

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS

**REAÇÕES DOS PACIENTES ADOLESCENTES A SITUAÇÕES
POTENCIALMENTE COERCITIVAS NO TRATAMENTO DOS
TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS**

ANA LUIZA PORTELA BITTENCOURT

Porto Alegre, RS, Brasil

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS

**REAÇÕES DOS PACIENTES ADOLESCENTES A SITUAÇÕES
POTENCIALMENTE COERCITIVAS NO TRATAMENTO DOS
TRANSTORNOS RELACIONADOS AO USO DE SUBSTÂNCIAS**

ANA LUIZA PORTELA BITTENCOURT

Orientador: Prof. Dr. José Roberto Goldim

Tese apresentada como requisito parcial
para obtenção do título de Doutor em
Medicina: Ciências Médicas, da
Universidade Federal do Rio Grande do
Sul, Programa de Pós-Graduação em
Medicina: Ciências Médicas.

Porto Alegre

2016

BANCA EXAMINADORA

Patricia Ashton Prolla

Roberta Bristot Silvestrin

Priscila Brust Renck

Renato Marchiori Bakos

AGRADECIMENTO

Ao professor José Roberto Goldim pelas oportunidades propiciadas, pela generosidade no compartilhamento do conhecimento, pela paciência, e pela tranquilidade transmitida ao longo do processo de orientação. Agradeço também por ter aceitado ser orientador deste trabalho possibilitando, assim, meu ingresso no grupo do Laboratório de Bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Orgulho-me a cada dia de poder aprender com este grupo, e a cada viagem para casa retornei contente com o carinho da acolhida e com a convivência com colegas que respeitam, preocupam-se e valorizam uns aos outros.

À professora Karen Urbanoski que me recebeu no Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, supervisionando-me durante meu período de estágio sanduiche no exterior e me instigando a novas e importantes reflexões sobre o tema do tratamento das dependências químicas.

Ao professor Eliot Turiel que me recebeu na University of California, Berkeley.

A todos os colegas do Laboratório de Bioética, em especial ao Lucas França Garcia pela parceria na condução deste trabalho.

Aos amigos e aos colegas de trabalho no CAPSIA de Santa Cruz do Sul com os quais aprendi lições que vão além do que a academia pode ensinar.

Aos meus pais, que se fazem presente em todos os dias da minha vida. Ao meu irmão, sua esposa e minhas amadas sobrinhas.

Ao Saul Benhur Schirmer que tem vivido e compartilhado comigo as angústias e alegrias da vida pessoal e acadêmica.

A CAPES e ao FIPE/HCPA pelo apoio financeiro.

RESUMO

Introdução: A adolescência é considerada um período que requer atenção especial no que tange ao uso de substâncias psicoativas. As modificações físicas, psíquicas e sociais da adolescência aprofundam a condição de vulnerabilidade e aumentam o risco de início precoce do uso de substâncias psicoativas (SPA). Sabendo disso o Ministério da Saúde enfatiza a importância de ações que busquem atender a esta população, considerando, especialmente, as especificidades da faixa etária. Os aspectos coercitivos e pressões sociais podem afetar negativamente o paciente, o curso e os resultados do tratamento.

Objetivos: explorar, através da análise de prontuário, as reações dos adolescentes usuários de Substâncias Psicoativas diante de situações potencialmente coercitivas, a fim de identificar que tipo de reações são desencadeadas por estas. **Métodos:** A pesquisa caracteriza-se por dois momentos distintos. Primeiramente realizou-se estudo transversal com todos os 229 prontuários identificados como pertencentes a adolescentes usuários de substâncias psicoativas em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (Capsia), no período de novembro de 2002 a dezembro de 2012. Este período corresponde aos primeiros dez anos de funcionamento deste serviço. Os dados foram coletados mediante leitura dos registros em prontuários realizados por diferentes membros da equipe do serviço. Foram coletados dados caracterizando o momento da busca por tratamento (sexo, idade, situação escolar, fonte de encaminhamento), situações consideradas agravantes da condição de vulnerabilidade (violência familiar, envolvimento criminal, evasão escolar) e questões pertinentes ao tratamento (substâncias utilizadas e internações hospitalares). Os dados obtidos foram avaliados quantitativamente e de forma descritiva, permitindo a caracterização de um perfil biopsicossocial desses adolescentes. Em um segundo momento, uma subamostra de 23 dos 229 prontuários consultados foi selecionada através do processo de amostragem sequencial aleatória. O número total de prontuários selecionados foi definido pelo critério de saturação da amostra. Nesta amostra buscou-se identificar registros de diferentes atendimentos realizados ao longo do tratamento (primeira entrevista, consultas médicas, internações hospitalares, visitas domiciliares, etc..) que indicassem situações potencialmente coercitivas, selecionando-os para análise posterior. Os trechos selecionados foram classificados com base na fonte de pressão observada (pressão legal, pressão formal e pressão informal). Seguiu-se a este processo a

identificação e classificação de reações dos pacientes às pressões sociais experienciadas. Os dados obtidos foram avaliados quantitativamente a fim de verificar a frequência de ocorrência das variáveis. Os dados qualitativos foram tratados com emprego da análise de conteúdo. **Resultados:** A maioria dos 229 prontuários analisados pertencia a pacientes do sexo masculino (81,7%) e sua idade, no momento da busca por tratamento, variava de sete (0,4%) a 17 anos (19,2%). Constituíram registros frequentes a prática de atos infracionais (64,2%), a evasão escolar (62,9%) e o convívio com familiares que utilizam drogas (56,8 %). A maioria dos prontuários estudados pertencia a sujeitos identificados como poliusuários (68,1 %), observando-se maior frequência de registro de consumo de maconha (58,9%) e *crack* (54,6%). Foram encontrados também registros de uso de cocaína (46,7%), bebidas alcoólicas (34,5%), tabaco (25,8%), “loló” (7,0%) e *ecstasy* (0,4%). As pressões sociais informais (48,1%) foram as mais frequentes, seguidas das pressões sociais formais (30,9%) e pressões sociais legais (21,0%). As reações mais frequentes foram: aceitação (17,5%), resistência (31,6%) e desmotivação (14,0%). A reação mais frequentemente apresentada diante da pressão informal foi a de resistência (33,3%). Diante da pressão social formal duas reações foram as mais frequentemente: desmotivação (30,7%) e resistência (26,9%). À pressão social legal, duas diferentes reações foram as mais frequentes: resistência (30,0%) e resignação (25,0%). A reação de resistência foi manifestada diante de relações conflituosas com o agente da pressão e da desconsideração ou desrespeito da vontade do paciente. A desmotivação, por sua vez, apareceu atrelada a busca por tratamento unicamente em virtude da pressão sofrida, resultando na pouca participação no tratamento. A boa relação entre o paciente e aquele que exerceu a pressão para busca do tratamento destacou-se na análise da reação de aceitação. **Conclusão:** Os adolescentes atendidos na instituição apresentam um perfil de vulnerabilidade necessitando de proteção adicional. As reações atreladas às situações identificadas são, em sua maioria, entendidas como reações negativas, permitindo inferir que os pacientes podem ter se sentido coagidos em decorrência das pressões sociais vivenciadas. As relações estabelecidas entre os pacientes e os diferentes agentes de pressão se destaca como fator “chave” no modo como estes sujeitos reagem às pressões sofridas.

Palavras-chave: Adolescentes, Serviços de saúde mental, Transtorno relacionado ao uso de substâncias, Vulnerabilidade social, Coerção.

ABSTRACT

Background: Adolescence is considered a period that requires special attention regarding the use of psychoactive substances. The physical, psychological and social modifications in adolescence deepen the condition of vulnerability and increase the risk of precocious use of psychoactive substances (SPA). Knowing that, the Ministry of Health emphasizes the importance of actions that seek to attend this population, considering, especially, the particularities of the age group. The coercive aspects and social pressures may adversely affect the patient, the course of treatment and its outcomes. **Objective:** explore, by chart analysis, the reactions of adolescents users of psychoactive substances to potentially coercive situations, in order to identify what kind of reactions are triggered by them. **Methods:** The research is characterized by two distinct moments. First we conducted a cross-sectional study of all 229 medical records of adolescents users of psychoactive substances under treatment at a Psychosocial Care Centers (CAPS, acronym in Portuguese), from November 2002 to December 2012. This service is locally called CAPSIA. This period corresponds to the first 10 years of operation of the CAPSIA. Data were collected by reading the observation notes held by different members of the service staff in the medical records. Data were collected characterizing the moment of seeking treatment (gender, age, school status, source of referral), situations considered aggravating the condition of vulnerability (family violence, criminal involvement, truancy) and issues related to the treatment (used substances and hospital admission). The data obtained were evaluated quantitatively and descriptively, allowing the characterization of a biopsychosocial profile of these adolescents. In a second phase, a subsample of 23 from the 229 the medical records was selected through random sampling sequential process. The number of selected medical charts was set by the sample saturation criterion. In this sample we sought to identify observational notes about different moments of the treatment (first interview, doctor visits, hospital referral, home visits, etc ..) in order to identify potentially coercive situations, these notes were selected for further analysis. After identifying the potentially coercive situations, social pressures were classified according to referral source into legal, formal, and informal. Subsequently, passages describing patients' reactions to these coercive situations were identified in the medical records. The data

were evaluated quantitatively in order to check the frequency of occurrence of the variables. Qualitative data were analyzed using content analysis. **Results:** Most of the 229 medical records belong to male patients (81.7%) and their age, at the time of seeking treatment, ranged from seven (0.4%) to 17 years old (19.2%). Records of illegal acts (64.2%), school dropout (62.9%) and living with family members who use drugs (56.8%) were common. The majority of the medical charts belong to subjects identified as “multiple drugs” users (68.1%), with a higher frequency of marijuana (58.9%) and crack (54.6%) use records. Usage records of cocaine (46.7%), alcoholic beverages (34.5%), tobacco (25.8%), "lolo" (7.0%) and ecstasy (0.4%) were also found. Informal social pressures were the most frequent (48.1%), followed by formal social pressures (30.9%) and legal social pressures (21.0%). The most frequent reaction were: acceptance (17.5%), resistance (31.6%) and motivation (14.0%). The most frequently presented reaction to informal pressure was resistance (33.3%). Before the formal social pressure two reactions were the most frequently: lack of motivation (30.7%) and resistance (26.9%). To Legal social pressure two different reactions were the most common: resistance (30.0%) and resignation (25.0%). The resistance reaction was manifested face of conflicting relationships with the pressure agent and disregard or disrespect to the patient's will. The lack of motivation, in turn, appeared linked to seeking treatment because of social pressure suffered, resulting in little participation in treatment. The good relationship between the patient and the one who exerted pressure to seeking treatment stood out in the analysis of the acceptance of reaction. **Conclusion:** Adolescents treated at the institution have a vulnerability profile requiring additional protection. The reactions linked to the identified situations are mostly perceived as negative reactions, it can be inferred that patients may have felt coerced as a result of social pressures experienced. The relationships established between patients and different pressure agents is highlighted as a "key" factor in the way these subjects react to suffered pressures.

Key Words: Adolescents. Mental health services. Substance-Related disorders. Social vulnerability. Coercion.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Estratégia de busca de referências bibliográficas.

Figura 2. Esquema marco conceitual.

LISTA DE TABELAS DO ARTIGO

Tabela 1 (Artigo 2) - Social pressures identified in 66 notes of 23 medical records of adolescents in treatment at the CAPSIA, Santa Cruz do Sul, 2002-2012.

Tabela 2 (Artigo 2) - Reactions of patients identified in 44 notes of 19 medical records of adolescents in treatment at the CAPSIA, Santa Cruz do Sul, 2002-2012.

Tabela 3 (Artigo 2) - Association between the 57 notes about the patients' reactions to different types of social pressures identified in 18 medical records of adolescents in treatment at the CAPSIA, Santa Cruz do Sul, 2002-2012.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CID	Classificação Internacional de Doenças
CFP	Conselho Federal de Psicologia
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
MS	Ministério da Saúde
OBID	Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Política Nacional Antidrogas
SENAD	Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
SPA	Substâncias Psicoativas
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
TUSP	Transtornos por uso de Substâncias Psicoativas

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	16
2.1. Estratégias para localizar e selecionar as informações.....	16
2.2. Traçando História.....	18
2.2.1. Convivendo com as drogas.....	18
2.2.2. Convivendo com as drogas no Brasil	22
2.3. Saúde Mental em diferentes esferas	26
2.3.1. Do sanatório ao CAPS.....	26
2.3.2. Desafios no atendimento à dependência química.....	30
2.4. E quando o adolescente faz uso de drogas?	35
2.4.1 Adolescência e suas vulnerabilidades.....	35
2.4.2. Saúde Mental e o uso de drogas - o tratamento ofertado ao adolescente	38
2.5. Pressões sociais, percepção de coerção e suas implicações no tratamento da dependência química.....	44
2.5.1. Pressões sociais, Coerção e Percepção de Coerção – distinções necessárias	44
2.5.2. Quando as pressões sociais são justificáveis	49
2.5.3. Pressões sociais e percepção de coerção no curso do tratamento.....	53
3. MARCO TEÓRICO	58
4. JUSTIFICATIVA.....	59
5. OBJETIVOS:	61
5.1. Objetivo primário	61
5.2. Objetivos secundários	61

6. REFERÊNCIAS DA TESE.....	62
7. ARTIGOS DA TESE.....	72
7.1. ARTIGO 1 - Adolescência vulnerável: fatores biopsicossociais relacionados ao uso de drogas.....	73
7.2. ARTIGO 2 (língua inglesa) - Social pressures and reactions of adolescent drug users in an outpatient care setting.....	86
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
9. PERSPECTIVAS FUTURAS.....	127
10. APÊNDICES.....	128
Apêndice 1: Trechos dos prontuários conforme redação original.....	129
Apêndice 2: Termo de Autorização para realização de pesquisa e coleta de dados em prontuários.....	131
11. ANEXOS.....	132
ANEXO 1: Documento de aprovação pelo CEP-HCPA.....	133
ANEXO 2: Documento de comprovação de submissão do artigo “Social Pressures and Reactions of Adolescent Drug Users in an Outpatient Care Setting” à revista “Journal of Mixed Methods Research”.....	136

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho começou a ser traçado a partir do momento em que a autora assumiu, junto a Prefeitura Municipal de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, o cargo de psicóloga, lotada em um Centro de Atenção Psicossocial à Infância e Adolescência (CAPSi), chamado CAPSIA. Neste local são atendidas crianças e adolescentes portadores de psicopatologias graves e persistentes, incluindo usuários de álcool e outras drogas com idade inferior a 18 anos. Visando conectar seu interesse no prosseguimento de seus estudos acadêmicos e o trabalho o qual vinha realizando naquela comunidade foi que, juntamente com o Prof. Dr. José Roberto Goldim, orientador desta pesquisa, optou-se pela temática a ser abordada.

