



# DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA

Faculdade de Ciências e Tecnologia  
Universidade de Coimbra

## A Construção da Toxicodependência como Doença através das Práticas

Ana Raquel Rodrigues Loio Pinto

2012



# DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA

Faculdade de Ciências e Tecnologia  
Universidade de Coimbra

## A Construção da Toxicodependência como Doença através das Práticas

Dissertação apresentada à Universidade de Coimbra para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Antropologia Médica, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Luís Quintais (Universidade de Coimbra)

Ana Raquel Rodrigues Loio Pinto

2012

## **AGRADECIMENTOS**

A todas as pessoas que contribuíram, de forma direta ou indireta, para a realização do presente estudo.

Agradeço ao professor Luís Quintais pela orientação, disponibilidade e pelas sugestões que me permitiram desenvolver a capacidade crítica e reflexiva para a concretização da dissertação.

Agradeço ao Dr. João Curto pela autorização da pesquisa, assim como a todos os profissionais de saúde da Unidade de Desabilitação de Coimbra que, desde o início, se mostraram interessados e disponíveis para participar no estudo, seja para responder às entrevistas ou para conversas informais que foram contributo importante. Este agradecimento estende-se aos utentes, aos quais se direcionam as intervenções dos técnicos.

A todos os professores das unidades curriculares pela facilidade com que transmitiram novos conhecimentos, que foram suporte para o planeamento do tema, e aos colegas de mestrado, com os quais pude partilhar ideias, dúvidas, preocupações.

Agradeço também à minha família pelo apoio, leituras e comentários efetuados relativamente a este estudo ao longo do mesmo.

## RESUMO

As práticas que giram em torno de um objeto, atribuem significado a esse mesmo objeto, constroem-no. De acordo com esta ideia, foi definido o objetivo de compreender de que forma as práticas permitem construir a toxicodependência como um facto biomédico, nomeadamente uma doença. Para isso, foi efetuada recolha de dados numa unidade de desabitação de substâncias psicoativas, a unidade T, durante um semestre letivo, através da observação participante, realização de entrevistas semidiretivas aos técnicos e análise de documentação.

A unidade T apresenta como objetivo a desabitação de substâncias psicoativas. Os profissionais da T constituem uma equipa multidisciplinar, porém fazem parte de um coletivo de pensamento que compreende a toxicodependência como uma doença, de acordo com o conhecimento biomédico. O programa terapêutico compreende a farmacoterapia, a psicoterapia e abordagens socioterapêuticas e ludicoterapêuticas. A farmacoterapia tem em conta a neurobiologia da adição e é o aspeto central do tratamento, reforçando a ideia do *self* neuroquímico. As outras abordagens têm em conta as vertentes psicológica e social e visam o reconhecimento da doença e a aquisição de estratégias para prevenir a recaída. Mantém-se a ideia de um *self* neuroquímico vulnerável à recaída. Porém, a toxicodependência pode ser múltipla, dada a variedade de práticas que sobre ela atuam.

Para concluir, as práticas têm subjacente um discurso influenciado por determinados estilos de pensamento. O discurso da biomedicina determina intervenções específicas para se lidar com um objeto. Essas intervenções, por sua vez, dão significado ao objeto. Assim, a atenção centra-se nas práticas, avaliando se estas se adequam ao objeto com todos os seus aspetos. A toxicodependência surge como doença ao ser alvo de intervenções biomédicas. Porém, dada a complexidade deste fenómeno, a abordagem sobre o mesmo deve estender-se a todos os campos do saber.

### Palavras-chave

Toxicodependência; Biomedicina; Práticas.

## **ABSTRACT**

The practices around an object are what give it a shape, a meaning. According to that, it was set the goal of understanding how the practices can be the cause of the construction of drug dependence as a biomedical entity, as a disease. Therefore, it was performed a data collection through participant observation, interviews to the technicians and documentation analysis, in an addiction recovery unit, called unit T, in order to examine the practices and its environment.

Unit T aims to help patients recover from drug addiction by creating programs of detoxification designed to purge the body of addictive substances. The unit T staff is qualified and instructed in different but essential areas of health and psychology, however despite of the multidisciplinary component, they are all part of a collective of thought that understands addiction as a disease, thus being in accordance with biomedicine knowledge. The unit T detoxification program includes not only pharmacotherapy, but also psychotherapy and social and recreational approaches. Pharmacotherapy is based on biomedical knowledge and it is crucial in the treatment, reinforcing the idea of the neurochemical self. The other approaches take into account the psychological and social aspects of addiction aiming the implementation of strategies to prevent a serious relapse. Hence, remains the idea of a neurochemical self that is vulnerable. However, addiction may be multiple, given the variety and nature of the practices that act on it.

Finally, it is important to enhance the fact that practices are influenced by styles of thought. People determine, through their actions, the meaning and perception of an object, being the object the drug dependence. The biomedical speech dictates specific interventions to deal with drug addiction, which is essentially constructed as a disease. However, given the complexity of this phenomenon, the approach should extend to all fields.

## **Keywords**

Addiction; Biomedicine; Practices.

## ABREVIATURAS E SIGLAS

### ABREVIATURAS

et al. – E outros (*et alii*)

g – Grama

h – Hora(s)

min – Minuto(s)

Pág. – Página

### SIGLAS

APA – Associação Americana de Psiquiatria (*American Psychiatric Association*)

CD – Disco Compacto (*Compact Disc*)

DSM – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)

DSM-II – Segunda Edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition*)

DSM-III – Terceira Edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*)

DSM-IV-TR – Quarta Edição, com Revisão de Texto, do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*)

ICD-10 – Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision*)

IDT, IP – Instituto da Droga e da Toxicodependência, Instituto Público

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SOS – Pedido de Socorro (*Save Our Souls*)

VIH/SIDA – Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

WC – Casa de Banho (*Water Closet*)

WHO – Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization*)

<b>ÍNDICE GERAL</b>	<b>Pág.</b>
<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	ii
<b>RESUMO</b> .....	iii
<b>ABSTRACT</b> .....	iv
<b>ABREVIATURAS E SIGLAS</b> .....	v
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>PRIMEIRA PARTE – FASE CONCETUAL</b> .....	3
<b>1 – PRIMEIRO CAPÍTULO: O ESTADO DA ARTE</b> .....	4
<b>2 – SEGUNDO CAPÍTULO: CLARIFICAÇÃO DE CONCEITOS</b> .....	12
<b>3 – TERCEIRO CAPÍTULO: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DO USO DE DROGAS</b> .....	16
<b>4 – QUARTO CAPÍTULO: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	21
4.1 – O NORMAL E O PATOLÓGICO.....	21
4.2 – A BIOPOLÍTICA.....	23
4.3 – A BIOMEDICINA.....	25
4.4 – O <i>SELF</i> NEUROQUÍMICO.....	28
4.5 – VÁRIAS REALIDADES.....	30
4.6 – A CONSTRUÇÃO DE UM FACTO BIOMÉDICO COM A PRÁTICA.....	32
<b>SEGUNDA PARTE – FASE METODOLÓGICA</b> .....	34
<b>5 – QUINTO CAPÍTULO: MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	35
<b>TERCEIRA PARTE – FASE DE APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS</b> .....	39
<b>6 – SEXTO CAPÍTULO: A UNIDADE T NA PRÁTICA</b> .....	40
6.1 – O DIA DA ADMISSÃO.....	41
6.2 – O PROGRAMA TERAPÊUTICO.....	46
<b>6.2.1 – Farmacoterapia</b> .....	46

<b>6.2.2 – A neurobiologia da adição.....</b>	<b>48</b>
<b>6.2.3 – Psicoterapia.....</b>	<b>50</b>
<b>6.2.4 – Outras abordagens terapêuticas.....</b>	<b>51</b>
6.3 – OS TÉCNICOS.....	52
6.4 – OS UTENTES.....	56
6.5 – UM DIA NA UNIDADE T.....	59
6.6 – A QUESTÃO DA ALTA.....	62
<b>7 – SÉTIMO CAPÍTULO: AS PRÁTICAS CONSTITUTIVAS DA TOXICODEPENDÊNCIA.....</b>	<b>65</b>
7.1 – TOXICODEPENDÊNCIA, A DOENÇA.....	66
7.2 – AS PRÁTICAS NA UNIDADE T.....	70
7.3 – A QUESTÃO DA ESCOLHA INDIVIDUAL.....	73
7.4 – TOXICODEPENDÊNCIAS.....	75
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>79</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>81</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>86</b>
ANEXO A: AUTORIZAÇÃO PARA A RECOLHA DOS DADOS.....	87
ANEXO B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTA.....	89
ANEXO C: FORMULÁRIO DE ENTREVISTA QUALITATIVA.....	91

## INTRODUÇÃO

O tema de pesquisa do presente trabalho incide sobre formas de criar um objeto através das práticas. Assim, pretende-se estudar como é que as práticas que atuam sobre a toxicodependência numa determinada unidade de saúde a constroem. O interesse por esta temática surge da experiência e atividade profissional da pesquisadora na área da toxicodependência, um fenómeno que abrange inúmeras vertentes da vida da pessoa com toxicodependência e que, além disso, tem um grande impacto na sociedade.

Outrora, o uso de drogas foi encarado das mais diversas formas, como um meio pelo qual o indivíduo contactava com a divindade, uma forma de lazer ou de terapêutica. Atualmente, o uso de “drogas” refere-se à utilização de substâncias psicoativas com a finalidade de obter prazer. O uso de drogas é encarado como algo disfuncional e destrutivo, que muitas vezes impede o indivíduo de viver de acordo com as normas sociais vigentes. Assim, começa a ser descoberta a doença pela sua oposição com a normalidade, que corresponde ao estado ideal de saúde. As investigações laboratoriais vêm cimentar esta ideia de doença, descobrindo como a droga atua nos mecanismos neuronais do prazer.

O tema de investigação surgiu no decorrer da frequência das aulas de mestrado, onde se abordou a ideia de criar determinadas categorias onde inserir pessoas, de criar doenças, de formar identidades. De facto, todo o objeto tem uma história própria que o torna naquilo que é. Então, ocorreu conhecer a origem da toxicodependência. Contudo, dada a abrangência do tema, colocou-se o foco na criação da toxicodependência como doença através das práticas. Assim, o problema de investigação é: como é que a toxicodependência, enquanto facto biomédico, é criada na prática? Para dar resposta a este problema foi efetuado um trabalho de campo na unidade T, durante um semestre letivo, com recolha de dados através da observação participante, realização de entrevistas semidiretivas aos técnicos e análise de documentação. O objetivo consiste em compreender como é que a toxicodependência é criada pelas práticas que a rodeiam. Os dados recolhidos são apresentados numa minietnografia e, posteriormente, com base na minietnografia e com o suporte bibliográfico apresentado na fundamentação teórica, é tecida uma discussão que pretende dar resposta à questão de investigação.

A relevância do presente estudo prende-se com a perceção de que um fenómeno pode ser múltiplo, pois as práticas que sobre ele atuam também são variadas. Assim, depreende-se que não existe uma única verdade, nem uma única abordagem. A abordagem deve ser holística, isto é, deve ter em conta a totalidade do indivíduo. Para isso, assume-se de extrema importância a existência de uma equipa multidisciplinar.

O presente trabalho divide-se em três partes, a primeira é conceitual, a segunda é metodológica e a terceira parte constitui a apresentação e discussão de resultados.

A fase conceitual inicia-se com um capítulo acerca dos trabalhos que têm sido efetuados em torno da conceção da toxicod dependência, destacando-se o caso português. Segue-se um capítulo que clarifica alguns conceitos que são frequentemente utilizados para abordar o tema. Depois, é efetuada uma contextualização histórica do uso de drogas para se compreender como é que este fenómeno evoluiu até à atualidade. De seguida, é realizada uma fundamentação teórica, que resulta de pesquisa bibliográfica de autores que deram contributo importante para a análise deste tema.

Na fase metodológica são abordados os passos seguidos ao longo da pesquisa, pretende-se mostrar como se efetuou o trabalho.

Finalmente, na fase de apresentação e discussão de resultados, são referenciados os resultados obtidos, na forma de uma minietnografia e, posteriormente, são discutidos os resultados com base na fundamentação teórica, pretendendo-se responder à questão de investigação proposta.

**PRIMEIRA PARTE – FASE CONCETUAL**

## 1 – PRIMEIRO CAPÍTULO: O ESTADO DA ARTE

Os trabalhos efetuados na área das ciências sociais em torno da temática da conceção da toxicod dependência, com especial destaque para o caso português, são unânimes no facto de que este tema tem sido abordado diferentemente consoante a disciplina que sobre ele se debruça. Por outro lado, existem pontos consensuais entre as diversas disciplinas, nomeadamente o reconhecimento de que a toxicod dependência requer uma abordagem multidisciplinar dada a sua complexidade.

Neste capítulo, será apresentada a conceção da toxicod dependência sob o olhar das diversas disciplinas que a têm estudado, assim como a representação social deste fenómeno em três grupos distintos: a sociedade portuguesa em geral, os técnicos que trabalham diretamente nesta área e, por último, o grupo das próprias pessoas com toxicod dependência.

As diversas abordagens da toxicod dependência têm sido efetuadas tendo em conta os seguintes sistemas: abordagens clínicas, teorias comportamentais, teorias cognitivas, abordagens centradas nas dimensões culturais e eco-sociais e a teoria do sujeito autopoietico (Fonte, 2007).

As abordagens clínicas incluem o modelo psiquiátrico e o modelo psicodinâmico (Fonte, 2007).

No modelo psiquiátrico, a toxicod dependência surge como perturbação mental, recorrendo-se aos conceitos de dependência física e de dependência psicológica (para avaliar o grau de envolvimento do sujeito com as substâncias psicoativas) e ao conceito de “escalada” como indicador do comportamento (escalada entre vários produtos, como passar de “drogas leves” a “drogas duras”, ou aumento da dose do mesmo produto), que nem sempre se verifica (Fonte, 2007). É de salientar que a medicina tem progressivamente reivindicado a obrigatoriedade do acompanhamento médico e farmacológico dos indivíduos toxicod dependentes (Marques, 2008).

O modelo psicodinâmico aborda o conceito de personalidade toxicofílica, que traduz um modo de organização instintivo-afetivo muito elementar característico dos toxicómanos. Esta personalidade prévia seria responsável pelo abuso de substâncias. No entanto, outros estudos sugeriram personalidades diferentes e alguns sugeriram que não se pode definir uma personalidade-tipo do toxicod dependente, indicando que qualquer estrutura mental pode conduzir a comportamentos de adição (Fonte, 2007). Neste modelo, são ainda considerados aspetos como o percurso biográfico do consumidor, a história das suas relações sociais e familiares ou o seu quotidiano (Karon e Widener, 1995 *in* Fonte, 2007).

Transita-se da classificação da perturbação (no modelo psiquiátrico) para a compreensão do indivíduo que a carrega (no modelo psicodinâmico), da causa do sintoma para o seu significado (Fonte, 2007).

As teorias comportamentais entendem a toxicod dependência como um comportamento aprendido por reforço positivo ou por reforço negativo (Gonçalves, 1990 *in* Fonte, 2007). De uma explicação centrada no indivíduo passa-se para uma explicação centrada no comportamento-substância. A iniciação dos consumos constitui o processo de reforço positivo, o prazer decorrente do consumo leva à repetição. A manutenção do consumo faz-se por reforço negativo, isto é, para aliviar o mal-estar físico e psicológico decorrente da abstinência (Fonte, 2007).

As teorias cognitivas apresentam essencialmente dois modelos, o modelo da reestruturação cognitiva de Ellis e Beck e a teoria dos constructos pessoais de Kelly. No modelo da reestruturação cognitiva existe o pressuposto de que o indivíduo responde primariamente à sua representação cognitiva do meio, constituída por crenças atuais que explicariam o início e a manutenção dos comportamentos aditivos, e não diretamente ao meio em si. Na teoria dos constructos pessoais, os processos psicológicos são construídos pela forma como as pessoas antecipam os acontecimentos. A realidade só se pode conhecer através de interpretações. A pessoa é motivada pela predição de eventos futuros através dos seus constructos, o que determina o comportamento (Fonte, 2007).

Nas abordagens centradas nas dimensões culturais e eco-sociais, destaca-se o contributo da antropologia cultural e da etnologia, que salientam que o consumo de drogas tem sido uma constante cultural e que nem sempre foi problemático (Fonte, 2007). De facto, ao longo da história, o consumo de drogas progrediu, assumindo diferentes características: fonte de prazer, inspiração, comunicação entre o homem e a divindade, cura e, atualmente, um grave problema que agita e alarma as sociedades (Nunes e Jóluskin, 2007). A toxicod dependência deixou de ser uma extravagância de um pequeno grupo da classe mais alta e chegou a todas as famílias, mesmo às mais carenciadas (Marques, 2008).

Atualmente, considera-se que as sociedades estão mais propensas ao problema devido à proibição do uso de determinadas drogas, que provoca o entendimento da “substância como bens económicos e sujeitos a esquemas comerciais” (Escotado, 2004 *in* Nunes e Jóluskin, 2007: 236), aos espaços saturados em grandes cidades, “em que vigoram satisfações progressivamente mais estereotipadas, para compensar a voraz desumanização” (Escotado, 2004 *in* Nunes e Jóluskin, 2007: 236), ou ao consumismo, pois vive-se uma época com várias adições, não só às drogas mas às compras, jogos, apelos da Internet, ao próprio trabalho, num

registro de comportamentos extremos, problemáticos, acompanhados de perda de autocontrole (Nunes e Jólluskin, 2007).

Estas abordagens, centradas nas dimensões culturais e eco-sociais, consideram que existe um padrão supra-individual no recurso às drogas, um padrão de consumo cultural que resulta da aprendizagem, que indica os limites, razoabilidade e perigosidade de cada droga, mantendo o uso como não disruptivo (Fernandes, 1990 *in* Fonte, 2007). “Salientam que não é a droga em si, entidade dotada de propriedades farmacológicas, que produz o fenómeno da toxicodependência, mas antes as expetativas dos consumidores em relação aos seus efeitos possíveis, expetativas que estão culturalmente codificadas” (Comas, 1985 *in* Fonte 2007: 244-245).

Por último, a teoria do sujeito autopoietico encara o sujeito empirico como um sistema complexo, dotado de propriedades de auto-organização e de autopoiese (poder de invenção e de criação de si) (Agra, 1991 *in* Fonte, 2007). Da relação entre o sistema de personalidade e de ação emerge o sistema da significação, o modo como o sujeito constrói a realidade e apreende o mundo, mediante a utilização dos componentes que fazem parte de si, os sistemas de personalidade e de ação (Fonte, 2007).

Como consequência das diferentes áreas de saber científico que se debruçam sobre o fenómeno do uso de drogas e das toxicodependências, a definição e clarificação deste domínio torna-se uma tarefa complexa, nem sempre consensual, uma vez que têm por base a área de saber do profissional (Fonte, 2006).

Relativamente às representações sociais da toxicodependência, é consensual que a toxicodependência não decorre apenas da relação estrita indivíduo/substância, mas emerge numa construção social. Pois, em determinadas situações, as representações sociais orientam as práticas (Abric, 1994 *in* Marques, 2008).

A população portuguesa em geral percebe as drogas consoante três tipos de fatores: estruturais, que incluem características sociodemográficas (idade, sexo, escolaridade, profissão, região); interacionais, como contactos e sociabilidades que se estabelecem com consumidores de drogas e a proximidade a contextos de consumo; e simbólico-culturais, isto é valores sociais e modelos de orientação de vida (Gomes, 2006).

Verifica-se assim que não existe na sociedade portuguesa uma posição unânime sobre os consumidores de drogas ilícitas, porém, esboçam-se três tendências de percepção sobre os mesmos: uma mais normativa e conservadora, que os encara como indivíduos transgressores e desviantes da norma social (opinião de um grupo minoritário de portugueses); uma mais liberal e permissiva, que os vê como indivíduos iguais a todos os outros, mas com um modo

distinto de estar e viver em sociedade (opinião também de um grupo minoritário); e, por último, os que os veem essencialmente como pessoas com um problema de saúde relacionado com a dependência química deste tipo de substâncias (constituem o grupo de maior proporção na sociedade portuguesa) (Gomes, 2006).

Relativamente às representações sociais dos técnicos que atuam na área da toxicodependência, deve salientar-se mais uma vez que a investigação na área se apresenta estritamente segmentada. Uma possível vantagem da especialização é o aprofundamento progressivo do conhecimento e da intervenção. Assim, as representações sociais dos técnicos variam de acordo com a sua formação de base e com o nível de intervenção no fenómeno. As representações sociais também influenciam os discursos e, de acordo com os técnicos, condicionam a sua intervenção. Além disso, na opinião dos diferentes profissionais, as mudanças que ocorreram em torno da droga e do toxicodependente, quer pela forma como a sociedade em geral foi lidando e gerindo este fenómeno, quer como o próprio governo foi agindo, estão fortemente condicionadas pelas suas representações sociais. E, muitas vezes, são as próprias modalidades de tratamento que influenciam a forma como a droga e o toxicodependente são encarados (Marques, 2008).

Do ponto de vista dos técnicos, as modalidades de intervenção evoluíram de um modelo jurídico para um modelo médico, sendo que o consumo de substâncias passou a ser considerado uma desordem mental (doença), abandonando a ideia de crime e/ou ato ilícito. Atualmente a toxicodependência é essencialmente uma doença. Desta forma, o discurso dos técnicos adaptou-se também às políticas sociais vigentes, de uma perspetiva criminalizadora transitou-se para uma perspetiva clínica e ressocializadora. Consideram, contudo, que existe uma sobrevalorização do tratamento do toxicodependente numa perspetiva médica. O sucesso da intervenção destes técnicos sobre as drogas parece recair, em grande parte, na abstinência de consumos de drogas ilícitas (Marques, 2008).

Entretanto, identificou-se também uma outra ideia, que apresenta a droga de forma mais ambivalente, estando sujeita à escolha do homem e reconhecendo no regime de proibição a origem de uma boa parte da delinquência (Marques, 2008).

As perspetivas dos técnicos apresentam variações, consoante o pedido do utente e a sua trajetória de consumo, com a dimensão da experiência que o próprio técnico foi adquirindo e sofrem influência das orientações políticas seguidas pelos próprios serviços (Marques, 2008).

Por fim, existe um consenso entre os técnicos, com várias áreas de formação, nos seguintes aspetos: a defesa do modelo da abstinência, como prevenção primária; a inscrição

da toxicodependência na área da saúde; o mérito da medicalização da toxicodependência; a assunção de uma responsabilidade coletiva na recuperação da toxicodependência; a rejeição da entrega da gestão da toxicodependência a uma estrita responsabilidade individual (Marques, 2008).

Consequentemente, os médicos aderem predominantemente à medicalização dos cuidados da toxicodependência, o que não é evidenciado nos outros técnicos das diferentes categorias profissionais. Todos os técnicos aceitam, contudo, a adesão a uma política de tratamentos diversificados, aos Tratamentos de Substituição e aos programas de Redução de Riscos e Minimização de Danos (Marques, 2008).

Porém, mais uma vez, é de salientar que os profissionais que atuam na área da toxicodependência consideram como mais importante examinar a situação histórica do fenómeno e as necessidades dos indivíduos que pedem ajuda, do que estabelecer o âmbito específico de cada área disciplinar (Marques, 2008).

A perspetiva do sujeito consumidor de drogas é salientada no trabalho de Vasconcelos (2003), que parte da análise de pessoas que utilizam heroína e dos próprios itinerários que essa utilização constitui. O interesse é orientado para as pessoas que parecem ter feito do uso de droga o centro de uma forma de vida, os chamados toxicodependentes, que neste caso são todos os consumidores regulares de heroína que continuam o seu uso apesar dos problemas que tal consumo lhes coloca e que chegam a sentir-se dependentes de tal produto, atuando em conformidade, ou seja, consumindo-o para evitar os sintomas associados à abstinência.

As características atribuídas à heroína são, em simultâneo, resultado e indutor da qualidade das relações e da agência nas quais a droga vai sendo carregada de sentido (Vasconcelos, 2003).

De uma forma geral, o toxicodependente refere-se ao início do consumo de heroína, comparando-o ao contexto de ingestão da primeira bebida alcoólica, não seria necessária a existência de uma relação de proximidade com os acompanhantes para saber o que fazer com uma garrafa e um copo. Mas, ao contrário das bebidas alcoólicas, o “ocultamento” dos atos de consumo de heroína é quase total para aqueles que não a usam. Relativamente a esse primeiro ato de consumo, os informantes referiram ter sido preparado e levado a cabo na companhia de pelo menos um utilizador experimentado (Vasconcelos, 2003).

A “ressaca” ou abstinência, considerada pelas pessoas com toxicodependência como os sintomas cujo evitamento é apresentado como causa imediata do consumo, deve ser inserida no conjunto das relações sociais, espaço e objetos que a constituem. A “ressaca” é

mais do que uma falta, através dela o utilizador percebe e exprime a realidade (Vasconcelos, 2003).

Nenhum dos informantes consegue explicar a forma como passou a “estar agarrado”. Na perspectiva de uma das informantes consumidoras de heroína, o facto de ter tido cuidados na primeira gravidez e a ausência destes na segunda gravidez demonstram que, nesta altura, já estaria “agarrada”. A agência não foi remetida para a pessoa, mas para a substância, a heroína que a “agarrou” e, portanto, a dominava (Vasconcelos, 2003).

Surge também o conceito de “ressaca geográfica”, termo utilizado por uma das informantes, na medida em que, no retorno à cidade onde teve a sua experiência de consumos, sentiu a necessidade e o subsequente prazer do consumo, apesar de estar “limpa há uma data de tempo”. Verifica-se que o surgimento desse estado corresponde a um espaço bem definido (Vasconcelos, 2003).

