade você não sabe, porque você não é mãe, mas você sabe mais ou menos.

E: Eu imagino. Quero saber como é ter esse coração de mãe?

P: É o que me faz ficar com ele, eu não tenho coragem, e vou levando a vida desse jeito. Uma hora estamos batendo de frente, outra hora não acerta, fica sem conversar alguns dias, depois volta ao normal, então minha vida é isso ai, é um stress total, estressado quase que direto vivo estressada. Eu queria ter um controle emocional, eu não tenho, esses dias ele disse, olha aqui mãe como é que eu estou ai eu disse você está lindo meu filho e abracei ele, ele respondeu só você mesmo pra me achar, foi à única que não virou as costas pra mim, só sei que mãe é mãe, só a senhora mesmo pra ter tolerância de estar comigo até hoje, ele mesmo enxerga, ao mesmo tempo tem momentos que ele tira a gente do sério, ai eu estresso demais, eu queria ter um autocontrole para que na hora que ele estressar eu me acalmar, eu não dou conta, ai levanta a tampa os dois

E: Hoje moram você e ele na mesma casa. Quanto tempo vocês moram só os dois juntos?

P: Desde que eu sou separada. Nós somos separados de corpo há uns 10 anos, mas há dois anos que ele saiu de casa, o Francisco da farmácia que chegou nele e disse que era humilhante para ele manter estas duas famílias, ele tem outro filho de 16 anos com outra mulher, quando eu

descobri o menino tinha 8. Ai ele falou pra ele ir embora, ele quase não dá assistência, mas vai lá de vez em quando, não sei se eu posso falar disso?

E: podemos trabalhar isso em outro momento. Você falou do Paulo. Ele é seu filho que usa drogas?

P: Isso.

E: Ele é o único usuário de drogas na sua família?

P: Sim.

E: Há quantos anos vocês descobriram que ele usa drogas?

P: Há 17 anos, ou melhor, quando ele tinha 17 anos, hoje ele tem 35, faz as contas.

E: 18 anos.

P: Então. Quando nós descobrimos ele já estava, não sabemos o quanto ele estava usando para trás não. Mas ele estava com 17 anos.

E: Qual a droga que ele usava?

P: Maconha na época.

E: E como foi essa descoberta?

P: Eu nem lembro mais não. A maneira ou jeito que foi não. Tô com a cabeça assim cansada, não estou gravando muita coisa mais não. Mais com o tempo fomos vemos a atitude dele diferente, jeito dele diferente, ai o pai dele foi ver de perto descobriu, mas não sabíamos o tempo que ele usava já.

E: E como vocês reagiram a esta descoberta?

P: Nossa quase morremos. Foi muito difícil, foi um baque. Uma decepção, uma tristeza, eu chorava direto. Hoje eu tô boa, hoje eu tô controlada em relação ao começo, quando eu descobri, eu chorava direto, e eu reclamava, blasfemava contra Deus, me perguntava o que tinha feito para passar por aquilo, que era o primeiro na família, é a primeira separação, e o primeiro dependente de qualquer tipo de droga, foi a dele... na verdade tive um irmão, ele foi ao suicídio, esse é irmão por parte de mãe só, não é irmão legítimo não, filho do primeiro casamento da minha mãe, ele usava álcool, ai a gente internou ele umas duas vezes, ele disse que não teria uma terceira vez que ele se suicidava, ai ele continuou bebendo e tirou a vida, e depois disse o primeiro foi meu filho, eu achava aquilo o cúmulo do absurdo eu estar passando por aquilo, uma traição de marido, filho dependente químico, então eu achava que o mundo tinha abrido.

E: E vocês se sentiam culpados por causa disso?

P: Demais, por causa das brigas, eu e o pai dele vivíamos muito mal, brigava demais, ai eu busquei ajuda psicológica lá no NATA mesmo. (**Disseram**), que não era *pra gente se culpar, pois isso acontece mesmo, e ai eu me culpava direto achava que era eu e o pai dele*, o pai dele chegou a falar pra mim, pois eu o acusava demais, por causa das safadezas dele, depois de eu dizer pra ele que fui em uma reunião do NATA que 50% eram dos pais de dependentes eram de pais separados, ele me falou “então todos os pais que tem outra família, outro filho tinha que ter um filho drogado dentro de casa? Eu disse não, não é assim do jeito que você está falando,

eu estou dizendo assim que a decepção do Paulo foi tão grande de perder, de saber que você tinha outro caso lá fora, que ele partiu pra droga como maneira de refúgio, eu acho na minha maneira de pensar. Ai ele (**ex-marido**) jogou na minha cara dizendo que se fosse assim os casamento que não prestava tinha um filho drogado. Até os próprios profissionais disseram pra mim que a gente não podia se culpar, O NATA foi importante por causa disso, da ajuda profissional, dos psicólogos que passaram lá.

E: Há quantos anos você frequenta o NATA?