Apesar da tendência a adoção de leis cada vez mais restritivas, alguns dos posicionamentos adotados pelas políticas brasileiras, com relação ao uso de substâncias psicoativas, foram modificados ao longo do tempo. Destaca-se o investimento realizado na implementação de serviços de assistência extra-hospitalar para atendimento aos usuários de drogas. Tais serviços são parte integrante da rede de assistência a transtornos mentais graves e persistentes, que tem como elemento base os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estes centros foram implementados no contexto de luta anti-manicomial, que propunha uma nova concepção de tratamento em saúde mental, buscando proporcionar, aos pacientes, atendimento fora do ambiente hospitalar (1,2).

Para além das mudanças implementadas, Pitta (3) acredita que a modificação nos espaços de trabalho em saúde mental requer a implicação dos profissionais aí atuantes, estes devem assumir a responsabilidade do cuidar e do desenvolvimento de ações que ultrapassem o espaço dos serviços. Apesar das conquistas obtidas, muitos desafios ainda se colocam na consolidação da política de saúde mental vigente, bem como para a estruturação dos serviços, com vista a proporcionar um atendimento mais qualificado e efetivo no atendimento das demandas dos pacientes.

Tais desafios se mostram ainda mais presentes no tratamento voltado à população adolescente. A adolescência é considerada um momento de emancipação afetado por diversos fatores onde atitudes, hábitos e comportamentos se encontram em transformação (4). Algumas vezes, este período se apresenta cheio de contradições, ambivalências e conflitos com o meio familiar e social (5). Tendo isso em vista,

Frankenburg (6) e Outeiral (7) apontam os adolescentes como um dos grupos de maior probabilidade de sucumbir às adições, o que pode por em risco seu desenvolvimento (8).

Dentro deste contexto, questionou-se sobre como os pacientes adolescentes portadores de Transtornos por uso de Substâncias Psicoativas (TUSP), em tratamento no CAPSIA, expressavam-se ao longo deste processo. Estariam eles de fato motivados a realizar tratamento? Teriam se sentido pressionados, seja na tomada de decisão, seja quanto ao acolhimento de sua fala pela equipe? Que reações são manifestas diante das pressões sofridas? Seria possível, através dos registros em prontuário, identificar tais elementos?

Estes questionamentos são considerados relevantes na medida em que, posturas, muitas vezes sutis, como pressões para ingresso ao tratamento e a estigmatização dos usuários, quando impregnadas entre os profissionais, podem gerar barreiras que dificultam o acesso dos pacientes ao tratamento ou os afastam dos serviços destinados ao seu cuidado (9,10). Situações onde se observa a existência de alguma forma de pressão social no processo de tomada de decisão para tratamento são entendidas como atitudes potencialmente coercitivas (11,12). Tal compreensão se deve ao fato de que tais atitudes podem levar o indivíduo que sofreu a pressão a perceber-se coagido.

A percepção de coerção vem sendo estudada por diversos pesquisadores, destacando-se os trabalhos do instituto *MacArthur Research Network on Mental Health and the Law* (13). Bittencourt (14) destaca que tal percepção parece relacionar-se ao sentimento, pelo paciente, de que sua opinião não foi respeitada, independente da forma como tenha transcorrido a situação por ele vivenciada.

Dado o exposto, no presente trabalho pretende-se analisar os registros realizados pela equipe do CAPSIA, nos prontuários dos pacientes identificados como usuários de substâncias psicoativas químicas, explorando suas reações diante da presença de elementos que indiquem situações potencialmente coercitivas.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Estratégias para localizar e selecionar as informações

Esta revisão da literatura está focada nas reações dos pacientes mediante situações potencialmente coercitivas, estas associadas a pressões sociais para ingresso a tratamento. Também se buscou traçar o perfil dos jovens atendidos no serviço onde foram coletados os dados, abordando temas como fatores de risco e proteção ao uso de substâncias psicoativa, vulnerabilidade e acesso aos serviços de saúde mental.

A estratégia de busca envolveu as seguintes bases de dados: Library of Medicine (PubMed), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Web Of Science e LILACS. Na busca realizada no banco de dados PubMed, foi utilizado filtro de data correspondendo ao período de 2005 a 2015, além da busca por Abstract. Nas demais bases de dados não foi utilizado nenhum filtro. Foram realizadas buscas através dos termos “Coercion”, “Adolescents”, “Mental health services”, “Substance-related disorders” e suas combinações. Os resultados destas buscas estão apresentados na figura abaixo. Para composição da revisão da literatura foram também consultados o banco de teses da CAPES, dissertações, capítulos de livros e publicações do Governo Federal através de seus Ministérios e Secretarias.

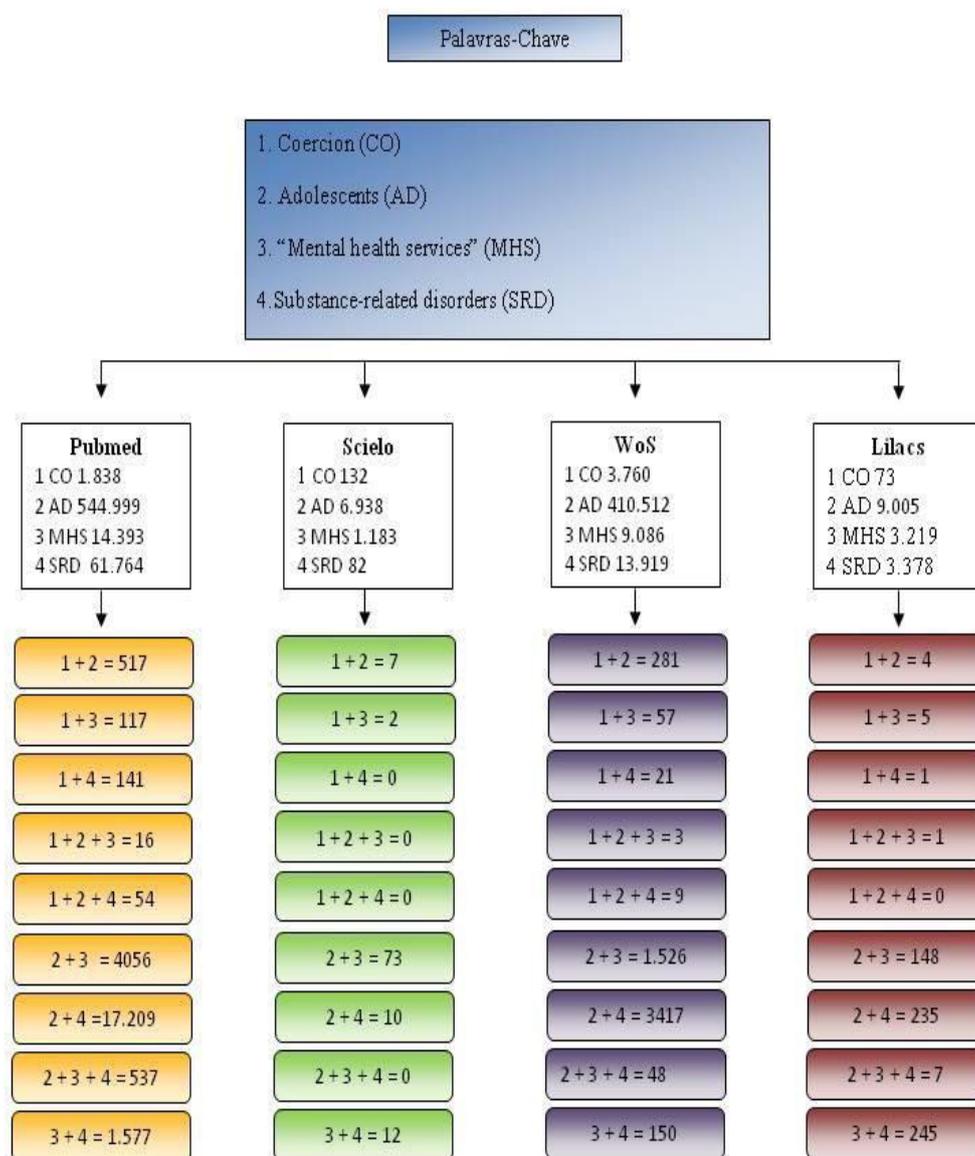


Figura 1. Estratégia de busca de referências bibliográficas. Este é o resultado da busca da combinação das palavras-chave. Fonte: Elaborado pela Autora (2015).

2.2. Traçando História

2.2.1. Convivendo com as drogas

Ao longo da história diferentes representações foram atribuídas à palavra “droga”. Escohotado (15) acredita que, antes das leis proibicionistas, a definição de droga estava relacionada ao termo grego *phármakon*, substância que é simultaneamente remédio e veneno. Propriedades estas distinguidas, segundo o autor, pela dose, objetivo de uso, pureza e condições de acesso. Já outros autores, como Carneiro (16) e Adiala (17), apontam que a palavra droga seria derivada do termo holandês *droog*, o qual era utilizado para se referir a produtos secos, ou da expressão alemã *droghe vate*, que designava o recipiente onde eram guardadas as ervas secas. Nos trabalhos dos autores acima citados, apresenta-se em comum a observação de que o termo “droga” já foi atribuído a diferentes produtos vegetais (pimenta, a canela, o açúcar, o café, o tabaco e o ópio), os quais foram utilizados para diversos fins, seja na alimentação, na manufatura e, ainda, nas práticas de cura.

Atualmente, palavra droga adquiriu, popularmente, uma conotação negativa, associada a algo ruim, sem qualidade, no entanto, a definição adotada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) não carrega esta mesma significação. Nicastrì (18), em documento desenvolvido pela Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), ressalta a definição da OMS de droga como “qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento”(18). Este é o sentido adotado pela SENAD, assim como por outros órgãos como o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (19) e Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (20).

Em documento elaborado pelo CEBRID faz-se, ainda, diferenciação entre drogas em geral e drogas psicotrópicas. De acordo com este material, a palavra droga é utilizada na medicina como “qualquer substância capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento” enquanto “drogas psicotrópicas são aquelas que atuam sobre nosso cérebro, alterando de alguma maneira nosso psiquismo” (20). Tais descrições mantêm relação com o proposto

pela OMS, apenas tornando mais clara a existência de drogas que produzem alterações especificamente psíquicas em seus usuários.

Simões (21) chama a atenção para o fato de que tais definições são, de certa forma, bastante abrangentes de modo que podem ser associadas a substâncias bastante diferentes como a cerveja, a cocaína e medicamentos. O termo “psicoativo”, acima citado para se referir a drogas que produzem alterações psíquicas, é também amplo. O autor entende que sua atuação pode ser na modificação do estado de consciência, humor ou sentimento de quem as usa, podendo variar de um estímulo leve, como o provocado por uma xícara de café, até alterações mais expressivas, como as desencadeadas por alucinógenos.

Autores como Escotado (22) e Iversen (23) buscaram dissociar o significado do termo droga de conotações unicamente negativas. Iversen (23) entende que a palavra droga refere-se a substâncias químicas tomadas a fim de obter determinados efeitos, não fazendo julgamentos destas como naturalmente boas ou ruins. Segundo ele, as drogas podem ser usadas tanto para fins médicos (tratamento de doenças), como devido a seus efeitos prazerosos, ambas as utilizações teriam origens bastante antigas. Escotado (15) também apresenta a mesma compreensão, mas ressalta que, independente da identificação da substância como droga ou medicamento, estas podem causar lesões ou morte quando administradas mesmo em pequenas quantidades. O autor reforça a ideia de que toda e qualquer droga pode, potencialmente, ser venenosa ou tóxica.

Conforme indicado, as drogas foram utilizadas pelos motivos mais diversos e em circunstâncias variadas, de modo que não há razões para supor que a humanidade deixará de empregá-las (21). Embora não se pretenda focar em nenhuma droga em particular, ou mesmo explorar o funcionamento e utilização de cada uma delas, na busca de um relato sobre o uso drogas ao longo da história, inevitavelmente, serão abordados dados que fazem referência a substâncias específicas.

De acordo com Masur e Carlini (24), uma das substâncias mais antigas conhecidas pelo homem são os opiáceos, originários da planta conhecida como papoula, entre eles a morfina e a codeína. A morfina, em especial, teve importante papel no desenvolvimento da prática médica moderna, devido a seu poder de analgesia (25). No entanto, conforme Escotado (22), durante a Guerra Civil Americana, com a descoberta do potencial de dependência, o uso desta droga passou a ser questionado. A partir da morfina foram sintetizadas diferentes substâncias, como a heroína e alguns

medicamentos, estas novas drogas contribuíram para o aumento do uso recreativo de ópio, que alcançou diferentes esferas sociais (23). Segundo os autores citados, as restrições ao uso do ópio na Inglaterra iniciaram apenas em 1868.

Origem diversa, porém também antiga, tem a cocaína, alcaloide presente na planta *erythroxylon coca* (coca) a qual era cultivada e utilizada pelos incas e é, ainda hoje, usada no Peru (6). A autora afirma que esta substância foi introduzida na Europa pelos conquistadores espanhóis e, por muitos anos, membros da elite social Europeia utilizaram o vinho de coca, apreciado por suas qualidades energéticas.

Outra droga bastante conhecida, e alvo de uma série de debates sobre legalização e liberação do uso, é a maconha. Muito antes de seu consumo como droga recreativa no ocidente, o que ocorreu apenas no século XX, a maconha já era utilizada na Índia e países árabes como parte de rituais religiosos (23). A maconha foi também utilizada com fins medicinais em alguns países orientais e, entre os séculos XIX e XX, também pela medicina ocidental. No entanto, sua utilização como medicamento, no ocidente, passou a diminuir com a associação do abuso de maconha à criminalidade, e marginalização (24).

No século XX surgem, ainda, as primeiras drogas completamente sintéticas que alteram a consciência, a primeira delas foi a anfetamina (23). De acordo com Iversen (23), as consequências do uso desta droga logo foram notadas, percebendo-se o desenvolvimento de uma forma de psicose, denominada psicose anfetamínica, semelhante às crises agudas de esquizofrenia. Tal observação, segundo o autor, auxiliou na descoberta da dopamina como chave para a compreensão da esquizofrenia e seu tratamento, bem como, posteriormente, na sintetização de drogas antipsicóticas que atuam como bloqueadores de dopamina.

Outras drogas da mesma família da anfetamina, abordadas pelo autor, são o metilfenidato (ritalina), hoje utilizado no tratamento de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e o ecstasy, antigamente usado no tratamento do mal de Parkinson. De acordo com Iversen (23), o ecstasy passou a ser ilegal da década de 1980, considerado, assim como o Cânhamo, uma droga perigosa e sem fins medicinais. Com a menção a estas substâncias e seus usos médicos, o autor mostra que algumas drogas hoje ilegais já foram compreendidas de modos diversos, algumas delas até mesmo possibilitaram o avanço do conhecimento no tratamento de algumas doenças, sobretudo doenças psíquicas e neurológicas.

Assim, na tentativa de relatar a história das drogas, percebesse que esta se confunde com a história do próprio homem, onde o uso de drogas permeia diferentes sociedades e hábitos culturais. A busca por diferentes drogas não trouxe apenas preocupações, mas também avanços significativos na sociedade. Para Carneiro (16), foram estas buscas que impulsionaram o nascimento do comércio. Tal teoria é explicada pela afirmação, do autor, de que as principais riquezas buscadas no Oriente e Américas durante a época das grandes navegações (séculos XVI e XVII) eram drogas, pois assim eram entendidas especiarias como canela, pimenta, noz moscada, pau-brasil e açúcar.