A “ressaca” também surge para dar significado às relações interpessoais, na medida em que uma das informantes refere que o uso de heroína, a certa altura, passou a ocorrer num quadro que definiu como de “grande cumplicidade” com a sua irmã. Existia um esforço de evitamento ou da experiência conjunta da “ressaca”, a partir do qual se desenvolveu a lealdade. Mesmo quando os informantes remetem a sua experiência, enquanto utilizadores, para uma situação do que consideram uma cooperação leal com outro consumidor, fazem-no considerando esse quadro uma exceção, reafirmando o estereótipo do toxicodependente cujas ações são orientadas para um único objetivo: o consumo de droga. Ou seja, o uso conjunto de heroína não só não aparece como elemento exterior à relação como constitui o principal indicador da sua qualidade (Vasconcelos, 2003).

No método como a heroína é tomada, a injeção pode significar uma “rotura simbólica”, na medida em que está associada a determinado padrão de consumo (Vasconcelos, 2003). “Quando a agulha hipodérmica foi pela primeira vez usada para injetar heroína, muitas mulheres sentiram ter as suas vidas atingido um momento decisivo; sentiram-se vulneráveis e expostas à dependência física. As suas vidas passaram a estar sujeitas a uma nítida falta de controlo” (Rosenbaum, 1985: 37-38 *in* Vasconcelos, 2003: 387).

Existe diferença, contextual e relacional, entre as condições de acesso às primeiras experiências com a heroína e ao processo em que esta se transforma em “droga”. Este processo social centra-se na atribuição de significado e não principalmente nas propriedades farmacológicas da substância. Não existe uma continuidade empírica entre os primeiros consumos e a experiência de prazer (Vasconcelos, 2003).

“Podendo corresponder a um mecanismo de adaptação, as utilizações de uma droga não podem ser separadas dos quadros simbólicos, relacionais e situacionais nos quais ela vai sendo utilizada, sendo que a percepção e avaliação dos seus efeitos se constituem assim num processo a que não são alheias as circunstâncias de esses usos se reportarem a consumos iniciais ou experimentados. As características atribuídas à droga simultaneamente resultam das, e induzem as, relações nas quais ela vai sendo carregada de sentido” (Vasconcelos, 2003: 397).

O uso de heroína, que inicialmente era apenas mais um elemento da realidade, vai-se convertendo numa nova realidade, torna-se o quotidiano dos utilizadores, que inclui um complexo de relações sociais e de trajetórias que tornam possível a utilização, estrutura-se num território de significação (Vasconcelos, 2003).

O consumo de drogas não equivale a ser toxicod dependente, pois além de existirem diferentes tipos de drogas e de consumos de drogas, o uso não se restringe aos efeitos químicos que a droga tem no organismo (Fonte, 2006), mas compreende todo o processo daí decorrente (Vasconcelos, 2003). Para explicar o consumo e o uso da droga é também necessário fazer referência ao modo de vida do sujeito e à sua relação com a droga (Fonte, 2006).

É necessário ultrapassar o reducionismo que tem cercado a toxicod dependência, atendendo às representações sociais deste fenómeno por parte dos próprios utilizadores de substâncias psicoativas, que, segundo Coelho (2004), podem ainda ser alvo de discriminação e opressão, como o sugerem as campanhas públicas de prevenção do uso de drogas.

Atualmente, mantém-se a condenação de atitudes dos consumidores de drogas, a desconfiança, a dificuldade em escrever ou falar sobre drogas. As campanhas de prevenção têm sido realizadas sob o argumento de reduzir os consumidores de drogas, que, no entanto, não estão na posição quer de recetor, quer de locutor das mesmas. Não só pela crença no “risco de estes se poderem tornar de alguma forma heróis” (Coelho, 2004: 6), como também pelo descrédito da sua experiência e conhecimento. Este julgamento resulta precisamente do desconhecimento da população consumidora de drogas e no acreditar no conhecimento técnico-científico como o único válido. Assim, os grupos de consumidores de drogas perdem espaço para definir os problemas nos seus próprios termos. No discurso destas campanhas, destaca-se ainda a existência da negação polémica, que indica que se está contra uma determinada afirmação, facto este que constitui também uma importante forma de controlo sociopolítico (Coelho, 2004).

Em termos conclusivos, o problema da toxicodependência é um dos mais complexos para os vários profissionais (médicos, psicólogos, sociólogos, políticos e economistas), dado o seu impacto, não só sobre cada indivíduo, mas também sobre a sociedade e o equilíbrio do país. Além disso, tem repercussões sobre todos os aspetos da vida, tem incidências jurídicas, médicas, psiquiátricas, religiosas, pedagógicas, económicas, culturais e políticas (Marques, 2008).

O fenómeno em estudo deve, portanto, ser primeiramente analisado mais como um significado construído socialmente do que, propriamente, como um “olhar” sobre o crime, a vítima ou o doente (Marques, 2008). Exige-se uma compreensão interdisciplinar e holística, exige-se uma partilha de saberes e visões (Fernandes e Pinto, 2002).

## 2 – SEGUNDO CAPÍTULO: CLARIFICAÇÃO DE CONCEITOS

Antes de prosseguir, saliento que no decorrer da dissertação serão abordados frequentemente determinados conceitos, que passo a clarificar. Sendo que será efetuado um estudo em torno da temática da construção da toxicodependência como uma entidade biomédica através das práticas, começo por fazer referência ao significado de “toxicodependência” ou “dependência de substâncias”.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization*, WHO, 1994), o termo “adição”, substituído em 1964 pelo termo “dependência”, refere-se ao uso repetido de uma ou mais substâncias psicoativas, sendo que o consumidor se encontra intoxicado de forma periódica ou crônica, mostra compulsão para o consumo das substâncias, tem dificuldade em modificar ou cessar o uso de substâncias voluntariamente e está determinado a obter a substância por quase todos os meios. Verifica-se tipicamente a tolerância e a síndrome de abstinência quando o uso da substância é interrompido. A vida do consumidor é dominada pelo uso da substância, existindo prejuízo de outras atividades e responsabilidades. Ultimamente, tem sido discutido o retorno ao uso do termo “adição” em vez de “dependência” (Kalant, 2009).

A décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision*, ICD-10) refere as perturbações relacionadas com cada substância psicoativa em particular (WHO, 1994), não diferindo muito neste aspeto da quarta edição, com revisão de texto, do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*, DSM-IV-TR).

A Associação Americana de Psiquiatria (*American Psychiatric Association*, APA, 2000) diferencia a “dependência de substâncias” do “abuso de substâncias”, sendo que ambas se incluem nas “perturbações do uso de substâncias”.

No DSM-IV-TR a dependência de substâncias é caracterizada por um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos relativos à auto-administração repetida de uma substância, apesar dos problemas decorrentes desse uso (APA, 2000).

O diagnóstico da dependência de substâncias baseia-se na existência de três ou mais dos seguintes sintomas, que ocorram em qualquer altura no período de um ano: tolerância; síndrome de abstinência com esforços no sentido de a aliviar ou evitar; consumo da substância em quantidades superiores ou durante um período de tempo superior ao que se

pretendia; insucesso na tentativa de diminuir ou terminar a utilização da substância quando se deseja; dispêndio de grande quantidade de tempo para obter a substância, a utilizá-la ou a recuperar dos seus efeitos; diminuição ou desistência de atividades importantes a nível social, ocupacional ou recreativo, devido ao uso da substância; continuação do uso da substância apesar do reconhecimento de problemas psicológicos e físicos significativos consequentes do consumo (APA, 2000).

Neste contexto, pode ser diferenciada a dependência física da dependência psíquica. A dependência física engloba o aumento da tolerância à droga, as experiências da síndrome de abstinência e o uso da droga para prevenir ou aliviar essa síndrome. Por sua vez, a dependência psíquica engloba comportamentos que indicam a perda de controlo sobre o uso da droga, como o aumento da procura da droga com prejuízo para atividades importantes da vida diária, o uso de quantidades superiores às pretendidas, a incapacidade de reduzir a quantidade utilizada, apesar do desejo persistente de o fazer, e o *craving* (Kalant, 2009).

A tolerância relaciona-se com o grau de sensibilidade ou suscetibilidade de um indivíduo aos efeitos de uma droga. No entanto, o termo “tolerância” refere-se frequentemente à tolerância adquirida, isto é, ao aumento da resistência ou diminuição da sensibilidade à droga como resultado da adaptação do corpo pela exposição à droga (Kalant, 2009). Sendo assim, a tolerância consiste na necessidade de aumentar a quantidade da substância para alcançar a intoxicação ou o efeito desejado ou pode compreender um efeito marcadamente diminuído com o uso continuado da mesma quantidade de substância (APA, 2000).

Quando se diminui ou interrompe o uso da substância, após esta ter sido utilizada de forma prolongada e mantida, ocorre a síndrome de abstinência. As concentrações da substância no sangue ou tecidos diminuem, provocando sintomas desagradáveis que, geralmente, são sintomas opostos aos efeitos agudos da substância, levando ao consumo da mesma substância ou de outra relacionada para aliviar ou evitar a síndrome de abstinência (APA, 2000).

O *craving* é comum e caracteriza-se por uma forte vontade de consumir a substância (APA, 2000), na medida em que consiste no intenso desejo pela droga, expresso por um pensamento obsessivo sobre drogas e seus efeitos desejados, por uma sensação de privação aguda que apenas pode ser aliviada pelo consumo da droga e uma necessidade urgente de obtê-la (Kalant, 2009).

Quanto ao abuso de substâncias, este não inclui a tolerância, a síndrome de abstinência ou um padrão de uso compulsivo, porém acarreta as consequências prejudiciais do uso repetido (APA, 2000).

O diagnóstico do abuso de substâncias prende-se com a existência de um ou mais dos seguintes critérios durante o período de um ano: uso repetido da substância que resulta no incumprimento das principais obrigações sociais, quer seja no trabalho, na escola ou em casa; uso repetido em situações fisicamente perigosas, como durante a condução automóvel; problemas legais recorrentes relacionados com o uso da substância; problemas sociais e interpessoais recorrentes causados ou exacerbados pelos efeitos da substância (APA, 2000).

Após um período de abstinência de substâncias, pode ocorrer uma recaída, isto é o retorno ao comportamento problemático, neste caso ao uso de substâncias (Logan e Marlatt, 2009).

No presente trabalho, a terminologia “droga” ou “substância”, ou ainda na sua forma extensa “substâncias psicoativas”, será utilizado relativo a uma droga de abuso.

O termo “drogas” já existia no *corpus hippocraticum* e referia-se a substâncias cuja atuação consiste em arrefecer, aquecer, secar, humedecer, contrair e relaxar ou induzir o sono (Escotado, 1998). A palavra “droga” é um obstáculo e, só por si, pode consistir num tema (Goodman et al., 1995). Atualmente, este termo tem sido utilizado para caracterizar uma categoria de substâncias introduzidas no organismo humano sem o propósito da nutrição, ou seja, essencialmente com finalidades médicas ou hedónicas (Sherratt, 1995).

As drogas, sejam utilizadas com fins médicos ou simplesmente para obter prazer, são controladas pela lei, quer por um sistema de prescrição médica ou por proscricção legal, existindo sanções para a posse não autorizada (Sherratt, 1995).

As drogas psicoativas, ou também “psicotrópicas”, são substâncias que atuam sobre o sistema nervoso central, produzindo alterações na atividade mental e/ou no comportamento do indivíduo. Têm importantes aplicações clínicas, nomeadamente na anestesia, analgesia ou no tratamento de perturbações mentais. Além disso, são também utilizadas para alterar o estado de consciência, para melhorar o desempenho e na realização de rituais (Goeders, 2009). Porém, o uso de substâncias psicoativas em contextos não médicos tende a ser caracterizado como abuso de drogas e relacionado à ilegalidade (Sherratt, 1995).

Também é costume denominar as substâncias psicoativas como narcóticos. O termo “narcótico”, do grego “*narkoun*”, que significa adormecer e sedar, foi aplicado, sem conotações morais, a substâncias indutoras do sono ou sedativas. Este termo foi traduzido para o francês como *estupéfiants* na literatura criminológica, é o que chamamos

“estupefacientes”. Ao incorporar um sentido moral (de substância imbecilizadora, que produz sono e insensibilidade), os narcóticos perderam nitidez farmacológica e passaram a incluir drogas que não eram nem indutoras de sono nem sedativas, excluindo uma ampla gama de narcóticos em sentido estrito (Escohotado, 1998).

Contudo, como já tem sido dito por outros autores, Escohotado (1998) refere que, depois de décadas de esforços para alcançar uma definição “técnica” da droga, a autoridade sanitária internacional propôs classificar as drogas em lícitas e ilícitas, legais ou ilegais. Porém, o que se encontra na categoria de “legal” ou “ilegal” é diferente em alguns países e consoante a época da história (Seddon, 2010).

Atualmente, na sociedade ocidental, as substâncias psicoativas de uso não médico são distinguidas entre drogas “leves” e drogas “duras”, conforme os seus efeitos fisiológicos, lícitas ou ilícitas. O café, o chá, o álcool ou a nicotina são considerados substâncias lícitas, aprovadas culturalmente, já a heroína, a cocaína ou os alucinogénios são consideradas substâncias ilícitas, prejudiciais. Outras substâncias são alvo de polémica, causando discussão quanto à sua inclusão numa ou noutra categoria, como a marijuana, uma vez que vários estudos têm demonstrado que esta substância apresenta benefícios médicos perante determinadas doenças (Goodman e Lovejoy, 1995).

Outros conceitos relativos ao despontar da toxicodependência como uma entidade biomédica serão abordados no decorrer dos dois capítulos seguintes.

### **3 – TERCEIRO CAPÍTULO: CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DO USO DE DROGAS**

O uso de drogas existe desde tempos imemoriais, contudo não necessariamente com o mesmo significado que hoje lhe atribuímos. Atualmente, o termo “droga” pode referir-se tanto a preparações medicinais como a substâncias utilizadas com o propósito inicial de obter prazer. Este último tipo de utilização está na base do que hoje é considerado o “problema da droga” e a sua origem é recente (Seddon, 2010), remontando ao contexto do Capitalismo e da Revolução Industrial (Sherratt, 1995). Desta forma, para melhor entendimento desta “problemática” atual, será efetuada a sua contextualização histórica.

Vários autores têm abordado a história das drogas criticamente, o livro “*Consuming Habits: Drugs in History and Anthropology*”, de Jordan Goodman, Paul Lovejoy e Andrew Sherratt, é uma boa referência para esta contextualização, salientando as relações existentes entre a cultura, o consumo e a sociedade.

Antonio Escohotado apresenta igualmente uma extensa análise crítica da história das drogas, desde a Antiguidade, no seu livro “*Historia General de las Drogas*”. Segundo o autor, “após milénios de uso festivo, terapêutico e sacramental, os veículos de embriaguez converteram-se numa destacada empresa científica, que começou por incomodar a religião e acabou por irritar o direito, enquanto comprometia a economia e tentava a arte” (Escohotado, 1998: 13).

De facto, o consumo de substâncias psicoativas existe desde a pré-história e na maioria das culturas (Goodman et al., 1995) com finalidades mítico-religiosas, médicas ou recreativas. Não existia referência aos efeitos aditivos das substâncias psicoativas e, à exceção do álcool, estas eram consideradas neutras, não existindo drogas melhores ou piores, mas sim maneiras sensatas ou insensatas de as consumir (Escohotado, 1998).

Assim, as substâncias psicoativas foram utilizadas livremente durante milénios, a sua posse, aquisição, venda, produção e tráfico, não aparecia em códigos punitivos (Escohotado, 1998).

O consumo destas substâncias sofreu uma queda com o Cristianismo, à exceção do álcool, na medida em que o acesso a estados alterados da consciência foi considerado paraíso artificial e, desta forma, condenável. Até meados do século XVII, o Cristianismo perseguiu a cultura farmacológica e a bruxaria, a quem associou o uso de drogas. Pesa, contudo, o facto das perseguições estarem mais associadas às drogas do que propriamente às pessoas (Escohotado, 1998).

Os médicos e boticários podiam utilizar as drogas com finalidades terapêuticas e justificar o seu uso com base em conceitos toxicológicos, sob pena de condenação. Esta situação provocou a necessidade de diferenciar farmacologia e magia, o que se conseguiu a partir do século XVI, graças a Paracelso e aos seus discípulos (Escohotado, 1998).

É no século XVII que se começa a produzir conhecimento sistemático e, posteriormente, científico acerca do corpo e da sua gestão, é o alvorecer da biomedicina (Lock e Nguyen, 2010) ou, mais precisamente, da medicina ocidental contemporânea (Camargo Jr., 2005).

Durante e a partir do século XVIII há registos de todos os medicamentos disponíveis, através do desenvolvimento de farmacopeias nacionais, o que origina a rotura na transmissão dos saberes populares, distinguindo-se a linguagem popular da linguagem técnica (Romaní, 1999).

A emergência do Capitalismo Liberal Moderno, em finais do século XVIII, marca o aumento das preocupações relativas ao consumo de substâncias psicoativas, devido à ênfase colocada na liberdade. É compreensível que sejam inventados nesta altura determinados conceitos, como o de “droga” e o conceito de “adição” como estratégia reguladora do consumo numa sociedade que se pretende baseada na disciplina (Seddon, 2010). O livro de Toby Seddon *“A History of Drugs: Drugs and Freedom in the Liberal Age”* apresenta a origem da política contemporânea no que concerne às drogas.

Para Seddon (2010), existem três atos legislativos com particular incidência na forma como o “problema” droga foi regulamentado. O primeiro foi o Ato de Farmácia de 1868, que marca o início do controlo sobre a venda de substâncias, a ideia de que este tipo de mercadoria gera potenciais problemas que requerem a ação governamental e a ideia de que os médicos são as pessoas apropriadas para o exercício dessa ação. O segundo consiste no Ato de Drogas Perigosas de 1920, marcando a emergência do conceito atual de “droga” e do sistema de proibição internacional das “drogas perigosas” com base na lei criminal. Em terceiro lugar, é referenciado o Ato de Drogas de 2005, onde se evidencia a compreensão das ações humanas com base na capacidade de escolha, a proliferação de instrumentos de regulação e tecnologias e a questão do consumo.

Retrocedendo para o século XIX: a biomedicina passa a ser caracterizada por outro aspeto, a “normalização” do corpo e conseqüente caracterização de “desvios”, “coerências” ou “excessos” como patologias (Lock e Nguyen, 2010). Além disso, deixa de se basear apenas no diagnóstico e prognóstico, área onde se moviam também outros especialistas populares, deixa a tradição popular (baseada na transmissão oral) e transita para a tradição

culta (baseada na escrita), centrando-se no ato de escrever a receita. A sua posição saiu reforçada com as descobertas em microbiologia, com a capacidade da indústria químico-farmacêutica em isolar princípios ativos, e portanto fabricar comprimidos, e com os avanços na área da cirurgia e noutras tecnologias, como a seringa (Romaní, 1999), o que de certa forma concedeu à biomedicina o poder de regulação sobre as drogas.

A morfina, a cocaína e a heroína foram alguns dos poderosos alcalóides isolados para obtenção de fármacos (Escohotado, 1998), sendo largamente vendidos nos países desenvolvidos nos finais do século XIX, tanto em preparações comerciais (medicamentos) como na forma pura (Sherratt, 1995).

O interesse por drogas psicoativas é visível, não só por químicos, farmacêuticos e médicos, mas também por literários, filósofos e artistas. Juntamente com a esperança de drogas cada vez mais eficazes, delineia-se o projeto de submeter o ânimo à vontade, o qual acompanha, direta ou indiretamente, o desenvolvimento da neurofarmacologia (Escohotado, 1998).

Ora, a existência destes poderosos alcalóides, associados a habituação, contribuiu para uma utilização potencialmente perigosa sem os constrangimentos das práticas sociais tradicionais ou dos contextos de consumo (Sherratt, 1995), o que não se mostrou compatível com o modo de vida exigível na sociedade. Na medida em que o consumo de substâncias passa a ser encarado como desvio da normalidade, torna-se doença e alvo de tratamento clínico, no entanto não deixa de estar isento de formulações morais (Seddon, 2010).

O conceito de adição, inicialmente aplicado ao álcool, torna-se extensível ao ópio, aos opiáceos e à cocaína. Posteriormente, o termo começou a dar lugar a novos conceitos, como “dependência”, “problema da droga” e “dependência química” (Seddon, 2010).

Para os utilizadores de drogas, estava prevista a sua detenção nas novas instituições com a finalidade de tratamento e reabilitação (Seddon, 2010), uma vez que existe um desenvolvimento institucional que responde a reivindicações sociais das classes proletárias e a uma reorganização de diversas instituições sociais e estatais, entre elas penais e psiquiátricas. Esta intervenção, com base na institucionalização, tem o objetivo de estender mecanismos de segurança social e ao mesmo tempo aumentar o controlo sobre as populações, sobretudo através da sua classificação. Nesta altura, o médico já não tem que negociar com setores populares (Romaní, 1999).

Verifica-se, portanto, que ao longo da história vários aspetos contribuíram para uma cultura proibicionista do uso de drogas.

Sintetizando, o proibicionismo teve origem através do elemento religioso tradicional (que considera que as substâncias psicoativas proporcionam um paraíso artificial e, por isso mesmo, condenável), das tensões sociais decorrentes do rápido processo de proletarização e industrialização com aparição de grandes concentrações urbanas (sendo que o uso de drogas começa a simbolizar a medida de desvio de determinados grupos sobre os quais existe um esforço de controlo), através da profissionalização da medicina e da farmacologia (que conduz ao aumento do controlo das ações individuais sobre o uso de substâncias psicoativas), da transição para o governo liberal (que implementou estratégias de normalização dos cidadãos, cujo carácter “defeituoso” os impedia de cumprir as suas obrigações sociais) e do conflito entre a China e a Inglaterra a propósito do ópio (que culminou com uma aliança anglo-francesa, conseguida através das guerras do ópio em meados do século XVIII, o que fez com que a China aceitasse o livre comércio do ópio, convertendo-a num imenso mercado de ópio com milhões de consumidores, influenciando um sistema internacional de controlo de drogas) (Sherratt, 1995; Escohotado, 1998; Romani, 1999; Seddon, 2010).

A origem do regime de proibição das drogas pode remontar a uma conferência internacional sobre o comércio de ópio, realizada em Xangai em 1909 (Seddon, 2010). De facto, a luta contra as drogas inicia-se na luta contra o ópio (Romani, 1999).

No entanto, a guerra às drogas teve menos impacto sobre aqueles que já eram consumidores regulares (Courtwright, 1995). Cerca das décadas de 1910 a 1920, na medida em que aumentavam as proibições de consumo a nível internacional, surge um sistema mundial secreto de comércio de narcóticos. O movimento anti-ópio tinha criado uma nova demanda por heroína, morfina e codeína, qualquer derivado do ópio de melhor transporte e com uma forma de consumo menos óbvia do que o ato de fumar. Face a esta situação, a Liga das Nações iniciou mecanismos para eliminação do tráfico de drogas ilícitas e foi estabelecido um programa internacional para registar as vendas legítimas de narcóticos (Meyer, 1995). Quanto à questão da categorização das substâncias em drogas lícitas ou ilícitas, leves ou duras, é de salientar que esta não é estática, pois tem variado, consoante o tempo e o lugar, como o demonstram as referências históricas (Goodman et al., 1995).

Os argumentos proibicionistas vão-se transformando até se tornarem argumentos de aspeto sanitário, de base científica (Romani, 1999). Em 1920, os usuários de drogas começam a ser tratados clinicamente, apesar de se operar dentro de um quadro regulamentar proibicionista baseado no direito penal (Seddon, 2010).

Entretanto, o acesso a opiáceos e estimulantes sintéticos foi relativamente fácil até às limitações que se iniciaram na Convenção sobre Estupefacientes de 1961, em Nova Iorque,

onde são apresentadas listas de estupefacientes proibidos, e que culminam na Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971, em Viena, onde é confirmado o dever e o direito de impor restrições ao consumo de drogas, provocando um aumento na demanda dos produtos, principalmente opiáceos naturais e cocaína (Escohotado, 1998).

O uso ou detenção da droga (independentemente de ser para tráfico ou uso pessoal) passa a ser delito grave em vários países europeus e americanos (Escohotado, 1998).

Pode dizer-se que a pressão política impulsiona a história da legislação sobre as drogas, na medida em que, sempre que o uso de uma substância psicoativa é considerado causa de significativos problemas de saúde pessoal e pública, de criminalidade e de associação a grupos desviantes, o Estado responde com restrições definitivas (Courtwright, 1995).

A história e a antropologia permitem um entendimento das maneiras pelas quais as pessoas fazem uso, ou não, das diversas substâncias psicoativas que têm à sua disposição, na medida em que contextualizam esse uso nas crenças e nas práticas sociais vigentes, o que dá um significado específico ao ato de consumo (Sherrat, 1995).

É a partir do conhecimento da história que rodeia o fenómeno do uso de drogas que é possível desenvolver novas formas de compreender e lidar com o atual “problema da droga” (Seddon, 2010), ou, como diz Sherrat (1995: 9), “desconstruir as ‘drogas’ é o primeiro passo para a compreensão da história complexa do consumo de substâncias psicoativas”.

## 4 – QUARTO CAPÍTULO: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A diferença entre o que é considerado normal e o que se entende como patológico tem sido alvo de estudo e discussão. Em princípio, a doença seria o oposto da normalidade/saúde (Canguilhem, 1978). Assim, surge a necessidade de normalização, que se traduziu numa forma de controlo sobre o corpo humano (Foucault, 1999). Salienta-se que a normalização constitui uma das características da biomedicina (Lock e Nguyen, 2010).

Com o aparecimento de tecnologias mais avançadas, é possível um conhecimento aprofundado do organismo humano e, desta forma, a especialização de saberes. Consequentemente, é permitida a criação de outros dispositivos biomédicos, como os psicofármacos. No entanto, este aspeto traz algumas desvantagens, como o reconhecimento de um *self* neuroquímico, que se torna o principal alvo de tratamento. Assim, o indivíduo é reduzido àquilo que o seu cérebro é, sendo negligenciados outros aspetos que permitiriam que este fosse reconhecido na sua totalidade e não por partes (Rose, 2003; Lock e Nguyen, 2010).