P: Há 17 anos. Desde que acontecia no colégio paroquial, você era menininho na época. Começou no Paroquial, depois foi pro salão do centro espírita Barsanulfo, ai fomos pro NATA definitivo, onde o clube do aperitivo construiu o NATA. Eu vou sempre, esses dias o pai do Paulo me ligou né, falando onde você está, onde você está não, eu disse, fala logo que eu vou entrar em uma reunião agora, ele perguntou que reunião, eu disse aqui do NATA, ele disse o que é que você está cheirando ai até hoje? Desse jeito, a maneira dele falar é tão grossa, quantos anos você vai nisso ai e não valeu pro Paulo, eu disse eu não estou buscando ajuda pro Paulo, estou buscando para mim, eu vindo aqui eu conforto, eu aprendo, como eu sou codependente eu aprendo a conviver com ele, com as situações, e ele disse que eu vou lá em vão, eles sempre tentam me tirar do rumo, tentam me tirar do NATA.

E: Você sente que eles não te entendem?

P: Não

E: E o restante da família? Trataram vocês diferente, a família diferente?

P: O Paulo sentiu a família do pai dele a renegar, distanciar dele, mas a minha não. Nunca negou, nunca discriminou ele, quando o problema na frente, não mudaram, não diferenciou não tratou ele como uma pessoa normal, porque para as pessoas de fora ele é uma educação, é muito fino, com os padrões, ele acha na opinião dele que a família do pai dele renegou. É a opinião dele.

E você diante da sua família, como ficou?

E; Eu, sabe como que é, ficava diária chorando, reclamando e eles me apoiaram muito, me deram muitas coberturas me ajudaram uma vez eles me ajudaram demais, uma vez quando colocamos ele na clínica, estávamos com uma situação financeira apertada, puxada, eles fizeram campanha, minha irmã juntava ela e os filhos delas, os genros e juntava dinheiro pra pagar a mensalidade para me ajudar, você entendeu, minha família deu muito apoio.

E: Quando você fala que ele foi o primeiro dependente químico da família, a primeira separação, isso gerou o que em você?

P: No começo gerou muita, muito mal estar, gerou uma rejeição, eu sentia, eu tinha impressão, eu pensava que todo mundo ia ter pena, piedade de mim e eu não queria aquilo, ai de repente eu comecei a tratar e lidar com a situação diferente, hoje eu estou assim, bem diferente, bem melhor, só que tem dia que eu começo a ariar, tem dia que eu dou uma quedinha, começo a conversar com Deus, concentro e levanto a cabeça de novo, é assim.

E: Então há 18 anos vocês descobriram como foi o trajeto até a internação?

P: A primeira internação foi triste demais. (Segura a emoção)

E: Foram mais de uma?

P: Sim foram três. Na primeira viemos de São Paulo chorando até aqui, nós fomos com ele até lá, eu e o pai dele, na verdade eu não fui não... só o pai dele, foi o Renato e o pai dele, e quando foi visitar eu fui, na verdade a primeira internação foi em Goiânia.

E: Quantos anos ele tinha época?

P: Ele era mais novo, foi em Goiânia em uma clínica psiquiátrica, de um irmão de um médico aqui de catalão, ele era meu colega de serviço, ele descobriu e ofereceu ajuda a nós, ai nós fomos em Goiânia na psiquiatria. Ai quando chegamos lá e vimos à situação que era. Tudo doido. Gente doente mental, louco mental, ai nós viemos arrasados, viemos chorando de lá até aqui eu e o pai dele.

E: E como foi a decisão de interna-lo? Quantos anos ele tinha?

P: Ele tinha 22 anos, acho que sim. Depois de Goiânia levamos ele pra São Paulo.

E: Em Goiânia ele ficou quanto tempo?

P: Só 40 dias. Mais a família do pai dele foi visita-lo e viu que a clínica era de doente mental, a situação lá, e começou a falar demais, e encher o saco que a gente estava colocando ele com os doidos, que ele ia piorar. E ai ele foi vendo cenas esquisitas com os outros colegas, outros pacientes. Baqueou e nós tiramos. Nós não, o pai dele, ai nós viemos embora.

E: Que cenas esquisitas?

P: É comer no chão. Um rapaz tentar comer no chão, ai ele foi vendo aquilo e disse que: *esse trem aqui não é pra mim não mãe, aqui é de gente louca*. Ai ficou os 40 dias e veio embora. Ai colocamos ele na comunidade terapêutica, a de São Paulo, baqueamos também, ele viu uma das cenas mais tristes que ele teve lá. E por mim ele continuava lá, mas ele ligava e, era tão interessante lá na clínica, que o povo gostava tanto dele que deu autoridade e privilegiou pra ele fazer Cooper, ele é atleta, ele corre muito, e ele estava se sentindo preso lá, o pessoal da clínica era tão amigo dele, viu que ele era pessoa boa, deixava correr perto da clínica, ai ele começou a ligar a cobrar pra nós chantageando-nos para ir busca-lo lá, todo dia, todo dia, umas duas, três vezes ele ligava. Ai tornou a sair fora de hora, e fomos lá busca-lo, depois de uns dois meses e vinte dias ele ficou lá.