Na época colonial não havia uma clara distinção entre droga e comida, assim como muitas culturas atuais não distinguem entre alimentos e remédios, ao exemplo do consumo de diferentes chás (16). Também Adiala (17) encontrou em seus estudos a referência às especiarias (café, pimenta e chás) como tipos de drogas que, de certo modo, demarcavam importantes distinções sociais, uma vez que se restringiam, na maioria das vezes, ao uso pela nobreza, que assim se distinguiu da burguesia emergente.

Durante a segunda metade do século XIX foram adotadas algumas medidas bastante rígidas para com os usuários de diferentes drogas, a estes foram destinados castigos severos como a perda do nariz, imposta aos bebedores de café na Rússia, ou o exílio e perda das orelhas, imposto aos usuários de álcool na França (22). Para Escohotado (22), a base de tais proibições foi, frequentemente, questões morais. Neste período também houve um aumento da preocupação dos médicos americanos com o abuso de drogas, sobretudo a dependência a opiáceos (26).

No entanto, os autores consultados concordam que a mudança da postura com relação ao consumo de drogas, com a adoção de uma abordagem proibicionista parece ter ganhado força, internacionalmente, a partir do século XX, sendo os Estados Unidos apontando como primeiro país a promulgar uma lei com este propósito (16,25,27). Seguindo este movimento, muitos outros países também adotaram medidas proibicionistas, as quais se caracterizam, principalmente, pela criminalização do uso, produção e tráfico (25).

O primeiro tratado internacional com a finalidade de controlar o mercado de opiáceos foi assinado em 1909, na Comissão do Ópio de Xangai, neste momento o uso dos derivados do ópio foi restrito à área médica, os demais usos passaram a ser considerados ilegais. Posteriormente, em 1912, foi assinado um novo tratado, desta vez em Haia, Holanda, reafirmando a proibição do ópio e ampliando estas restrições a

cocaína. Esse movimento culminou na “Lei Seca”, adotada pelos Estados Unidos em 1917, proibindo a venda, transporte e consumo de álcool (28). Seguiu-se a esta data a criação de órgãos de regularização e controle de entorpecentes como a Comissão Consultiva do Ópio e Outras Drogas Nocivas, criada em 1921, e a Comissão das Nações Unidas sobre Drogas Narcóticas, criada em 1946 (27).

Observa-se que, embora, o consumo de substâncias psicoativas perpassasse a história humana, o entendimento do uso de drogas como um problema para a sociedade é bastante recente (29). Mesmo a palavra “droga” como utilizada hoje pela OMS, ou seja, enquanto ligada ao desenvolvimento de patologias denominadas como Toxicomanias, começou a ser utilizada, de acordo com Parascandola (26), no final do século XIX, principalmente nos Estados Unidos, tornando-se mais popular durante a Primeira Guerra Mundial. O autor embasa esta constatação na análise dos textos publicados em guias médicos como o Index Medicus, o qual passou a ser publicado em 1883, não havendo, segundo ele, referências a dependência de drogas nos anos iniciais de publicação. Os ensaios encontrados pelo autor, abordando a questão do uso de substâncias psicoativas, restringiam-se a preocupação com hábitos individuais como alcoolismo e morfina. O primeiro artigo encontrado que se referia a dependência de drogas, de modo mais genérico, só foi publicado em 1897, a partir de então, o autor pode observar um aumento de artigos citando o uso de drogas, dependência de drogas e usuários de drogas.

Dados semelhantes foram encontrados por Adiala (17) cujo estudo mostra que, até o século XX, a palavra “droga” indicava substâncias medicinais utilizadas como ingrediente em medicamentos. A separação, a partir do século XIX, entre substâncias cujo uso levava a estados alterados, comportamentos considerados anormais, ou que eram entendidas como impeditivas ao desenvolvimento de uma vida social regrada, e aquelas cujo uso terapêutico podia ser comprovado cientificamente (30) parece ter constituído a base para a adoção de diferentes posturas e julgamentos que, de certa forma, classificam os usuários de Substâncias Psicoativas (SPA) como doentes ou não doentes e, ainda, atribui a eles diferentes graus de periculosidade com base na droga utilizada.

2.2.2. Convivendo com as drogas no Brasil

No Brasil a história do consumo, e a abordagem sobre o tema das drogas, parece ter seguido o mesmo caminho já descrito. No país, apesar dos registros da proibição do uso de maconha ainda no Primeiro Império, as discussões a cerca do uso de psicotrópicos tiveram início nas primeiras décadas do século XX, porém de forma bastante limitada (30). De acordo com Fiore (30), tais discussões eram embasadas em posicionamentos moralistas, visando o controle das práticas de raças e classes específicas e as medidas adotadas eram justificadas pela preocupação com a saúde pública e criminalização, o que gerou a medicalização e imposição de penalidades aos usuários de drogas.

Segundo dados apresentados pelo autor, foram os médicos os responsáveis pelas principais pesquisas na área, sendo o discurso médico predominante quando se aborda a temática do uso de SPA no país. Adiala (17) analisou diversos trabalhos e teses publicados durante a Primeira República, observando uma transformação das representações e atitudes sociais em relação ao uso de drogas entre os anos de 1910 e 1920. Tais mudanças, segundo o autor, foram influenciadas pelas questões externas que, por sua vez, eram objeto de discussão entre os médicos do país, os quais mostravam grande interesse nos debates que ganhavam espaço da Europa e América do Norte.

Como já apontado, drogas como cocaína, ópio e seus derivados eram utilizadas, nas práticas médicas ocidentais, fato constatado por Adilala (17) também no Brasil. O autor encontrou artigos com relação ao uso de cocaína nas clínicas médicas especializadas como a dermatologia, a oftalmologia e a obstetrícia. Nestes trabalhos a preocupação quanto à utilização de tais drogas estava circunscrita a adequação do uso médico, estando a intoxicação ou abuso também relacionado a esta prática. De acordo com o autor, embora fossem conhecidos problemas psíquicos acarretados, estes estudos não faziam considerações morais sobre o consumo destas substâncias, sendo somente a partir de 1920 que começa a se estruturar, no país, a temática da toxicomania. Neste período, manias específicas como a cocaínomania, morfinomania, começaram a ser agrupadas como toxicomanias (17).

É também a partir deste momento histórico que o governo brasileiro passa a ter um posicionamento mais restritivo com relação ao uso de substâncias. Apenas em 1921 o Brasil sancionou, de fato, a primeira lei específica sobre o tema, o Decreto nº 4294, de 06 de julho de 1921, posicionando-se a favor do combate as drogas conforme a tendência norte americana (27).

O referido decreto estabelecia penalidades para a venda de cocaína, ópio, morfina e seus derivados, indicando também a criação de estabelecimentos para internação de alcoolistas e usuários de outras “substâncias venenosas”. De acordo com o documento, em tais estabelecimentos, o indivíduo receberia tratamento médico e estaria submetido a um regime de trabalho. A população atendida era proveniente de encaminhamentos judiciais (internação compulsória) e internações voluntárias. A internação também poderia ocorrer a pedido da família a fim de “evitar a prática de actos criminosos ou a completa perdição moral” (31).

Em 1938 foi aprovada a “Lei de Fiscalização de Entorpecentes” (32). Esta lei apresenta uma extensa lista de substâncias consideradas entorpecentes e proíbe o “plantio, a cultura, a colheita e a exploração, por particulares”, de qualquer planta da qual possa ser extraída as substâncias mencionadas na mesma lei, limitando tais práticas aqueles que apresentem autorização sanitária. O documento também fixava uma mesma pena para porte, uso ou venda e proibia o tratamento domiciliar das toxicomanias, estas, assim como as intoxicações habituais, passam a ser consideradas doenças de notificação obrigatória (32).

De acordo com Carvalho (27), durante o regime militar a postura com relação às drogas se tornou ainda mais rigorosa, as medidas adotadas adquirem, então, um caráter militar, ao contrário do sanitário, até então adotado. Esta colocação parece confirmar a observação feita por Kessler (33) de que a ênfase na regulação do consumo de um ou outro tipo de SPA varia de acordo com fatores específicos e característicos do momento histórico vivenciado. Com o início do regime militar, o usuário de SPA passa a ser visto como subversor. Neste período é sancionada a Lei nº 4.483, de 16 de novembro de 1964, que criou o Serviço de Repressão a Tóxicos e Entorpecentes (34).

Posteriormente, no fim da década de 70 a imprensa começa a divulgar um possível aumento do consumo de drogas no país, fato relacionado com o movimento norte-americano de guerra às drogas, embora estudos realizados na década seguinte não confirmassem esse fato (33). Um real aumento no consumo de substâncias como maconha e cocaína parece ter se dado realmente apenas a partir da década de 90, conforme estudos analisados por Kessler (33).

Tal fato vem ao encontro da compreensão histórica apresentada por Iversen (23), que mostra a adoção de um posicionamento de guerra às drogas, a partir de 1976, influenciado pela política norte americana com relação ao tema. Neste ano, foi

sancionada a Lei 6.368/76 (35), a qual trata sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. Acolheu-se, então uma postura repressiva, com punições restritivas de liberdade tanto ao usuário quanto ao comerciante.

No entanto, na década de 90 esta solução repressiva começa a ser questionada em meio a diversos grupos (23), embora estas discussões não tenham propiciado mudanças legislativas significativas com relação a tais posturas. Segundo Alves (36), a partir do século XXI se observa que o enfoque da redução de danos ganhou destaque, embora a postura proibicionista tenha sido mantida.

Em 2002 foi instituída a Lei 10.409, a qual aborda a “prevenção, tratamento, fiscalização, controle e repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícito de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica” (37). Esta lei aborda, pela primeira vez, ações de redução de danos nos cuidados com os usuários, embora mantenha a criminalização do porte de drogas, mesmo que para consumo próprio (36). Ainda no mesmo ano, é instituída a Política Nacional Antidrogas (PNAD), por meio do Decreto Nº 4.345/2002 (38). Este texto contém uma ampla argumentação sobre os males ocasionados pelo uso de SPA, tendo como um de seus pressupostos a busca por uma sociedade livre do uso de drogas. Neste documento, o uso de drogas é considerado uma ameaça tanto para a humanidade quanto para a sociedade e suas diferentes estruturas.

No ano seguinte, é lançada a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (39) a qual trás uma crítica ao modelo até então adotado, com foco médico/psiquiátrico, propondo a ampliação da visão sobre o tema, através do reconhecimento da multiplicidade de perspectivas envolvidas. Passam a ser criticadas também as ações que mantinham a exclusão e marginalização do usuário, e propõe-se a adoção de novas estratégias de cuidado e atenção, sobretudo reforçando o papel desempenhado pelos Centros de Atenção Psicossocial, valorizando-se cada vez mais a importância destes serviços também no cuidado aos usuários de drogas, tais centros serão melhor caracterizados nos capítulos seguintes.

Nesta mesma direção, duas outras leis são consideradas como importantes marcos legislativos relacionados ao cuidado dos usuários de SPA, sendo elas a Lei nº 10.216 / 01 e Lei nº 11.343/06 (36,40). A primeira delas dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, entre eles usuários de álcool e

outras drogas, distinguindo também três formas de internação: voluntárias, involuntárias e compulsórias (41). Já a Lei nº 11.343/06, instituiu o sistema de Políticas Públicas sobre Drogas. Neste documento, as atividades de repressão ao tráfico são reforçadas, porém estabelece penas alternativas para o porte de drogas para uso pessoal (mantido como crime). Este indivíduo passa a estar sujeito à advertência sobre os efeitos das drogas e prestação de serviço comunitário ou medidas socioeducativas (42). De acordo com Iversen (23), a mudança que decorre da adoção destas leis se deu mais em relação ao usuário o qual passa a ser percebido mais como doente do que como criminoso.

Como pode ser observado no histórico traçado, apesar da tendência à adoção de leis cada vez mais restritivas, alguns dos posicionamentos adotados pelas políticas brasileiras, com relação ao uso de psicotrópicos, foram modificados ao longo do tempo e as discussões a cerca de temas como a legalização de certas drogas e a adequação do tratamento ofertado aos usuários tem se mostrado mais frequentes no cenário atual. Autores como Kessler (33) contribuem para esta discussão, percebendo o uso de drogas tanto como sintoma, como causa dos problemas de nossa sociedade, ele acredita que a minimização dos problemas originários do uso passa pelo diagnóstico e avaliação correta dos problemas sociais e individuais envolvidos, além do desenvolvimento de atividades preventivas que visem a “valorização da saúde e o respeito a vida”(33).

Percebe-se que o entendimento do que são drogas e o que elas representam modificou-se ao longo dos anos, tanto no cenário internacional, como no Brasil. No presente trabalho utilizaremos como sinônimos os termos droga, droga psicotrópica ou substâncias psicoativas, referindo-se a substâncias capazes de atuar no organismo de modo a provocar tanto alterações psíquicas como comportamentais. Sobretudo, estaremos nos referindo àquelas substâncias, como a maconha, cocaína e crack que veem motivando à busca por tratamento junto aos Centros de Atenção Psicossocial (43,44). Tais substâncias são também aquelas que recebem maior foco de atenção e preocupação na esfera pública, mobilizando ações governamentais em diferentes áreas como saúde, segurança e assistência social.

2.3. Saúde Mental em diferentes esferas

2.3.1. Do sanatório ao CAPS

Ao debater alguns marcos históricos da psiquiatria brasileira, autores como Deveras e Costa-Rosa (45) mostram que, do mesmo modo como se deu com relação a compreensão sobre o uso de drogas, o entendimento da loucura, e de como lidar com os indivíduos portadores de transtornos psíquicos, modificou-se ao longo dos séculos. Entre as posturas assumidas, os autores identificam desde uma quase indiferença quanto à necessidade de apoio terapêutico, passando por ações higienistas, que se destacavam pelo encarceramento dos sujeitos, até o entendimento atual da oferta de tratamento no território em que vive o paciente.

O levantamento histórico realizado por Guimarães et al. (46), através da análise de modelos de tratamentos preconizados pela legislação brasileira em saúde mental, aponta para a existência de dois períodos de tempo distintos com relação ao modelo de concepção do tratamento em saúde mental. O primeiro deles corresponde ao período entre 1935 e 1990, o segundo de 1990 a 2001. Os autores referem que, no primeiro período destacado, a legislação tratava de questões administrativas com foco na criação e organização de serviços, os quais trabalhavam sob a ótica do modelo hospitalocêntrico. Já a partir de 1990, os modelos de tratamento ganham foco assistencial, rompendo com o modelo anterior e enfatizando a humanização, reinserção social e avaliação dos serviços, a fim de garantir os direitos dos pacientes portadores de psicopatologias.