São diversas as práticas que atuam sobre um objeto, o que faz com que este não seja sempre o mesmo, mas um objeto múltiplo. Por exemplo, a aterosclerose é algo diferente dentro de um laboratório e dentro de um consultório, no laboratório tem a ver com artérias danificadas, no consultório pode ser uma dor na perna que limita o dia-a-dia da pessoa. Então, atualmente considera-se que uma doença não é uma realidade única, mas múltipla, tendo em conta a diversidade de práticas que a constituem (Mol, 2002).

A forma de pensar acerca de determinado objeto, o estilo de pensamento, condiciona a forma de falar e de agir sobre esse objeto, produzindo-se assim o real (Fleck, 1986b). Então, também o discurso e as práticas biomédicas sobre um objeto permitem criá-lo como uma entidade biomédica (Lock e Nguyen, 2010). Este pensamento será desenvolvido nos subcapítulos seguintes.

### 4.1 – O NORMAL E O PATOLÓGICO

Atualmente, a toxicodependência é essencialmente abordada como uma doença, é tratada clinicamente, em internamento ou em ambulatório, com medicamentos e psicoterapias. Esta concetualização da toxicodependência como uma doença foi construída ao longo da história e, até aos dias de hoje, este tema tem sido alvo de estudo e discussão dada a sua complexidade.

Mas o que é a doença? Não existe um conceito geral para definir doença no contexto médico. Contudo, verificam-se três construções discursivas sobre a mesma em torno de três dimensões: explicativa, morfológica e semiológica. A dimensão explicativa caracteriza a doença como um processo, com uma ou mais causas e uma história natural. Neste contexto, é tida em conta a fisiopatologia, a experimentação e a epidemiologia (no sentido de estabelecer causas). Há um domínio biológico. Esta é a visão mais recente, desenvolvida a partir da segunda metade do século XIX. A dimensão morfológica descreve lesões características a nível anatómico e, mais recentemente, a nível molecular. A dimensão semiológica é a clínica propriamente dita, entende a doença como um conjunto de sinais e sintomas (Camargo Jr., 2005).

A doença opõe-se logicamente à “normalidade” (Camargo Jr., 2005). A toxicodependência não é encarada como uma situação normal e, talvez, este tenha sido o primeiro passo no caminho do significado deste fenómeno até aos dias de hoje. Porém, o conceito “normal”, só por si, exige uma longa reflexão. O normal pode ter muitas definições: é aquilo que deve ser, é a maioria dos casos ou a média ou o padrão de determinada característica? Neste trabalho, interessa contrapor o normal, no sentido de saúde, com o patológico. Aqui destaco a obra de Georges Canguilhem “*Le Normal et le Pathologique*”, publicada pela primeira vez em 1943.

Antes do século XIX, a doença foi considerada algo exterior ao homem, que poderia entrar ou sair do organismo, não sendo sua condição. No século XIX, o termo normal começou a ser utilizado, na medicina, para se referir à saúde e foi contrastado com o termo “patológico”, que seria algo “anormal”. A relação entre o normal e o patológico foi estabelecida como quantitativa, o fenómeno patológico encontrado nos organismos vivos não era mais do que variações quantitativas, excessos ou défices, relativamente ao fenómeno fisiológico correspondente (Canguilhem, 1978). Mas Canguilhem (1978) considera este princípio inadequado e argumenta que a diferença entre o normal e o patológico é qualitativa. Defende que a doença é uma perturbação da harmonia e equilíbrio do organismo, que tende naturalmente para o reequilíbrio, e que não é algo exterior ao homem, mas faz parte dele, como um todo. Pretende-se manter as condições de funcionamento do meio interno dentro de estreitos limites, ou seja, a homeostase (Camargo Jr., 2005).

Sendo assim, o normal constitui uma referência. Torna-se a extensão e a exibição da norma. A norma apresenta a possibilidade de uniformizar a diversidade, de resolver a diferença, de “normalização”. Assim, discrimina qualidades positivas ou negativas. Mas o conceito de normal já é, em si, normativo (Canguilhem, 1978).

É neste sentido que os médicos contribuíram para a manutenção do sistema social. Faz parte do papel de doente procurar assistência médica. Então, na consulta, o médico decide, por exemplo, se o doente está apto ou não a trabalhar, exercendo desta forma controlo social (Parsons, 1951 *in* Mol, 2002). O conhecimento médico medeia entre a ordem do corpo e a ordem da sociedade. É dentro do conhecimento médico que a pessoa normal ou desviante é diferenciada, sendo que, desde o século XIX, a doença sugere um estado desviante daquele organismo (Mol, 2002).

Assim, a “normalidade” torna-se algo que as pessoas desejam de uma forma positiva, a partir do interior, em vez de algo que lhes é imposto como uma regra, pelo exterior (Mol, 2002). Mas, “a forma e as funções do corpo humano não consistem apenas em condições impostas pelo meio ambiente, mas em formas de vida socialmente adaptadas no meio ambiente” (Canguilhem, 1978: 167). Na medida em que as normas vitais estão, de alguma forma, sob influência de normas sociais, esta normalidade também pode ser vista como uma forma de biopoder, como Michel Foucault argumentou na sua obra “*Surveiller et punir: naissance de la prison*”, questão que abordarei mais à frente neste capítulo.

Se, por um lado, uma doença existe por se contrapor à normalidade/saúde, por outro lado, de acordo com Mol (2002: 121), “criar uma doença é também criar normas e padrões”.

Contudo, o profissional já não é a entidade apta a diferenciar entre o que constitui ou não um problema na vida da pessoa. O próprio doente deve ter uma participação ativa no seu processo de saúde/doença e exprimir a sua opinião sobre aquilo que ele experiencia ou não como um problema. O doente pode articular normas sobre e para si próprio. As medições efetuadas no laboratório acerca dos estados biológicos das pessoas, com a crescente capacidade tecnológica, nem sempre fazem corresponder a alteração detetada a um problema para o indivíduo que “sofre” dessa alteração (Mol, 2002).

O conceito de “normal” mantém-se e, sendo por si mesmo normativo, torna-se um instrumento de poder sobre os indivíduos, pelo que irei abordar agora esta questão.

## 4.2 – A BIOPOLÍTICA

Em finais do século XVIII, altura em que emergia o liberalismo, que se centrou na importância de um mercado e comércio livre, na limitação do poder do estado e na valorização da autonomia e liberdade individual, determinadas e variadas medidas foram tomadas para uma sociedade que se pretendia disciplinar (Seddon, 2010).

Um aspeto emergente foi a inovação tecnológica que permitisse a melhoria do bem-estar dos cidadãos, habilitando-os ao trabalho pesado que era necessário a par da revolução industrial. Contudo, se por um lado a aceitação da inovação tecnológica acontece de forma irrefletida, por outro coloca-se em questão o facto da tecnologia ditar a forma que a vida social adota. Deste modo, as pessoas podem perder para a tecnologia, mas também creem na criação de novos dispositivos que lhes permitam um maior controlo e autonomia na sua vida (Lock e Nguyen, 2010).

A análise dos prós e contras talvez deva incidir sobre cada tecnologia individualmente e, quando se fala em tecnologias, não significa necessariamente máquinas, mas também tecnologias tão simples como a análise da história do doente numa consulta médica ou a prescrição de um medicamento (Lock e Nguyen, 2010).

O conhecimento científico produzido no século XIX, tal como todo o tipo de conhecimento emergente em qualquer época, foi moldado pelas circunstâncias históricas, foi possível dentro da sociedade em que se inseria e dentro dos discursos que se produziam. O discurso cria o objeto do qual fala, produz o real, mas, como o discurso está também imerso em contextos sociais específicos, é determinado por eles. Assim, somos resultado da história, das suas configurações que influenciam a forma de pensar (Foucault, 2008).

O advento da modernidade pode ser encarado como o advento da “biopolítica”. Neste processo, as “disciplinas” desempenham um papel importante. As disciplinas são caracterizadas como métodos que controlam as operações do corpo e sujeitam constantemente as suas forças, impondo uma relação de “docilidade-utilidade”. O corpo torna-se dócil, porque pode ser submetido, utilizado, transformado e aperfeiçoado e torna-se útil porque é objeto de estudo, a partir do qual se produz saber. Por outro lado, a disciplina aumenta as forças do corpo, tornando-o mais capaz, mais útil, e diminui essas mesmas forças, em termos políticos, através da obediência (Foucault, 1999).

É através das disciplinas que surge o poder da norma. O normal estabelece-se como um princípio de coerção no ensino, no hospital, na indústria. Existe um procedimento de vigilância e regulamentação, que constitui um elemento de poder sobre a população (Foucault, 1999).

As disciplinas tornam-se reservatório de conhecimento e organizam-se politicamente num sentido de “saber-poder”. Enquanto o poder produz saber e precisa de um campo de saber, o saber permite a constituição das relações de poder. Então, as relações de saber-poder determinam o sujeito que conhece, os objetos a conhecer e as modalidades de conhecimento, sendo normalizadoras ou disciplinares (Foucault, 1999).

Assim, a própria sociedade é normalizadora e disciplinar. A sistematização de conhecimentos numa equação de saber-poder define e regula a vida. Existe uma “anatomia política” do corpo humano, uma forma de “biopoder”, que define como se pode ter o domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem de determinada forma, com as técnicas, a rapidez e a eficácia estabelecidas. Este domínio sobre o corpo é exercido através da institucionalização como a escola, a fábrica, a penitenciária, o reformatório, o hospital. Então, os indivíduos são distribuídos por espaços e, dentro desses espaços, devem ocupar determinados lugares, uma estratégia que permite a vigia, evita “comunicações perigosas” e cria espaços úteis. Este controlo sobre as populações é o que caracteriza a biopolítica (Foucault, 1999).

Esta especialização e institucionalização dos saberes possibilita a criação de objetos sobre os quais a ciência se pode debruçar e intervir. Desta forma, os fenómenos científicos são entendidos como o resultado da intervenção técnica por parte dos cientistas (Lock e Nguyen, 2010), tal como um fenómeno biomédico pode ser entendido como resultado da intervenção da biomedicina.

#### 4.3 – A BIOMEDICINA

A biomedicina pressupõe a produção de discursos com validade universal, propondo modelos e leis de aplicação geral, não se ocupando de casos individuais (carácter generalizante); o “Universo” passa a ser visto como uma máquina subordinada a princípios de causalidade linear traduzíveis em mecanismos (carácter mecanicista); a abordagem teórica e experimental pressupõe o isolamento de partes, sendo o funcionamento do todo dado pela soma das partes (carácter analítico) (Camargo Jr, 2005).

No século XIX, a biomedicina passa a ser caracterizada não só pela produção de conhecimento científico, mas também pela normalização do corpo. Consequentemente, os desvios a essa normalidade são considerados patológicos. Sendo assim, são criados certos processos identitários, determinando o perfil dos sujeitos. A biomedicina pode ser analisada como uma tecnologia que tece julgamentos constantes. As tecnologias, ao serem aplicadas, alteram o que é ser humano (Lock e Nguyen, 2010).

Dentro da biomedicina, é importante destacar a emergência das ciências da memória, que vêm constituir os primórdios da neurociência, disciplina que atualmente se debruça sobre o fenómeno da toxicodependência e que explica a doença mental, não com base em aspetos sociais, mas descobrindo-a num órgão, neste caso no cérebro (Lock e Nguyen, 2010).

A psiquiatria foi igualmente um aspeto decisivo para a criação de categorias onde se pudessem encaixar tipos de pessoas. As formas como a psiquiatria começou a classificar pessoas estavam imersas em determinados contextos sociais, trazendo exclusão e eliminação. Dá-se início a uma classificação sistemática dos tipos de doença mental, projeto este que começou por ser estatístico e não clínico (Rose, 2003).

Verifica-se, inicialmente, um certo desfasamento entre a biomedicina e a psiquiatria. Enquanto a medicina clínica analisa o interior do corpo, associando os sintomas discernidos à superfície do corpo a lesões orgânicas, a psiquiatria (apesar da convicção da existência de doenças do cérebro) começa por lidar com pessoas que violavam as convenções da ordem, da consciência, da civilidade e da personalidade. O psiquiatra baseava-se na sua visão para diagnosticar, atendendo a características como a postura, o olhar, a cor da pele, os gestos ou movimentos. Com Freud e Kraepelin, o psiquiatra passa também a ouvir. Surge um espaço psicológico interior, entre os órgãos e a conduta do indivíduo, baseado em vivências em determinados contextos e locais, de onde fluem os motivos, os desejos e as aspirações. Então, a doença mental é associada a um problema psicológico. Como já mencionado, atualmente, surge novamente a ideia de uma base corporal da patologia mental, ligando a psiquiatria à neurociência (Rose, 2003) e, portanto, à biomedicina.

As preocupações relativas ao consumo de substâncias psicoativas surgiram no século XIX, no seio de uma sociedade que defendia a liberdade, pois este comportamento ia contra aquilo que se pretendia naquela sociedade, normativa e disciplinar, constituindo um desvio da normalidade. Nesta altura foram inventados determinados conceitos, como “droga” e “adição”, como estratégia reguladora do consumo (Seddon, 2010).

O consumo de substâncias torna-se alvo de tratamento clínico, mas sem deixar de estar isento de formulações morais (Seddon, 2010). Verifica-se aqui o controlo sobre o corpo humano, de que fala Foucault, pois é possível conter as figuras que consistem num desvio à norma, como o toxicodependente, neste caso em clínicas. Contudo, não é só a visão médica que recai sobre o toxicodependente, mas é também uma visão criminal (Milhet et al., 2011), embora no presente estudo seja maioritariamente abordada a questão da toxicodependência como doença.

Verifica-se a existência de medidas disciplinares para toda uma população, para todo o indivíduo considerado excêntrico, que não se integra nas exigências sociais da época. Pretende-se uma normalização, uniformização do comportamento dos indivíduos. Segundo Foucault (1999), existia uma necessidade de corrigir, reeducar, curar, quem não

correspondesse à conduta social pretendida e uma forma de o fazer consistia na categorização, na criação de tipos de pessoas sobre as quais se devia intervir.

Contudo, a categorização de pessoas tem as suas consequências. De acordo com Hacking (1995), as próprias pessoas não se mantêm passivas dentro de uma categoria, mas apropriam-se dela. Isto é, após a pessoa ser classificada de determinada maneira, o seu comportamento pode mudar em função da forma como vive dentro dessa classificação, da descrição onde passa a estar inserida, da forma como é tratada e também de acordo com as suas próprias escolhas. Assim, a pessoa comporta-se de forma diferente depois de estar inserida numa categoria, verifica-se um processo que “faz” pessoas, a que Hacking (1995) chamou o “efeito *looping* de tipos humanos”. Este aspeto faz com que as categorias tenham que ser revistas constantemente, pois as pessoas mudam consoante o que acreditam sobre si próprias, o seu comportamento muda assim que são inseridas numa categoria. Decorte (2011) refere que, quanto mais um grupo desviante (em relação ao comportamento, normas e valores dominantes) é separado e colocado sob pressão, mais ele se mostra como tal.

Desde finais do século XIX até à década de 1970, na altura do liberalismo social, o estado torna-se mais interventivo, no sentido de assegurar a segurança e os direitos dos cidadãos. No entanto, o seu poder e autoridade são crescentes, podendo intervir tanto na esfera social como na esfera privada (Seddon, 2010).

No século XX, fundem-se as aspirações governamentais e clínicas e os sistemas de classificação psiquiátrica mostram diferentes modelos conceituais de doença mental. Surge o primeiro Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM), em 1952, que se baseia na reação da personalidade a fatores psicológicos, sociais e biológicos. Seguidamente, a segunda edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition*, DSM-II), publicado em 1968, baseia-se na linguagem interpretativa da psicanálise (Rose, 2003). A DSM apresenta-se como um sistema classificatório sintomático, no entanto, a psiquiatria, desde o início, manteve outra forma de classificar a doença mental, que consiste em basear-se nas suas causas. Estas duas formas de encarar a doença mental surgiram paralelamente, competindo entre si (Hacking, 1995).

Na década de 1970, o modelo neuroquímico do cérebro começou a tomar forma. Nesta altura, inicia-se o argumento de que se deveria tratar a adição com as novas drogas psicotrópicas que se pensa atuarem sobre os sistemas de neurotransmissores, afetando a sua secreção, a sua captação e os recetores das membranas celulares. Contudo, o tratamento farmacológico não era visto como a primeira estratégia terapêutica, mas como complemento

das terapias comportamentais e psicossociais. Alguns especulam que o uso de drogas aditivas é um tipo de auto-medicação para uma desordem psiquiátrica, que deve ser primariamente tratada. Mais tarde, surge a ideia de que o cérebro e os seus mecanismos constituem a primeira explicação para a adição e, assim, o alvo primário de tratamento. Em 1980 é publicada a terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, DSM-III*), que demonstra uma reformulação do olhar psiquiátrico na década de 1970 (Rose, 2003).

Salienta-se que, a partir da década de 1980 até à atualidade, surge a estratégia de colocar a responsabilidade de governo da vida individual ao próprio indivíduo, este deve autogovernar-se através das suas próprias escolhas (Seddon, 2010). No entanto, a escolha individual do utente nem sempre está de acordo com aquilo que se consideram bons cuidados médicos, conforme Mol (2008a) referiu na sua obra “*The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*”. A autora questiona se realmente somos individuais e autónomos. E responde que não. A questão da escolha individual é também uma técnica disciplinar. Apesar dos utentes serem ativos no seu tratamento, esta situação não tem a ver primariamente com a questão da escolha, mas da participação. A escolha individual é influenciada por campanhas de saúde pública que apresentam um ideal, um determinado estilo de vida saudável que as pessoas desejam para si, para serem saudáveis. O individual pertence sempre a um coletivo.

A par desta responsabilização individual, a biomedicina tem aumentado a sua capacidade de regulação da conduta humana. E, neste sentido, também existe um governo das desordens do desejo, nomeadamente do *craving* e adições ou das chamadas “doenças da vontade” (Valverde, 1999 *in* Rose, 2003), doenças que se tornaram doenças do cérebro controladas com uma farmacoterapia do desejo. Esta farmacoterapia remove ou reduz o desejo por aquilo que era desejável, atuando sobre a vontade. Assim, vemos surgir um *self* neuroquímico com a centralidade colocada no cérebro (Rose, 2003).

#### 4.4 – O *SELF* NEUROQUÍMICO

O pensamento da psiquiatria contemporânea ligou-se ao desenvolvimento da neurociência que coloca uma anomalia específica no cérebro, mais frequentemente nos sistemas de neurotransmissores. Além disso, a nova genómica procura polimorfismos numa particular sequência de bases num *locus* particular do gene correlacionado com um tipo de desordem do pensamento, emoção ou comportamento. Existe uma dissecação molecular na

patologia, que também se verifica na psicofarmacologia, atuando a nível dos neurotransmissores. A droga não atua na pessoa como um todo, mas corrige uma anomalia específica subjacente a uma variação indesejável do humor, emoção, conduta ou vontade (Rose, 2003).

Perante o uso de substâncias psicoativas, o foco incide mais sobre as próprias substâncias, sobre os seus efeitos farmacológicos, o que origina um certo “farmacocentrismo” (Morgan e Zimmer, 1997 *in* Decorte, 2011).

Esta forma de pensar tem consequências na conceção do risco e estratégias para a sua gestão. O risco envolve predisposições, vulnerabilidades ou suscetibilidades e isto envolve estratégias de controlo. Surge então o significado moral associado às patologias mentais, que apagou outras categorias do *self*, já não se trata da pessoa que “sofre de esquizofrenia”, mas do “esquizofrénico”. Surgem figuras problemáticas, o criminoso, o jovem delinquente, o alcoólico, o homossexual. Isto não só se refere a pessoas ligadas a formas de comportamento indesejável, mas designa um tipo particular de pessoa ou um tipo “anormal” (Rose, 2003).

O reconhecimento deste novo *self* neuroquímico torna-se redutor, pois a mente torna-se simplesmente o que o cérebro é (Rose, 2003). Os seres humanos são mais complexos e mais incompreensíveis do que as suas moléculas no cérebro. Pode-se observar que o uso prolongado de uma substância tem efeito sobre o cérebro, mas isso não significa que se conhece o que se passa na mente daquela pessoa (Decorte, 2011). Além disso, a ênfase não deve ser dada apenas às características individuais, pois existem fatores socioculturais que não devem ser ignorados. O consumo de drogas insere-se dentro de rituais socioculturais, de subculturas e forças macroestruturais. Os efeitos farmacológicos das drogas são apenas um dos muitos aspetos essenciais para compreender as determinantes do uso de drogas e os seus efeitos (Milhet et al., 2011).

Porém, apesar do desfasamento entre a biologia e a vertente social que se tem vindo a verificar, atualmente existe a tentativa de integrar os aspetos biológicos e sociais da doença mental, em vez de os separar, na medida em que somos criaturas, não só biológicas, mas também sociais (Murphy, 2001). Assim, o homem é tido em conta como um todo nas suas vertentes biológica, psicológica e social, é um ser biopsicossocial. “Agregue-se a isto o fato de que os termos ‘psico’ e ‘social’ não passam de referências genéricas, subordinadas ao primado do discurso biológico” (Camargo Jr., 1990 *in* Camargo Jr., 2005: 185).

Dentro desta questão, também se pode chamar a atenção para o confronto entre o laboratório e a clínica. Apesar da possibilidade de se efetuar medidas laboratoriais ou de se usar tecnologias de imagem, que apenas indicam o que é incomum ou desviante, estas

alterações só podem ser detetadas quando as pessoas aparecem na clínica a relatar a sua própria história. A normatividade é efetuada na clínica, os laboratórios podem estabelecer factos, mas não podem estabelecer normas (Mol, 2002). Canguilhem (1978) refere que, historicamente, a clínica surgiu primeiro em relação ao laboratório. Os laboratórios não seriam criados se não fossem os consultórios médicos, aos quais as pessoas recorrem para pedir ajuda. A clínica não deve ser anulada pelo laboratório, mas assumir a liderança sobre ele.

Desta forma, para Mol (2002), é importante questionar o utente sobre aquilo que constitui um problema na sua vida, pois uma doença pode pertencer ao corpo, mas está situada algures na vida da pessoa.

Diante da dicotomia clínica *versus* laboratório, Mol (2002) refere a emergência de realidades múltiplas. O objeto é diferente consoante a prática médica que intervém sobre si.

#### 4.5 – VÁRIAS REALIDADES

Diferentes práticas médicas não representam o mesmo objeto de maneira diferente, mas criam objetos diferentes, realidades múltiplas. Porém, conforme Mol (2008b: 73) referiu ao analisar a questão da anemia, a realidade da “anemia é múltipla, mas não é plural. As várias anemias estabelecidas na medicina têm relações entre si”, o que é extensível a outros problemas biomédicos.

Sendo assim, o conhecimento deixa de ser uma questão de referência, mas passa a ser uma questão de manipulação. A pergunta já não é “como encontrar a verdade”, mas “como é que os objetos são manuseados na prática?” Mol (2002: 5)

O médico utiliza ferramentas teóricas para estudar os doentes e as suas palavras, tem uma perspetiva, atribui um sentido ao que acontece aos doentes, aos corpos e às vidas dos outros, enquanto os doentes falam essencialmente sobre o seu corpo e a sua própria vida. No entanto, ambos podem ser transformados em iguais, pois ambos interpretam o mundo em que vivem. Ninguém está em contacto com a realidade das doenças, esta apenas é interpretada (Mol, 2002). Os especialistas também têm formações profissionais e sociais diferentes e cada um é uma pessoa diferente, com competências, hábitos, histórias e preocupações particulares. Olham para o mundo de diferentes pontos de vista, veem os objetos de forma distinta e representam o que veem de maneiras diversas (Mol, 2008b).

Assim, uma doença torna-se uma parte do que é feito na prática, tal como a identidade da pessoa não é algo dado, mas praticado. Os atos das pessoas fazem delas o que são. Desta

forma pode-se não só estudar a doença, mas as pessoas doentes a viver com essa doença (Mol, 2002).

No entanto, o conhecimento no hospital ainda se refere a um corpo no qual os sintomas apontam para uma alteração interna (Sullivan, 1986 *in* Mol, 2002). Para Mol (2002), se dois objetos sob o mesmo nome colidem na prática, um deles terá o privilégio sobre o outro, pois têm especificidades diferentes. Mantêm-se diferentes formas de criar uma doença e, por isso, diferentes doenças criadas. Permanece sempre a multiplicidade, como Mol (2002) demonstrou com o caso da aterosclerose. A autora defende também que, ao se definir uma doença, torna-se necessário complementar esta informação com o local onde esta é estudada, onde se intervém sobre a mesma, pois cada local apresenta as suas práticas.

Assim, ocorre um abandono da ideia de Foucault, no sentido de que a ciência médica não tem o poder de impor a sua ordem na sociedade. Além disso, a medicina multiplica, em vez de apresentar um discurso único e coerente ou traçar uma única rede de associações. A unificação das ciências não é viável, pois os fenómenos são produzidos por técnicas diferentes, que contribuem para a multiplicação da realidade. Pode-se falar de uma única doença num único local, mas este objeto não está sozinho, na medida em que interfere com a realidade de muitos outros. Uma doença tem sido descrita como parte das práticas na qual é criada. Isto significa que não se tenta ver objetos, mas antes objetos que estão a ser criados com a prática (Mol, 2002).

Podemos salientar também a necessidade de um campo interdisciplinar para observar um objeto. Para considerar o paciente como um todo, o conhecimento biomédico da doença não é suficiente. A forma como a pessoa vive com a doença deve ser tida em conta. Nesta forma de pensar, “viver com a doença” é considerado um fenómeno psicossocial. Introduce-se também a abordagem da prática. Esta engloba tudo, moléculas, dinheiro, células, preocupações, corpos, sorrisos, e intervém em todas estas questões. A consolidação de um facto e os significados da sua produção andam juntos (Mol, 2002).