E: Em qual cidade que era?

P: Em São Paulo.

E: São Paulo Capital?

P: Isso.

E: Como foi a reação dele da primeira vez em ser internado?

P: Ele foi meio contrariado.

E: Como vocês decidiram pela internação?

P: Nós conversamos com ele, o doutor João (**pseudônimo**) chamou. Perguntou se ele queria um tratamento. Ele diz que queria. Mas quando ele chega lá e vê a situação do trem, ele começa a chantagear, ele pede para ir embora. Ai nós não aguentamos a pressão e cede. De repente

agora da flor de lótus ele assistiu uma cena lá muito forte, ele salvou um rapaz de Catalão lá. De morrer queimado.

E: Como foi isso?

P: Ele estava de fora, tinha três meninos de Catalão, tinha quatro pessoas lá dentro, dois de Catalão, os meninos conseguiram álcool e isqueiro e incendiaram a cela, o colchão onde estava um menino dopado e dormindo.

E: Uma cela?

P: Uma cela. Ai colocaram fogo no menino que estava deitado e colocaram fogo no menino que estava deitado e entraram pro banheiro, entraram debaixo do chuveiro e ficaram molhando, pra não queimar, ligou o chuveiro a agua, e as coisas queimando, ai não tinha como abrir porque ela estava fechada, e o cadeado era grosso, e eles enfiou palitos no cadeado, ai, não tinha como abrir o cadeado de fora, meu filho foi no quintal, junto com os pitbulls, com os cachorão lá, e pegou uma enxada e arrebentou os cadeados, e salvou o menino, o menino caiu pele assim, já tinha queimado tudo, ai ele salvou e catou ele, pois na ambulância e os outros ficaram lá sem queimar, e daí pra lá ele contou isso e nós ficamos meio cismados, ai o pai quis tirar, devido à chantagem de ligar três vezes por dia e o pai tirou ele.

E: O que ele falava nas ligações?

P: Chantageava demais, ficava falando que aquilo não era lugar pra ele ficar, era lugar de grande periculosidade, eram os bandidos, bandidos ricos, que tinha muito dinheiro, ricos mesmos que não queriam ir pra cadeia, ai ele contava era isso, os meninos que entravam lá eram tudo bandidagem, tudo mala e pesado. Que eles iam pra lá pra não ir pra cadeia, pois era tudo rico. Ai que ele não ia ficar lá não, pois ele estava correndo risco de vida, essa era a chantagem.

E: E como você escutava isso aqui de fora?

P: Minha vida e do pai dele acabou na época, nós ficávamos desorientados, o pai dele e eu não trabalhávamos direito, a vida minha era chorar, mais nada, não tinha seguimento de nada, não sei nem como eu consegui ficar no meu emprego naquela época. Nós fizemos duas visitas, e na terceira o pai dele foi buscar ele, ai ele veio e disse se nós não fossemos ele ia fugir e voltar a pé, ai o pai ficou com medo de acontecer alguma coisa e buscou ai a última internada, a terceira foi aqui na **(nome de uma Comunidade Terapêutica em Catalão)**.

E: Essa última aconteceu quando?

P: Ele ficou lá dois meses e pouco, ele fazia chantagem, inventava, ele inventava as coisas dizendo que descombinou, brigou com o proprietário, que o proprietário mandou bater em um cara e depois o caldo engrossou e o proprietário jogou a culpa nele, e segundo ele a outra proprietária não quis mais ele lá, eu pra mim, ele que manipulou mais o proprietário para ele sair, acho que eles combinaram alguma coisa pra ele sair, porque se ele tivesse feito alguma coisa muita seria lá, a Maria (**pseudônimo**) nem olhava na minha cara, mas a mulher me trata super bem, me trata com uma educação, amizade que nós já tínhamos e não mudou nada, se tivesse algo sério ela teria mudado comigo ou me chamado à atenção, mas só disse que ele poderia ir embora. Eu liguei pra ela um dia e ela disse que não era pra visitar não, que eu podia ir lá buscar ele pra ele vir embora. Ai eu perguntei o que acontece e ela disse que umas coisas que não deu certo. Mas eu desconfio que foi isso, pois eles eram muito amigos na época que o proprietário e eles usavam aqui fora, eles eram muito parceiros, de lá pra cá nós não tentamos internar não, mas ele tá fazendo uso controlado, como ele usava não. Quando nós o