A partir dessa nova compreensão do tratamento ofertado a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, foram implementados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estes serviços tiveram suas raízes no movimento de Reforma Psiquiátrica, processo que se iniciou, no Brasil, no final da década de 70. Inspirados pela experiência italiana, trabalhadores em saúde, familiares e pacientes, juntaram esforços para denunciar o tratamento precário e desumano ofertado aos doentes em muitas das instituições em funcionamento, apresentando também críticas ao modelo hospitalocêntrico vigente no período (47).

Arbex (48), em seu livro “Holocausto Brasileiro”, denuncia as condições de vida dentro de um destes hospitais, abordando as histórias de alguns pacientes através de relatos destes e de funcionários do local. Por meio das imagens e narrativas que compõe este trabalho, a autora expõe as condições precárias daquele hospital, o qual pouco ofertava, em termos terapêuticos, aos sujeitos ali internados. A violência sofrida pelos pacientes, e mostrada por Arbex (48), permite compreender um pouco melhor a razão

pela qual tantos se envolveram nesta causa, e a necessidade de um modelo assistencial diferenciado daquele até então proposto.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS) (47), os primeiros CAPS começaram a surgir a partir de 1987, em vista da necessidade de implementação de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Dois anos depois, o projeto de lei do deputado Paulo Delgado deu entrada no congresso propondo “a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país” (47).

A lei que se originou deste projeto foi aprovada em 2001, trata-se da Lei Federal 10.216, a qual dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadores de transtornos mentais, incluindo os usuários de álcool e outras drogas (41). Foram 12 anos de tramitação do Projeto de Lei Paulo Delgado até sua aprovação, além de décadas de luta até o início de um processo concreto de criação de novos dispositivos de atendimento a este público (49). Percebe-se, no entanto, que, como apontado por Costa, Siqueira, Uhr, Silva e Molinaro (50), o modelo de serviço compreendido hoje como CAPS passou a existir antes da formalização dos mesmos junto aos órgãos governamentais.

Através da Lei 10.216/01, assim como do impulso fornecido por diversos encontros e eventos em saúde mental, consolidou-se o processo de Reforma Psiquiátrica brasileiro. A partir desse marco, o MS abriu linhas de financiamentos específicas para os serviços em saúde mental, passando a desenvolver estratégias de redução gradual do número de leitos psiquiátricos, movimentos estes firmados pela III Conferência Nacional de Saúde Mental (47).

Também neste período, de acordo com Rabelo (51), após sugestões da área técnica de saúde mental do MS, foram publicadas as Portarias 336/GM e 189/02, as quais regulam os CAPS e atribuem a eles a prioridade de atendimento aos portadores de transtornos mentais severos e persistentes. Neste grupo, conforme os autores, também está incluído o atendimento a crianças e adolescentes, assim como aos usuários de substâncias psicoativas, este baseado em estratégias de redução de danos.

A portaria 336/ GM, define três modalidades de CAPS: CAPS I, CAPS II e CAPS III, todos voltados para o atendimento de pacientes com transtornos mentais. Diferenciam-se ainda CAPS para populações específicas como o Centro de Atenção Psicossocial à Infância e Adolescência (CAPSi) e o Centro de Atenção Psicossocial

Álcool e Drogas (CAPSad) (52). Atualmente conta-se, também, com a possibilidade de implementação do CAPSad III, serviços também voltados para o atendimento da população usuária de álcool e outras drogas, porém com atendimento 24h (53).

O número de CAPS cresceu rapidamente no país, em 2006 estimava-se a existência de 1.011 serviços (49), enquanto que em 2011 foram contabilizados 1.650 (54). Os dados apontados pelo SENAD (2), indicam que a cobertura CAPS, no ano de 2009, abrangia 57% do território nacional, sendo considerada muito boa no Rio Grande do Sul (78%). Junto a este crescimento, os autores apontam para a redução gradativa do número de leitos hospitalares, conforme previsto pela política de desinstitucionalização.

Os CAPS passaram, assim, a ocupar um importante papel na rede de assistência à saúde mental, sendo considerados serviços estratégicos no atendimento a pacientes psiquiátricos. A criação dos CAPS teve por objetivo o atendimento dos pacientes em seu próprio território, proporcionando acompanhamento clínico, além do auxílio na restituição dos laços sociais destes indivíduos, através do incentivo a reinserção em espaços diversos, como no trabalho, na família e na escola (1).

No entanto, muitas críticas ainda são postas com relação ao funcionamento dos CAPS. Usuários da rede de saúde mental, participantes do estudo de Machado e Santos (55), indicaram uma série de dificuldades enfrentadas como o número insuficiente de profissionais, horário de funcionamento limitado, pouca variedade de atividades para os pacientes e falta de integração dos CAPS com os demais serviços da rede. Tais fatores alimentam a avaliação dos pacientes de que tais serviços não suprem suas reais necessidades. Para os autores tal constatação é agravada pela prática comum dos serviços de tentar encaixar os pacientes no modelo assistencial ofertado, desconsiderando suas singularidades. Os autores entendem que as lacunas existentes nos serviços substitutivos à rede hospitalar acabam por proporcionar a reinternação dos usuários, afinal estes serviços não conseguem atender adequadamente a demanda trazida por aqueles que os procuram (55).

Com relação aos serviços destinados a crianças e adolescentes, Santos e Fernandez (56) realizaram uma pesquisa bibliográfica, buscando conhecer a situação destes serviços através da análise de documentos emitidos pelos Ministérios da Saúde, Educação, Desenvolvimento Social, entre outros. Os dados encontrados indicam que, apesar de apresentar a melhor cobertura de CAPSi, a região sul ainda investe pouco no

acompanhamento ambulatorial, apresentando altos índices de admissão hospitalar entre a população infanto-juvenil.

Para Pitta (3), a mudança nos espaços de trabalho em saúde mental requer a implicação dos profissionais aí atuantes, estes devem assumir a responsabilidade do cuidar e do desenvolvimento de ações que ultrapassem o espaço dos serviços, e que estabeleçam o diálogo entre as diferentes áreas profissionais. Tais ações devem valorizar o papel do médico e da medicação, mas ao mesmo tempo buscar quebrar com a lógica de que estes são únicos recursos disponíveis para o cuidado em saúde mental. Deste modo, apesar das conquistas obtidas, muitos desafios ainda se colocam na consolidação da política de saúde mental vigente, bem como para a estruturação dos serviços com vista a proporcionar um atendimento mais qualificado e efetivo no atendimento das demandas dos pacientes.

2.3.2. Desafios no atendimento à dependência química

As questões postas anteriormente também perpassam o atendimento dos pacientes portadores de Transtornos por uso de Substâncias Psicoativas (TUSP), afinal as políticas de saúde mental também abrangem estes sujeitos. Embora se possa observar avanços no tratamento ofertado a estes pacientes, Pitta (3) compreende que o cuidado das pessoas usuárias de drogas é, ainda, um dos grandes desafios hoje enfrentados pelos gestores e trabalhadores do campo da saúde mental.

O ano de 2002 foi referido pelo MS (47) como decisivo com relação, especificamente, a adoção de estratégias de trabalho voltadas para a população usuária de SPA. Neste ano, segundo o mesmo documento, na “III Conferência Nacional de Saúde Mental”, evento já citado anteriormente, se reconhece o uso prejudicial de substâncias como um problema de saúde pública e é construída uma política de atenção voltada aos usuários de SPA. Também em 2002, foi lançado o “Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas”, este estabeleceu uma rede de cuidados em caráter extra-hospitalar a qual tem os CAPSAd como importante elemento de estruturação. Previa-se, ainda, que as ações deviam ser pautadas pela lógica da redução de danos, adotada pelo MS desde 1994.

No ano seguinte, o texto inicial da “Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas” (39) reconhece a

responsabilidade de atendimento da população de usuários e dependentes de SPA pelo Sistema Único de Saúde (SUS), bem como o atraso em que se encontravam tais ações. A partir deste reconhecimento, aponta a necessidade de adequar os modelos assistenciais até então existentes para melhor atender a estes indivíduos, entendendo que os mesmos são frequentemente excluídos e recebem tratamento desigual. O documento reconhece também a pouca prioridade dada, até aquele momento, a uma política dirigida a tal grupo, o que acabou por provocar um forte impacto econômico e social, sem uma real redução do consumo de SPA.

Para compreender a dinâmica destes movimentos de mudança é preciso considerar que este é um campo permeado por conflitos e polêmicas, estes, por sua vez, perpassam tanto os estudos teóricos na área, como estigmas arraigados na sociedade. Na esfera teórica, Frankenburg (6) distingue três principais linhas de reflexão adotadas sobre a origem das adições. A primeira delas entende a dependência química como uma doença, a segunda vê o uso de drogas como um recurso utilizado para o enfrentamento de eventos negativos e o terceiro grupo teórico, citado pela autora, refere que o uso de SPA é uma escolha do indivíduo.

Embora aborde estas diferentes visões, a autora acredita que estas não são excludentes, ou mesmo que, individualmente, não representam o indivíduo como um todo, pois este pode desenvolver ou manter o uso de drogas por mais de uma razão, além disso, acredita que estas motivações podem também mudar ao longo do tempo. Frankenburg (6) distingue, ainda, alguns grupos considerados como tendo maior probabilidade de sucumbir às adições, entre estes estão os adolescentes. Segundo ela, estes grupos específicos tendem a atrair maior atenção do poder público e também dos pesquisadores de modo que, aqueles usuários que permanecem fora de problemas, podem apresentar dificuldade em solicitar auxílio, tendo menores chances de ser alvo de teorias e pesquisas, bem como de acessar os diferentes serviços voltados para atender a esta demanda.

De acordo com o MS (1) os indivíduos que preenchem critérios para um padrão de uso que corresponda à dependência química são, justamente, os mais frequentemente abordados pelo sistema assistencial. No entanto, o MS reconhece que estes não constituem a maioria da população de usuários, de modo que algumas mudanças veem sendo realizadas a fim de ampliar o acesso aos serviços assistenciais de grupos que apresentam prejuízos biopsicossociais menos evidentes. Tal postura estrutura-se na

crença de que é “mais útil pensar em “problemas associados ao uso de álcool e/ou outras drogas” do que em “dependência”” (1).

A fim de distinção, autores como Duarte e Morihisa (57) e Laranjeira (58), com base na Classificação Internacional de Doenças (CID) e no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), apontam o uso de SPA como a auto-administração de qualquer quantia de substância psicoativa, enquanto o abuso é caracterizado como a utilização da droga de modo que venha a aumentar o risco de consequências negativas ao usuário. Já a dependência química é compreendida como doença crônica e complexa a qual requer estratégias de atenção específicas para se obter um prognóstico satisfatório. Tal diagnóstico envolve a identificação de critérios como tolerância ao uso, quadro de abstinência, uso persistente, entre outros.

Esta distinção se faz importante a fim de definir estratégias de ação neste campo. O MS vem trabalhando no aumento do enfoque em práticas preventivas, defendendo que através delas é possível evitar a vitimização dos indivíduos por longos períodos de adoecimento, o que leva ao acionamento de serviços de cunho hospitalar, devido ao fato de estes sujeitos frequentemente apresentarem quadros mais graves de intoxicação. As políticas propostas visam, então, o atendimento destas pessoas em diferentes unidades da rede assistencial, de modo a reservar a estratégia de internação para “os casos graves de intoxicações, abstinência ou dependência com risco de vida, em que o paciente não consegue resolução de sua situação no atendimento extra-hospitalar” (2).

Apesar das diferentes posturas preconizadas, ainda são enfrentadas dificuldades no que tange a de adesão ao tratamento por parte dos usuários de drogas. Os registros destes tratamentos apontam um alto índice de abandono, muitos deles ocorridos antes mesmo da primeira consulta médica (58,59). No entanto, a adesão ao tratamento da dependência química é apontada como fator preditivo do prognóstico destes casos - uma maior adesão constitui indicativo de melhor prognóstico (59).

A política do MS para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (39) também aborda a temática da adesão ao tratamento. Neste documento, é interessante notar que a baixa adesão não é colocada como uma característica do usuário, mas compreendida na relação com os serviços de saúde. De acordo com o documento, os usuários de drogas não apresentam características homogêneas, tal diversidade faz com que muitos não compartilhem das posturas adotadas pelos

profissionais de saúde, de modo que, ao não se perceberem compreendidos, abandonam o tratamento.

Embora uma série de outros fatores possam ser apontados como interventores no processo de adesão ao tratamento, como a compulsão ao uso, a relação estabelecida entre profissionais e usuários parece um ponto importante a ser debatido. A política sobre drogas (39) aponta para o reconhecimento da necessidade de extravasar a postura “redução da oferta e da demanda”, reconhecendo a necessidade de levar em conta a diversidade e especificidades populacionais, acolhendo as diferentes histórias que se apresentam e criticando as leis criminais por considerá-las impeditivas da participação do usuário, uma vez que sugerem a ocultação do uso.

Desta compreensão, reafirma-se a importância da adoção de estratégias de redução de danos enquanto ações, não voltada para a abstinência, mas para a valorização da vida. Sendo as políticas preventivas direcionadas a toda a população, a adoção destas práticas é, mais uma vez, indicada por sua flexibilidade e maior possibilidade de abrangência (39).

Assim, têm-se duas posturas antagônicas assumidas pelo governo, se por um lado luta-se por uma estratégia de cuidado com base na redução de danos, por outros se tem uma política proibicionista que, de acordo com o próprio MS (39), acaba por afastar o usuário das unidades de saúde. Alves (36) acredita que o posicionamento proibicionista alimenta o estigma social do usuário de drogas como criminoso ou doente.

A reflexão sobre a percepção social dos usuários de álcool e outras drogas também é elemento essencial na discussão sobre as mudanças sociais e políticas necessárias para proporcionar um melhor acolhimento e cuidado daqueles que hoje sofrem com as consequências do uso, abuso ou dependência de entorpecentes. Corrigan et al (60) referem que diversos estudos foram realizados apontando que os adultos tentem a estigmatizar pessoas com patologias psiquiátricas, bem como usuários de substâncias psicoativas, de modo mais agudo do que portadores de outros tipos de patologias. Para Goffman (61) o estigma é uma espécie de categorização que carrega em si uma conotação sempre negativa. Sua definição na obra do autor é de uma marca que caracteriza aquele ao qual está associada, deteriorando-o e desvalorizando-o.

De acordo com os dados apontados pelo estudo de Thege et al (62), os usuários de drogas são julgados de modo diferente quando comparados a pacientes que

apresentam outros comportamentos aditivos, como compulsão ao jogo, consumo de alimentos ou compras. A pesquisa realizada pelos autores indica que, entre as pessoas que apresentam comportamentos aditivos, os usuários de SPA são os mais comumente responsabilizados, pela população em geral, por seu comportamento.

Os dados analisados por Soares et al (9), ainda mostram que a percepção atrelada ao usuário de SPA é carregada pelo estigma da violência e imprevisibilidade, estigma este, também atribuído aos usuários por muitos profissionais em saúde. Os autores mostram que esta rotulação, quando arraigada entre os profissionais de saúde, pode interferir no engajamento de atividades com esta pessoa, bem como sua rejeição (9). Para escapar das consequências negativas advindas da estigmatização por diferentes setores sociais, os indivíduos podem desenvolver estratégias como isolamento social e enfrentamento ou fuga diante de situações que possam prejudicá-los, comportamentos que podem agravar condições como depressão, hostilidade e ansiedade (10).