A realidade costuma ser um padrão para viver, mas dada a proliferação da tecnologia e da ciência a questão é “com que realidade devemos viver?” Isto significa que a realidade muda. Agora, em vez de se indagar “como podemos ter a certeza”, confrontamo-nos com a questão “como viver com a dúvida?” Não podemos encontrar garantia ao perguntar se “este conhecimento é verdadeiro para este objeto”, torna-se mais importante perguntar “esta prática é boa para os assuntos (humanos ou outros) envolvidos?” (Mol, 2002: 165).

Apesar da tendência de tornar o doente no cidadão que merece jurisdição sobre as intervenções no seu corpo e vida, não se defende necessariamente a escolha individual. As

intervenções são compreendidas como uma forma de organizar não só a vida individual, mas toda a política do corpo, advindo novamente o carácter normativo da medicina (Mol, 2002).

Então, as práticas sobre os objetos têm um papel crucial na sua constituição e, diferentes práticas, criam objetos diferentes. Assim, a toxicod dependência pode não ser a mesma entidade consoante a prática ou a disciplina que intervém sobre si. Que mais poderemos dizer acerca da criação de um facto biomédico através da prática?

#### 4.6 – A CONSTRUÇÃO DE UM FACTO BIOMÉDICO COM A PRÁTICA

De onde vêm os factos científicos? Ludwik Fleck falou sobre a génese e o desenvolvimento de um facto científico. Inicialmente, apresentou um “facto” como algo fixo, permanente e independente da opinião subjetiva do investigador. O facto aparece como a meta de todas as ciências. Critica, contudo, a possibilidade de se perder um conhecimento crítico do mecanismo cognoscente que dá o facto como certo, provocando uma passividade total ante uma força denominada de “existência” ou “realidade”. Talvez um “facto novo”, isto é, relativamente recente e ainda não estudado sob todas as perspetivas, seja aquele que melhor se adapta à investigação (Fleck, 1986a).

Para Fleck (1986b), um facto científico é resultado da atividade científica num quadro de estilos de pensamento. As formas de pensar sobre determinado objeto são diferentes, por exemplo, no sociólogo e no médico. Existe um processo de formação específico para cada uma das ciências que permite ao indivíduo aprender a ver de uma determinada maneira. Ora, o investigador de determinada área científica não tem consciência da escolha da forma como interpreta determinado objeto, pelo contrário, este já se apresenta de determinada forma, a isto chamamos os estilos de pensamento, que são resultado da educação teórica e prática permeados por um desenvolvimento histórico e por determinadas leis sociais. O observador observa de acordo com os seus estilos de pensamento. Um estilo de pensamento comum aos indivíduos de determinada comunidade dita o que os seus membros veem, o que um coletivo observa, desta forma pode-se falar em coletivos de pensamento.

Sinteticamente, a partir de uma dada situação, surge um pensamento demonstrável e depois um pensamento óbvio através do qual se fala e age sobre o objeto que os membros de um grupo tratam como um facto exterior a eles e independente deles. Assim evolui aquilo a que se chama “o real”. Esta é uma das formas de onde surge conhecimento (Fleck, 1986b).

Daqui percebemos a importância dos estilos de pensamento na constituição dos factos. Um facto biomédico é resultado de uma forma de pensar condicionada, das tecnologias e

das práticas utilizadas para o analisar (Fleck, 1986b). Pois, de acordo com essa forma de pensar preexistente, de acordo com determinado saber especializado e institucionalizado, surge um discurso específico e, de acordo com Foucault (2008), esse discurso irá criar o objeto de que fala. Da mesma forma que a intervenção sobre um determinado objeto também cria esse mesmo objeto (Lock e Nguyen, 2010).

Verifica-se, portanto, que a gênese dos factos biomédicos pode ter como base a atividade científica com determinados estilos de pensamento, isto é, com ideias e conceitos que permitem ver de determinada forma em determinados contextos. Para isso, a pessoa carece de uma formação nesse sentido, para ver de acordo com certos estilos de pensamento. Então, percebe-se um facto biomédico, através do conhecimento das suas práticas constitutivas (Lock e Nguyen, 2010). Práticas diferentes originam objetos diferentes (Mol, 2002).

Assim, uma entidade biomédica como a toxicodependência, atualmente considerada doença pela biomedicina, só pode existir como resultado de uma intervenção da medicina. Para se compreender este objeto, a toxicodependência, é necessário compreender as práticas que atuam sobre o mesmo.

## **SEGUNDA PARTE – FASE METODOLÓGICA**

## 5 – QUINTO CAPÍTULO: MATERIAIS E MÉTODOS

Um trabalho de pesquisa pode não ser algo totalmente original, porém é sempre “um modo diferente de olhar e pensar determinada realidade a partir de uma experiência e de uma apropriação do conhecimento” que são pessoais (Duarte, 2002: 140).

Inicialmente, o tema a estudar consistiu na análise da construção de uma entidade biomédica, nomeadamente a toxicodependência, que ultimamente tem sido considerada uma doença do cérebro. A escolha de uma pesquisa em torno desta entidade está relacionada ao facto da pesquisadora apresentar experiência profissional na área e, conseqüentemente, uma forte motivação pessoal para aprofundar os estudos sobre o tema. Por outro lado, talvez se anteviesse uma maior facilidade na aquisição de recursos para efetuar o estudo.

O tema inicial foi melhor definido, passando a consistir na análise da construção da toxicodependência como uma entidade biomédica, através das práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde em torno da mesma. Assim, foi delineado o objetivo de compreender de que forma as práticas permitem construir a toxicodependência como doença. Deste modo, procura-se dar resposta à questão de investigação: como é que a toxicodependência, enquanto facto biomédico, é criada na prática?

Para isso, foi efetuado um estudo etnográfico numa unidade de desabitação de substâncias psicoativas localizada no centro do país, a “unidade T” ou “T”, no espaço temporal de setembro a dezembro de 2011, portanto, durante um semestre letivo.

A metodologia utilizada foi baseada na observação participante, com recolha de notas de campo, na realização de entrevistas semidiretivas aos técnicos e na pesquisa de documentos existentes na T. Passo assim a relatar os procedimentos de pesquisa para que seja possível refazer o caminho e avaliar com mais segurança as conclusões obtidas (Duarte, 2002).

Após seleção do tema de pesquisa, foi efetuada uma conversa informal com o diretor da unidade T, apresentando e expondo o objetivo do trabalho e a forma como este se realizaria. O diretor da T, desde logo, mostrou-se recetivo e interessado relativamente a este estudo. Através de um documento escrito, foi solicitada autorização para a realização da pesquisa, obtendo-se parecer positivo, na condição de deixar um exemplar na unidade T. Assim, foi iniciada a recolha dos dados.

A recolha de notas de campo foi efetuada através de uma observação participante, sendo possível observar, escutar, perguntar e recolher a maior quantidade de dados possível acerca do tema, mais tarde complementados com outros aspetos recordados e considerados

pertinentes. Para a coleta de dados foi necessário um caderno, onde foram registadas notas de campo e, por vezes, o computador, ou ainda folhas de papel onde se registava alguma observação pertinente, se o caderno ou o computador não estivessem imediatamente disponíveis.

Relativamente à recolha de notas de campo, esta é considerada vantajosa na medida em que é possível captar comportamentos no momento em que se produzem. No entanto, os registos são passíveis de sofrer influências relacionadas com o envolvimento emocional e valorativo da pesquisadora (Günther, 2006) e com a seletividade da memória (Quivy e Campenhoudt, 1998).

Antes da realização das entrevistas, os técnicos entrevistados assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido para a entrevista, onde foi apresentado, de forma breve, o estudo a efetuar e garantidos a confidencialidade e o anonimato dos dados de identificação, bem como a utilização das informações obtidas apenas para o presente estudo.

As entrevistas apresentaram uma primeira parte, que visou recolher alguns dados de investigação, e uma segunda parte com seis questões semiabertas relativas ao objeto de estudo, que passo a referir:

- “Qual a sua conceção relativamente ao fenómeno da toxicodependência?” – pretende-se perceber de que forma o profissional de saúde compreende a toxicodependência, que significado atribui a esta entidade;
- “Qual o objetivo do internamento na unidade T?” – com esta questão, é possível associar o objetivo do internamento com a conceção de toxicodependência dos profissionais da T;
- “Que estratégias terapêuticas são implementadas na unidade T?” – esta questão surge como complemento da anterior, pretende-se saber, de forma específica, que intervenções são realizadas na unidade para atingir o objetivo do tratamento;
- “Que considerações tece acerca dos contactos efetuados com outros profissionais (pluridisciplinares)?” – permite avaliar a importância atribuída à abordagem multidisciplinar, atualmente inerente ao fenómeno da toxicodependência, além disso, também é possível perceber as relações interpessoais;
- “Qual o papel dos profissionais de saúde na área da toxicodependência em Portugal?” – esta questão é de âmbito mais global e reflete a visão do profissional de saúde que trabalha na área da toxicodependência no contexto português e não apenas no espaço geográfico da unidade T;

- “Qual o impacto da intervenção sobre a toxicodependência na sociedade?” – permite perceber as repercussões da atuação sobre a toxicodependência na sociedade.

Para realização das entrevistas foram selecionados intencionalmente dez profissionais da T considerados “peritos experienciais”, na medida em que trabalham na área da toxicodependência num período igual ou superior a dez anos e, desta forma, possuem conhecimentos particulares e aprofundados sobre a toxicodependência, podendo maximizar a informação que se pretende recolher (Morse, 1994 *in* Fonte, 2005). Os técnicos selecionados inserem-se nas categorias profissionais de médico, enfermeiro, psicólogo, técnico de serviço social e técnico psicossocial.

As entrevistas foram efetuadas via correio eletrónico, sendo que a pesquisadora se manteve disponível para esclarecer quaisquer dúvidas que surgissem. A seleção deste meio comunicacional permitiu economizar tempo, uma fraca diretividade da pesquisadora e a escolha, por parte do profissional, do momento que melhor lhe aprouvesse para responder à entrevista. No entanto, verificaram-se algumas desvantagens, como a não obtenção de resposta por parte de dois profissionais e a impossibilidade de se estar atenta à comunicação não verbal.

O objetivo das entrevistas constou em confrontar as opiniões dos profissionais e a sua atitude relativamente à questão da toxicodependência com os dados observados pela pesquisadora (a entrevista surge como um complemento à observação participante). Assim, é possível analisar o sentido que os técnicos da T dão às suas práticas e aos acontecimentos com que se veem confrontados. Esta recolha de dados subjetivos, relacionados com os valores, as atitudes e opiniões dos sujeitos entrevistados, apenas é possível através da entrevista (Boni e Quaresma, 2005).

Outro dos procedimentos adotados para a recolha de dados consistiu na leitura de documentação existente na unidade T, esta documentação pode ser externa, sendo referido o seu autor, ou interna, redigida pelos profissionais de saúde da T. A leitura de documentação permite economizar tempo, evitar o recurso abusivo de sondagens e aproveitar a riqueza do material documental disponível (Quivy e Campenhoudt, 1998). Dentro da documentação analisada, incluem-se artigos de revistas e documentos internos, elaborados pelos próprios profissionais da T.

Para a análise dos dados, procedeu-se da seguinte forma: as notas de campo foram colocadas em suporte informático e organizadas de forma cronológica e, através de um trabalho de síntese, foi construído um texto que descrevesse como funciona a unidade T na

prática, organizado de forma a demonstrar todo o percurso do utente desde que é admitido em internamento até ao momento da alta. O conteúdo das entrevistas e do material documental da unidade veio complementar os dados recolhidos através da observação participante.

Posteriormente, seguiu-se uma discussão dos dados recolhidos de acordo com um argumento. Pretendeu-se dar resposta à questão de investigação “como é que a toxicodependência, enquanto facto biomédico, é criada na prática?” Para isso, foi efetuado o cruzamento da informação recolhida através da observação participante, das entrevistas e da documentação analisada, com a fundamentação teórica, que incluiu uma pesquisa bibliográfica de autores que forneceram contributo importante para trabalhar este tema.

A realização do presente trabalho etnográfico tem em conta que os “objetos” apenas podem ser compreendidos, considerando que o seu significado os transcende e surge através da compreensão dos “sujeitos”. E, para compreender os sujeitos, é necessário reconhecer que estes sempre foram formados pela sua experiência, história e cultura (Malighetti, 2004). Então, o conhecimento científico não pretende unicamente decifrar o real e construir uma única verdade definitiva de como os factos ocorrem, mas entendê-lo como algo socialmente construído e situado (Bachelard, 1996 *in* Oliveira e Piccinini, 2009).

Ao longo do trabalho, a pesquisadora procurou adotar uma atitude ética e reflexiva, de forma a assegurar um maior rigor na pesquisa qualitativa.

**TERCEIRA PARTE – FASE DE APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE  
RESULTADOS**

## 6 – SEXTO CAPÍTULO: A UNIDADE T NA PRÁTICA

O atual capítulo refere-se aos resultados obtidos através do trabalho de campo. Antes de se “percorrer o caminho” pelo interior da unidade T, é feita uma breve apresentação a fim de melhor situar o leitor. A unidade T funciona num edifício propositadamente construído para o objetivo a que se destina: o tratamento da síndrome de abstinência de substâncias aditivas, ou seja, a desabilitação física dessas substâncias, e a estabilização da comorbilidade psiquiátrica, se existente. Segundo documentação interna da T, o objetivo do internamento visa “permitir ao utente deixar de consumir uma ou mais substâncias causadoras de dependência, sem experimentar os sintomas de privação correspondentes”. A T é uma unidade de internamento de curta duração (sete ou catorze dias) em regime fechado, isto é, os utentes permanecem a maior parte do tempo no interior da unidade sem acesso ao exterior, contudo este é permitido em determinados horários e sob supervisão dos técnicos. A capacidade da T é de doze utentes.

Na unidade T trabalham, em horário fixo, o diretor e médico psiquiatra, a médica de medicina geral e familiar, a psicóloga clínica, o técnico de serviço social, a enfermeira responsável de enfermagem, o técnico de apoio psicossocial e o assistente administrativo. Fora deste horário encontram-se doze médicos de prevenção, são chamados à T pelo enfermeiro, se necessário. Trabalham por turnos, durante as vinte e quatro horas, treze enfermeiros e sete assistentes operacionais. A equipa multidisciplinar sofreu algumas alterações no decorrer do trabalho de campo.

O edifício da unidade T tem três pisos. O “pisso -1” contém a “arrumação”, o “arquivo” e os “vestiários dos funcionários”. O “rés-do-chão” contém a “zona de acolhimento”, a “zona de serviços” e a “zona de internamento”. A zona de acolhimento é a entrada da unidade, com a “receção”, a “sala de espera”, o “gabinete de atendimento” e um WC. A zona de serviços contém gabinetes, o WC de funcionários e a “sala de reuniões”. A zona de internamento é o espaço destinado aos utentes, inclui “sala de estar”, “sala multiusos”, “sala de terapia ocupacional”, “refeitório”, “copa” (os utentes não têm acesso à copa), “gabinete de enfermagem”, “gabinete de psicologia”, WC de utentes e o “espaço exterior”. No “pisso 1” estão a “sala de banho assistido”, a “sala de tratamentos”, a “arrecadação”, a “sala de sujos”, a “sala de limpos”, a “farmácia”, o “posto de observação”, o WC de funcionários, o “quarto de isolamento” e seis quartos duplos com WC.

Este texto está organizado de forma a mimetizar o percurso que o utente efetua desde que é admitido na unidade T até ao momento da alta. Portanto, a sua estrutura é a seguinte:

inicia-se uma referência ao dia de admissões de utentes, o seu ingresso no internamento e a sua integração, este primeiro momento serve para efetuar diagnósticos, seja médico, social ou de enfermagem; segue-se uma referência ao programa terapêutico de uma forma geral, que inclui a farmacoterapia, a psicoterapia e outras abordagens terapêuticas; é efetuada uma referência ao que se passa na T predominantemente sob o ponto de vista dos técnicos e, posteriormente, sob o ponto de vista dos utentes; seguidamente, pretende-se mostrar sinteticamente o dia-a-dia na T e, finalmente, é abordada a questão da alta.

Salienta-se ainda o seguinte: o utilizador dos serviços da unidade T é denominado por esta instituição como “cliente” ou “utente”, utiliza-se a terminologia de utente dada a discussão que pode ser gerada em torno da palavra “cliente”; devido à grande quantidade de substâncias que o utente pode desabituar na T, é dada ênfase à desabituação de heroína e de cocaína; será abordado em maior escala o discurso e a atuação dos profissionais de saúde para formular uma resposta à questão de investigação.

## 6.1 – O DIA DA ADMISSÃO

É sexta-feira, é dia de “admissões” na unidade T (tal como à quinta-feira). Este é considerado um primeiro passo para o grande objetivo, uma vida isenta do consumo de drogas. Geralmente, os utentes admitidos são sinalizados por outras instituições, como Equipas de Tratamento do Instituto da Droga e da Toxicodependência, Instituto Público (IDT, IP), serviços prestadores de cuidados de saúde do Serviço Nacional de Saúde (SNS), unidades privadas de saúde, Organizações Não Governamentais e Instituições Particulares de Solidariedade Social. Geralmente, quando o utente vem encaminhado de uma instituição, já apresenta o diagnóstico de dependência de substâncias e/ou de comorbilidade psiquiátrica e/ou orgânica. A própria pessoa também pode contactar diretamente a T para tratamento. Por vezes, o próprio utente e a sua família reconhecem a existência de um problema de drogas.

O utente Mário (os nomes dos utentes são fictícios) é um dos quatro admitidos que tem que cumprir o processo de admissão estipulado. Cerca das onze horas, o utente dirige-se à receção acompanhado pelo irmão, é recebido pelo assistente administrativo, que efetua a sua inscrição e recebe o tabaco (caso o utente deseje fumar durante o internamento) e uma caução para eventuais despesas, como café ou algum artigo que falte e do qual o utente necessite e que seja permitido na T. Pois, segundo os profissionais da T, deve haver um controlo rigoroso dos objetos que entram para o internamento para não prejudicar o programa terapêutico, a saúde ou a segurança dos utentes e técnicos. Assim, neste primeiro momento, o assistente

operacional recebe os pertences do utente, nomeadamente roupa e artigos de higiene pessoal, para revista.

O utente Mário é encaminhado para consulta médica de entrada. Após as apresentações iniciais, dá-se início a um diálogo, no qual o médico explora a história clínica do utente, incidindo sobre o consumo de substâncias. São abordadas questões como: “que substâncias consome”, “quando iniciou os consumos”, “há quanto tempo consome”, “há quanto tempo está abstinente”, “qual a via de administração de drogas”, “com que frequência consome”, “quando foi o último consumo”, “qual a substância principal?” O médico efetua ainda o diagnóstico de doenças atuais. No caso do utente Mário, e de acordo com o DSM-IV-TR, foi diagnosticada dependência de substâncias, nomeadamente de heroína, que consumia na quantidade de 1 a 1,5g por dia, de forma fumada ou injetada na veia. O utente referiu que, ultimamente, necessitava de consumos mais frequentes para não experimentar a “ressaca”, que a sua vida girava em torno da obtenção de dinheiro para adquirir heroína e que consumia esporadicamente cocaína e haxixe. Em entrevista, um médico da T referiu que os “padrões de consumo se vão modificando”, verificando-se “o policonsumo de múltiplas substâncias legais e ilegais, que surge no início deste século”. Também de acordo com a APA (2000), muitas vezes se verifica o uso simultâneo de várias substâncias. Por exemplo, pessoas com dependência de cocaína frequentemente utilizam álcool, ansiolíticos ou opioides para contrariar os sintomas de ansiedade induzidos pela cocaína. Similarmente, pessoas com dependência de opioides utilizam frequentemente álcool, ansiolíticos, anfetaminas ou cocaína.

É comum verificar-se a existência de comorbilidade psiquiátrica nos utentes, o que complica o curso do tratamento. No entanto, os sintomas de doença mental também podem ser consequência do uso da substância (APA, 2000).

Após o diagnóstico, o médico estabelece um plano de fármacos para o utente a fim de prevenir a sintomatologia de privação e de tratar a comorbilidade. No final da consulta, o utente assina o “contrato terapêutico de internamento”, com consentimento informado, expressando livremente a sua vontade de ingressar na T para tratamento e diagnóstico e comprometendo-se a cumprir as normas do internamento.

Enquanto o utente Mário está na consulta médica, o seu irmão encontra-se em consulta com o técnico de serviço social. Mediante um diálogo, o técnico recolhe dados para efetuar o diagnóstico social. Segundo documentação interna, esta consulta permite “avaliar e recolher dados sociofamiliares e inter-relacionais, identificar e reconduzir expectativas familiares, aferir a manutenção ou recuperação dos vínculos familiares, orientar a família para recursos de

apoio sócio-sanitário, promover e/ou reforçar o envolvimento familiar no processo de tratamento e reinserção do utente e preparar a alta da unidade”.

Após estas consultas, o utente e o seu irmão são encaminhados para consulta de enfermagem. O enfermeiro apresenta-se, fala das regras do internamento, enfatiza a necessidade do seu cumprimento e prepara a alta (informa o irmão do utente que será contactado um dia antes da alta, prevista para a próxima sexta-feira de manhã, e refere a necessidade da alta ser acompanhada). A consulta prossegue apenas com o utente para garantir a confidencialidade dos dados clínicos. O enfermeiro aplica uma entrevista semidiretiva para elaborar diagnósticos de enfermagem e um plano de intervenções. Destaca-se que, ao ser indagado acerca dos três motivos principais pelos quais recorria à T, o utente Mário respondeu que queria levar uma vida “normal”, que vinha pela família e por si próprio. Contudo, destaco outros motivos apresentados por outros utentes: “não tenho dinheiro para a droga”, “estou farto desta vida”, “já perdi muito na minha vida”, “por causa do meu trabalho”, “vim obrigado pelo tribunal”, “quero emigrar”, “quero melhorar a minha saúde”. O utente Mário tinha um historial de tratamentos anteriores, quando o enfermeiro perguntou o motivo da última recaída, este referiu que foi devido a “más companhias”. Outros utentes atribuíram os seguintes motivos à recaída: “amigos”, “problemas familiares”, “problemas no emprego”, “era só para experimentar”, “não sei o motivo”.

Seguidamente, o utente Mário foi encaminhado ao piso 1, à sala de banho assistido, na companhia do enfermeiro (que procedeu à observação física do utente) e do assistente operacional. O utente tomou um banho, como é norma na T, foi-lhe apresentado o seu quarto e, posteriormente, no rés-do-chão, a zona de internamento. O utente é ainda encaminhado ao gabinete de enfermagem para avaliação dos sinais vitais.

Às 14h30min é iniciada a “intervenção psicoterapêutica em grupo”, realizada pela psicóloga com apoio da técnica psicossocial. Esta psicoterapia ocorre três dias por semana: sexta, segunda e quarta-feira, sendo que nestes dois últimos dias é conduzida apenas pela psicóloga. A sexta-feira coincide com a admissão dos utentes, é a primeira sessão, as outras duas dão continuidade à primeira, todas elas adaptam os seus objetivos à evolução do tratamento. Cada uma destas sessões tem a duração de uma a duas horas e ocorre com um número mínimo de três utentes, se estes concordarem em participar e se a sua situação clínica o permitir. Algumas vezes não foi possível concretizar a sessão devido ao facto de alguns utentes se encontrarem com sonolência ou com queixas de sintomatologia de privação, necessitando de repouso ou de cuidados médicos ou de enfermagem.

A sala multiusos é preparada para a intervenção psicoterapêutica. Encontra-se no centro da sala uma mesa com várias fotografias e as cadeiras estão dispostas em círculo em torno da mesa. Está disponível outro material, o leitor de CD, o CD, canetas e pranchetas para escrever. Esta primeira sessão consiste numa apresentação, na promoção da adesão e da motivação para o tratamento, na promoção da adesão ao grupo, pela partilha de afetos e emoções, e no reforço da aliança terapêutica com os técnicos. Após a apresentação inicial dos técnicos e dos utentes, coloca-se música ambiente. A psicóloga solicita aos utentes que circulem em torno da mesa, de forma a observarem todas as fotografias, e pede que escolham uma fotografia. De seguida, é pedido aos utentes para elaborarem um relato escrito sobre “o que vê; o que sente; o que tem a ver consigo”, ao qual se deve dar um título. No final, cada utente apresenta a fotografia escolhida e partilha o trabalho que realizou.

Às 18h30min ocorre a “reunião de acolhimento” dos utentes conduzida pelos enfermeiros. Esta reunião ocorre nos dias de admissões e tem a duração máxima de uma hora. A sala multiusos é preparada, dispendo-se as cadeiras em círculo. Os enfermeiros iniciam a reunião apresentando-se e explicando a dinâmica a ser adotada. Então, é solicitado a cada utente que se apresente e que refira os seus objetivos e expectativas. Os utentes que já se encontravam em internamento devem partilhar a sua experiência acerca do mesmo. Posteriormente, os enfermeiros apresentam e promovem a adesão ao projeto terapêutico e enfatizam a necessidade do cumprimento das normas do internamento. Finalmente, são esclarecidas as dúvidas apresentadas pelos utentes.

A questão das regras foi frequentemente abordada pelos utentes e, muitas vezes, discutida na reunião de acolhimento ou na reunião da manhã (referida adiante). Mencionam-se, de seguida, as regras mais refutadas (retiradas de documentação da T).