levamos pra Comunidade Terapêutica em São Paulo ele tinha dado uma crise, ele implicou com o irmão dele, o Francisco, ele estava dando trabalho, ele quis quebrar a farmácia, quis quebrar a casa dele, ai ele deu uma crise de surto, deu trabalho demais da conta, as policiaes foram e não tiveram coragem de levar ele, pois conhecia ele, e a família e ficou com dó, os policiais que estavam tudo conhecia nós, ai quando eles viram que era ele, levou ele pra dentro de casa e não prendeu ele, nessa época que nós levamos ele pra Comunidade terapêutica em São Paulo, agora de lá pra cá ele tá usando controlado, tem gente que fala assim, Rita tem tanta gente que usa esse trem ai, que é um profissional, que é doutor, que é advogado, que é muita gente importante e vive normal, exerce a profissão normal, quem sabe você largando o Paulo de mão, de lado ele vive normal usado mais pouco, até que está controlado, agora não sei assim, se ele está extrapolando, esses dias à namorada terminou com ele e disse que ele tá usando achando que ele tá usando, eu também acho, porque o dinheiro dele sumiu, estava acabando, eles estavam arrumando financeiramente para casar e o dinheiro dele não dava para nada, o dinheiro não aparecia, ele deve tá usando de novo, ele terminou, mas voltou de novo e está falando em casar, não sei qual foi à intenção dele não.

E desta última vez, como foi decidida esta internação?

Foi ele que pediu. Eu acho Frederico que a pessoa para sarar ela tem que ter um desempenho e uma força de vontade muito grande, quando ele passa por uns apuros ele pede, pede não, ele concorda em internar, só quando ele passa por um apuro, ai ele fala eu vou internar, mas depois que ele internou no Recanto dos Arcanjos, ele disse que só depois de morto, só morto que ele vai pra um lugar desses, ele não vai de gente nenhum, agora ultimamente a gente nem fala em internação com ele, então eu não sei qual é atitude dele hoje, se falar isso, mas ele nega que tá usando, mas tá usando sim. Eu sei que está.

35:30 - O que te leva a ter certeza disso?

Eu vejo os papéis lá queimados dentro da gaveta dele, ele faz descaradamente e nega, ele nega, precisa de ver, quem vê acredita quem não conhece ele, acredita, mas ele tá sim. Aparece papel alumino queimado no meio, eu acho que é o crack, desse jeito de usar ai é o crack, se fosse cigarro de maconha era papel norma não era o alumínio, se fosse cocaína era de cheirar ou injetar, já o crack tem uns tubinhos, canudinhos de caneta e o dinheiro dele também some, (*respirada profunda*) quando some ele está moendo, mas ele não transparece de jeito nenhum, não tá mostrando.

No trabalho não tem nenhuma reclamação dele?

De jeito nenhum. Só que o trabalho dele, e tudo amigo dele o pessoal, ele falta quando ele quiser faltar, ele falta muito, quando ele recebe e fica desanimado de trabalhar, ele fica no quarto dele, se ele usa, é no quarto, certamente é o dia que ele usa, porque eu vejo o sinal lá dentro, ele estava querendo sair do serviço atual, ele queria ir pra outra empresa, a irmã disse que lá ninguém passa a mão na cabeça dele, ninguém é conhecido e ninguém é amigo de ninguém lá, lá e trabalho e trabalho, eles cortam, qualquer desvio ele manda embora. Lá na empresa Atual eles passam a mão na cabeça dele, ele falta e o povo passa a mão na cabeça dele. Tudo amigo dele e não chama atenção. Ele tem muita sorte. Sorte de ter eu perto dele e ter o pessoal do serviço ao lado dele, ele é muito comunicativo, cria um laço de amizade fácil e grande com as pessoas que ele se aproxima.

Como você descreve ele? Quais são as características dele?

Ele é uma pessoa carinhosa, assim, se você tiver concordando com o que eles está fazendo, se ele, se a gente insistir pro um lado que não é do gosto dele, ele esparrama. No dia das mães ele pintou e bordou comigo, falou trem demais, só porque eu falei pra ele que a gaveta estava cheia de papel, fui chamar atenção dele, foi mesma coisa de mexer em uma caixa de maribondo, ele falou cada coisa pra mim, eu fiquei uns 20 dias sem falar com ele, nem olhava na cara dele, fiquei ofendida mesmo, como que pode tratar a gente desta maneira. Da mesma forma que ele é carinhoso, se tirar ele do sério, do contrário que ele gosta que ele não gosta que entra, ai ele muda de fisionomia, muda de comportamento, é custoso de conviver com ele, tem que saber.

Voltando a falar das internações. A primeira internação foi uma decisão de quem?

Minha e do meu marido. Nós dois.

Ele foi consultado?

Ele foi de espontânea vontade.

E como foi que vocês pagaram a internação?

Dessa primeira vez foi pelo IPASGO. Ele era dependente meu do plano de saúde. Mas lá na comunidade terapêutica em São Paulo, a gente quebrou, pelejou, juntava aqui e juntada dali, pagava prestação, era 1.200 e a gente mandava e só a inda e vinda que nós gastamos, gastamos uns 14 mil, naquela época que o dinheiro era mais escasso, pagava pra ir e pra voltar pagava bastante, gastava muito e nós fomos umas três vezes e com as mensalidades, não sei se era 1.500 reais. E ele pedia direto mais dinheiro, a gente mandava, então foi assim um gasto extrapolado.