Em boletim redigido pelo Conselho Federal de Psicologia (63), este órgão aponta razões para defender uma política para usuários de crack, entre os itens citados está justamente o alerta para a superação do estigma de que o usuário de drogas é perigoso e irrecuperável. O CFP insiste em lembrar que estes indivíduos exercem também outros papéis, são pais, mães, filhos, amigos. Quando estes diferentes papéis são esquecidos o profissional pode vir a agir mediante a urgência exigida pelo suposto risco oferecido por estes cidadãos, legitimando assim a violência contra os mesmos.

A política do MS (39) reforça esta compreensão, reconhecendo a associação do uso de álcool e drogas à delinquência, e o estigma atribuído ao usuário, como dois dos principais fatores de exclusão destas pessoas. Uma das propostas desta política é, justamente, a formulação de outras políticas que auxiliem a “desconstruir o senso comum de que todo usuário de droga é um doente que requer internação, prisão ou absolvição” (39).

Na esfera da saúde, Ronzani e Furtado (10) sugerem o desenvolvimento de estratégias que visem à mudança de atitude e aumentem o conhecimento e habilidade dos profissionais em lidar com este público, a fim de alcançar resultados futuros, amenizando os problemas advindos da estigmatização dos usuários de drogas. Acreditam que, deste modo, pode-se contribuir para a redução de ações baseadas em estigmas e, conseqüentemente, para a melhoria do atendimento prestado aos usuários.

Apesar dos diferentes posicionamentos e políticas hoje vigentes, observa-se que a maior ênfase a estratégias de prevenção ao uso, bem como com a regulamentação das práticas de redução de danos e priorização desta abordagem pelas políticas públicas em saúde mental, representam um passo importante em direção à busca por uma melhor qualidade de vida dos usuários de SPA. A definição do CAPS como instituição de cuidado em saúde mental, que visa entre outros aspectos apoiar os pacientes em sua autonomia (1), vem ao encontro da postura proposta pela política da redução de danos, esperando-se que a autonomia dos clientes seja respeitada, o que não impede a oferta de tratamento e o esclarecimento sobre riscos da utilização de diferentes drogas.

Além disso, o estigma da periculosidade e falha de caráter, frequentemente atribuído aos usuários de álcool e outras substâncias, alimenta o apoio ao uso de pressões legais para ingresso ao tratamento (64). De acordo com Watson, Corrigan e Angell (64), as pessoas tendem a desejar o uso de pressões legais àqueles a quem é atribuída periculosidade e culpa por seus problemas. Em meio aos serviços de saúde, um dos riscos dessa postura é justamente a dificuldade em compreender e atender as demandas dos pacientes, proporcionando tratamentos coercitivos e pobres (9).

Watson, Corrigan e Angel (64) alertam para a necessidade de as políticas públicas basearem-se em informações precisas e pesquisas, buscando equilibrar os objetivos do tratamento ambulatorial, a autonomia do cliente e segurança pública. Assim, deve-se evitar criar políticas embasadas em pressões equivocadas, como aquelas que atribuem mal caráter ao portador de doença mental ou percepções exageradas de periculosidade. A fim de superar tais problemas, mostra-se relevante o desenvolvimento de pesquisas e campanhas que evidenciem a realidade hoje vivida por portadores de transtornos mentais, entre eles os portadores de TUSP, visando dissipar os mitos sobre a doença mental e auxiliando, assim, os pacientes que, na tentativa de enfrentar ou evitar estas situações, afastam-se de seus direitos enquanto cidadãos, bem como dos serviços que deveriam lhes acolher.

2.4. E quando o adolescente faz uso de drogas?

2.4.1 Adolescência e suas vulnerabilidades

A adolescência é considerada um momento de emancipação, sendo afetado por diversos fatores como as mudanças de atitudes, hábitos e comportamentos (4). Além disso, este período é, muitas vezes, marcado por contradições, ambivalências e conflitos com o meio familiar e social (5). Trata-se de um tempo de descobertas e transições, onde se configura a mudança de postura tanto da sociedade para com o adolescente, com imposições mais fortes sobre maturidade e responsabilidade, como também por parte do jovem que, nessa fase, estrutura sua personalidade, revisando seu mundo interno e as heranças da infância, a fim de adaptar-se ao novo corpo e as pulsões decorrentes do crescimento (4). O MS (65) adota a definição de adolescência proposta pela OMS, a qual compreende tal período como correspondendo à faixa etária entre 10 e 20 anos (66).

De acordo com Aberastury (5), tanto as modificações corporais, como as pressões do mundo externo, exigem do adolescente novas formas de convivência. Nesta fase, alguns indivíduos mostram-se contestadores e onipotentes. A autora preocupa-se com o prolongamento destes comportamentos, os quais podem estereotipar-se refletindo em abalos na saúde mental do sujeito, sobretudo no desenvolvimento de atitudes antissociais e autodestrutivas.

Independente do maior ou menor impacto causado pelas inúmeras transformações, comuns ao período, estas podem ocasionar sofrimento psíquico. Por esta razão, a adolescência é frequentemente identificada como uma etapa de risco ao uso de drogas (7). A OMS (66) aponta estudos que indicam altos índices de prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes de diferentes países. No Brasil, a prevalência indicada de transtornos mentais em jovens com idade entre sete e 14 anos é de cerca de 12,7%, destacando-se que, independentemente do país, os transtornos por uso de substâncias apresentam-se bastante comuns entre jovens de 12 a 18 anos (66).

Bessa, Boarati e Scivoletto (67) também destacam que os primeiros contatos com álcool e drogas veem ocorrendo, geralmente, durante a adolescência. Os autores apontam uma mudança no acesso e consumo destas substâncias, referindo que nas décadas de 1950 e 1960 este cenário mostrava-se diferente, com o primeiro contato ocorrendo por volta dos 18 anos, quando os jovens ingressavam na faculdade. Assim, a experimentação de SPA tem ocorrido cada vez mais precocemente. Outro ponto de destaque com relação a este grupo, na atualidade, é a busca mais frequente por férias e atividades relacionadas ao uso de drogas (68).

O uso de drogas pela população adolescente não é, por si só, considerado um problema já que o comportamento de experimentação faz parte de um padrão normal do desenvolvimento, porém o uso precoce de álcool e drogas pode levar ao afastamento do jovem de seu desenvolvimento normal, expondo-o a riscos que podem provocar a evolução do uso experimental para a dependência (67). Além disso, a precocidade do uso gera a antecipação das consequências e prejuízos associados como problemas de saúde, sanções legais, conflitos familiares e sociais, abandono da escola e sentimentos de culpa ou ansiedade (8,39,69).

Assim,

“O lado negativo do desejo juvenil de obter prazer com o uso de drogas é o risco que ele corre de se tornar dependente e comprometer a realização de tarefas normais do desenvolvimento; o cumprimento dos papéis sociais esperados; a aquisição de habilidades essenciais; a realização de um sentido de adequação e competência e a preparação apropriada para a transição ao próximo estágio na trajetória da vida: o adulto jovem.” (8)

A colocação das autoras trás uma perspectiva interessante ao explorar a preocupação com o uso de drogas na adolescência através de uma discussão ampla, que abrange os possíveis prejuízos ao desenvolvimento destes jovens, mas também a apreensão de que, através da potencialização da dificuldade para aquisição de habilidades múltiplas que serão necessárias na vida adulta, o futuro dos jovens usuários seja também prejudicado.

Na visão de Frankenburg (6), os adolescentes constituem um dos grupos de maior destaque social quando se aborda a questão do uso de drogas. A autora aponta alguns motivos, mais próximos da realidade interna do adolescente, que podem suscitar o uso de drogas neste período, como a busca por experiências excitantes, a necessidade de preenchimento de “vazios” em suas vidas (originados por diferentes questões como a falta de trabalho, objetivos claros ou outros fatores) e mesmo a idealização da droga como propiciadora de liberdade, criatividade e fuga da realidade. Já Outeiral (7) destaca características da própria personalidade destes indivíduos que podem propiciar a busca

por SPA, como impulsividade, sentimento de solidão, dificuldade de simbolização e atitudes autodestrutivas.

Estas afirmações são corroboradas pelos dados encontrados por Vasters e Pillon (69) obtidos através dos relatos de adolescentes usuários de SPA. Estes referiram que a manutenção do uso estava relacionada com atividades de lazer, ocupação do tempo livre e ausência de habilidade de enfrentamento de situações de conflito ou sentimentos como ansiedade. Estes mesmo fatores foram apontados como disparadores da vontade de utilização das drogas.

Fatores como o uso de SPA, juntamente a aspectos inerentes a adolescência e uma rede de serviços ainda carente e, por vezes, ineficiente são elementos que contribuem para a caracterização dos adolescentes como um grupo altamente vulnerável (65,70,71). A vulnerabilidade é entendida neste trabalho como fragilidade, suscetibilidade e necessidade de proteção adicional (72). Apesar de a vulnerabilidade ser considerada uma condição de todo o ser humano, na medida em que se está exposto ao outro, e que por ele se é responsável (73), reconhece-se a existência de grupos e indivíduos especialmente vulneráveis, os quais devem ser protegidos por terem sua condição de vulnerabilidade agravada por circunstâncias específicas (74).

Destaca-se ainda o fato de que os jovens são, normalmente, resistentes à busca de cuidados profissionais em saúde mental (75), de modo que, todos estes fatores permitem compreender a postura adotada pelo MS (65) no sentido priorização das ações voltadas à infância e adolescência.

2.4.2. Saúde Mental e o uso de drogas - o tratamento ofertado ao adolescente

Em 2005 o MS lançou um manual com orientações para a implementação de serviços e ações em saúde especificamente voltados para adolescentes. Tal política compreendia o alcance de uma melhor qualidade de vida para esta população como um desafio a ser enfrentado. Através deste manual buscou-se garantir o acesso a ações de promoção de cuidado em diferentes áreas (76).

Este compromisso foi reafirmado em 2010 quando o mesmo Ministério lançou as “Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde”, documento que propunha o pensar sobre um modelo integrado de atenção à saúde, sem esquecer das peculiaridades de cada

região (65). Embora as estratégias de cuidado integral à saúde do adolescente constituam, hoje, foco de ação prioritário do MS, estas nem sempre tiveram os mesmos delineamentos.

Segundo esse documento, foi a partir do século XX que se observou o aumento do interesse pela situação da infância, tanto no Brasil como nos demais países, o Estado assumiu então certa responsabilidade pelo cuidado desta população. Tal mudança foi acompanhada pelo surgimento, no Brasil, da psiquiatria infantil pautada na lógica higienista (77). Neste período, quando as famílias apresentavam dificuldades em criar seus filhos, estes eram encaminhados para instituições de cuidado. O mesmo também ocorria em famílias ricas as quais encaminhavam seus filhos para internatos ou educandários (78).

Assim, apesar da maior valorização da infância e da organização da rede de cuidados, estabeleceu-se um modelo de assistência com tendência a institucionalização destes sujeitos. Eram indicados, especialmente, quais grupos de crianças deveriam ser assistidas: os pobres, os delinquentes e aqueles com algum tipo de déficit cognitivo (79). O MS critica tal postura, entendendo que através dela se moldou um quadro de abandono e exclusão. Foi só a partir de 1970 que este modelo começou a ser reestruturado tendo resultado na promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990. Não coincidentemente, o processo decorrido assemelha-se ao da Reforma Psiquiátrica, afinal as críticas daí advindas guiaram a desinstitucionalização da assistência à infância e adolescência (79).

Na leitura do texto publicado pelo MS é possível, ainda, notar semelhanças entre o caminho traçado na busca de modificações necessárias para atender os cuidados em saúde mental infanto-juvenil, com aquelas necessárias aos cuidados em relação aos usuários de álcool e outras drogas. Ambos os grupos vivenciaram um período de carência de políticas que regulamentassem o atendimento, onde se deu abertura para o domínio de instituições privadas de caráter fechado (49).

Assim, crianças e adolescentes usuários de SPA formam um grupo duplamente ignorado por um longo período, sendo que ainda se carece de práticas efetivas de assistência a esta população. Esta cada vez mais claro que os jovens têm necessidades únicas e os padrões de uso e comportamento tem diferentes consequências e significados na vida de jovens e adultos (80). Apesar disso, apenas a partir da década de 70 é que foram desenvolvidos tratamentos especificamente voltados para o público

adolescente, até então se ignorava as peculiaridades da fase ofertando a eles o mesmo tratamento desenvolvido para os adultos (81).

Acredita-se que este atraso na concepção de práticas diferenciadas para o cuidado dos adolescentes possa ter contribuído para as dificuldades, ainda hoje, enfrentadas por muitos serviços na condução do tratamento voltado para esta faixa etária. Consequentemente, tais fatos parecem estar implicados no fenômeno de adesão ao tratamento.

Como já abordado no capítulo anterior, a literatura consultada aponta a baixa adesão ao tratamento como uma constante no atendimento a usuários de SPA. Ressalta-se que o termo adesão não se restringe a manutenção da abstinência, compreendendo o estabelecimento de vínculo do usuário com o serviço e com a equipe que o acompanha, alimentando um compromisso de ambas as partes de forma a proporcionar uma mudança no comportamento em relação ao uso (69). Esta questão é ainda mais delicada quando o público atendido é adolescente, indicando-se a intervenção de fatores tanto internos quanto externos (82).

Scaduto e Barbieri (83) conduziram uma pesquisa buscando analisar o discurso de profissionais de um serviço ambulatorial de saúde, da cidade de São Paulo, a respeito da adesão ao tratamento de adolescentes usuários de drogas. Os participantes apontaram o papel da família (a qual muitas vezes não oferece suporte ao adolescente), fatores ligados ao tratamento em si (como a dificuldade da equipe em lidar com adolescentes) e ainda o despreparo da instituição para acolher adequadamente essa população como fatores que dificultam a adesão destes pacientes ao tratamento.

Já, Vasters e Pillon (69) buscaram na fala dos próprios adolescentes sugestões destes sobre como se constituiria um serviço mais atrativo. Foram citadas a presença de uma equipe multidisciplinar acolhedora e capacitada quanto as demandas características da adolescência, a presença de ex-usuários na equipe, o oferecimento de atividades motivadoras e o direcionamento específico a este grupo etário sem a presença de pacientes adultos. Estas pesquisas revelam que adolescentes e profissionais identificam dificuldades semelhantes com relação a fatores relacionados, especificamente, à estruturação do tratamento, reconhecendo as limitações da equipe na abordagem dos jovens e na formulação atividades que despertem o interesse na participação no tratamento.

O MS (76) mostrou-se também preocupado com a adesão dos jovens a tratamentos e serviços de um modo geral, orientando que sejam adotadas atitudes acolhedoras, cordiais e compreensivas, acreditando que, deste modo, os serviços se tornarão mais atrativos aos jovens e adolescentes. Outras indicações são referidas por diferentes autores a fim buscar uma melhor adesão destes indivíduos, como a negociação regras plausíveis para os adolescentes e a busca por contato com aqueles que abandonaram o tratamento (83). A participação e apoio da família, e um bom relacionamento entre os técnicos e pacientes, são elementos também citados como auxiliares neste processo (69).