A regra relativa à medicação diz que “o utente deve submeter-se à prescrição do médico, sendo informado do tipo de medicação prescrita, benefícios e riscos decorrentes; a toma de medicação será efetuada no momento em que a recebe e na presença do enfermeiro; em caso algum é permitido reter ou ceder a outrem a medicação que é administrada.” Esta regra suscitou principalmente dois tipos de situações. Por um lado, vários utentes apresentaram solicitações constantes de medicação em SOS, referiam que queriam estar a dormir, evitando assim “pensar em droga”, ou temiam a sintomatologia de privação. Por outro lado, haviam utentes que manifestavam constantemente o seu desagrado perante os efeitos secundários da medicação, nomeadamente a sonolência, referiam o seu receio em ficar “como os outros” (sonolentos).

A regra do tabaco pressupõe o seguinte: é admitido o consumo de tabaco apenas no exterior da unidade e em períodos definidos para o efeito (após as refeições do pequeno-almoço, chá da manhã, almoço, lanche, jantar e ceia); em cada período é permitido fumar até dois cigarros fornecidos pela técnica de apoio psicossocial ou pelo assistente operacional; o utente que seja fumador deve entregar ao assistente administrativo, no ato da admissão, seis maços de tabaco, se o internamento for de sete dias, ou doze maços de tabaco, no caso do internamento ser de catorze dias; os maços de tabaco entregues no momento da admissão devem estar selados, no invólucro original, sem sinais de violação do mesmo; é proibido fumar durante a noite ou fora dos períodos estipulados para o efeito; está proibida a cedência, venda ou troca de tabaco no recinto da unidade. Esta regra foi talvez a que originou mais queixas. Os utentes dependentes de nicotina apresentam *craving*, a ânsia de fumar tabaco, e revoltam-se por terem que obedecer ao horário estipulado para fumar que, segundo os profissionais da T, tem em conta a duração dos efeitos da nicotina no organismo. É permitido fumar na T desde que a desabituação tabágica não seja objetivo do tratamento. No entanto, os enfermeiros intervêm no âmbito da prevenção do tabagismo em breves ensinios individuais ou em sessão de educação para a saúde com o grupo de utentes.

Outra regra pressupõe que “o utente não poderá sair das instalações sem ser acompanhado por um profissional da unidade”, evitando o consumo ou a entrada de substâncias no interior da unidade. Esta regra, referente ao internamento em regime fechado, juntamente com a existência de outras regras e de uma rotina diária, levou alguns utentes a verbalizarem sentir-se numa prisão.

Ao questionar profissionais da T acerca da sua conceção da toxicodependência, todos a reconheceram como um fenómeno com várias dimensões, no entanto predomina a visão da toxicodependência como doença. Em entrevista, uma enfermeira respondeu que define a toxicodependência “essencialmente como uma doença, embora dadas as consequências cada vez mais visíveis da toxicodependência na sociedade, principalmente a nível criminal, é difícil dissociá-la completamente deste parâmetro; fora da unidade sou inundada por todos os outros aspetos da toxicodependência que não passam nem pela doença, nem pelo tratamento”, “alertam-nos para todos os outros aspetos que rodeiam a toxicodependência, a questão familiar, social”, “no tempo que estou na unidade tenho de encarar essencialmente a doença”.

O técnico de serviço social também refere que entende a toxicodependência como “uma doença/patologia”, mas acrescenta que a considera de acordo com o “paradigma bio-psico-sócio-cultural”.

## 6.2 – O PROGRAMA TERAPÊUTICO

Assim que um utente é admitido na unidade T inicia a farmacoterapia, prescrita pelo médico na consulta de admissão e administrada pelo enfermeiro, conforme a hora de entrada na zona de internamento. De acordo com a tabela terapêutica, a medicação é administrada diariamente, após o pequeno-almoço, o almoço, o lanche, o jantar e a ceia.

Antes de abordar a farmacoterapia, relembra-se que se irá incidir essencialmente sobre a dependência de duas substâncias, a heroína e a cocaína. Este facto é importante, pois o tratamento, principalmente o farmacológico, tem necessariamente a ver com a síndrome de abstinência que varia consoante a substância de abuso.

A desabituação física das substâncias é efetuada, de acordo com documentação interna da T, “através de procedimentos farmacológicos que facilitam a correção da disfunção cerebral mediante a normalização das alterações neuroquímicas produzidas durante a privação e que são importantes para o equilíbrio da instabilidade emocional e para o regresso dum comportamento profícuo”. Além disso, pretende-se “inverter a conduta motivacional para o consumo de drogas de abuso, resultante da exposição repetida às substâncias em causa, interrompendo o círculo de *stress* repetido e emocionalmente negativo na ausência de produto, que conduz à perda de controlo sobre o consumo”, o que é trabalhado através da psicoterapia e de outras abordagens.

Portanto, o programa terapêutico da unidade T compreende a farmacoterapia, a psicoterapia e outras abordagens terapêuticas.

### 6.2.1 – Farmacoterapia

Relativamente às estratégias terapêuticas implementadas na unidade T, o médico refere que nesta unidade “a intervenção principal é farmacológica, face à dependência física grave que o consumo de substâncias origina”.

A heroína é um opioide semissintético e uma das drogas de abuso mais comuns dentro da classe dos opioides. A cessação ou redução da dose de opioides, após uma utilização em quantidades elevadas e de forma prolongada, provoca uma síndrome de abstinência específica. Contudo, esta síndrome também pode ser despoletada com a administração de um antagonista opiáceo, como a naltrexona (abordada na questão da alta), após um período de uso de opioides (APA, 2000).

A síndrome de abstinência de opioides é caracterizada por sinais e sintomas opostos aos efeitos provocados por estas substâncias, devendo existir três ou mais dos seguintes: humor disfórico; náuseas ou vômitos; dores musculares; lacrimejo ou rinorreia (“pingo no nariz”); dilatação das pupilas, piloereção (“arrepios”) ou sudorese (“suores”); diarreia; bocejos; febre; insônia. Esta sintomatologia causa sofrimento ou danos significativos a nível social, ocupacional ou em outras áreas importantes e não é devida a uma condição médica geral, nem se inclui noutra perturbação mental (APA, 2000).

Como a heroína é uma droga de ação de curta duração, a síndrome de abstinência inicia-se dentro de seis a doze horas após a toma da última dose. No caso de uma droga de longa ação de duração, como a metadona, os sintomas demoram dois a quatro dias a surgir. Os sintomas de privação agudos numa droga de curta duração apresentam o seu pico dentro de um a três dias e diminuem gradualmente num período de cinco a sete dias (APA, 2000), assim se justifica o internamento de sete dias na unidade T para a desabituação de drogas de curta ação de duração, como a heroína e a cocaína.

Para tratamento da síndrome de abstinência de heroína, o médico prescreve determinados fármacos. Segundo um enfermeiro da T, existem três medicamentos que constituem a base da desabituação de heroína: a clonidina (analgésico não opiáceo e antihipertensor), utilizada para o tratamento da síndrome de privação opiácea; o diazepam (ansiolítico, sedativo/hipnótico, anticonvulsivante e relaxante musculoesquelético), utilizado no tratamento da ansiedade e como relaxante musculoesquelético; o tramadol (analgésico opiáceo), utilizado para alívio da dor nos primeiros dias. Podem igualmente ser administrados outros fármacos, incluindo psicofármacos (como ansiolíticos, antipsicóticos ou antidepressivos) e/ou anticonvulsivantes (que se pensa atuarem na estabilização do humor), consoante a situação clínica de cada utente.

Saliento aqui as consultas de enfermagem, que são programadas (na admissão, na alta e diariamente após o pequeno-almoço e o lanche) ou não programadas. As consultas não programadas são efetuadas a pedido do utente (por motivos vários, que incluem preocupações, sintomatologia de privação ou efeitos secundários da medicação) ou quando o enfermeiro considera necessário. Segue-se um exemplo retirado das notas de campo. O utente César, que se encontra na T para desabituar heroína e álcool, diagnosticado com psicose esquizofrénica, tem várias queixas durante o internamento. Cerca das 17h46min apresenta-se no gabinete de enfermagem, referindo dores intensas nas costas e espasmos musculares nas pernas. O enfermeiro questionou o utente sobre a intensidade da dor numa escala de 0 a 10 (0 corresponde a “sem dor” e 10 corresponde a “dor máxima”) ao que este respondeu ser uma

dor de grau 7 (de acordo com a escala, indica uma dor intensa). O enfermeiro consultou o “protocolo de administração terapêutica em SOS” e, de acordo com o mesmo, administrou ao utente tramadol (analgésico), para as dores, e clonazepam (anticonvulsivante), para os espasmos.

Relativamente à cocaína, após o uso de doses elevadas desta substância, de forma prolongada, uma interrupção ou diminuição da dose habitual justifica o aparecimento, dentro de poucas horas, de uma síndrome de abstinência caracterizada por humor disfórico e por dois ou mais dos seguintes sintomas: fadiga; sonhos vívidos e desagradáveis; insónia ou hipersónia; aumento do apetite; lentificação psicomotora ou agitação; ausência da capacidade em obter prazer; *craving*. Estes sintomas causam mal-estar ou prejuízo clinicamente significativos a nível social, ocupacional ou em outras áreas de funcionamento importantes, não são devidos a uma condição médica geral e não se inserem numa outra perturbação mental (APA, 2000). Desta forma, a medicação administrada na desabituação de cocaína inclui essencialmente psicofármacos e anticonvulsivantes.

O utente António veio desabituar cocaína, que consumia diariamente, e reduzir buprenorfina do programa de tratamento de substituição opiácea. Cerca das 8h45min, antes do pequeno-almoço, o utente dirige-se ao gabinete de enfermagem, referindo insónia. O enfermeiro explicou que um dos sintomas mais comuns na desabituação de cocaína é a insónia. Propôs ao utente ocupar-se durante a noite, por exemplo, lendo um livro, mas se a insónia persistisse, informou que lhe poderia ser administrada medicação em SOS para auxiliar o sono.

A farmacoterapia tem em conta a questão neurobiológica do consumo de drogas. As restantes abordagens terapêuticas são efetuadas se a síndrome de abstinência estiver controlada. Segundo um enfermeiro, referindo-se ao objetivo do internamento, “este aspeto é primordial, sem ele não é possível trabalhar outros aspetos que também são foco de atenção neste internamento, como a estabilização psicológica/psiquiátrica ou outros como por exemplo a promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção da doença, concretizados através da educação para a saúde”.

### **6.2.2 – A neurobiologia da adição**

Na unidade T o tratamento da síndrome de abstinência é efetuado tendo em conta o conhecimento de uma base neurobiológica da adição a substâncias psicoativas. Foi disponibilizada alguma bibliografia existente na T, por parte do diretor/médico psiquiatra,

para uma melhor compreensão deste mecanismo que tem vindo, cada vez mais, a reconhecer a toxicodependência como uma doença do cérebro.

O cérebro humano evoluiu para responder a recompensas naturais, como a comida, o sexo, a música. Porém, também as drogas aditivas parecem atuar nos sistemas de recompensa cerebral (Kelley e Berridge, 2002; Smith et al., 2010). Tem sido reconhecido que este sistema depende da via dopaminérgica mesocorticolímbica, a qual compreende os neurónios dopaminérgicos da área tegmental ventral, que se projetam no núcleo *accumbens*, no ventral *pallidum*, na amígdala, no córtex pré-frontal e noutras regiões do córtex anterior e no tronco cerebral (Wise, 1985 in Kelley e Berridge, 2002; Kringelbach e Berridge, 2010). Contudo, também se verifica que este sistema participa em estados emocionais negativos (Salamone, 1994 in Kelley e Berridge, 2002).

Para Kringelbach e Berridge (2010), o prazer envolve o “gostar”, o “querer” e o “aprender”. Atualmente são efetuadas distinções entre o “querer” e o “gostar” nos sistemas de recompensa (Kelley e Berridge, 2002).

Estudos têm demonstrado que determinadas áreas do cérebro apresentam locais ou “*hotspots*”, onde os mecanismos do prazer se encontram suficientemente concentrados para causar um aumento do “gostar” quando ativados pelos neurónios perante um prazer sensorial. Por outro lado, estes locais também representam zonas onde o prazer é diminuído se houver supressão ou danos neuronais (Smith et al., 2010). Estes *hotspots* estão distribuídos, mas interagem, formando um circuito integrado (Kringelbach e Berridge, 2010). Um destes locais situa-se no núcleo *accumbens*. O mecanismo motivacional também parece estar amplamente distribuído nesta estrutura, de forma que o núcleo *accumbens* tanto é responsável pelo “gostar” como pelo “querer”. O núcleo *accumbens* não participa apenas nas recompensas do consumo de drogas, mas também em recompensas naturais. Também se verificou a existência de *hotspots* no ventral *pallidum*, que se localiza posteriormente ao núcleo *accumbens*. O ventral *pallidum* é o caminho final do sistema límbico, recebe projeções do núcleo *accumbens* e das outras áreas e, por sua vez, também projeta nestas estruturas. Desta forma, o ventral *pallidum* encontra-se numa posição-chave para mediar os sinais de prazer no cérebro. O ventral *pallidum* gera o “querer”. Também parecem existir *hotspots* no tronco cerebral, que geram formas elementares de reações afetivas de “gostar” e “desgostar”, e em algumas regiões corticais (Smith et al., 2010).

É importante salientar que o prazer sensorial provém dos circuitos cerebrais do prazer, que operam como um todo, e não de apenas um ponto. Estes circuitos estendem-se desde o córtex pré-frontal até ao tronco cerebral, formando um sistema gerador de prazer natural.

Estudos atuais procuram perceber um único circuito cerebral apto a gerar amplificação do prazer (Smith et al., 2010).

A neurotransmissão mesocorticolímbica de dopamina, ao contrário do que se pensava, não tem impacto no “gostar”, mas sim no “querer”, sendo responsável por processos motivacionais (Kringelbach e Berridge, 2010). Assim, explica-se o motivo pelo qual os toxicod dependentes podem querer mais a droga do que as outras pessoas, mas não necessariamente gostar mais de droga (Steiner et al., 2001 *in* Kelley e Berridge, 2002).

Além da descoberta do mecanismo do prazer no cérebro, também se reconhece que as drogas aditivas induzem neuroadaptações de longo termo a nível estrutural, celular, molecular e genómico (Hyman e Malenka, 2001 *in* Kelley e Berridge, 2002). Parece que recetores de alguns neurotransmissores, como a dopamina e glutamato, desempenham um papel crítico na formação de configurações sinápticas e neuronais envolvidas na motivação e aprendizagem, portanto na questão do “querer” e “aprender”. A ativação coordenada dos sistemas de recetores de dopamina e de glutamato são importantes na adaptação e na aprendizagem da recompensa. Isto contribui para o processamento de informação e comportamento anómalos, resultando em fraca capacidade para tomada de decisões, perda de controlo e compulsividade, que caracterizam a toxicod dependência (Kelley e Berridge, 2002).

### **6.2.3 – Psicoterapia**

Conforme já mencionado, a unidade T complementa o tratamento biológico, por meio de fármacos, com o tratamento psicológico, do qual faz parte a psicoterapia. A psicoterapia acontece de segunda a sexta-feira e compreende a “intervenção psicoterapêutica em grupo” na segunda, quarta e sexta-feira e a “dinâmica em grupo”, na terça e na quinta-feira.

As várias sessões de psicoterapia, e os seus objetivos, são mencionadas ao longo deste capítulo. Isto porque se verificou que estas atividades seguem uma sequência, de forma a estarem adaptadas, não só a cada utente, mas também à fase do tratamento. Assim, apresentam-se as psicoterapias na circunstância do internamento em que são aplicadas.

No entanto, de uma forma geral, pretende-se com estas sessões que o utente reconheça que tem um problema, capacitando-o para a ação. Deste modo, são implementadas estratégias para lidar com os consumos, que incluem tentativas para evitar o contacto com a substância e a procura de suporte social e terapêutico. Promove-se, seguidamente, a manutenção da ação, que engloba o uso de novas capacidades e padrões de estilo de vida que permitam

comportamentos independentes e positivos, sem esquecer a importância da continuidade do tratamento. Nesta fase, trabalha-se no sentido de consolidar os ganhos e prevenir a recaída.

#### **6.2.4 – Outras abordagens terapêuticas**

Ao longo do internamento, os utentes participam em atividades terapêuticas que, de uma forma geral, permitem promover hábitos de vida saudáveis, o espírito de entreajuda, evitando conflitos no grupo, e a adesão ao tratamento. Estas atividades incluem: a reunião da manhã, o passeio pedonal, as atividades desportivas, a sessão de educação para a saúde, as atividades ocupacionais, a reunião de acolhimento (já referida) e o relaxamento.

Ao fim de semana são tomadas algumas medidas para responder ao desconforto dos utentes, pois estes manifestam “temos poucas atividades, não há nada para fazer”. Neste subcapítulo são referidas as abordagens terapêuticas implementadas no fim de semana.

Cerca das 10h15min, os enfermeiros realizam a reunião da manhã com os utentes na sala multiusos. A reunião da manhã ocorre, não só ao fim de semana, mas também de segunda a quarta-feira e tem a duração de cerca de quinze minutos. Geralmente, a reunião inicia-se com a apresentação do enfermeiro, se for caso disso, segue-se uma conversa informal que tem como objetivo resolver conflitos existentes no grupo de utentes, clarificar alguma regra ou promover hábitos de vida saudáveis. Posteriormente, o enfermeiro faz referência às atividades que os utentes têm programadas para o dia, incentivando-os a participar. No fim de semana, são abordadas técnicas não farmacológicas e integrantes de um estilo de vida saudável para lidar com a ansiedade exacerbada pelo tempo livre e pelo internamento em regime fechado, falando acerca da possibilidade de ler livros, ver filmes, jogar ou ainda efetuar um passeio pedonal no exterior, embora dentro do recinto hospitalar.

O passeio é efetuado com um grupo de utentes (que queiram e se encontrem em condições de participar) orientado pelo enfermeiro com o apoio do assistente operacional. Ocorre geralmente cerca das 11h30min e tem a duração de até uma hora. Durante o passeio, os utentes devem obedecer a regras, como por exemplo não se afastarem do grupo.

Às 18h30min, ao sábado, é realizada uma outra atividade conduzida pelos enfermeiros, a “sessão de educação para a saúde”, com duração máxima de uma hora. Nestas sessões abordam-se vários temas, a escolher pelos utentes: hepatite B; hepatite C; VIH/SIDA (Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida); antagonista opiáceo; tabagismo; higiene corporal; higiene oral; alimentação saudável e problemas ligados ao álcool; adesão ao tratamento. Esta sessão efetua-se na sala multiusos, com projeção de um

trabalho em PowerPoint, através do qual o enfermeiro faz a educação para a saúde, interagindo com os utentes para que estes retenham mais informação. No final, os utentes preenchem a folha de “avaliação da sessão de educação para a saúde”, onde avaliam a sessão e apresentam sugestões, desta forma os enfermeiros vão adaptando a dinâmica da atividade aos utentes.

Ao domingo, às 18h30min, é efetuado o relaxamento. Após preparação da sala multiusos, dispendo colchões individuais no chão, onde cada utente se deve sentar, o enfermeiro explica que a sessão se baseia na indução de um relaxamento muscular progressivo, através de exercícios de contração e descontração dos grupos musculares segundo uma ordem específica, e na respiração abdominal. Após os utentes se deitarem sobre o colchão, de barriga para cima e com os braços estendidos ao longo do corpo, coloca-se um CD de relaxamento, com instruções de voz. No decorrer de uma destas sessões, dos quatro utentes que participaram, um adormeceu. No final, foi aplicada a “escala de auto-avaliação da atividade de relaxamento”, onde os utentes localizam o seu estado de tensão muscular numa escala de 1 a 10, em que 1 é “relaxamento total” e 10 representa “tensão muscular máxima” e clarificam esta avaliação. Os utentes afirmaram “o meu relaxamento foi tão bom que quase adormeci”, “senti-me muito bem nesta sessão”, “tentei relaxar um pouco mais, mas devido ao cansaço adormeci” e “acho que se tem bastante relaxamento”. O relaxamento é uma técnica não farmacológica de controlo da ansiedade, do *stress*, da tensão muscular e da dor, previne a insónia e promove a aprendizagem de mecanismos de *coping* (estratégias utilizadas pelo indivíduo para lidar eficazmente com situações adversas).

### 6.3 – OS TÉCNICOS

É segunda-feira e decorre a reunião clínica na sala de reuniões. Esta reunião realiza-se diariamente, exceto aos fins de semana e feriados, das 9h30min às 10h15min. Estão presentes o diretor, a médica, a psicóloga, o técnico de serviço social, o enfermeiro e o assistente administrativo. O enfermeiro começa por fornecer informações acerca da situação clínica de cada utente, individualmente, e de como se passaram os últimos turnos de forma geral. Nesta reunião é debatida a situação clínica e social de cada utente para decidir o seguimento mais adequado ao tratamento. Após a reunião clínica existe um espaço para consultas individuais com o médico, a psicóloga e o técnico de serviço social, se estes considerarem necessário ou se o utente tiver solicitado alguma destas consultas ao enfermeiro.

Para os profissionais de saúde entrevistados, o objetivo do tratamento visa “parar os consumos e desintoxicar da substância que está a consumir”, “intervir face à necessidade de se manter sem consumos após a alta”, “ter ainda em atenção cuidados de saúde que possam ser necessários para aquele utente e naquele período de internamento”, “reequilíbrio emocional”, “estabilização psiquiátrica”, “um tempo de repouso para as famílias e/ou pessoas significativas”, “indução do antagonista (por exemplo, dos opiáceos), que assume especial importância na prevenção da recaída ou no seu retardamento”, “levar à mudança do estilo de vida”, “resolver situações de cariz social e/ou familiar”, “abrir caminho para o utente continuar o tratamento”.

Na consulta médica de seguimento pretende-se avaliar o estado do utente, avaliar a resposta ao tratamento, nomeadamente efeitos secundários, interações medicamentosas, intolerâncias, detetar patologias psiquiátricas ou orgânicas que possam ter surgido, detetar outras patologias de abuso/dependência de outras substâncias, efetuar possíveis alterações ao tratamento e aos seus objetivos, identificar com o utente os momentos ou situações em que é mais vulnerável ao consumo e explorar estratégias defensivas. Além de se adaptar o plano terapêutico ao utente, trabalha-se na questão da recaída.

A consulta com a psicóloga promove a reflexão sobre a prevenção da recaída, com o objetivo de reforçar a motivação para a adesão e continuidade do tratamento. Realiza-se uma avaliação e um diagnóstico psicológico das funções cognitivas, do estado emocional, do comportamento e da psicopatologia associada. A avaliação psicológica do utente não decorre apenas durante a consulta de psicologia, mas também através de observação direta em contexto informal ou durante a intervenção psicoterapêutica de grupo.

A consulta com o técnico de serviço social engloba todas as intervenções com a finalidade de apoio social ao utente. Segundo documentação interna da T, “aqui se incluem a informação sobre recursos sócio-comunitários, ajudas técnicas, encaminhamento para estruturas de apoio social (emprego, formação, saúde) e marcação de consulta pós-alta”.

A “consulta de apoio e aconselhamento”, também efetuada pelo técnico de serviço social, consiste no estabelecimento de uma relação terapêutica com o utente. Pretende-se perceber as dificuldades do utente sob o seu ponto de vista e ajudá-lo a ver o problema de uma forma mais clara ou sob uma nova perspetiva. Assim, é permitido ao utente implementar mudanças na sua vida.

Percebe-se que estamos perante uma equipa multidisciplinar que trabalha com objetivos comuns. Uma das questões da entrevista inclui as considerações acerca dos contactos efetuados com outros profissionais de saúde, como respostas foi reforçada a ideia

que “a intervenção em dependências só faz sentido se for realizada com uma equipa multidisciplinar; são múltiplos os fatores que levam um indivíduo aos consumos, costuma-se dizer que é o resultado do encontro de uma certa pessoa, com uma determinada substância e num determinado contexto, para atuar nestes fatores todos é importante um trabalho de equipa e com intervenções multidisciplinares”.

No entanto, também foi referido que “a comunicação acontece e é boa, contudo poderia atingir melhores níveis desde que existisse um melhor nível de confiança e conforto entre todos os profissionais”, “relativamente aos restantes elementos da equipa a comunicação deveria ser melhorada”, “seria benéfico uma maior articulação entre as várias áreas de intervenção”, “os outros profissionais desconhecem concretamente o que fazemos e as técnicas que desenvolvemos com os utentes”.

Às 10h30min há um espaço para atividades desportivas, levadas a cabo pelo técnico de serviço social com o apoio da técnica psicossocial. De acordo com documentação interna, as atividades físicas “visam a descompressão física e mental, a mobilização e ativação muscular e o reforço do sentimento de coesão grupal”. Esta atividade ocorre no exterior da T, no recinto desportivo, apenas à segunda-feira, excetuando a primeira segunda-feira de cada mês, que coincide com a hora da reunião geral.

Cerca das 14h30min ocorre a segunda intervenção psicoterapêutica em grupo. O objetivo passa por identificar os antecedentes de um processo de recaída. De acordo com conversas informais com os profissionais da T, este constitui um grande objetivo no qual os profissionais de saúde incidem, pois o sucesso do tratamento diz respeito ao comportamento do utente após a alta e não só a uma semana.

A sala multiusos é preparada com uma mesa ao centro e as cadeiras são dispostas em torno da mesa. Dando início à sessão, a psicóloga solicita aos utentes que escrevam, individualmente, a história de uma recaída sua ou que façam uma lista de situações de consumo de drogas. Segue-se a partilha das histórias de recaída ou situações de consumo de drogas. Realiza-se a análise das situações individuais. Esta sessão tem como objetivo reconhecer a recaída como um processo, diferenciando-a de um consumo esporádico, de forma a identificá-la e assim poder ultrapassá-la mais facilmente. De modo sucinto, são abordados os sinais que antecipam o processo de recaída para melhor o controlar, são identificadas as dificuldades individuais na manutenção da abstinência, é explicada a aprendizagem e manutenção dos comportamentos de consumo e é efetuada uma análise de consequências que derivam dos comportamentos.