Como que vocês conseguiram internar ele na clínica psiquiátrica pelo ipasgo. Visto que o plano de saúde não paga comunidades terapêuticas, e sim tratamento para transtornos psiquiátricos, eles fizeram algum laudo, o diagnosticou com alguma doença?

Foi o doutor João (**Pseudônimo**) que fez bastante exame. Mas a doutora psiquiátrica que estava acompanhando ele não fez um bom trabalho não, um dia o doutor José (**pseudônimo**) chegou lá e deu um sabão nela até, descobriram que ele era um paciente especial encomendado pelo irmão dele, e ela não estava olhando direito dando assistência direito.

Ele foi diagnosticado com o que?

Mal atendido, não fazia os exames, não dava remédio certo, e eu acho que ele andou reclamando lá, e ai ele começou a chegar ao ouvido do dono da clínica e chegaram à moça e de repente ele, como eu falei pra você, onde ele aproxima e entra ele cria um laço de amizade com todo mundo sabe, ele cria em volta dele uma proteção.

Mas eu pergunto se ele foi diagnosticado com algum transtorno?

Eu não lembro o que deu nos exames dele, se foi uma alteração, lesão, transtorno.

E antes da primeira internação vocês buscaram alguma ajuda tratamento pra ele?

Só o NATA mesmo.

Algum profissional da saúde? Médico, psicólogo?

Antes da primeira internação não. Só há pouco tempo com um psicanalista que dá palestra lá no NATA.

A internação foi à primeira ajuda então?

Foi.

Como foi o trajeto desta primeira internação pra segunda?

Ele aprontou bastante, usou bastante, foi uns três anos diferença.

42:46 - Como foi o processo de escolher pela internação, a clínica?

Foi uma namorada dele na época que indicou, ela tinha um primo lá de Santo Antônio do Rio Verde que foi internado lá e sarado, o moço está são até hoje. *Eu te falo, a internação vale para aquele que quer.* Levar forçado como nós levávamos meio forçado, toda vida que ele passava um apuro muito grande aqui ele se dispunha a ir.

Que apuros?

Assim. Quando ele extrapolava até pegar dinheiro nosso, ai nós ficávamos muito bravo com ele, e ele começava a fazer trem errado. Nessa de São Paulo foi quando ele fez trem errado com o Francisco, ele saiu do sério, ele entrou não sei como e que fala, eu não sei como é que eu te falo. Ele ficou louco, louquinho. Ficou correndo na cidade inteira de lá pra cá. E depois ele sumiu, ele foi para o lado de Ouvidor, a gente caçava esse Paulo pela cidade toda, dia inteirinho e não achou, depois desse negócio com o Francisco, ai ele pegou de tanto nos procuramos ele para o lado de Ouvidor, não sabíamos, nós estivamos procurando praquela lado de lá, ele parou em um posto de combustível, sentou e ligou para a namorada dele. Ai ela foi, e nos comunicou e nós fomos, o pai dele foi com ela viu ele todo sujo, arranhado, ai, ele estava horrível, ai esse dia, nessa crise que deu nele, que ele queria matar o Francisco queria quebrar a farmácia dele tudo, foi porque ele estava trabalhando para o Francisco, e o Francisco achou uns papelotes de maconha dentro do bagageiro da moto de entregar remédios, uns dos meninos da farmácia contaram para o Francisco, e o Francisco foi chamar a atenção dele e ele deu essa crise, ele trabalhava com o Francisco, ai ele ficou sumido depois dessa crise, ficou sumido, procuramos ele por toda banda, e não achou. De madrugada ele ligou pra Joana (**pseudônimo**) onde nós fomos buscar ele, nesse dia que tomamos a atitude de ir pra São Paulo, a Joana disse que o primo dela tinha internado lá e tinha melhorado ai a gente ligou lá eles ficaram esperando nós, ai levou ele, quando chegou lá... eu não sei como é que foi que nós o internamos lá dentro da Maria, qual o motivo assim, sempre que internávamos ele era uma crise, que dava nele, na da Maria eu não me alembro.

Da Maria faz quanto tempo?

Eu não alembro mais direito, uns três anos já, eu acho.

Falando de São Paulo. Vocês conheceram o lugar lá? Eles apresentaram a forma de tratamento.

Foi o Pedro (Pseudônimo) e o pai que levaram ele, eu não fui não, eu fui só em uma visita. Apresentou, mostrou tudo, pro pai e o primo dele. Eu acho que eles apresentaram, explicou direitinho os profissionais. Só sei que ele não agradou não, disse que só tinha bandido lá dentro, a desculpa dele era essa sempre.

Falando das condições da clínica: você podia ter acesso sempre a ele?

Podia ligar pra ele só depois de um mês, pra dar notícia, o povo da clínica ligava pra nós, nós também não podíamos ligar pra eles não. Notícia era só depois de um mês, e depois de dois meses começava a liberar visita. Ai foi o pai dele.