Apesar das orientações do MS e indicações das pesquisas realizadas na área, permanece a “escassez de locais adequados e de profissionais capacitados para atender às demandas singulares desse público” (84). Os resultados encontrados por Raupp e Milnitsky-Sapiro (84) em estudo envolvendo três diferentes instituições destinadas ao tratamento de jovens usuários de drogas mostram que as unidades de internação (hospital e comunidade terapêutica), contrariavam as orientações das políticas públicas tendo por principal objetivo a abstinência. Estes mesmos serviços não possuíam um plano de tratamento específico para a faixa etária, de modo que os adolescentes eram inseridos em programas voltados para o público adulto.

Apenas o ambulatório estudado pelas autoras citadas era guiado por premissas da redução de danos e apresentava um plano diferenciado para o cuidado dos adolescentes. As entrevistas realizadas pelas autoras com adolescentes em acompanhamento nestas instituições revelam a atribuição da redução do uso, não há técnicas terapêuticas específicas, mas sim a mudanças em diferentes áreas de suas vidas, como no relacionamento com a família. Este ponto é entendido por Raupp e Milnitsky-Sapiro (84) como um foco relevante de reflexão do trabalho desenvolvidos nas instituições, acreditando que o sucesso destas abordagens esta na

“capacidade de apoiar e conter os adolescentes por um longo período, possivelmente auxiliando-os na elaboração de conflitos psíquicos e servindo de lugar de referência e passagem, mesmo quando se sentiam perdidos e incapazes de elaborar suas experiências por outra via que não a tóxica” (84).

Entende-se desta passagem a relevância do auxílio ao adolescente na aquisição de novas estratégias para lidar com os problemas enfrentados e novos padrões de relações sociais de modo que este possa, então, traçar novos rumos independizando-se também dos serviços de atendimento.

O investimento na população jovem, garantindo qualidade de vida e o desenvolvimento de seu potencial construtivo é fundamental, constituindo-se como influencia positiva para seu desenvolvimento. Os trabalhadores em saúde devem estar atentos ao público adolescente valorizando seus projetos de vida e incentivando o exercício de sua autonomia. Seu papel é o de apoio e corresponsabilização no processo de aprendizado sobre como enfrentar os problemas com que se deparam estes jovens. Para tanto, é preciso deixar de lado o controle, a opressão e os moralismos (65).

Esta questão passa mais uma vez pela temática da estigmatização do usuário de SPA, problema que também afeta a população adolescente. No ano de 2009, ocorreu em Brasília “VIII Reunião Ordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil” as discussões tiveram por foco o uso de álcool e outras drogas por crianças e adolescentes, buscando a ampliação do debate, assim como da rede de atenção a esta população. O relatório final, redigido a partir dessa reunião, reconhece a vulnerabilidade destes sujeitos, assim como a complexidade do tema, e a necessidade de considerar os contextos socio-culturais e econômicos em sua abordagem. Recomendou-se à sociedade brasileira o abandono do discurso repressor e patologizante e “cautela quanto ao sentimento de pânico relacionado ao consumo de drogas” (85).

Corrigan et al. (60) buscaram investigar o estigma das doenças mentais e de SPA entre adolescentes. Entre os aspectos analisados destacam-se dois deles: o primeiro é a crença de que as doenças mentais são piores que outras patologias, inclui-se aqui a culpabilização do sujeito por sua própria condição, bem como a visão de que estas pessoas são mais perigosas que aqueles que apresentam doenças físicas; o segundo aspecto é a crença na periculosidade nestes sujeitos, o que leva, segundo os autores, a sua evitação.

Como se pode observar, os resultados encontrados pelos autores mostram que os adolescentes apresentam atitudes semelhantes às aquelas apresentadas pelos adultos, as quais foram debatidas no capítulo anterior. Entre os adolescentes participantes da pesquisa de Corrigan et al. (60), pessoas que utilizam álcool foram vistas de forma mais negativas que aquelas que apresentam psicopatologias ou patologias físicas,

especialmente em termos de culpa, raiva ou periculosidade. O estigma da doença mental diminui quando é atribuído a uma causa orgânica como um tumor cerebral. Concomitantemente, os adolescentes abordados na referida pesquisa, apresentaram tendência a ter menos pena e mais raiva daqueles sujeitos a quem atribuíam responsabilidade por sua doença, aqueles vistos como violentos tendem a ser temidos e evitados.

Tais dados proporcionam uma reflexão quanto ao convívio dos adolescentes portadores de psicopatologias e também dos usuários de drogas em diferentes esferas sociais. A estigmatização destes indivíduos vem a agravar a situação frágil em que se encontram, podendo reduzir as possibilidades de encontrar suporte junto a outros adolescentes e muitas vezes entre os próprios profissionais.

O discurso de patologização dos jovens é também pontuado por Raupp e Milnitsky-Sapiro (86), as autoras constataram em seu estudo que muitos dos programas destinados a adolescentes buscam a prevenção e tratamento de riscos identificados nesse período, delineando uma visão da adolescência como uma fase potencialmente patológica. No mesmo texto, as autoras citam pesquisas anteriores realizadas por elas onde se observou a tendência, entre os profissionais em saúde, de identificação dos adolescentes em situação de risco como um problema social, de modo que se buscava ajustá-los aos valores sociais vigentes. Para as autoras, esta postura não contempla as características específicas da adolescência, estando mais preocupadas com os possíveis prejuízos sociais advindos da transgressão destes jovens.

Scisleski e Maraschin (87) também manifestaram preocupação semelhante. Ao analisar as falas de jovens internados em uma unidade hospitalar em decorrência do uso de drogas, encaminhados por via judicial, as autoras apontaram que muitos dos programas oferecidos a estas pessoas ainda se estruturam como estratégias de controle, entendendo as transformações ocorridas no período de adolescência como riscos em potencial.

As autoras entendem que os atendimentos nos serviços de saúde mental à adolescência ainda costumam desconsiderar o caráter social, também presente e influente nas vivências destes pacientes, o que acaba por levar a uma abordagem psicopatológica e individualizante. No entanto, autores como Hser et al (88), mostram que é sim possível obter sucesso no tratamento destinados a adolescente usuários de SPA, propiciando a diminuição do uso de drogas, bem como a diminuição do

envolvimento com atividades ilegais, melhora de condições psíquicas e rendimento escolar. Os autores indicam que estes resultados podem ser potencializados pela adesão dos jovens ao tratamento. Conforme exposto ao longo do texto, esta vinculação parece requerer a construção de uma relação positiva com as instituições de tratamento, o que parece ser facilitado pelo respeito ao paciente e suas necessidades e da viabilização da discussão conjunta de regras, metas e atividades das quais o adolescente deva participar.

Sabe-se, no entanto, que o ingresso de usuários de SPA ao tratamento é permeado por pressões sociais de diversas fontes (11,12,89). Reafirma-se a importância de tornar clara estas diferentes pressões, bem como seu impacto sobre os usuários de SPA. Acredita-se que, deste modo, possa-se contribuir com a conscientização da população em geral, e em especial dos trabalhadores em saúde, para que, conscientes do impacto de suas ações, busquem a redução de possíveis efeitos negativos causados pelas pressões sociais sofridas pelos pacientes.

2.5. Pressões sociais, percepção de coerção e suas implicações no tratamento da dependência química

2.5.1. Pressões sociais, Coerção e Percepção de Coerção – distinções necessárias

Como observado, com os avanços das políticas em saúde mental com foco na desinstitucionalização evidencia-se o desafio de engajar no tratamento aqueles pacientes que se mostram resistentes (90), especialmente com relação ao tratamento das dependências químicas. Os comportamentos aditivos são compreendidos como um peso tanto na área da saúde como em termos sociais e econômicos, em resposta a esse custo a sociedade acaba por utilizar diferentes estratégias de controle para garantir que as pessoas que utilizam álcool e outras drogas recebam tratamento (91).

Identificar desafios éticos é essencial para que se possa ampliar a qualidade do cuidado em saúde mental, reduzir o uso de coerção e aumentar a participação dos pacientes (92). Entende-se que a bioética complexa constitua uma base adequada para a reflexão sobre o tema na medida em que se constitui como uma “reflexão compartilhada, complexa e interdisciplinar sobre a adequação das ações que envolvem a vida e o viver” (93). Dado o exposto ao longo deste trabalho, no presente capítulo pretende-se abordar o fenômeno das pressões sociais, seu papel e possíveis implicações

no tratamento de usuários de SPA. Para compreender este processo, e seus efeitos, algumas distinções e definições se fazem necessárias.

A primeira clarificação a ser feita diz respeito ao termo coerção. Para Piaget (94) a coerção opõe-se a cooperação, ele identifica a ocorrência de “coerção social” quando as relações são permeadas por um elemento de autoridade que se impõe sobre o indivíduo considerado coagido. Assim, para o autor, a coerção está atrelada a relação social onde há a imposição de opiniões e modo de uso de regras por um indivíduo, ou instituição, que representa uma figura de autoridade ou prestígio perante o outro. Neste caso, em virtude dessa imposição, a pessoa referida como coagida é aquela que age de acordo com a perspectiva alheia, mesmo quando esta contraria suas crenças pessoais (95). Esta descrição assemelha-se a ideia de controle ou pressões sociais utilizada por Wild (11), o autor reserva o termo “coerção” às situações onde um indivíduo expressa ter se sentido coagido.

Ao adotar esta definição, o autor concorda com o que é proposto pelos pesquisadores do *MacArthur Research Network on Mental Health and the Law* (96) com relação ao tema. Para estes, a percepção de coerção coloca-se como um conceito diferente daquele de coerção exercida formalmente (97), de modo que, perceber-se coagido significa que o paciente sentiu que não teve influência, controle, liberdade ou escolha em relação à decisão de tratar-se (98,99) distinguem, assim, a percepção subjetiva do ato potencialmente coercitivo, entendendo que o sujeito pode exagerar, minimizar, negar ou distorcer os eventos vivenciados.

Wild (11) também acredita que a coerção não está diretamente relacionada à pressão sofrida, o autor utiliza os termos coerção e percepção de coerção como indicativos da perspectiva do paciente sobre a situação vivenciada. Neste entender, o termo coerção está ligado à percepção do indivíduo com relação ao processo de tomada de decisão, ou seja, se a decisão foi, ou não, uma imposição coercitiva (11,12,100). As pressões, observadas isoladas da manifestação do paciente, são consideradas como formas de controle social/pressão social as quais podem, ou não, ser coercitivas. Como os autores referem-se especificamente ao processo de tratamento das adições, o termo coerção, nestes casos, é empregado para situações onde o paciente percebe a falta de controle durante este processo. O tratamento sob coerção é, então, aquele percebido como uma imposição coercitiva (12).

Esta questão é posta em evidência no estudo de Urbanoski (12) que indica que, embora as pressões de fontes legais tenham mostrado maior propensão a gerar experiências de coerção, nem todos os que classificaram a pressão legal como extrema sentiram-se coagidos, assim como alguns pacientes, que não foram encaminhados por via judicial (pressão legal), ainda assim, relataram terem se sentido coagidos. Outros estudos também apontam que pacientes classificados como voluntários durante o processo de admissão hospitalar, por diferentes transtornos psiquiátricos, podem apresentar certo grau de percepção de coerção, da mesma forma que pacientes classificados como involuntários podem não referir terem se sentido coagidos (11,98,99,101–106). Apesar destes dados, a maioria das pesquisas sobre coerção no tratamento dos usuários de SPA dão prioridade ao controle social legal, desconsiderando pressões informais e formais envolvida (101).

Além disso, muitos estudos entendem coerção e fonte de referência como conceitos intercambiáveis, ou que a coerção pode ser diretamente inferida através da fonte de encaminhamento para tratamento (97,101). Wild, Newton-Taylor e Alletto (101) referem que estes estudos também costumam desconsiderar o paciente como parte ativa no processo de tomada de decisão, minimizando a importância das percepções individuais destes sujeitos.

Wertheimer (107) também critica esse posicionamento, referindo que a coerção é um constructo moral. Lorem, Hem e Molewijik (108) buscaram, justamente, investigar a avaliação moral dos pacientes sobre as experiências potencialmente coercitivas experienciadas, especialmente tentando identificar o que seria uma estratégia coercitiva considerada boa. Os autores observaram que os participantes foram capazes de diferenciar a experiência vivida da avaliação moral atribuída a ela, ou seja, foi relatada diferença entre o modo como participantes experienciam as situações e como eles a avaliam do ponto de vista moral.

Wertheimer (107) acredita que a chave para compreender situações que envolvam coerção, persuasão ou indução estaria, então, em considerar a situação vivida pelo sujeito que deve decidir. Neste processo, dois elementos desempenham, segundo ele, uma função importante: os processos psíquicos e as crenças morais. Para o autor, a forma como uma pessoa compreende uma decisão é, pelo menos parte, ligada a como ele percebe a situação, caso essa gere constrangimento pode-se usar a terminologia “coerção”. Se um determinado indivíduo percebe a proposta feita a ele como uma

ameaça, ele tenderá a sentir-se mais constrangido e ressentido, mesmo que outros percebam a proposta de modo diferente. Assim, o sentimento de constrangimento pode auxiliar na distinção entre coerção e indução ou persuasão. Essa perspectiva é, portanto, semelhante aquela anteriormente referida, onde o uso do termo coerção é restrito àquelas situações onde o sujeito que deve decidir expressa o sentimento de ter sido coagido.

Através das referências acima citadas, justifica-se a importância da utilização de uma terminologia distinta para os elementos objetivos que se impõe nas situações de tomada de decisão, e a compreensão do sujeito cuja decisão foi impactada por estes. Com base no que foi exposto, no presente trabalho, compreende-se que situações onde é exercida alguma forma de controle social no processo de tomada de decisão podem ser entendidas como atos potencialmente coercitivos, estes denominados controles ou pressões sociais (11,12). Já a coerção corresponde à mesma descrição de percepção de coerção, ou seja, é identificada mediante a percepção do sujeito de ter se sentido coagido. Tais esclarecimentos auxiliam na compreensão e avaliação das situações potencialmente coercitivas, permitindo refletir com maior clareza sobre os aspectos éticos envolvidos.

Entendendo-se as pressões sociais como formas de controle social no processo de tomada de decisão, outra classificação é proposta por Wild (11). O autor identifica a existência de três diferentes tipos de pressões sociais no tratamento das adições, estas categorias são estabelecidas com base em sua fonte, sendo elas: legal (refere-se às pressões exercidas por órgãos que compõe o sistema judicial); formal (pressões que partem de outras estruturas formais como empregadores, escolas, programas de assistência social, entre outros) e informal (pressões exercidas por familiares, amigos ou conhecidos).