Na opinião de um enfermeiro, ao ser indagado sobre a sua conceção do fenómeno da toxicod dependência, este responde que a toxicod dependência “resulta da conjugação de alguns fatores que propiciam o seu aparecimento e desenvolvimento, como a personalidade, a educação e o afeto oferecido pelos pais, as companhias/amigos, o local/contexto de oferta”. Se o utente reconhecer estes fatores, mais facilmente previne a recaída.

Os profissionais de saúde da área da toxicod dependência têm um papel na sociedade que, segundo os técnicos da T, “passa pela prevenção, redução de danos, promoção da saúde, tratamento e reabilitação dos utentes com dependência de substâncias de abuso (lícitas ou ilícitas)” ou ainda, de forma complementar, pela “prevenção primária, tratamento (ambulatório e internamento), redução de riscos e minimização de danos, reinserção e investigação”. Outro técnico acrescentou que existe uma “intervenção em todas as áreas que são afetadas pela toxicod dependência: física, psicológica, reinserção social, profissional, familiar”.

O papel desempenhado pelos profissionais, por sua vez, tem um impacto na sociedade. Segundo os próprios, “quando os utentes estão internados para desabilitação física ou em programas de reabilitação nas comunidades terapêuticas, a família pode descansar, os tratamentos permitem aos próprios utentes ganhar qualidade de vida e, através da educação para a saúde e outros programas (como a troca de seringas na farmácia), reduz-se a transmissão de doenças infetocontagiosas e de doenças sexualmente transmissíveis”. Um outro técnico acrescenta “a prevenção e dissuasão dos consumos de substâncias psicoativas, redução de riscos e minimização de danos, prevenção dos comportamentos aditivos (das drogas, do álcool, dos medicamentos ou outros), reabilitação e reinserção social (regresso ao mundo profissional, familiar), diminuição do tráfico de drogas, diminuição da delinquência e conflitualidade social, diminuição da prostituição”. Há “um impacto benéfico na sociedade, tanto a nível social como económico, quer pela prevenção da criminalidade, do absentismo, da influência nefasta dos problemas do consumo a nível familiar e social”. Outro profissional refere que “na década de noventa o consumo de drogas estava associado a comportamentos de risco, com aumento significativo na população toxicod dependente de casos de seropositividade para o VIH e das hepatites B e C, estava também associada à pobreza e a comportamentos de marginalidade e criminalidade, ao ponto da população portuguesa considerar nessa altura que a toxicod dependência era o problema número um para Portugal; hoje este problema é referido como a oitava preocupação dos portugueses.” Há ainda quem acrescente que “a intervenção passa muito por um processo de controlo, ou seja é preciso regular os indivíduos que consomem.”

Após apresentar predominantemente a atividade e opinião dos técnicos de saúde da T, passo a referir a perspetiva dos utentes acerca do internamento.

#### 6.4 – OS UTENTES

É terça-feira, os utentes encontram-se na sala de terapia ocupacional com o técnico psicossocial, que orienta e supervisiona as atividades ocupacionais. Estas atividades decorrem de segunda a sexta-feira entre as 10h30min e as 13h. Pretende-se estimular a criatividade com trabalhos que incluem a moldagem em gesso, a pintura, o desenho, a escrita, trabalhos com missangas e jogos de dinâmica de grupo. Estas atividades mantêm o utente centrado num objetivo, de modo a evitar o aparecimento de outros estímulos que se possam associar à memória dos consumos e conseqüente desmotivação para a continuidade do tratamento.

Existem também, na sala de terapia ocupacional, jogos de mesa: cartas, xadrez, dominó, póquer, trivial, monopólio, puzzles. Além disso, os utentes podem ter atividades no exterior, supervisionados pelos técnicos, com jogos como basquetebol, futebol, badmington, pingue-pongue, malha. Desta forma, pretende-se proporcionar momentos de lazer, diversão, relaxamento, aprendizagem e aumento da espontaneidade, da autoestima e da coesão de grupo. Estes momentos permitem aprender a lidar com situações de maior ansiedade.

De facto, os utentes aderem a estas atividades ocupacionais, que absorvem muito da sua atenção. Alguns utentes deixam poemas, desenhos, para a unidade T, que são afixados na sala de terapia ocupacional, outros centram-se em trabalhos manuais para oferecer às famílias após a alta. Por vezes, a técnica psicossocial deixa material para os utentes continuarem determinada atividade no fim de semana (geralmente o material de trabalhos manuais é recolhido no final e guardado pela técnica psicossocial, tanto por uma questão de preservação do material, como por uma questão de segurança, por vezes são utilizadas tesouras para os trabalhos). É comum os utentes terem gosto nestas atividades e referirem que é um meio de controlar a ansiedade sentida quando “não há mais nada para fazer”.

Cerca das 14h30min é efetuada a “dinâmica de grupos” pelo técnico de serviço social, com a colaboração da técnica psicossocial, tendo a duração de cerca de 1h30min. A dinâmica de grupos ocorre na sala multiusos. Pretendem-se alcançar os seguintes objetivos: reconhecimento do corpo; reforço do sentimento de coesão grupal; gestão emocional; consciencialização de si; elaboração e tomada de decisões.

As sessões iniciam-se com a passagem de uma “ficha de avaliação” que consta de seis afirmações: “eu tenho uma opinião bem definida acerca do meu próprio corpo”; “as minhas

escolhas e as minhas opções têm a ver com as minhas emoções”; “eu sinto-me bem no meu próprio corpo”; “eu sinto quando estou tenso”; “eu sinto quando estou tenso e sei o que fazer para relaxar”; “eu sei controlar as minhas emoções e os meus sentimentos”. Cada uma destas afirmações apresenta uma escala, de 10 a 20, na qual os utentes têm que se posicionar relativamente à veracidade dessa afirmação para si próprio (10 significa que o utente se identifica totalmente com essa afirmação e 20 que não se identifica).

Após o preenchimento da ficha, os técnicos e os utentes apresentam-se. Depois, são efetuados “jogos de aquecimento e de dinâmica de grupos”, “técnicas de exploração corporal e sensorial”, “técnicas psicodramáticas” e “técnicas de utilização terapêutica pelo som”. Pretendem-se trabalhar algumas áreas como a auto-apresentação, a exploração corporal, a comunicação interpessoal, a autoestima, a autoconfiança, técnicas de controlo do *stress*, o reconhecimento de influências ou os valores. Seguidamente, é efetuado um debate em grupo sobre as experiências de cada utente.

No final da dinâmica, é pedido aos utentes que preencham uma ficha idêntica à fornecida no início da sessão para comparação. Verificou-se, no geral, que as respostas dos utentes se identificaram mais com as afirmações após terem participado na sessão.

De acordo com documentação interna da T, através desta dinâmica, contribui-se para que os indivíduos descubram, através da prática de um viver/sentir grupal, um modelo de funcionamento individual melhor adaptado à vida social. Desta forma, o grupo incentiva uma melhor compreensão dos problemas diferenciados, permitindo desenvolver a motivação, o interesse e a responsabilidade nas relações.

Salienta-se que, no final da dinâmica de grupo, comumente ocorre uma maior comunicação por parte dos utentes sobre aspetos particulares das suas vidas ou o revelar de experiências traumáticas, alguns manifestam-se com choro intenso, no entanto verbalizam melhorias no seu bem-estar.

Extrapolando para fora da sala multiusos, onde ocorrem as abordagens terapêuticas, os utentes permanecem grande parte do internamento na sala de convívio, no sofá, onde uns dormem e outros veem televisão, ou ocupados na sala de terapia ocupacional.

É comum verificar que os utentes se apresentam sonolentos principalmente nos primeiros três dias de internamento. De acordo com os técnicos, esta situação sucede-se por haver efeitos cumulativos da substância de abuso, ainda em circulação no organismo, e da medicação administrada assim que o utente ingressa na T. Após estes primeiros três dias há melhorias, mantém-se, porém, alguma sonolência, que é um dos efeitos secundários da medicação. Alguns utentes referem sentir-se bem nestas condições, “o internamento é mais

fácil”, segundo os próprios. Outros manifestam o seu desagrado porque se sentem contidos, neste caso é uma contenção química através de psicofármacos.

Houve a situação de um utente que se queixou de “perda de identidade”, refere que perdeu o seu título académico e passou a ser apenas mais um utente. Este utente manteve-se reativo ante as normas do internamento, a medicação, que lhe provocava ligeira sonolência, e o facto de estar inserido numa rotina e limitado àquele espaço, comparando-o a um “regime prisional”. Não só este utente discordou das regras, outros o fizeram, tecendo críticas constantes e, por vezes, tentando “quebrar” as regras. Algumas vezes verificou-se uma certa agressividade direccionada aos técnicos de saúde. A intervenção dos técnicos perante esta reatividade dos utentes consistia essencialmente em reforçar a autoconsciência da doença (toxicoddependência) e promover a adesão ao projeto terapêutico, lembrando dos benefícios de uma vida isenta de drogas. Os profissionais da T também referiram que é necessário “proteger” os utentes que estejam “motivados” e que sejam “colaborantes”, relativamente ao tratamento, de eventuais más influências do grupo.

Porém, apesar desta visão negativa ou reativa dos utentes, outros manifestaram o seu agrado para com o internamento e verbalizaram que “em casa” não conseguiriam, alguns inclusive tinham história de várias tentativas (sem sucesso) de desabitação no domicílio com receita médica para alívio da sintomatologia de abstinência.

A relação entre técnicos e utentes mostrou-se “terapêutica”, isto é, os técnicos sempre promoveram a adesão ao programa terapêutico, que compreende a aceitação das normas, mesmo que isso por vezes trouxesse reações desagradáveis dos utentes. Estas reações, por vezes, foram atribuídas a patologias psiquiátricas preexistentes ou ao *craving* e medicadas.

Acrescenta-se ainda que alguns utentes não reconheceram sofrer de uma doença, afirmando “gosto de droga”, “quando consumo nunca estou doente” e que continuariam a consumir se os consumos não trouxessem problemas, principalmente relacionados com a falta de dinheiro.

Muitas vezes os utentes queixam-se que não são compreendidos, que são discriminados na sociedade e mesmo dentro da T. Um utente, em conversa, referiu que não consegue arranjar emprego porque é discriminado por ser “toxicodpendente” (como o próprio se autodenominou). Foi-lhe dito que ele é uma pessoa e não apenas “toxicodpendente”, tem as suas experiências, as suas qualidades e defeitos, direitos e deveres. O utente respondeu que ninguém o considera dessa forma. Outros utentes que ouviam a conversa concordaram de imediato com a discriminação de que são alvo. Por vezes,

um ou outro utente acusou algum técnico da T de o estar a discriminar, por exemplo, quando lhes era lembrada alguma regra.

Os efeitos secundários da medicação constituíram, algumas vezes, uma barreira para uma melhor comunicação com os utentes na T.

## 6.5 – UM DIA NA UNIDADE T

Apresenta-se, agora, de forma sumária um dia na unidade T, tomando como referência uma quarta-feira. Esta informação também vai de encontro ao “cronograma de atividades” dos utentes. Verificou-se que a dinâmica de funcionamento da T obedecia a uma rotina diária, com ligeiras alterações especificadas no decorrer deste subcapítulo.

Cerca das oito horas o assistente operacional encontra-se no piso 1, desperta os utentes, que estão nos quartos, incentiva os cuidados de higiene e a fazer a cama. Os utentes devem solicitar lâmina de barbear ou corta-unhas, se necessitarem, ao assistente operacional, pois estes objetos estão guardados à parte por poderem constituir perigo, tanto para o próprio como para terceiros. De seguida, o assistente operacional encaminha os utentes (pelo elevador) para o piso inferior, para a zona de internamento. Os utentes são apressados para a toma do pequeno-almoço, pois as refeições, consultas, atividades, têm o seu horário, o seu encadeamento.

Os enfermeiros encontram-se na sala de reuniões a passar o turno, informando os colegas que vão entrar de turno acerca dos acontecimentos das últimas oito horas. A passagem de turno ocorre às oito, dezasseis e vinte e quatro horas.

Às nove horas, os utentes tomam o pequeno-almoço, geralmente não há atrasos ou grandes atrasos, pois de seguida devem dirigir-se ao gabinete de enfermagem. No final do pequeno-almoço, assim como ao final do almoço, é permitido aos utentes beber um café. Verifica-se nesta hora alguma ansiedade por parte dos utentes para a toma da medicação, pois alguns já apresentam leves queixas de sintomatologia de privação. A última toma de medicação ocorreu às 22h30min do dia anterior, nessa hora a dose é superior, tendo em conta a preparação de uma noite sem insónia e sem queixas. No geral, a ansiedade pelo primeiro cigarro da manhã também é elevada, na medida em que o último período em que é permitido fumar é após a medicação das 22h30min.

Cerca das 9h20min os utentes dirigem-se, um por um, ao gabinete de enfermagem. Nesta altura há uma consulta de enfermagem programada, com duração variável consoante a

necessidade do utente, e segue-se a toma da medicação prescrita. Na consulta, o enfermeiro avalia rotineiramente a tensão arterial, o pulso, a dor e a ansiedade.

No final do pequeno-almoço (e de qualquer outra refeição) e da toma da medicação prescrita, os utentes dirigem-se ao exterior para fumar os dois cigarros, durante um período de meia hora, se assim o entenderem. Os cigarros são fornecidos pelo assistente operacional ou pela técnica psicossocial e é disponibilizado um isqueiro que deve ser devolvido no final.

Às 9h30min dá-se início à reunião clínica entre os profissionais de saúde da T.

Às 10h15min é a reunião da manhã com os utentes e o enfermeiro.

Entre as 10h30min e as 13h, há terapia ocupacional orientada pela técnica psicossocial na sala de terapia ocupacional ou no exterior. À mesma hora podem decorrer consultas: médica, de psicologia, de enfermagem, social e, à terça e quarta-feira, a consulta de apoio e aconselhamento também efetuada pelo técnico de serviço social.

Às onze horas os utentes tomam o “chá da manhã”.

Às 11h30min está preconizado o início da indução do antagonista opiáceo para os utentes que têm indicação e prescrição médica para o fazer e que têm alta no dia seguinte. Por isso, a indução desta medicação geralmente ocorre à quarta-feira (para utentes com alta à quinta-feira) e à quinta-feira (para utentes com alta à sexta-feira). O utente dirige-se ao gabinete de enfermagem e o enfermeiro induz o antagonista opiáceo, de acordo com o protocolo da T, depois de ter efetuado “ensino” sobre o medicamento e de esclarecer possíveis dúvidas do utente.

Na véspera da alta, o enfermeiro efetua contacto telefónico com o familiar de referência de cada utente para o acompanhamento na alta. Este procedimento visa assegurar a saída do utente em segurança. Não é recomendável sair sozinho ou conduzir devido ao tipo de medicação que é administrada durante o internamento.

Às treze horas é o almoço. A louça é de plástico, à exceção dos talheres, que são sempre contabilizados no final de cada refeição pelo assistente operacional. No final do almoço, os utentes dirigem-se ao gabinete de enfermagem para tomar a medicação prescrita. Após a toma da medicação podem fumar no exterior.

Cerca das catorze horas os utentes são encaminhados ao quarto para efetuar a higiene oral, hábito promovido pelos técnicos da T por fazer parte de um estilo de vida saudável.

Às 14h30min existe a terceira e última intervenção psicoterapêutica em grupo, que engloba estratégias para prevenir a recaída. A psicóloga inicia a sessão e solicita aos utentes que enumerem situações e atividades que promovam comportamentos alternativos ao consumo de drogas, destacando especialmente as atividades prazerosas. Segue-se um período

de discussão, onde se tentam abordar os seguintes temas: estratégias de *coping* perante o desejo de consumo; estratégias de *coping* perante estímulos externos; criação de novos ambientes; estratégias para enfrentar a pressão face ao consumo, a capacidade de “dizer não”; habilidades de *coping* perante “maus” pensamentos; auto-reforço; fixação de metas.

No caso do período de internamento ter duração superior a sete dias, adotam-se nas sessões de intervenção psicoterapêutica estratégias específicas em função da situação clínica de cada utente. Um dos temas abordado frequentemente é a motivação para a abstinência, solicitando-se aos utentes a elaboração de uma lista sobre os motivos para consumir e para não consumir.

Às 16h30min os utentes lancham e, posteriormente, dirigem-se ao gabinete de enfermagem para consulta, com avaliação rotineira de temperatura, dor e ansiedade, e toma da medicação prescrita. Os utentes têm novo tempo livre no exterior.

Às 18h30min ocorre a sessão de educação para a saúde em grupo na sala multiusos. Como já foi abordado, à mesma hora, à quinta e sexta-feira, ocorre a reunião de acolhimento. Ao domingo realiza-se o relaxamento. Estas atividades são orientadas pelos enfermeiros. À quarta-feira a sessão de educação para a saúde é sobre o antagonista opiáceo, pois coincide com o dia em que alguns utentes iniciam a indução. Nesta altura, os utentes são informados sobre o antagonista, são alertados acerca dos benefícios e dos riscos inerentes à sua toma e são esclarecidas as dúvidas.

Às 19h30min é hora do jantar, posteriormente os utentes devem dirigir-se ao gabinete de enfermagem para toma de medicação e, então, ao exterior, onde permanecem cerca de meia hora. Segue-se um período de tempo livre. Neste período, observa-se maior sonolência nos utentes, que solicitam para ir para o quarto, no entanto o acesso ao quarto é restrito durante o dia, salvo no final do almoço ou se a situação clínica do utente o justificar.

Às 22h30min é a ceia, após a qual é igualmente administrada medicação prescrita. É o último período do dia no exterior.

Cerca das 23h, o mais tardar às 23h20min, os utentes são encaminhados aos quartos no piso 1, onde devem permanecer até às 8h do dia seguinte. Durante a noite, os utentes dispõem de uma campainha, que devem tocar se necessitarem, dispõem de um relógio de parede que, segundo os técnicos da T, foi colocado em cada quarto para minimizar a ansiedade dos utentes por não saberem as horas, pois as persianas estão corridas, sendo abertas apenas de manhã pelo assistente operacional (o mecanismo de abertura das persianas está restrito aos utentes).

No final de qualquer intervenção mencionada no decorrer do capítulo, os técnicos efetuam registos em folha própria no processo clínico dos utentes.

Salienta-se ainda que os utentes são permanentemente supervisionados pelos técnicos, a própria unidade apresenta um sistema de videovigilância na zona de internamento.

## 6.6 – A QUESTÃO DA ALTA

Existem três tipos de alta na unidade T: a alta por conclusão do projeto terapêutico, designada “alta clínica”, a alta por interrupção voluntária do tratamento por parte do utente, denominada “alta voluntária”, e a alta por expulsão do utente, a “alta administrativa”.

No dia da alta clínica, após a toma do pequeno-almoço e da consulta de enfermagem com toma de medicação prescrita, o utente é encaminhado pelo assistente operacional ao piso 1, ao quarto, para acondicionar os seus pertences. Desce novamente ao rés-do-chão, para a zona de acolhimento, sala de espera, onde estão os seus familiares.

O enfermeiro efetua a “consulta na alta” com o utente e seus familiares, se o utente consentir que estejam presentes. Na consulta, é entregue a receita médica e são efetuadas explicações acerca da toma correta da medicação prescrita, é entregue uma pequena chapa de identificação de utente medicado com naltrexona (se for o caso) e um documento com a data das consultas na instituição que dará seguimento ao tratamento do utente. Estas consultas são previamente marcadas pelo técnico de serviço social. O enfermeiro reforça ainda a continuidade de adesão ao processo terapêutico para prevenção da recaída.

Após consulta de enfermagem, o utente e familiares dirigem-se à receção, onde o assistente administrativo fornece à pessoa responsável o remanescente do dinheiro e tabaco, entregues na admissão.

É efetuada uma articulação com a instituição de seguimento do utente após a alta através da “nota de alta”, enviada pelo médico da T para o médico de referência do utente, e da carta de enfermagem, enviada pelo enfermeiro para a equipa de enfermagem da instituição de seguimento. As instituições que dão continuidade ao tratamento do utente incluem: Equipas de Tratamento do IDT, IP; Unidade de Alcoologia; Centros de Saúde e Unidades de Saúde Familiares do SNS; Hospitais.

Salienta-se a questão, já abordada de forma breve, do antagonista opiáceo. Na desabituação de heroína, e se o utente tiver indicação para tal, no dia anterior à alta clínica é induzido com pequenas doses um medicamento antagonista de opiáceos, o cloridrato de naltrexona. A naltrexona é administrada no dia da alta e prescrita na receita médica, devendo

o utente cumprir a toma desta medicação pelo menos durante o período de um ano ou no período combinado com o seu médico. Este medicamento diminui o desejo pelo consumo de heroína e outros opiáceos, e assim previne a recaída, e ocupa os recetores de opiáceos no organismo, pelo que, se o utente consumir opiáceos enquanto toma o antagonista, pode haver desalojamento do antagonista dos recetores e, conseqüentemente, uma sobredosagem/*overdose* de opiáceos, que vão ocupar esses recetores. Esta situação pode levar à morte.

Considera-se que o primeiro ano após a situação de dependência é uma altura de elevado risco para a recaída (APA, 2000). Alguns estudos consideram que as taxas de recaída são relativamente elevadas após o momento da abstinência, independentemente do tratamento ser ou não numa instituição. Por exemplo, de acordo com algumas pesquisas, cerca de 60% das pessoas com dependência de heroína recaem no prazo de três meses após o fim do tratamento (Logan e Marlatt, 2009). Por isso, é aconselhado aos utentes o seguimento em consultas após a alta e o cumprimento da medicação antagonista, ou outra, prescrita na T.

No caso de alta voluntária, em que o utente interrompe o internamento por vontade própria, ou de alta administrativa, em que o utente é expulso pelo incumprimento de alguma das regras do internamento, não é prescrita a receita médica. No entanto, os restantes procedimentos são mantidos, principalmente a promoção da continuidade de tratamento na instituição de referência.

De seguida, apresenta-se uma das situações de alta voluntária presenciadas. O utente Sérgio dirigiu-se ao gabinete de enfermagem, verbalizando que tenciona abandonar o internamento (muitas vezes, os utentes dirigem-se diretamente ao gabinete de enfermagem, localizado na zona de internamento). O enfermeiro efetua uma consulta de enfermagem não programada com o utente, avalia o estado de consciência e a orientação auto e alopsíquica e questiona acerca dos motivos do pedido de alta. Esses motivos devem ser escritos no “questionário dos motivos para alta voluntária” pelo próprio utente (até três motivos). Neste momento, o enfermeiro promove a adesão ao projeto terapêutico, desperta no utente a autoconsciência da doença, dialoga sobre a possibilidade de recaída e confronta o utente com os motivos que este apresentou para o seu internamento no momento da admissão. O utente Sérgio refere que pede alta pelo motivo único de não poder fumar quando quer. O enfermeiro refere que pode ajudar a combater o *craving* do tabaco, aconselha o utente a ocupar-se com a televisão, um filme ou um livro e, no caso de não resultar ou de não querer, fala da possibilidade de administrar um ansiolítico (em SOS). O utente recusa qualquer intervenção e refere querer alta da mesma forma.

Após consulta de enfermagem, o utente é encaminhado para consulta médica. Fala com o médico sobre os seus motivos, o médico refere a necessidade de cumprimento das normas do internamento e promove a adesão ao programa terapêutico, porém o utente mantém a sua decisão e assina o “termo de responsabilidade”, tem alta voluntária.

O enfermeiro contacta o familiar de referência, neste caso a mãe do utente, informando-a da alta do mesmo e que este pretende sair sozinho (apurado em consulta médica e de enfermagem).

O assistente operacional acompanha o utente ao piso 1 para acondicionar os seus pertences e, seguidamente, à receção. O assistente administrativo entrega o remanescente do dinheiro e tabaco do utente ao próprio.

Existe um diálogo constante entre os técnicos para se manter este encadeamento nos procedimentos. No final, o enfermeiro entrega ao utente Sérgio a medicação que este trazia do domicílio e aconselha-o a dirigir-se à unidade de saúde onde estava a ser seguido. Posteriormente, os técnicos efetuam registos no processo clínico. O enfermeiro envia uma carta de enfermagem para a equipa de enfermagem que seguia o utente em ambulatório e o médico envia a nota de alta para o médico de referência.

Os internamentos na unidade T têm a duração de sete a catorze dias, consoante a substância a desabituar e a evolução da situação clínica dos utentes, conforme já mencionado. Os internamentos de catorze dias ocorrem no caso de desabitação de drogas de longa ação de duração, como a metadona e o álcool (situações não exploradas neste trabalho), e sempre que se considere necessário após avaliação da equipa multidisciplinar. Preconiza-se que o tempo de internamento deve ser o estritamente necessário para a desabitação física das substâncias, pois, segundo conversas informais com os profissionais da T, com o prolongar desnecessário do internamento, diminui a adesão do utente ao mesmo.

A intervenção dos profissionais de saúde da T termina no momento da alta, no entanto reconhecem e promovem a necessidade de continuidade do tratamento para o utente permanecer abstinente. Segundo os profissionais, este foi um primeiro passo do tratamento que compreendeu a paragem dos consumos e a retirada da dependência física. Conforme referido acerca da neurobiologia da adição, as neuroadaptações decorrentes da toxicodpendência justificam o permanecer de uma dependência psicológica que carece de um maior período de tratamento, por vezes toda a vida.

## 7 – SÉTIMO CAPÍTULO: AS PRÁTICAS CONSTITUTIVAS DA TOXICODEPENDÊNCIA

Com o presente trabalho etnográfico pretende-se refletir sobre a questão: como é que a toxicodependência, enquanto facto biomédico, é criada na prática? Este capítulo constitui a discussão sobre o trabalho etnográfico efetuado na unidade T.