E como foi a primeira visita?

Foi emocionante demais, gosto nem de lembrar, ver ele tipo numa cadeia, preso. Casa com muro alto. Cheio de pitbull em volta dos murros. Foi emocionante, nossa! Gosto nem de lembrar.

Vocês ficaram sozinhos com ele?

Não. Era todo mundo junto. Podia isolar não.

E o que ele falava com vocês?

Falava que estava ruim que queria vir embora. E nós falávamos não meu filho, você vai ficar mais. É para o seu bem. Ai o dia que pegou fogo na clínica, ele ligava chorando. Se nós não o buscássemos, ele vinha embora fugido. Mas ele tinha tanta liberdade lá, que eles deixavam correr lá fora, ai foi onde ele começou a ligar, fazer chantagem.

E como foi esta primeira visita pra você? Está distância entre as cidades?

Nossa Senhora era um sofrimento muito grande.

Sofria com a distância?

Sofria demais, eu e o pai dele chorava, o pai dele acordava de noite chorando e eu também. Eu sofri demais, agora estou bem. Agora já estou adaptando, me acostumando com a situação, mas era sofrimento demais quanto a gente internava ele. Deus me livre, só na da Maria que não senti muito, que ele estava lá junto com a Maria, pertinho. Só que eu acho assim, agora eu acho que ela mudou o tipo de visita lá. Era uma visita comunitária, todo mundo junto fazia aquela festa, aquele tanto de comida, parecia um banquete, cada um levava um prato, e faz aquela mesona assim, com comida e refrigerante e o pai achava errado aquilo, para ele a visitava devia ser individual, e a gente chegar e conversar só com o da gente só, não, lá é tipo de festa, de um aniversário assim, aquele tanto de trem de comer, e conversa todo mundo junto. Em partes até que era bom, mas o pai achava errado aquilo, ninguém conversava direito, concentrar, mas foi porque era mais aberto assim, mas sentimos mais a vontade do que lá na outra, acho que também por estar mais perto. *Eu acho assim, resumindo, internação é só, é uma maneira de comercio, do pessoal ganhar dinheiro, com aquilo, com o sofrimento dos outros, porque quem não quiser, pois tinha uns ali na Maria que falava assim para o Paulo, eles matam a gente de rir o quanto eles são safadinhos, esse povo é bobo demais, eu vou sair aqui e o primeiro boteco que eu chegar eu entro e vou beber os de álcool. O outro fala, a primeira oportunidade que eu tiver vou usar um baseado, é desse jeito, e lá eles querem é refugiar, deles não pagar de outra maneira, mas tem outra coisa eu perguntei pra uma mulher esses dias uma mãe, que foi lá no meu serviço pegar um remédio, pois eu trabalho com remédios de alto custo, remédio caro. A mãe de um foi lá. Eu sempre converso com ela dizendo, nossos filhos para demonstrar uma proximidade. Ela responde, nosso filhinho está cada vez pior, eu só sinto paz, na hora que ele está internado. Só durmo sossegado Rita, com a cabeça tranquila no travesseiro quando eu sei que ele está na clinica, a clínica é um único refúgio para mim. Para mim é um lugar seguro, onde eu fico mais tranquila, só isso, e não cura ninguém não, cura se ele quiser, e ele não quer, ele sai de lá e torna beber. Então eu acho assim resumindo, que clinica é uma maneira dos bobos dar dinheiro para o pessoal. Porque eu acho que sarar mesmo não sara não, não segura*

não, se a pessoa não quiser, ele tem que dizer mãe eu quero ir para ser curado, vocês vão me ajudar? A gente tá pronto pra isso, mas ele nunca falou, ele fala assim, concorda de ir na hora dos apuros, das estripulias que ele fez, você entendeu, eu acho tipo assim passar a mão na cabeça, pôr panos quentes em nós, e acalmar e volta. Como um dia o psiquiatra João falou pra mim, pra mim não, pra nós na reunião: que a droga é muito prazerosa, é difícil largar, é porque ela é prazerosa, só que o prazer dela dura pouco, e é destrutivo, você sempre quer repetir para sentir de novo aquela sensação gostosa. Então realmente o vício vem, a dependência, então ele falou que o trem não é ruim, o gosto do negócio, o prazer, mas só que o depois largar né? Então eu acho assim, o Paulo fala assim, mãe eu estou namorando comigo, a mulher não fica comigo, porque é evangélica, ela é do ministério da igreja e diz que não pode dormir juntos sem casar, eu numa crise dessas que eu estou, precisando de um apoio assim de outra maneira, uma distração de outra maneira, a mulher não dá, ai como é que eu faço, ai a ansiedade vem em mim, e vem, vem, vem... até chegar ao ponto de pegar o trem e usar de novo, a como é que eu vou falar isso pra mulher? Eu disse você tem que falar meu filho, um mulher velha, já tem filho.

Ele já encontrou outras formas de ajuda?