Faz-se notar que, na literatura consultada, a terminologia “formal” e “informal” é, por vezes, utilizada para classificar as pressões objetivamente sofridas, não havendo relação com a fonte que exerceu a pressão. Lorem et al (108) consideram ter uma compreensão ampliada sobre coerção, distinguindo três elementos específicos: coerção formal, coerção informal e percepção de coerção. A percepção de coerção é definida do mesmo modo anteriormente descrito, no entanto a pressão formal refere-se as intervenções judiciais propriamente ditas, como o encaminhamento compulsório, e a pressão informal indica o uso de estratégias não reguladas legalmente como persuasão,

engano e indução. Definições semelhantes são propostas em outros estudos consultados (92,109,110). Uma classificação diferente é feita pelo *MacArthur Research Network on Mental Health and the Law* que diferenciam as pressões objetivamente aplicadas em negativas (ameaça e uso de força) e positivas (persuasão e indução) (96).

A distinção feita por Wild (11) é relevante na medida em que dá destaque a existência de pressões por diferentes fontes. Como já referido, segundo o autor, muitos estudos na área focaram-se nas pressões legais como único elemento usado para classificação do tratamento das adições como voluntário ou involuntário. Com a indicação de outras fontes de pressão social, Wild (11) evidencia a necessidade de estudos que busquem compreender como estas também podem afetar os pacientes e o tratamento.

Embora as pressões legais possam ser entendidas como mais fortes quando comparadas aquelas exercidas por outras fontes (12), as pressões por parte de amigos ou familiares tem sido apontadas como as mais comuns no processo de ingresso ao tratamento, sobretudo no ingresso ao tratamento das dependências químicas (12,111–113). De acordo com estudo realizado com relação à pressão social devido ao uso de álcool nos Estados Unidos, o controle informal é muitas vezes observado como uma pré-condição para o controle formal, sendo que poucos participantes, que estavam em tratamento quando abordados pelos pesquisadores, optaram por pelo tratamento sem que tenham percebido alguma pressão anterior por parte da família ou amigos (111).

De acordo com Room (111), os usuários de álcool costumam buscar pessoas com quem tem mais intimidade para dialogar sobre seu uso de bebidas. As mesmas pessoas apontadas como aquelas com quem os participantes costumam falar sobre o uso são percebidas, por eles, como aquelas que gostariam que o indivíduo mudasse seus hábitos ou agem de modo diferente quando eles estão sob o efeito do uso.

A pesquisa de Room (111) também apontou que os mais jovens são aqueles que costumam mais frequentemente falar sobre o uso de álcool com os amigos. Esta abertura pode justificar a maior pressão exercida sobre estes, uma vez que, ao exporem suas preocupações, os jovens também alertam outros sobre sua situação despertando a necessidade de cuidado.

Já os resultados do estudo de Goodman, Peterson-Badali e Henderson (112) sugerem que, na população jovem, a pressão de amigos pode ser uma força externa superior à pressão da família sobre os processos motivacionais internos responsáveis

pela entrada de tratamento. Tais pressões informais são referidas pelos autores como fundamentais no sentido de incentivar os jovens a procurar tratamento para seu uso de substâncias. Para os autores, uma possível explicação destes resultados reside no fato de que os amigos e parceiros românticos começam a assumir uma posição mais central na vida dos jovens adultos, e podem sentir-se mais a vontade para sugerir uma mudança nos padrões de uso de substâncias.

Além de sofrerem maior pressão objetiva, a população mais jovem parece ser mais propensa alegar sentimentos de coerção (114). Os autores sugerem que isso se dê pelo fato de indivíduos mais jovens tenderem a valorizar mais fortemente questões relativas à autonomia e independência, reagindo de forma diferente (mais negativamente) a pressões externas para mudança quando comparados indivíduos mais velhos.

No entanto, como já apontado, as pressões de diferentes fontes não são igualmente experimentadas como interferindo na autonomia do cliente (12). Wertheimer (107), propõe outro elemento que pode intervir nesta percepção. O autor relaciona a coerção ao impedimento do exercício da escolha sendo que esta pode variar de acordo com a força moral do agente coerçor, ou seja, caso o sujeito pressionado acredite que o autor da pressão tem o direito de lhe exigir algo, as chances de se sentir coagido diminuem. Tal argumento permite, de certo modo, explicar os dados apresentados por Urbanoski (12) que apontam que as pressões informais tendem a gerar um menor grau de percepção de coerção, uma vez que, familiares e amigos podem ser vistos como tendo o direito de exigir uma mudança de comportamento por parte do usuário.

2.5.2. Quando as pressões sociais são justificáveis

Como posto, apesar de haverem muitas razões pelas quais as pessoas buscam tratamento devido ao uso, abuso ou dependência de SPA, nem todas estão ligadas ao sentimento de que estejam doentes ou necessitem de ajuda, muitos buscam tratamento em decorrência de pressão por parte da família, amigos, autoridades legais ou profissionais de diferentes serviços. No entanto, o uso de pressões sociais para que os indivíduos iniciem o tratamento é um assunto ainda controverso (12), a adequação de seu uso durante o tratamento e quando estas são, ou não aceitáveis, é uma reflexão emergente na literatura.

Wertheimer (107) explora o fato de que as teorias que veem a doença mental como portadora de um potencial de coerção interna podem considerar mais fácil justificar o uso de coerção externa, uma vez que esta seria a única forma de libertar o sujeito para que possa tomar decisões voluntárias no futuro. Um exemplo deste entendimento é apresentado no trabalho de Caplan (115), o autor sustenta que o tratamento compulsório por pressão judicial é justificável por curtos períodos a fim de reestabelecer a autonomia do paciente. A dependência química estaria atuando como um coerçor interno, desta forma, os usuários de SPA não teriam plena capacidade de autodeterminação ou autonomia por estarem submissos ao comportamento de adição. No entanto, essa medida só caberia àqueles indivíduos que apresentam dependência (115).

Janssens, Van Rooij, Ten Have, Kortmann e Van Wijmen (116) também acreditam que em algumas situações as pressões e a autonomia caminham de mãos dadas. Tal aliança pode ser observada, de acordo com os autores, quando esforços são empregados para persuadir o usuário a buscar tratamento, a fim de prevenir prejuízos ainda maiores aos mesmos. Para os autores, opções como a persuasão e a possibilidade de comprometimento com tratamento ambulatorial devem ser tentadas anteriormente a medidas como a internação involuntária (por via legal).

Os autores ressaltam que algumas formas de pressão desrespeitam a autonomia dos indivíduos, assim, concordam com Caplan (115) quanto à possibilidade de emprego de medidas, consideradas por eles, como coercitivas em casos de grave risco para o paciente, situações em que o tratamento forçado deve ser interrompido assim que o risco que o justificou tenha sido eliminado ou prevenido. Lorem et al (108) apresentam posicionamento semelhante, defendendo que tais formas de tratamento só podem ser empregadas quando resultam em asseguramento da integridade, autonomia e segurança dos pacientes.

Wertheimer (107), porém não acredita que a doença em si seja coerçora, apesar de ter potencial de comprometer a voluntariedade do sujeito. Para ele a pergunta não é se a doença mental pode coagir, mas se os efeitos da doença mental na pessoa podem fazer com que suas ações sejam involuntárias ou não livres. Assim, para justificar o tratamento sob pressão, não bastaria dizer que o julgamento do sujeito está debilitado, seria necessário ter razões para acreditar que algum outro julgamento é superior.

De acordo com o autor, para saber que argumentos devem ser considerados e quais devem ser desconsiderados deve-se, ainda, ter uma estimativa plausível das verdadeiras preferências do agente, as quais podem estar obscurecidas no momento, por exemplo, em razão do uso de substâncias. Ele acredita que uma alternativa possível seria a contraposição entre voluntariedade e os riscos envolvidos. Sugere, assim, que não basta saber se o sujeito está agindo voluntariamente ou não, mas quando sua ação é suficientemente voluntária dado o risco e o potencial benefício da intervenção.

Alguns autores consultados refletem, ainda, sobre o uso e consequências de pressões específicas. Rickwood, Mazzer e Telford (75) abordam questões relativas à pressão social informal, os autores acreditam que a participação dos pais e familiares, a fim de apoiar a busca dos adolescentes por tratamento em saúde mental, pode ser importante auxiliando seu engajamento no processo. Já Miller e Flaherty (117) veem a coerção (entendida como intervenção legal) como fundamental no tratamento das adições e na aquisição de resultados favoráveis nas intervenções terapêuticas. Os autores argumentam que muitas vezes é preciso oferecer ao o abusador de álcool, ou outras drogas, uma oportunidade de experimentar as consequências desse uso, ou da tóxico dependência, antes que passem a negar sua doença. Os autores acreditam que esta forma de encaminhamento constitui uma oportunidade onde a motivação para o tratamento pode ser desenvolvida.

Lamberti et. al (118) partilham opinião semelhante, entendendo que o uso de pressões por parte de agentes judiciais pode ser aplicada em diferentes níveis de respeito às necessidades psicológicas do paciente, podendo prejudicar ou aumentar sua autonomia, bem como sua motivação para tratamento. Os participante do estudo realizado pelos autores tenderam a concordar que a intervenção legal foi um incentivo ao ingresso ao tratamento, porém seus posicionamentos variavam com relação a percepção de coerção com relação ao processo. Os autores não se posicionam de forma a se opor a intervenção legal, reconhecendo que este tipo de medida pode até mesmo favorecer o paciente, o que, segundo eles, parece ocorrer quando a relação com os agentes envolvidos no processo de internação se dá de forma a reduzir a percepção de coerção.

Já quanto as pressões sociais formais, apesar de não referirem-se diretamente a estas, o estudo de Valenti et al (110) aborda o uso de estratégias coercitivas pelas equipes de saúde mental através da análise da fala de trabalhadores na área. Com base

nestes relatos, os autores apontam que os participantes acreditam que o uso de diferentes formas de pressão são, por vezes, necessárias quando os sintomas apresentados pelo paciente são severos e quando as pressões visam desenvolver no paciente o insight sobre sua situação.

No entanto, ainda que haja indicações favoráveis ao uso de diferentes formas de pressões sociais, Feitosa, Ricou, Rego e Nunes (119) ressaltam o exercício da autonomia como uma questão de extrema relevância na discussão da oferta de cuidados em saúde mental a crianças e adolescente, o que pode estar duplamente ameaçado, primeiro devido a faixa etária destes indivíduos, segundo devido à presença de alterações psíquicas apresentadas. Diante deste quadro os autores se questionam sobre como proteger estas pessoas e garantir o acesso a seus direitos. Por meio dos estudos analisados, os autores referem que isso pode se tornar possível através da garantia de proteção da privacidade, da tomada de decisões através do processo de consentimento informado e da oposição a estratégias coercitivas.

Tal alerta é relevante na medida em que autores como Nunes e Torrenté (120) mostram que algumas ações podem gerar descontentamento nos pacientes. No estudo dos autores, os adultos atendidos em um ambulatório de saúde mental relataram contrariedade com tratamento focado no uso de medicações, com as atitudes de indução e sugestionamento, restrições sofridas e falta de autonomia. Avaliação semelhante foi mostrada pelos jovens participantes da pesquisa de Tatlow-Golden e McElvaney (121), alguns deles referiram mal estar causado por profissionais ao forçar o engajamento ou não oferecerem o suporte emocional necessário durante os atendimentos. Assim, é preciso considerar que, mesmo que as pressões sociais sejam bem vinda, ou por vezes importantes para motivar a busca por tratamento, é necessário cautela, pois a pressão, por parte de diferentes agentes, pode ser sentida de forma negativa pelo paciente.

Embora acredite que as pressões sociais são parte do processo pela busca de tratamento das adições, Wild (11) alerta que deva ser estabelecida a diferença entre pressão social e coerção, rejeitando-se aqueles programas e políticas que gerem percepção de coerção. McKenna, Simpson e Coverdale (105) sugerem a existência de um grau ideal de pressão, observando que, mesmo que pacientes encaminhados por pressão social legal apresentem maior referência a sentimentos de raiva e tristeza, e menores referências a sentimentos de alívio e felicidade, estes conseguiram associar benefícios ao processo de tratamento em uma percentagem maior do que a apresentada

pelos pacientes voluntários. Os autores interpretam estes dados como indicando que estes pacientes apresentavam certa ambivalência com relação ao tratamento, entendendo que esta possa ser um indicador de que o grau de pressão foi suficiente para alcançar resultados terapêuticos.

Já Lorem et al (108) inferem, a partir dos relatos de pacientes psiquiátricos, que uma boa coerção é aquela em que, apesar da medida utilizada, o paciente teve certo grau de influência e teve seus direitos respeitados. A boa coerção dar-se-ia mediante uma relação de confiança onde, apesar das medidas usadas, os direitos do paciente são respeitados e sua opinião é ouvida, levando-se em conta os valores do próprio paciente. Acredita-se que tal indicação ultrapasse a esfera da relação terapêutica perpassando também as relações familiares.

2.5.3. Pressões sociais e percepção de coerção no curso do tratamento

Apesar de ainda não haver um consenso sobre a eficácia do uso de pressões para ingresso ao tratamento, é preferível que a percepção de coerção do paciente seja minimizada, tanto por acreditar-se indesejável sentir-se coagido, como por que este sentimento pode vir a prejudicar o tratamento subsequente (122). Alguns dos possíveis efeitos apontados no tratamento são: a menor adesão (97,102), menor abertura e iniciativa para tratamento (114) e evitação em buscar tratamento posterior por medo de detenção sob uma forma de tratamento compulsório (97). A experiência de eventos coercitivos anteriores também pode vir a afetar a satisfação dos pacientes com relação a internações futuras (123). Pacientes que referem maior coerção parecem, também, mais propensos a abandonar o tratamento e a justificar a decisão pela falta de percepção quanto à necessidade de continuidade do mesmo (12).

Assim como as pressões sociais para ingresso ao tratamento, pressões exercidas no curso desse processo podem também levar o paciente a perceber-se coagido, assim, é igualmente importante identificá-las. A leitura de estudos na área mostram alguns fatores que podem intervir na percepção do paciente quanto a seu tratamento, tais fatores podem estar representados por aspectos diversos que perpassam características do próprio indivíduo (98), seu entendimento quanto à gravidade da patologia e grau de pressão sofrido por parte de fontes formais e informais (12), até a forma como se

estabelece a relação do paciente com a equipe que o atende e o modo como as vivências são integradas psiquicamente (95).

Com relação aos aspectos individuais, Hiday et al. (98) encontraram que pessoas com mais recursos, autonomia e controle em sua vida diária, seja no trabalho ou em família, são mais propensas a se sentirem coagidas, experienciar pressões negativas e sentirem-se excluídas no processo de admissão hospitalar. Os autores acreditam que isto se dê pelo fato de que, possivelmente, seus níveis de expectativa e o grupo de referência os tornam mais conscientes e atentos ao uso de coerção e qualquer privação de autonomia.

Outro fator considerado pelos autores como tendo influência nesse processo é a existência de comorbidades como abuso/dependência de substância ou transtorno de personalidade. Hiday et al. (98) referem que, em estudo anterior realizado pelos próprios autores, pacientes acometidos destas comorbidades parecem apresentar maior risco de envolver-se em situações tensas que levam à violência. Tais pacientes seriam também mais susceptíveis a conflitos com autoridades e a resistir à internação, assim, eles seriam mais propensos a experimentar pressões negativas (ameaça e uso de força), avaliar o processo de compromisso como injusto, e perceber coerção na admissão hospitalar.