O eixo desta reflexão prende-se com a ideia de Mol (2002) de que as práticas que atuam sobre um objeto, de certa forma, atribuem um sentido ao objeto e, assim, criam esse mesmo objeto. A autora comparou este pensamento à identidade de uma pessoa, que considerou não ser algo dado, mas praticado. Neste sentido, aquilo que define a pessoa tem a ver com os seus atos, que a caracterizam.

Logo, uma doença torna-se parte das práticas que a constituem, assim como a toxicodependência na T se torna parte das intervenções dos técnicos sobre a mesma. Além disso, ainda de acordo com Mol (2008b), diferentes práticas médicas criam objetos diferentes e, assim, realidades múltiplas que se relacionam entre si. Na T verifica-se a existência de práticas diferentes para lidar com a toxicodependência, então, a toxicodependência emerge como um objeto diferente consoante a intervenção que sobre ela atua.

Para além da visão dos técnicos acerca do fenómeno da toxicodependência, existe ainda a versão do utente, é ele que vive com a sua toxicodependência e, naturalmente, a sua perspetiva difere de alguma forma das perspetivas dos profissionais de saúde (Mol, 2002).

Para Mol (2002), é importante o local onde se intervém sobre determinada doença, pois cada um apresenta as suas práticas. Naturalmente, as práticas que atuam sobre a toxicodependência na T, já descritas, são diferentes das práticas que atuam sobre este fenómeno dentro de um laboratório ou na comunidade. Verifica-se, portanto, que para falar da toxicodependência, ou de qualquer outro fenómeno, é necessário que esta esteja localizada e ainda definir as características desse local, assim como as relações interpessoais, a existência de outras doenças, e quaisquer outros fatores que possam existir em torno da toxicodependência, pois só assim o conhecimento faz sentido.

Podemos então dizer que a toxicodependência é parte das suas práticas constitutivas e que existe uma multiplicidade de toxicodependências, assim como Mol (2002) referiu no caso da aterosclerose. É por este motivo que já não se pretende procurar a verdade, pois não existe uma única verdade. Contudo, é possível o conhecimento da forma como um objeto é manuseado na prática e, a partir daí, pensar se essa prática é a mais adequada para os variados assuntos envolvidos (Mol, 2002).

## 7.1 – TOXICODPENDÊNCIA, A DOENÇA

Atualmente, a toxicodpendência tem sido reconhecida como uma doença e tem sido alvo de tratamento psiquiátrico. Na unidade T pretende-se que o utente deixe de consumir uma ou mais substâncias causadoras de dependência e, para tal, é efetuado o tratamento da síndrome de abstinência das substâncias de abuso e estabilização de comorbilidade psiquiátrica, se existente.

Recentemente, com a evolução da biomedicina, que permitiu a descoberta do mecanismo do prazer no cérebro, verifica-se que a psiquiatria se ligou fortemente à neurociência, conforme foi mencionado por Rose (2003) quando se referiu, genericamente, à doença mental. Esta ligação da psiquiatria e das neurociências pode verificar-se na unidade T, desde o momento da primeira consulta médica. O utente entra no consultório, onde se encontra o médico e, após as apresentações iniciais, o médico começa a explorar a história clínica do utente, incidindo no consumo de substâncias. Então, o utente fornece informações que dizem respeito à sua toxicodpendência, como a substância que consome, a quantidade que consome, a via pela qual a administra, a frequência com que necessita de consumir para não experimentar a sintomatologia de abstinência, a sua preocupação em obter dinheiro para adquirir a substância. Verifica-se que, para efetuar o diagnóstico, é preciso que o utente colabore com o médico, transmitindo informações acerca dos seus consumos de substâncias psicoativas. Só assim, é possível ao médico ter critérios para efetuar o diagnóstico. Na T, o médico utiliza o DSM-IV-TR, o diagnóstico portanto é do foro psiquiátrico. Porém, o conhecimento da neurobiologia da adição faz parte da formação profissional dos técnicos da T e, além de fornecer uma explicação orgânica para a dependência de substâncias, conforme descrita no DSM-IV-TR, fundamenta a intervenção farmacoterapêutica.

Assim, após a consulta médica de entrada, o médico prescreve sempre um conjunto de medicamentos específicos para cada utente, isto é, tendo em conta a(s) substância(s) consumida(s) e a comorbilidade psiquiátrica e/ou orgânica. Estes medicamentos são administrados ao longo do dia, a horas predeterminadas.

A T é uma unidade especializada na desabitação de substâncias psicoativas, os utentes que são internados apresentam dependência de substâncias, são “toxicodpendentes” (por vezes, este termo “escapa” e é proferido, tanto por profissionais da T, como pelos próprios utentes e é ouvido quase diariamente na nossa sociedade) e a eles é atribuído determinado perfil, como se pode subentender nas normas do internamento. A questão das

normas, como o controlo de utensílios que possam constituir uma arma (lâminas de barbear, corta-unhas, talheres, tesouras), pressupondo a agressividade do utente, tanto dirigida ao próprio como a terceiros, ou a revista aos pertences do utente ao ser admitido em internamento e a restrição do acesso ao exterior sem supervisão, para evitar que o utente transporte substâncias para o interior da unidade ou que efetue consumos de drogas no decorrer do tratamento, tem em conta um perfil típico do “toxicodependente”. Pessoas com toxicodependência ainda não se encontram isentas de formulações morais por parte das pessoas não toxicodependentes (ou até por parte dos próprios), como foi mencionado por uma enfermeira quando afirma que “dadas as consequências cada vez mais visíveis da toxicodependência na sociedade, principalmente a nível criminal, é difícil dissociá-la completamente deste parâmetro”.

O que se verificou é que nem todos os utentes apresentam comportamentos agressivos, manipuladores ou apelativos. Porém, em conversas informais com profissionais da T, é necessário “proteger” os utentes que estejam “motivados” e que sejam “colaborantes” relativamente ao tratamento de possíveis influências negativas de utentes que não se apresentem motivados, o que acaba por justificar a necessidade de determinadas regras.

Ainda relativamente à questão do “toxicodependente”, da criação de processos identitários (Lock e Nguyen, 2010), um utente, em conversa, referiu que não consegue arranjar emprego porque é discriminado, por ser “toxicodependente” (como o próprio se auto-denominou). Acrescentou ainda que, mesmo que se considere uma pessoa com vivências e características que nada tenham a ver com a toxicodependência, ninguém o considera dessa forma. Outros utentes que ouviam a conversa concordaram com esta ideia. Por vezes, a agressividade dirigida aos técnicos era justificada pelos próprios utentes como consequência de estes os discriminarem. Alguns utentes ingressavam na unidade, defendendo-se logo de início desta discriminação, apesar de não ter existido qualquer atitude hostil por parte do profissional. Isto acontece na medida em que o utente foi inserido numa categoria e o seu comportamento muda de acordo com essa inserção, conforme Hacking (1995) referiu. De acordo com este autor, o comportamento de uma pessoa pode tornar-se diferente após ser classificada de determinada maneira. O comportamento tem a ver com a forma como a pessoa vive dentro dessa classificação, com a descrição em que é inserida, com a forma como é tratada e de acordo com as suas próprias escolhas. Verifica-se um processo que “faz” pessoas, chamado o “efeito *looping* de tipos humanos”.

Regressando à questão da consulta médica, percebe-se, de certa forma, as dimensões explicativas da doença conforme Camargo Jr. (2005) escreveu ao referir-se à biomedicina.

Verifica-se a toxicodependência baseada num conjunto de critérios de diagnóstico que são explorados pelo médico em consultório, originando a elaboração de um diagnóstico psiquiátrico, podendo ser comparada à dimensão semiológica, na medida em que se baseia na clínica, que compreende o diálogo entre o utente e o médico. Existe a toxicodependência de acordo com uma dimensão explicativa, como o demonstram artigos existentes na T, sobre a experimentação em animais em laboratório, que explicam a neurobiologia da adição de acordo com estudos efetuados recentemente. Por último, também está presente uma dimensão morfológica, pois os estudos indicam que a toxicodependência provoca neuroadaptações a nível estrutural, celular, molecular e genómico (Steiner et al., 2001 *in* Kelley e Berridge, 2002). São estas duas últimas dimensões que permitem o conhecimento da neurobiologia da adição e o aparecimento no sujeito de um *self* neuroquímico, como Rose (2003) denominou. Porém, torna-se bastante redutor considerar o indivíduo como um *self* neuroquímico, pois há muitos outros aspetos do *self* que devem ser reconhecidos. Além disso, a primazia deve ser dada à clínica, pois é através da clínica que é possível o conhecimento dos dados laboratoriais, conforme Canguilhem (1978) mencionou. Ainda de acordo com o mesmo autor, a clínica não deve ser anulada pelo laboratório, mas assumir a liderança sobre ele.

De acordo com o referido, a toxicodependência surge como uma entidade que se desvia daquilo que é considerado normal, logo torna-se necessária uma normalização que pode começar com um tratamento numa unidade de saúde, como a T. Com o diagnóstico e o ingresso em tratamento, a pessoa com toxicodependência torna-se automaticamente desviante.

No caso da toxicodependência, grandemente associada a uma problemática que afeta a esfera familiar e social do indivíduo, o tratamento é extensível à forma como o indivíduo se comporta na sociedade. Não se trata apenas de aliviar a síndrome de abstinência, de diminuir o desejo de consumo, mas também de treinar competências que visem a mudança de comportamentos (principalmente relacionados aos consumos, mas também com outros problemas diários). Este “treino” é iniciado logo no primeiro dia de admissão, pois o utente participa em duas atividades, a intervenção psicoterapêutica em grupo e a reunião de acolhimento, que visam a sua integração no internamento e no grupo de utentes, o estabelecimento de uma relação terapêutica com os técnicos, a promoção da adesão ao tratamento e a alusão à importância do cumprimento das normas e regras do internamento.

Podemos vislumbrar o biopoder, conforme Foucault (1999) abordou na sua obra “*Surveiller et punir: naissance de la prison*”. O internamento na T mantém um certo carácter normativo e disciplinar, não só pelas regras estabelecidas, mas também pela existência de supervisão, que inclui um sistema de videovigilância na zona de internamento, o que de certa

forma induz o utente a determinado comportamento considerado aceitável. Mantém-se um domínio sobre o corpo do outro exercido através da institucionalização e da especialização de saberes. O utente é submetido a um processo de normalização, mas também constitui objeto de estudo, podendo estar aqui vigente a questão da “docilidade-utilidade” de Foucault (1999). Ao ingressar na unidade T, o utente é submetido a um processo de desabitação, os consumos que mantinha no exterior são interrompidos, a medicação pressupõe que o utente não experimente a sintomatologia de privação, a psicoterapia trabalha sobre os pensamentos e atitudes que o utente deve manter para evitar voltar a consumir substâncias psicoativas e as atividades socioterapêuticas e ludicoterapêuticas ensinam acerca de hábitos de vida saudáveis e também sobre comportamentos desejáveis na sociedade. O utente está a sofrer um processo de normalização e, assim, a ser transformado. É, desta forma, que se torna “dócil”. Por outro lado, o utente constitui objeto de estudo, permite que o técnico adquira mais conhecimento sobre a toxicodependência e, assim, torna-se “útil”.

Os profissionais da T encaram a toxicodependência como uma doença. Através da sua formação profissional, aprendem a ver este fenómeno dessa forma, têm determinado estilo de pensamento. Assim, o grupo de profissionais da T faz parte de um coletivo de pensamento (Fleck, 1986b), debruçando-se e intervindo sobre a toxicodependência de acordo com os seus estilos de pensamento, isto é, conforme o seu conceito de toxicodependência que influencia a forma que as intervenções assumem.

No primeiro dia de internamento, são feitas abordagens de várias áreas ao utente, nomeadamente médica, social, de enfermagem e psicológica. Este facto vai de encontro à conceção de toxicodependência dos profissionais de saúde da T de acordo com um “paradigma bio-psico-sócio-cultural”. Porém, a visão biomédica sobrepõe-se quando todos os profissionais, independentemente da sua formação base, referem que a toxicodependência deve ser abordada “essencialmente como uma doença”, pelo menos em contexto de internamento. Além disso, o utente está medicado com fármacos, diariamente e durante todo o período de internamento, percebendo-se um certo “farmacocentrismo” (Morgan e Zimmer, 1997 *in* Decorte, 2011).

Como é que a prática na unidade T cria uma entidade biomédica, como a toxicodependência? A equipa multidisciplinar da T, apesar de ter formações base distintas, tem acesso, através da sua formação profissional, ao conhecimento dos últimos estudos da toxicodependência como um problema do cérebro, envolvendo o mecanismo cerebral do prazer, que compreende o “querer”, o “gostar” e o “aprender”. Assim, com base neste conhecimento, os fármacos tornam-se essenciais para tratar ou controlar este problema. Os

fármacos que atuam no cérebro tornam-se a primeira abordagem. Conforme mencionou Rose (2003), o cérebro e os seus mecanismos passaram a constituir a primeira explicação para a adição e, assim, o alvo primário de tratamento. Na prática da T, os utentes dirigem-se ao gabinete de enfermagem no final de todas as refeições, excetuando a refeição do chá da manhã, às onze horas, para tomar a medicação prescrita. A medicação é continuamente ajustada às necessidades do utente, seja em consulta médica de seguimento ou em consulta de enfermagem não programada, quando o utente se dirige ao gabinete com queixas.

Além dos fármacos existem, como mencionado, outras práticas, que visam trabalhar outras vertentes da toxicod dependência, porém todas elas ligadas ao conhecimento da neurobiologia da adição e reconhecendo que se atua perante uma doença do cérebro.

## 7.2 – AS PRÁTICAS NA UNIDADE T

O programa terapêutico da T inclui essencialmente a farmacoterapia, a psicoterapia e abordagens socioterapêuticas e ludicoterapêuticas. Apesar de se aludir à intervenção biopsicossocial, conforme um médico da T referiu, a “intervenção principal é farmacológica, face à dependência física grave que o consumo de substâncias origina”. No caso da T, é considerado pelos técnicos que a medicação é imprescindível para o tratamento da síndrome de abstinência, dado o sofrimento que esta provoca aos utentes. O medo da “ressaca” é um dos principais fatores que levam à manutenção de consumos, como referiu o utente Mário na consulta médica de entrada. Estando o utente sem sintomatologia de privação, já é possível efetuar outras terapias que visem “inverter a conduta motivacional para o consumo de drogas de abuso”. Como afirmou um enfermeiro, referindo-se ao tratamento da síndrome de abstinência, “este aspeto é primordial, sem ele não é possível trabalhar outros aspetos que também são foco de atenção neste internamento, como a estabilização psicológica/psiquiátrica ou outros como por exemplo a promoção de estilos de vida saudáveis e prevenção da doença, concretizados através da educação para a saúde”.

Desta forma, para se poder intervir noutras áreas do utente, que vão para além do interior do seu corpo, a sua patologia deve ser primariamente controlada, atuando diretamente no órgão afetado, neste caso o cérebro. Daqui advém a justificação da prescrição de psicofármacos e de fármacos anticonvulsivantes (que se pensa atuarem na estabilização do humor), que vão atuar a nível dos neurotransmissores, a fim de controlar uma variação indesejável do humor, da emoção, da conduta ou da vontade, e não na pessoa como um todo (Rose, 2003). Relativamente à medicação, esta também atua, no caso da heroína, em sinais e

sintomas físicos, como a dor muscular (a dor é uma queixa comum no utente a efetuar desabitação física de heroína, motivo pelo qual o enfermeiro avalia rotineiramente a dor do utente, utilizando uma escala de 0 a 10, onde o utente se deve situar relativamente à intensidade da sua dor, já que esta é subjetiva, apenas o próprio a sente), as náuseas, os vômitos, o lacrimejo, a rinorreia, a dilatação das pupilas, a piloereção, a sudorese, a diarreia, os bocejos ou a febre.

Segundo Rose (2003), o significado moral associado à toxicod dependência também pode surgir desta centralidade colocada no cérebro e nos fármacos, que apaga as outras categorias da pessoa. Milhet et al. (2011) defende que se deve considerar que o consumo de drogas também depende de fatores socioculturais, sendo que os seus efeitos farmacológicos são apenas um dos muitos aspetos que lhe estão inerentes.

Alguns utentes apresentaram tratamentos anteriores e recaíram, quando indagados acerca dos motivos da recaída, apontaram as “más companhias”, os “amigos”, os “problemas familiares” ou “problemas no emprego”. Os próprios profissionais da T reconhecem que outros fatores para além dos efeitos farmacológicos das drogas justificam os consumos, como é o caso de um enfermeiro que refere que “este fenómeno (a toxicod dependência) resulta da conjugação de alguns fatores que propiciam o seu aparecimento e desenvolvimento, como a personalidade, a educação e o afeto oferecido pelos pais, as companhias/amigos, o local/contexto de oferta”.

A farmacoterapia é continuamente ajustada ao longo do internamento, se o médico considerar necessário quando consulta o utente ou quando o enfermeiro informa sobre a situação daquele utente e as queixas que este tem vindo a apresentar. Porém, o enfermeiro também gere um “protocolo de administração terapêutica em SOS”, podendo administrar determinados fármacos, de acordo com as queixas, físicas ou psíquicas, que os utentes apresentem. Após a alta, o utente deve continuar a toma de medicação, pois geralmente leva uma receita médica. Salienta-se que, no caso de utentes que desabitam heroína, muitas vezes é prescrito o antagonista opiáceo, um fármaco que, segundo Rose (2003) controla o desejo, atuando sobre a vontade do indivíduo.

Como tem sido mencionado, a importância atribuída à medicação intensifica o reconhecimento no utente de um *self* neuroquímico que se torna redutor, pois, mesmo num internamento para desabitação de substâncias, referindo Rose (2003), a mente do indivíduo é muito mais complexa do que o seu cérebro. Além disso, as queixas que os utentes apresentam, seja de ansiedade ou inquietação, por vezes podem não ter a ver com a sintomatologia de

privação, mas com o permanecer num espaço fechado, o ter que obedecer a regras ou até com problemas familiares ou outros que tenham ficado pendentes com o internamento.

Por este mesmo motivo, reconhecendo a totalidade do utente, existe a tentativa de se integrar o psicológico e o social no programa terapêutico com psicoterapias e as outras abordagens terapêuticas referidas. Estas abordagens visam o treino de competências para lidar com problemas, principalmente com o consumo de drogas, sendo enfatizada a prevenção da recaída, objetivo maior após a alta do utente. Os utentes são constantemente encorajados a participar do programa terapêutico, cumprindo a medicação prescrita e participando nas atividades propostas na T.

Na reunião clínica, os técnicos de saúde da T discutem a situação médica, de enfermagem, psicológica e social de cada utente. Nesta reunião, decide-se sobre o melhor rumo a dar ao tratamento do utente até ao encaminhamento após a alta. As queixas do utente são tratadas essencialmente com medicação e as outras abordagens terapêuticas visam a manutenção da abstinência, para isso o encaminhamento correto após a alta é indispensável. Daí a importância de se discutir a situação de cada utente em equipa, onde intervêm técnicos de vários campos de saber, como o médico, a psicóloga, o técnico de serviço social e o enfermeiro. Muitas vezes, é no decorrer da reunião clínica que se define a necessidade de consultar determinado utente.

Na T existe, portanto, uma equipa multidisciplinar, visando assim considerar o utente como um todo. Apesar do conhecimento biomédico ser importante, este não seria suficiente para uma abordagem holística (Mol, 2002). Um médico da T referiu que “a intervenção em dependências só faz sentido se for realizada com uma equipa multidisciplinar; são múltiplos os fatores que levam um indivíduo aos consumos, costuma-se dizer que é o resultado do encontro de uma certa pessoa, com uma determinada substância e num determinado contexto, para atuar nestes fatores todos é importante um trabalho de equipa e com intervenções multidisciplinares”.

Assim, entram no plano terapêutico as abordagens não farmacológicas para intervir sobre a toxicodependência. A psicoterapia, que compreende a intervenção psicoterapêutica em grupo e a dinâmica de grupo, pretende “inverter a conduta motivacional para o consumo de drogas de abuso, resultante da exposição repetida às substâncias em causa, interrompendo o círculo de *stress* repetido e emocionalmente negativo na ausência de produto, que conduz à perda de controlo sobre o consumo”. Deste modo, promove-se primariamente a adesão do utente ao plano terapêutico, ao grupo (é importante o utente ter “um funcionamento individual melhor adaptado à vida social”, de acordo com documentação interna) e uma boa aliança

terapêutica com os profissionais da T. Posteriormente, trabalha-se sobre o comportamento do utente de forma a controlar a recaída, evitando-a ou adiando-a, e, no caso desta acontecer, saber ultrapassá-la com maior rapidez. Para isso, o utente deve conhecer os sinais que antecipam a recaída, conhecer as suas maiores dificuldades em manter-se abstinente, conhecer os comportamentos de consumo e as consequências dos comportamentos e desenvolver estratégias que lhe permitam lidar com o desejo de consumo e com os estímulos internos e externos.

As restantes abordagens de carácter socioterapêutico e ludicoterapêutico visam a aquisição de hábitos de vida saudável, o que inclui estratégias não farmacológicas de controlo da ansiedade, da insónia, do *stress*, da dor.

O utente é reinserido na sociedade após um processo de tratamento que pressupõe a alteração da sua conduta, em parte considerada responsável pela manutenção da doença e em parte considerada consequência da doença. Assim, pode considerar-se porque é que a psicoterapia é apenas uma intervenção complementar, pois as alterações ocorridas no cérebro, envolvendo neuroadaptações em estruturas cerebrais e neurotransmissores, precisam de fármacos a atuar nesse nível.

Porém, o utente não deve ser passivo no seu tratamento, pelo contrário, pois sem a sua colaboração não se consegue atingir o objetivo definido.

### 7.3 – A QUESTÃO DA ESCOLHA INDIVIDUAL

A toxicodependência tem sido encarada como uma doença, opondo-se ao estado “normal” de saúde, dicotomia abordada por Canguilhem (1978). De acordo com este autor, o normal torna-se a referência, originando a “norma”. Por sua vez, a norma vai uniformizar a diversidade, vai originar uma “normalização”. Esta ideia conduz ao conceito de biopoder de Foucault (1999), conforme já referido. Mas, o que dizer quando o utente chega ao internamento por vontade própria, desejando ter uma vida “normal”? Mol (2002) refere que o surgimento de uma normalidade na sociedade leva os indivíduos a desejarem-na também para si, abandonando a ideia de que esta é imposta pelo exterior.

Assim, o utente é encaminhado para o internamento por vontade própria, seja através de outra instituição ou diretamente, contactando a T. O utente tem liberdade para escolher. Mas será uma questão de escolha individual? Segundo Seddon (2010), é a partir da década de 1980 que surge esta estratégia de colocar a responsabilidade de governo da vida individual ao próprio indivíduo. Mol (2008a) refere que as pessoas não são realmente autónomas, sendo

que esta questão da escolha individual constitui mais uma técnica disciplinar. O individual pertence a um coletivo que o influencia, neste caso a influência pode advir de campanhas de sensibilização contra as drogas, por exemplo. Por outro lado, a pessoa é responsabilizada pela própria saúde, cabendo-lhe a tomada “correta” de decisões conforme aquilo que é considerado hábitos de vida saudáveis na sociedade onde se insere.

Destaca-se que o utente Mário verbalizou em consulta de enfermagem querer levar uma vida “normal” e ingressar no internamento pela sua família e por si próprio. Outros utentes manifestaram uma opinião semelhante. Contudo, nem todos desejaram a “normalidade”, alguns referiram motivos que representavam contrariedades para manter os consumos, como “não tenho dinheiro para a droga”, “vim obrigado pelo tribunal”, “quero emigrar”. Quando algum utente atribuía o seu internamento a um obstáculo de ordem social para consumir, geralmente também não se considerava doente, algumas afirmações de utentes neste sentido incluíram: “gosto de droga”, “quando consumo nunca estou doente”.

A dependência de substâncias foi diagnosticada com os mesmos critérios de diagnóstico para aqueles que consideram ter uma doença e para aqueles que não o consideram. A par disso, os achados laboratoriais associados à toxicodependência podem aplicar-se ao indivíduo, mas este não se sente doente. Se o utente tivesse dinheiro para consumir, talvez não ingressasse no internamento, na medida em que se sentia bem. Quando o utente não pode manter os consumos de drogas e começa a experimentar a sintomatologia de privação, aí sim, está doente porque se sente doente e, então, recorre à T. Neste ponto, conclui-se que, dentro da multiplicidade de toxicodependências, questão abordada adiante, existe a toxicodependência/doença associada ao circuito neuronal do prazer e que provoca adaptações a nível cerebral responsáveis pela manutenção dos consumos, na perspetiva dos técnicos, e que existe a toxicodependência/doença como um conjunto de sinais e sintomas que caracterizam a temida sintomatologia de privação quando não há droga para consumir, como alguns utentes referem. Verificam-se aqui duas interpretações da toxicodependência e é neste sentido que Mol (2002) coloca o médico como igual ao utente, na medida em que o médico não está em contacto com a doença, apenas a interpreta, tal como o utente o faz.

Então, de acordo com Mol (2002), o profissional já não é a entidade apta a diferenciar aquilo que constitui ou não um problema na vida da pessoa. O próprio utente deve participar ativamente no seu processo de saúde/doença, exprimindo a sua opinião sobre o que constitui um problema para si.

Durante o internamento, o utente é estimulado a participar no programa terapêutico, tem que obedecer a regras, a uma rotina diária, a horários, tem que cumprir a medicação

prescrita e participar nas atividades propostas. O utente é ativo na medida em que tem uma participação no programa terapêutico, mas por outro lado passivo, na medida em que não escolhe como efetuar o tratamento, sendo levado a cumprir o programa. Muitas vezes verifica-se que o utente critica as normas do internamento ou que não quer participar numa atividade, porém, para se manter em tratamento, deve “colaborar” com os técnicos.