Não.

Só a igreja e a internação?

É. Eu digo pra ele você tem que ter uma ajuda profissional Paulo.

Ele já buscou o CAPS?

Já. *Uma vez eu tentei, levei, já começou e não vai, principalmente por causa do serviço dele, só matando serviço, se tivesse CAPS a noite era bom, eu ia levar ele e esperava ele lá. E não tem, só tem de dia, e de dia é o serviço dele. Ele é um rapaz chique, sempre trabalha nunca parou de trabalhar. Eu já levei, tentei. Tudo o que você pensar eu já tentei. Mas ele não tem boa vontade. Ele não prossegue.*

56:50 E você já buscou alguma ajuda além do NATA?

Eu. Já pra mim? No CAPS, eu busquei ajuda na palestra com as famílias com a psicóloga. Um grupo que tinha lá, mas não tem mais de usuários de drogas. E assim que eu começar a pensar na aposentadoria, pois eu já estou na época já, eu vou procurar mais ainda pra eu ficar melhor, me curar, e sair dessa, pois tem dias que eu fico triste. Me dá uma vontade de dormir, de nem levantar da cama e nem sair do quarto. Querendo morrer assim, com pensamento que não vale a pena. Mas agora hoje, eu amanheci e pensei assim, minha pressão estava 17x9 e eu pensei, vou beber meu remédio logo (risos), pois fiquei que uma moça nova, bem mais nova do que eu, gordinha que nem eu, morreu nesta madrugada, enfartou. Só que ela fumava e era mais gordinha do que eu. Eu soube a notícia, e fiquei ruim, santo Deus, me deixa cuidar de mim. Na hora que eu estou boa eu não quero ir embora, não quero morrer e na hora que eu fico triste eu não tenho razão, fico sem motivo pra viver. Eu perco a vontade, mas logo eu volto atrás e fico com medo, ai eu já fui ao meu trabalho, e eu estava com uma dor de cabeça tremenda, minha pressão não tinha abaixado ai eu fui ao hospital e o doutor me olhou, e disse: “você tem que se tratar um pouquinho”, porque eu fazia hidroginástica, caminhada, e dança, ai agora eu estou só na dança, pois eu estava trabalhado o dia inteiro não estava dando tempo, a caminhada eu também, chegava cansada do trabalho e não tinha coragem para caminhar. Ai hoje eu vou começar tudo de novo.

Realmente é muito importante você cuidar de você, do seu corpo, e também dos seus sentimentos, olhar para você inteira. Quando você me falava desta tristeza, dessa falta de

ânimo em alguns momentos e que junto com eles vem este pensamento de morte, eu os escuto como uma tentativa sua de tentar solucionar todos os seus problemas, mas logo em seguida você fala que se arrepende destes pensamentos, isso é a sua vontade maior que é viver, ou seja, a morte não é a melhor solução, não é sua vida que é o problema, mas as dificuldades dela, que algumas vezes nos exige muito e precisamos de ajuda para lidar com ela. E vejo muita força em quem busca ajuda, vejo muita força em você que me disse que já participa do NATA há 17 anos, que vai lá para estar melhor. Como que você pode resumir a importância do NATA pra você?

É ótima. Pra mim é ótima, pergunta o pessoal lá, eu sou exemplo de vida lá dentro. Eu cheguei lá chorava a reunião inteira. Tudo que eu ia falar chorava, e hoje não, sou uma pessoa que dá testemunho já, eu não alcancei a vitória que eu precisava, eu preciso ainda dentro da minha casa, mas para mim já foi de grande crescimento lá dentro do NATA, hoje o grupo tá fraco, precisando de muito palestrante, de mais coisas para incentivar, teve época que aquele salão ficava cheio e agora não está mais, então, caiu muito. Eu acho que são as palestras, eu acho assim tem que dar tema do amor Exigente, que isso é muito importante para mim, que tá valendo demais, mas também têm que ter um palestrante profissional acompanhando, eu acho, em minha opinião para poder voltar o que era antes, eu não sei também se o povo está acostumando, em viver com os dependentes, com os viciados normais, se estão achando normal, e não estão buscando mais ajuda, achando natural já, que aquele desespero maior que tinha antigamente não está tendo mais, você entendeu? Ficava pros cantos chorando, buscava ajuda e chorava, dava testemunho e chorava, e hoje o povo ou está se curando ou diminuindo, você entendeu? Mas eu nunca desisti de ir lá não. Eu sempre busco. Ter mais um profissional de párea comigo, pois tem dias que eu estou precisando, não é diária não, mas preciso de ajuda. Não sei se eu estou respondendo suas perguntas?

Está sim. Na verdade todas as perguntas do roteiro que eu tinha te falado já foram respondidas. Só quero esclarecer algumas dúvidas que ficaram aqui em algumas respostas. Como foi paga a última internação aqui em Catalão?

Do meu salário. Foi eu e o pai dele, cada um pagava metade.

Qual era o valor?