Contudo, o utente não está obrigado a permanecer na unidade, podendo pedir alta, interrompendo o tratamento, é a chamada alta voluntária. Se o utente desrespeitar alguma norma será expulso, com alta administrativa. Em ambos os casos não é entregue receita médica, embora seja efetuado o encaminhamento do utente para a sua instituição de seguimento. Verifica-se, portanto, como disse Mol (2002), que a escolha individual não é necessariamente defendida. As intervenções dos técnicos organizam a vida individual do utente e novamente advém o carácter normativo da medicina. Além disso, essas intervenções têm impacto sobre a sociedade, segundo os profissionais da T “quando os utentes estão internados para desabilitação física ou em programas de reabilitação nas comunidades terapêuticas, a família pode descansar, os tratamentos permitem aos próprios utentes ganhar qualidade de vida e, através da educação para a saúde e outros programas (como a troca de seringas na farmácia), reduz-se a transmissão de doenças infetocontagiosas e de doenças sexualmente transmissíveis”. Há “diminuição do tráfico de drogas, diminuição da delinquência e conflitualidade social, diminuição da prostituição”, “prevenção da criminalidade, do absentismo, da influência nefasta dos problemas do consumo a nível familiar e social”.

Assim, de acordo com Mol (2002), os médicos medeiam entre a ordem do corpo e a ordem da sociedade.

#### 7.4 – TOXICODEPENDÊNCIAS

Relativamente à consulta médica de entrada do utente Mário, este referiu manter consumos de três substâncias diferentes, a heroína, a cocaína e o haxixe. Não lhe foi diagnosticada comorbilidade psiquiátrica ou orgânica. Só nesta primeira consulta podem-se distinguir vários tipos de toxicodependência, pois esta entidade varia consoante o próprio indivíduo, a(s) substância(s) consumida(s), com a existência ou não de comorbilidade psiquiátrica e/ou orgânica. Cada indivíduo interpreta e vive a sua dependência de forma particular. Assim, a dependência pode ser, por exemplo, um conjunto de comportamentos

para evitar a dolorosa sintomatologia de abstinência ou as neuroadaptações que tornam o indivíduo mais suscetível à recaída e manutenção dos consumos.

Além disso, a toxicodependência pode ter a ver com a clínica, nomeadamente com sinais e sintomas que o utente apresenta, ou pode ter a ver com o laboratório, que a localiza no cérebro, justificando-a numa base neurobiológica e medicando-a como tal. Contudo, salienta-se que não existe um laboratório na T, existe a clínica, o conhecimento de dados laboratoriais apenas faz parte da formação profissional dos técnicos de saúde desta unidade. Logo, de acordo com Mol (2002), diferentes práticas médicas criam objetos diferentes e, assim, realidades múltiplas.

Dentro da T é dada a primazia à ideia de que a toxicodependência aponta para alterações do cérebro, mas reconhece-se a necessidade de um campo interdisciplinar para abordar este fenómeno, o que se verifica quando se consideram as categorias profissionais dos técnicos da T: médicos, psicóloga, técnico de serviço social, enfermeiros, técnica de apoio psicossocial, assistente administrativo, assistentes operacionais.

No dia da admissão o utente tem consulta médica e de enfermagem, a sua família tem consulta de serviço social. Quando o utente ingressa no internamento tem uma sessão de psicoterapia. No decorrer do internamento, mantêm-se estas intervenções específicas a cada área e, na alta, cada técnico efetua um encaminhamento que dê continuidade à sua área de intervenção.

De acordo com a formação base dos técnicos da T, a toxicodependência pode ser um fenómeno diferente. O médico pode ver essencialmente a doença, mas o técnico de serviço social pode perceber dificuldades financeiras familiares, o enfermeiro pode perceber um utente extremamente emagrecido e sem cuidados de higiene, o psicólogo pode perceber um trauma de infância, por exemplo.

Os próprios profissionais, das diversas áreas disciplinares, podem ter diferentes perceções da toxicodependência e, de acordo com as suas intervenções específicas, podem criar várias toxicodependências. Por sua vez, as especificidades inerentes a cada profissional, como pessoas individualizadas, podem influenciar a forma com estes concebem a toxicodependência. Cada pessoa tem as suas experiências particulares, pelo que a perspetiva sob a qual uma pessoa compreende um fenómeno pode não ser igual à de outra pessoa. A realidade torna-se assim uma questão de perspetiva.

A toxicodependência pode ainda ser múltipla no que respeita à fase do tratamento. Na T, a toxicodependência reporta-se, essencialmente à dependência física, ao período em que o utente vivencia a síndrome de abstinência e é neste aspeto que se atua. Porém, mesmo sem

síndrome de abstinência, sem dependência física, a doença continua a existir, mas aqui já não é tanto a entidade que causa sofrimento físico, mas a entidade que mantém o utente em risco de retomar o consumo, a entidade que pressupõe um indivíduo vulnerável à toxicodependência. Por este motivo, é efetuado um encaminhamento no pós-alta, enquanto o técnico de serviço social marca consultas para a instituição de seguimento (de serviço social, médica, de psicologia e de enfermagem), o enfermeiro envia carta de enfermagem para a equipa de enfermagem e o médico envia nota de alta para o médico de referência do utente. Neste contexto do seguimento, é importante ainda destacar a família, que tem consulta com o técnico de serviço social no momento da admissão do utente e participa em parte da consulta de enfermagem no acolhimento e na consulta de enfermagem na alta. Este envolvimento da família no processo de tratamento do utente é importante para os profissionais da T, pois reconhecem que a família, além de ser uma entidade igualmente afetada pela toxicodependência e de certa forma também doente e necessitante de encaminhamento, constitui um suporte para o utente.

A multiplicidade de toxicodependências não as torna plurais, mas interligadas umas com as outras, conforme Mol (2008b) defendeu relativamente à anemia. Daqui se pressupõe a necessidade da abordagem disciplinar, de forma a alcançar as práticas mais adequadas para intervir sobre determinado fenómeno.

Relativamente à toxicodependência e como tem sido reconhecido pelos profissionais da área, incluindo os profissionais da T, torna-se necessária uma abordagem do utente na sua totalidade, apesar de ainda predominar a visão biológica. Já Canguilhem (1978) referia que a doença não é algo exterior ao homem, mas faz parte dele, como um todo.

Para a abordagem do utente como um todo, e segundo Mol (2002), torna-se importante saber como a pessoa vive com a doença. Como observado no decorrer do trabalho de campo, enquanto alguns utentes assumiam estar doentes, outros referiam que o seu problema girava em torno da obtenção de dinheiro para manter os consumos.

Salienta-se que o utente não pode ser designado de “toxicodependente”, o que seria bastante limitador, mas deve ser reconhecido como uma pessoa que, além de consumir substâncias psicoativas, tem uma vida na qual participam muitos outros aspetos, como o emprego, a família, doenças concomitantes, pensamentos, sentimentos. Os profissionais da T reconhecem que muitos fatores da vida do utente podem contribuir para a recaída e não apenas as adaptações ocorridas a nível do cérebro, embora estas envolvam uma predisposição ou vulnerabilidade, justificando o treino de competências para lidar com problemas que ocorre nos momentos de psicoterapia.

A perspectiva sob o olhar dos técnicos da T e sob o olhar dos utentes em internamento sobre a toxicodependência não é a mesma e isto deve ser tido em conta, pois algumas vezes os utentes queixam-se que não são compreendidos. E, de acordo com Mol (2002), para existir a doença, é necessário haver o médico que a diagnostica e também o utente a quem é feito o diagnóstico. Considere-se também que todos os outros elementos em torno da doença, as relações, as normas, as práticas, têm que ser considerados, pois tudo isto é o que constitui a toxicodependência como uma doença.

Então, a toxicodependência é um objeto criado pelas práticas que atuam sobre si e, a partir do momento em que são diferentes práticas a intervir sobre um objeto, esse objeto torna-se múltiplo, conforme Mol (2002) referiu. Por outro lado, a criação de uma doença, como a toxicodependência, tem consequências, trazendo consigo um manancial de outros objetos, de relações, de normas. A intervenção sobre a dependência de drogas na T originou um internamento em regime fechado, com regras para serem cumpridas pelos utentes, com rotinas diárias e com atividades definidas para os utentes. Esta organização, por sua vez, interfere com o tipo de relações que são estabelecidas entre técnicos e utentes. O utente tem um comportamento de acordo com o sistema de funcionamento que encontra na T, umas vezes bom, na medida em que reconhecem um ambiente controlado que lhes permite ultrapassar a abstinência, outras vezes menos bom por se sentirem “presos”. Esta ideia está em concordância com Mol (2002: 121), quando menciona que “criar uma doença é também criar normas e padrões”.

Dada a complexidade inerente ao fenómeno em estudo, que se multiplica em vários, consoante a pessoa que o olha e consoante a prática que sobre ele atua, é consensual que o conhecimento biomédico não é suficiente para uma abordagem integral, havendo necessidade de um campo multidisciplinar e, dentro desse campo, incluir a pessoa que vive (ou não) com aquele problema.

Na T, as práticas tendem maioritariamente para a visão da toxicodependência como doença, tentando-se corrigir alterações a nível neurobiológico, com fármacos que atuam sobre o humor, o comportamento, a vontade. A psicoterapia e as outras abordagens terapêuticas atuam sobre o comportamento do indivíduo, este também explicado na base da neurociência.

Verifica-se, portanto, que parte de um objeto consiste na forma como esse objeto é manuseado na prática e, como existem várias práticas a intervir sobre um objeto, este torna-se múltiplo, porém nunca plural, pois os diferentes objetos criados mantêm relações entre si.

## CONCLUSÃO

Para realização deste trabalho, foi colocada a pergunta de partida “como é que a toxicodependência, enquanto facto biomédico, é criada na prática?”

Para dar resposta à questão formulada, foi realizado um trabalho etnográfico numa unidade de desabilitação de substâncias psicoativas, a unidade T, durante um semestre letivo. Os dados foram recolhidos através da observação participante, da realização de entrevistas semidiretivas aos técnicos e da análise de documentação. Os dados foram posteriormente organizados de forma a descrever sinteticamente como a dita unidade funciona, como é encarado o fenómeno da toxicodependência e que práticas atuam sobre o mesmo. De seguida, foi efetuada a discussão através do cruzamento dos resultados obtidos com a bibliografia consultada para o enquadramento teórico do tema.

Sinteticamente, foi possível verificar, através dos dados recolhidos, que:

- A unidade T compreende uma dinâmica de funcionamento específica, com determinadas regras, para o objetivo de desabilitação de substâncias psicoativas;
- Os profissionais da T entendem a toxicodependência como uma doença, de acordo com o conhecimento biomédico que pressupõe uma neurobiologia da adição;
- O programa terapêutico da T compreende a farmacoterapia, a psicoterapia e abordagens socioterapêuticas e ludicoterapêuticas;
- Assim, a T apresenta uma equipa multidisciplinar para abordar a toxicodependência como um fenómeno biopsicossocial;
- Alguns utentes têm perspetivas diferentes sobre a dependência, entre si e relativamente aos técnicos.

Através da discussão efetuada, com o apoio da fundamentação teórica, verifica-se que:

- A toxicodependência é considerada uma doença pela biomedicina, na medida em que interfere com o mecanismo do prazer no cérebro, ligando a psiquiatria à neurociência. Porém, o médico diagnostica a toxicodependência no consultório, estabelecendo um diálogo com o utente. A farmacoterapia tem em conta dados laboratoriais e é o aspeto central do tratamento, reforçando o *self* neuroquímico;
- As normas do internamento têm em conta um perfil de pessoa com dependência, inserindo-a numa categoria, o que influencia o seu comportamento;
- Além da farmacoterapia, na T existe a psicoterapia e abordagens socioterapêuticas e ludicoterapêuticas, reconhecendo no sujeito as vertentes psicológica e social. Pretende-se que o indivíduo reconheça a sua doença e adquira estratégias para

prevenir uma recaída. Mantém-se, de certa forma, o reconhecimento do *self* neuroquímico vulnerável à recaída e manutenção de consumos;

- Não necessariamente é defendida uma escolha individual. Durante o internamento, o utente é estimulado a participar no programa terapêutico, tem que obedecer a regras, a uma rotina diária, a horários, tem que cumprir a medicação prescrita e participar nas atividades propostas. O utente é ativo na medida em que participa no programa terapêutico, mas não escolhe como efetuar o tratamento;
- As diversas práticas criam diferentes toxicodependências. Na T, as práticas têm como base o conhecimento biomédico, os profissionais fazem parte de um coletivo de pensamento. Assim, a existência da farmacoterapia e das restantes abordagens que pretendem que o indivíduo reconheça a doença e que adquira estratégias para prevenir a recaída, permitem percecionar a toxicodependência como uma doença;
- A toxicodependência pode ser encarada como uma entidade múltipla. Varia consoante o próprio indivíduo e com as práticas. A toxicodependência pode ser percecionada como uma entidade diferente consoante a clínica, o laboratório ou de acordo com a formação base do técnico; pode ainda diferir no que respeita à fase do tratamento, na T reporta-se, essencialmente, à dependência física;
- Daqui se pressupõe a necessidade da abordagem multidisciplinar, de forma a alcançar as práticas mais adequadas para intervir sobre determinado fenómeno. Salienta-se que o utente deve ser reconhecido como uma pessoa que, além de consumir substâncias psicoativas, tem uma vida na qual participam muitos outros aspetos, o emprego, a família, doenças concomitantes, pensamentos, sentimentos;
- Por último, a criação de uma doença, como a toxicodependência, traz consigo um manancial de outros objetos, de relações, de normas.

Assim, foi atingido o objetivo inicial que propunha compreender de que forma as práticas permitem construir a toxicodependência como doença. As práticas têm subjacente um discurso influenciado por determinados estilos de pensamento. O discurso da biomedicina, portanto, determina intervenções específicas para se lidar com uma doença. Essas intervenções, por sua vez, dão significado ao objeto sobre o qual atuam.

Este tipo de reflexão permite dar maior atenção às práticas, avaliando se estas se adequam a um objeto em todas as suas vertentes. A toxicodependência, é essencialmente construída como doença na T, como o indicam as intervenções implementadas. Porém, é reconhecido que, dada a complexidade deste fenómeno, a abordagem sobre o mesmo deve ir além da biomedicina.

## BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. 2000. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: fourth edition: text revision: DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Boni, V.; Quaresma, S. J. 2005. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. *Revista Em Tese*, 1 (3): 68-80.

Camargo Jr., K. R. 2005. A biomedicina. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 15 (Suplemento): 177-201.

Canguilhem, G. 1978. *On the normal and the pathological*. Holland, D. Reidel Publishing Company.

Coelho, Z. 2004. *Discurso das campanhas anti-droga e as desigualdades entre a maioria straight e as minorias consumidoras*. VIII Congresso Luso-Afro-brasileiro de Ciências Sociais/ A questão social no novo milênio, Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade, Universidade do Minho.

Courtwright, D. T. 1995. The rise and fall and rise of cocaine in the United States. In: Goodman, J.; Lovejoy, P. E.; Sherratt, A. (eds.). 1995. *Consuming habits: drugs in history and anthropology*. London and New York, Routledge: 204-226.

Decorte, T. 2011. Blinding ourselves with science: the chronic infections of our thinking on psychoactive substances. In: Hunt, G.; Milhet, M.; Bergeron, H. (eds.). *Drugs and culture: knowledge, consumption and policy*. Great Britain, MPG Books Group: 33-51.

Duarte, R. 2002. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cadernos de Pesquisa*, 115: 139-154.

Escotado, A. 1998. *Historia general de las drogas*. Madrid, Alianza Editorial, S.A..

Fernandes, L.; Pinto, M. S. 2002. Do que se tem ao que não há: práticas de investigação e comunidade científica das drogas em Portugal. *Toxicodependências*, 8 (3): 3-10.

Fleck, L. 1986a. *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid, Alianza Editorial.

Fleck, L. 1986b. Scientific observation and perception in general. In: Cohen, R. S.; Schnelle, T. (eds.). *Cognition and fact: materials on Ludwik Fleck [1935]*. Holland, D. Reidel Publishing Company: 59-78.

Fonte, C. 2005. Investigar narrativas e significados: a grounded analysis como metodologia de referência. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 2: 290-297.

Fonte, C. 2006. Comportamentos aditivos: conceito de droga, classificações de drogas e tipos de consumo. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa*, 3: 104-112.

Fonte, C. 2007. O Consumo de drogas e os comportamentos aditivos: modelos teórico-explicativos. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa*, 4: 238-250.

Foucault, M. 1999. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. Petrópolis, Vozes.

Foucault, M. 2008. *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro, Forense Universitária.

Goeders, N. E. 2009. Psychoactive drug. In: Kranzler, H. R.; Korsmeyer, P. (eds.). 2009. *Encyclopedia of drugs, alcohol & addictive behavior (3rd ed.)*. Farmington Hills, Gale: 308-309.

Gomes, M. C. 2006. Modos de percepção das drogas em Portugal: resultados preliminares. *Centro de Investigação e Estudos de Sociologia e-Working Paper*, 18: 1-20.

Goodman, J.; Lovejoy, P. E. 1995. Afterword. In: Goodman, J.; Lovejoy, P. E.; Sherratt, A. (eds.). 1995. *Consuming habits: drugs in history and anthropology*. London and New York, Routledge: 227-232.

Goodman, J.; Lovejoy, P. E.; Sherratt, A. (eds.). 1995. *Consuming habits: drugs in history and anthropology*. London and New York, Routledge.

Günther, H. 2006. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22 (2): 201-210.

Hacking, I. 1995. *Rewriting the soul: multiple personality and the sciences of memory*. New Jersey, Princeton University Press.

Kalant, H. 2009. Addiction: concepts and definitions. In: Kranzler, H. R.; Korsmeyer, P. (eds.). 2009. *Encyclopedia of drugs, alcohol & addictive behavior (3rd ed.)*. Farmington Hills, Gale: 19-28.

Kelley, A. E.; Berridge, K. C. 2002. The neuroscience of natural rewards: relevance to addictive drugs. *The Journal of Neuroscience*, 22 (9): 3306-3311.

Kringelbach, M. L.; Berridge, K. C. 2010. The functional neuroanatomy of pleasure and happiness. *Discovery Medicine*, 9 (49): 579-587.

Lock, M.; Nguyen, V. K. 2010. *An anthropology of biomedicine*. Chichester: Wiley-Blackwell.

Logan, D. E.; Marlatt, G. A. 2009. Relapse. In: Kranzler, H. R.; Korsmeyer, P. (eds.). 2009. *Encyclopedia of drugs, alcohol & addictive behavior (3rd ed.)*. Farmington Hills, Gale: 326-327.

Malighetti, R. 2004. Etnografia e trabalho de campo. *Caderno Pós Ciências Sociais*, 1 (1): 109-122.

Marques, A. R. V. S. 2008. *A(s) droga(s) e a(s) toxicodependência(s): representações sociais e políticas em Portugal*. Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento e Inserção Social, Faculdade de Economia, Universidade do Porto.

Meyer, K. 1995. Japan and the world narcotics traffic. *In*: Goodman, J.; Lovejoy, P. E.; Sherratt, A. (eds.). 1995. *Consuming habits: drugs in history and anthropology*. London and New York, Routledge: 185-203.

Milhet, M.; Moloney, M.; Bergeron, H.; Hunt, G. 2011. Introduction: drugs and culture. *In*: Hunt, G.; Milhet, M.; Bergeron, H. (eds.). *Drugs and culture: knowledge, consumption and policy*. Great Britain, MPG Books Group: 1-12.

Mol, A. 2002. *The body multiple: ontology in medical practice*. Duke University Press, Durham and London.

Mol, A. 2008a. Política ontológica: algumas ideias e várias perguntas. *In*: Nunes, J. A.; Roque, R. (eds.). *Objectos impuros: experiências em estudos sobre a ciência*. Porto, Edições Afrontamento: 63-77.

Mol, A. 2008b. *The logic of care: health and the problem of patient choice*. London and New York, Routledge.

Murphy, D. 2001. Hacking's reconciliation: putting the biological and sociological together in the explanation of mental illness. *Philosophy of the Social Sciences*, 31 (2): 139-162.

Nunes, L. M.; Jólluskin, G. 2007. O uso de drogas: breve análise histórica e social. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa*, 4: 230-237.

Oliveira, S. R.; Piccinini, V. C. 2009. Validade e reflexividade na pesquisa qualitativa. *Cadernos EBAPE.BR*, 7 (1): 88-98.

Quivy, R.; Campenhoudt, L. V. 1998. *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa, Gradiva.

Romani, O. 1999. *Las drogas: sueños e razones*. Barcelona, Editorial Ariel, S.A..

Rose, N. 2003. The neurochemical self and its anomalies. *In*: Ericson, R. (ed.). *Risk and morality*. Toronto, University of Toronto Press: 407-437.

Seddon, T. 2010. *A history of drugs: drugs and freedom in the liberal age*. Oxon and New York, Routledge.

Sherratt, A. 1995. Introduction: peculiar substances. *In: Goodman, J.; Lovejoy, P. E.; Sherratt, A. (eds.). 1995. Consuming habits: drugs in history and anthropology*. London and New York, Routledge: 1-10.

Smith, K. S.; Mahler, S. V.; Peciña, S.; Berridge, K. C. 2010. Hedonic hotspots: generating sensory pleasure in the brain. *In: Kringelbach, M. L.; Berridge, K. C. (eds.). 2010. Pleasures of the brain*. New York, Oxford University Press: 27-49.

Vasconcelos, L. A. 2003. Heroína e agência: itinerários de uso da droga na Lisboa dos anos 90. *Etnográfica*, VII (2): 369-401.

World Health Organization 1994. *Lexicon of alcohol and drug terms*. England, World Health Organization.

## **ANEXOS**

ANEXO A: AUTORIZAÇÃO PARA A RECOLHA DOS DADOS

Exmo. Sr. Diretor da Unidade de Desabilitação de Coimbra,  
Dr. João Curto

Autorizada com a  
indicação de ficar  
cópia do trabalho em  
Unidade de Desabilitação  
Comunidade de S. Roque  
Alameda e S. Rocha Alameda  
e desabilitação de S. Eugénio  
Raquel Rodrigues Loio Pinto  
26/7/11

Eu, Ana Raquel Rodrigues Loio Pinto, encontro-me atualmente a frequentar o Mestrado em Antropologia Médica na Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra. Estou a elaborar o projeto da dissertação de mestrado que irei realizar no ano letivo de 2011/2012, a qual se enquadra na área temática da Construção da Toxicodependência como uma Entidade Biomédica.

Para a abordagem deste tema, considerei pertinente a realização de uma recolha de dados, efetuada por mim, que implicará entrevistas aos profissionais de saúde que trabalham na Unidade de Desabilitação de Coimbra e a análise de documentação existente nessa unidade.

Neste sentido, solicito a Vossa Excelência que se digne autorizar a realização da referida recolha de informação, a partir desta data e até ao final do ano letivo de 2011/2012.

Mais acrescento que será feita referência à Unidade de Desabilitação na dissertação de mestrado.

Pede deferimento,

Viseu, 22 de Julho de 2011



Ana Raquel Rodrigues Loio Pinto

ANEXO B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA  
ENTREVISTA

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA ENTREVISTA

**Objeto do Estudo:** análise da construção da toxicodependência como entidade biomédica.

**Enquadramento do Estudo:** efetuado no âmbito do Mestrado de Antropologia Médica, na Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra, sob orientação do Professor Doutor Luís Quintais.

**Explicação do Estudo:** a investigação será não experimental, qualitativa, mini etnográfica (quanto à metodologia), retrospectiva, longitudinal (quanto ao tempo) e pluridisciplinar (quanto ao setor de conhecimento). As técnicas de recolha de dados consistem em: observação das intervenções dos profissionais de saúde da Unidade (fonte direta dos dados recolhidos) e sua descrição (notas de campo pormenorizadas), realização de entrevista semi-diretiva a profissionais de saúde da Unidade com um conhecimento aprofundado do fenómeno da toxicodependência, anotação de informações inesperadas e análise de documentação existente na Unidade.

**Confidencialidade e Anonimato:** A confidencialidade e anonimato (não publicação de dados de identificação) serão garantidos, bem como o uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo.

Agradece-se a sua colaboração no desenvolvimento deste estudo de investigação!

Pesquisadora: Ana Raquel Rodrigues Loio Pinto

Assinatura: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que, de forma voluntária, forneço.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

ESTE DOCUMENTO, COMPOSTO DE 1 PÁGINA, É FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA A PESQUISADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE.

## ANEXO C: FORMULÁRIO DE ENTREVISTA QUALITATIVA

**Universidade de Coimbra**  
**Faculdade de Ciências e Tecnologia**

**ENTREVISTA QUALITATIVA**

Este formulário de entrevista insere-se no âmbito da Dissertação do Mestrado de Antropologia Médica, que tem como Objeto de Estudo a “Construção da Toxicodependência como uma Entidade Biomédica”.

Entrevista n.º: \_\_\_\_\_

**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**

1. Nome:
2. Idade (anos):
3. Formação académica:
4. Cargo(s) que desempenha atualmente:
5. Período (em anos) que trabalha na área da toxicodependência:
6. Áreas de interesse em toxicodependência:

**QUESTÕES RELATIVAS AO OBJETO DE ESTUDO:**

1. Qual a sua conceção relativamente ao fenómeno da toxicodependência?
2. Qual o objetivo do internamento na Unidade?
3. Que estratégias terapêuticas são implementadas na Unidade?
4. Que considerações tece acerca dos contactos efetuados com outros profissionais (pluridisciplinares)?
5. Qual o papel dos profissionais de saúde na área da toxicodependência em Portugal?
6. Qual o impacto da intervenção sobre a toxicodependência na sociedade?

**Nota:** foram selecionadas algumas questões consideradas pertinentes, no entanto existe a possibilidade de adaptações que visem facilitar o trabalho de investigação.

Agradece-se a sua colaboração no desenvolvimento deste estudo de investigação!