Era mais de mil reais, mas ela fez mais barato pra gente. O valor era 800,00 reais eu pagava 400,00 reais e o pai 400,00 reais, e dávamos também uma cesta básica.

Isso afetou orçamento de vocês?

Até que não afetou muito não, mas em São Paulo apertou, que era 1.200 reais fora as viagens que eram muito caras, as despesas que fazíamos para ir lá.

Voltando a falar das internações, o que você achou das condições da clínica de Goiânia? Das condições físicas, profissional?

Assustamos nós, porque era tudo misturado, ele estava junto com pessoas mais ou menos.

Ele era o único usuário de drogas lá?

Não tinha mais, mas só que eles tinham muito mais problemas afetados à mente da pessoa, esquizofrenia esses trem.

E em São Paulo como eram o espaço físico, os profissionais, o espaço físico? Você já falou, mas quero escutar um pouquinho mais.

Era assim, os dormitórios não eram individuais, tinha mais de uma pessoa no dormitório, tinha uma cantina, tinha um salão onde era servida a refeição, e eu fui lá só uma vez, não deu para eu ver tudo não. Lembro que tinha uma cela, onde é que você fica preso, quando você chega e dá trabalho. Ele não me contou se ele chegou a ficar na cela, pois de primeiro eles chegam, o dopam e o colocam na cela até eles acostumaram, porque muitos que chegam lá querem fugir, querem bater, querem brigar, então, o meu filho nunca falou se foi sedado, se ficou na cela, preso assim igual aos outros, igual aos meninos do incêndio, ele nunca me falou, eu não sei se ele esconde ou se ele chegou a ficar. O Clayton é uma pessoa muito normal, ele não saiu de si não, só esse dia com o Francisco que ele saiu de si, ficou correndo, descalço na rua, ele queria matar queria pegar, ele ficou fora de si. Sabe o que ele usou, ele misturou remédio, calmante que ele estava tomando muito misturado com um punhado de outras coisas, e surtou.

E como você ficou com isso tudo?

Eu fiquei apavorado. Meu Deus do céu. Em pensar que meu filho estava em uma prisão. Eu sentia o que ele sentia lá dentro. Você entendeu? Você não é mãe, não tem jeito de você sentir aquilo, sentia aquela ruindade tão grande, que eu sabia o que ele estava sentindo lá dentro, uma ligação quase que espiritual.

Como era a questão da religiosidade lá?

Lá era evangélico.

E qual a religião dele?

Hoje ele é crente. É evangélico.

Na época que ele foi internado ele era evangélico?

Não. Era não, ele passou depois que veio embora, começou a frequentar e hoje é praticante, e dá testemunho lá na frente (risadas), mas não tenho segurança não. Lá na última que ele ficou internado era católico, na verdade ecumênico. Iam umas evangélicas lá orar, foi depois que ele foi nessa última. Ele começou lá nessa última. Ele vai a igreja todo dia da semana, falha só uns dias, vai nas reunião nas casas.

O que mais você quer falar da última internação? Como era ver ele lá dentro daquele espaço?

O espaço para dormir era muito fadigado, muito apertado, já o espaço físico externo, lá fora é bom, é gostoso. Tem campo de futebol, tem piscina, tem um quintal enorme, muita fruta, tipo assim, é mais à vontade que lá na flor de Lotus. Flor de lótus era tipo cadeia, mesma coisa de cadeia, muro enorme de alto, cachorro em volta do muro e tipo presidio.

E o que você sentia ao vê-lo lá?

Isso doía demais em mim e no pai dele. Nós já sofremos demais

Só para entender melhor, porque você diz que clinica é comercio?

Eu acho é porque não cura ninguém, ninguém sai curado de clínica não. Esses dias os meninos falaram lá perto da Maria em uma sala, um cara falou lá na cara, eu já achava isso o pai também achava, que é um comercio aquilo ali lá, o menino falou na frente da psicóloga, da dona da clínica: é uma verdadeira exploração financeira das pessoas é um lugar que as pessoas

aproveitam da desgraça do outro para arrancar dinheiro, quem falou aquilo, foi ninguém não, foi o próprio interno.

Ok! Nossas perguntas já foram respondidas. Quero saber se você quer falar mais alguma coisa, em respeito às perguntas, seus sentimentos, opiniões, bem livremente.

Eu só acho que falei mais do que você!

Esse era o objeto, te escutar, isso é bom, esse era o sentido do nosso encontro, eu te escutar. Em relação à internação, ou sobre sua família, algo que você tenha vontade de falar, sobre o nosso tema principal de como a família fica diante da internação.

Pelos irmãos dele, a cura dele é internar, é isolar ele.

Como você percebe isso?

Eles acham que solto ele não vai se curar na opinião deles, e na minha e do pai eu acho assim que é o lugar que ele possa libertar lá dentro, mas ele tem que querer, sem querer não adianta, colocar ele lá dentro, forçado.

Encero a entrevista, agradecendo a colaboração com a pesquisa.