A leitura destes dados desperta reflexão a cerca das vivências dos jovens usuários de substâncias. Se pacientes que apresentam maior propensão a envolver-se em situação de conflito são mais susceptíveis a sentirem-se coagidos, é possível que os adolescentes usuários constituam uma população potencialmente vulnerável a tal experiência, uma vez sendo comum o relato de situações de tensão e violência vividas por muitos destes jovens (44). Além disso, indivíduos mais jovens tendem a valorizar sua autonomia e independência sendo mais sensíveis a pressões externas (114).

Outras considerações a serem feitas dizem respeito às vivências junto aos locais de tratamento, diferentes sentimentos apresentados pelos pacientes são associados a uma maior percepção de coerção. Gilbert, Rose e Slade (124) relatam que a percepção de coerção foi referida tanto por pacientes voluntários como involuntários (com relação a intervenção judicial no encaminhamento), sendo tal percepção atribuída a ameaças não físicas ou de possíveis consequências resultantes da desobediência da vontade da equipe. Outros elementos apontados pelos participantes foram o abuso de poder por

parte da equipe técnica e o sentimento de falta de segurança expresso pelo medo de que, caso tentassem deixar o tratamento, sofreriam algum tipo de retaliação.

Questões semelhantes foram apontadas pelo estudo de Tan, Stewart, Fitzpatrick e Hope (103) onde o maior grau de percepção de coerção mostrou-se atrelado ao sentimento de ter sido depreciado ou tratado com punição durante o tratamento e ter sido privado de sua individualidade. Thøgersen, Morthorst e Nordentoft (125) reforçam esta associação, tendo encontrado, ainda, referência ao sentimento de rejeição, falta de influência no processo de tratamento, aliança pobre com a equipe, o não reconhecimento como pessoas autônomas, sentimento de não terem sido compreendidos e escutados, e o não reconhecimento e compreensão, pela equipe, das experiências dolorosas vivenciadas pelos pacientes.

Embora autores como Urbanoski (12) e Wild, Cunningham e Ryan (113) busquem entender a relação entre as pressões sociais, percepção de coerção e seus efeitos na motivação para tratamento das dependências químicas, não foram identificados estudos que abordassem, diretamente, que consequências cada uma das diferentes pressões sociais pode acarretar, especialmente considerando-se que reações o paciente pode apresentar uma vez tendo experimentado pressões de diferentes fontes. O único estudo identificado abordando reações a diferentes tipos de experiências coercitivas foi o de Lorem et al. (108). Ao buscar compreender o que seria uma “coerção boa” na visão de pacientes psiquiátricos, os autores, observam que as experiências de coerção são avaliadas positiva ou negativamente.

Os autores identificaram três reações mais comuns com relação às experiências coercitivas: aceitação, luta ou resistência e resignação (108). A avaliação positiva dos pacientes, concordando ou aceitando com a intervenção realizada, esteve relacionada como entendimento de que a coerção visava o cuidado e auxílio do paciente e ainda com o sentimento de confiança deste na equipe. Este último fator permitiu ao paciente aceitar e compreender as pressões utilizadas, mesmo que tenham afirmado que a experiência em si foi ruim. As reações/avaliações de luta e resistência foram associadas à falta de controle ou influência sobre o tratamento e a privação do paciente de seus direitos. Já a resignação esteve relacionada à falta de informação e não ter sido ouvido ou não ter tido possibilidade de optar sobre seu tratamento (108).

De modo geral, segundo estudos citados por Lidz et al. (122) o uso de coerção no tratamento em saúde mental traz mais prejuízos que benefícios, podendo prejudicar a

relação dos pacientes com os profissionais envolvidos no tratamento através da perda de confiança, alienação e evitação do tratamento. Tais comportamentos são referidos, pelos autores, como incompatíveis com a construção de uma relação terapêutica que favoreça a adesão.

Faz-se interessante notar que a percepção de coerção e a relação terapêutica parecem ser elementos que se influenciam mutuamente. Pacientes que se sentiram coagidos tem menor tendência a acreditar que a equipe irá ajudá-los, que eles precisam do tratamento e que o hospital seja o lugar certo para eles (97). Ao contrário, os autores referem que, em tais casos, muitos veem o hospital como uma prisão, demonstrando raiva sobre sua admissão hospitalar. Por outro lado, a hospitalização é vista como mais coercitiva, mesmo entre pacientes voluntários, quando a relação com os profissionais foi avaliada negativamente (126). Os autores sugerem que, uma vez que o paciente tenha sofrido pressões para realizar tratamento, deve haver oportunidades de reduzir a percepção de coerção através da melhora da relação terapêutica.

De acordo com Urbanoski, Kelly, Hoepfner e Slaymaker (127), na literatura psicoterapêutica, a aliança terapêutica é definida como o grau em que a díade está engajada em um trabalho colaborativo. Neste estudo, observou-se que pessoas que desenvolvem uma aliança forte apresentam menores índices de sofrimento/aflição durante o tratamento. Além disso, aqueles que conseguiram desenvolver uma boa aliança terapêutica obtiveram redução do nível de estresse entre a admissão e a alta. Os autores acreditam que a redução do sofrimento, acelerada por uma forte aliança terapêutica pode, indiretamente, facilitar mudanças através do auxílio ao paciente na assimilação, e retenção, de novas estratégias de coping e aumento da motivação para abstinência e auto-eficácia.

Resultados positivos advindos da boa vinculação com a equipe também foram observados entre adolescentes em tratamento devido ao uso de maconha, onde a aliança terapêutica previu a redução no uso da substância, assim como de problemas de comportamentos (128).

Deste modo, as oportunidades para maximizar a autonomia do paciente e minimizar a coerção parecem importantes em todo o processo de atendimento (123). Thøgersen, Morthorst, & Nordentoft (125) sugerem que o desenvolvimento de práticas de saúde mental que favoreçam a formação de uma relação terapêutica, onde a opinião do paciente com relação às decisões relativas ao tratamento é ouvida e respeitada,

havendo flexibilidade e tempo para o diálogo, minimiza situações que induzem a percepção de coerção.

A ênfase aqui atribuída à relação terapêutica se deve, não só ao alerta quanto à forma de conduzir o tratamento, evitando estratégias coercitivas, mas também pelas indicações de que, quando a ligação entre os pacientes e os serviços é tênue, uma resposta positiva imediata dos técnicos pode ser vital para manter o engajamento (129). Dependendo do modo como as pressões sociais foram empregadas, o contato inicial do paciente com os serviços pode ser prejudicado de modo que a atuação dos profissionais durante o acolhimento e tratamento parece ser essencial para que se possa, junto com o paciente, definir e alcançar resultados satisfatórios. Acredita-se, ainda, que a equipe tenha papel importante tanto como mediadora das relações do paciente com a família, quando estas se mostram abaladas pelos conflitos vividos, quanto na desconstrução e reconstrução da imagem do usuário perante a sociedade como um todo, uma vez que aqueles que atuam na área ocupam, muitas vezes, posições de referência em seu grupo social podendo, então, intermediar a relação do usuário com sua família e outras instituições e grupos pelos quais transita.

3. MARCO TEÓRICO

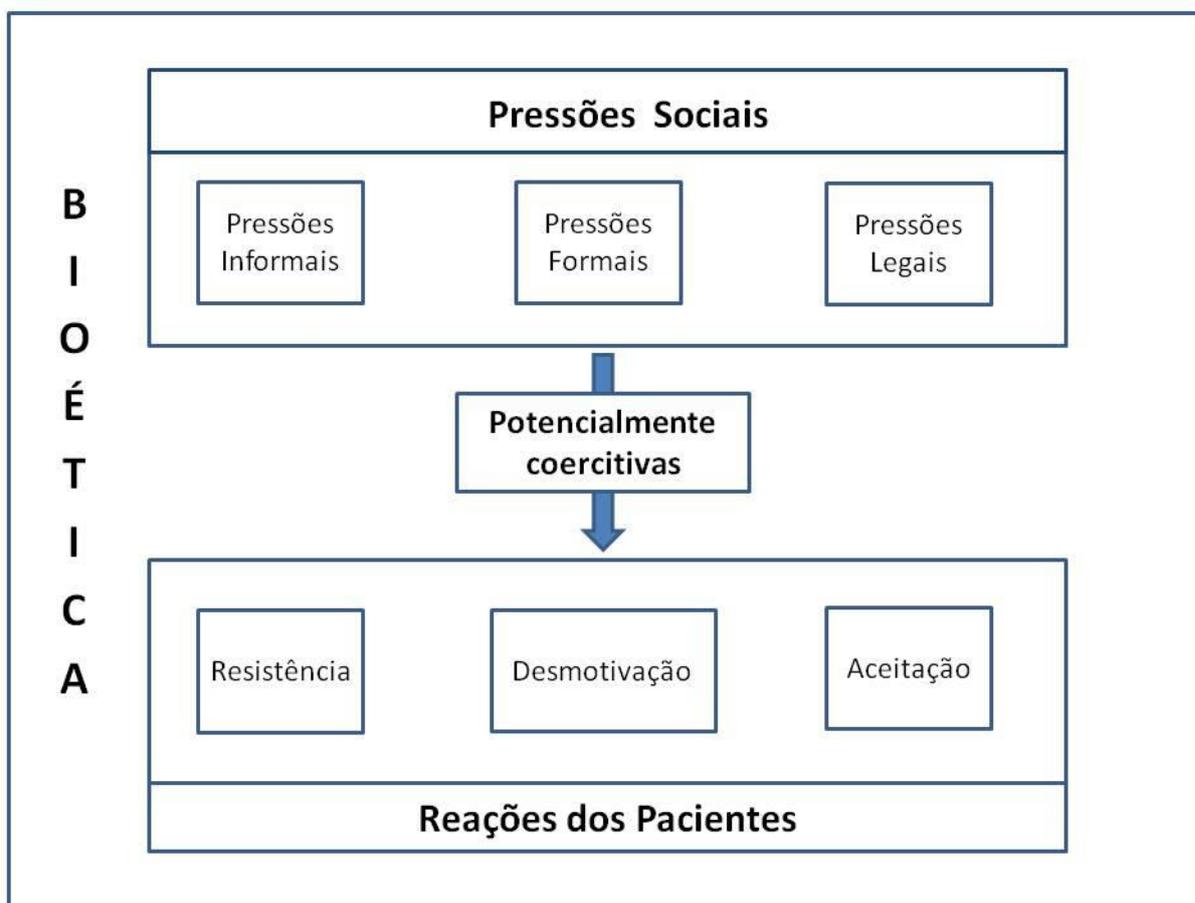


Figura 2. Esquema marco conceitual. Esta é a representação das ideias apresentadas na tese onde se observa as diferentes pressões sociais como elementos potencialmente coercitivos e que podem despertar diferentes reações nos pacientes. Este processo é analisado com base na perspectiva da bioética complexa. Fonte: Elaborado pela autora (2015).

4. JUSTIFICATIVA

O cuidado das pessoas usuárias de drogas é um dos grandes desafios hoje enfrentados pelos gestores e trabalhadores na área da saúde mental (3), sendo primordial que as práticas voltadas a este público sejam alvo de reflexão constante, uma vez que tais sujeitos sofrem uma série de restrições e dificuldades advindas de tanto do próprio uso, como estigmas presentes em diferentes esferas da sociedade (9,60,62). Posturas, muitas vezes sutis, como pressões sociais para ingresso ao tratamento e a estigmatização dos usuários, quando impregnadas entre os profissionais de diferentes serviços voltados para a assistência a este público, podem gerar barreiras que dificultam o acesso dos pacientes ao tratamento ou os afastam dos serviços destinados ao seu atendimento (9,10).

Tendo em vista os prejuízos psíquicos e dificuldades enfrentadas para desenvolvimento de um plano de tratamento efetivo em saúde mental (55,56), acredita-se relevante investigação de fatores envolvidos neste processo, especialmente com relação ao atendimento de adolescentes usuários de SPA. Crianças e adolescentes usuários de SPA formam um grupo duplamente ignorado por um longo período (49), de modo que estudos com foco nesta população são importantes a fim de construir práticas mais efetivas de assistência. Através das informações buscadas no presente trabalho acredita-se possível ampliar o conhecimento sobre o perfil dos adolescentes que buscam tratamento devido a TUSP, revelando aspectos psíquicos e sociais que possam intervir no processo de tratamento.

Além disso, sabendo que as pressões externas apresentam potencial de serem coercitivas, e que a percepção de coerção pode interferir negativamente no processo de tratamento, considera-se relevante o estudo de tal tema. Questionamentos sobre as reações manifestas por eles diante das pressões sociais sofridas, podem contribuir para a complementação dos estudos hoje existentes sobre a percepção de coerção no tratamento dos usuários de substâncias psicoativas.

Considera-se que as reações dos pacientes a diferentes formas de pressão, podem ser indicadores de estes sujeitos terem, ou não, se percebido coagidos durante diferentes momentos da condução do tratamento. Além disso, acredita-se que a identificação das reações dos pacientes às pressões sofridas pode, através da construção de uma identificação empática com estes sujeitos, contribuir com a redução do estigma social a

eles atribuído, assim como para a reflexão sobre o efeito das pressões sociais e como manejá-las a fim de proporcionar ao paciente uma experiência de tratamento mais positiva e benéfica.

5. OBJETIVOS:

5.1. Objetivo primário

Explorar, através da análise de prontuário, as reações dos adolescentes usuários de Substâncias Psicoativas atendidos no Centro de Atenção Psicossocial à Infância e Adolescência de Santa Cruz do Sul, diante de situações potencialmente coercitivas, buscando relações entre os diferentes tipos de pressões sociais e as reações manifestas pelos pacientes.

5.2. Objetivos secundários

- Identificar situações potencialmente coercitivas vivenciadas pelos pacientes ao longo do tratamento em virtude do uso de substâncias psicoativas;
- Explorar as reações dos pacientes a situações potencialmente coercitivas vivenciadas ao longo do tratamento no serviço de saúde mental em virtude do uso de substâncias psicoativas;
- Traçar o perfil dos adolescentes usuários de substâncias psicoativas atendidos no Centro de Atenção Psicossocial à Infância e Adolescência de Santa Cruz do Sul;

6. REFERÊNCIAS DA TESE

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 86 p.
2. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório Brasileiro sobre Drogas. Brasília: SENAD; 2009. 364 p.
3. Pitta AMF. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011;6(12):4579–89.
4. Levy R. O Adolescente. In: Eizirik CL, Kapczinski F, Bassols AMS, editors. *O Ciclo da Vida Humana: uma Perspectiva Psicodinâmica*. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 127–41.
5. Aberastury A. *Adolescência*. Porto Alegre: Artmed; 1983. 246 p.
6. Frankenburg FR. *Brain-Robbers: how alcohol, cocaine, nicotine, and opiates have changed human history*. Westport: Praeger; 2014.
7. Outeiral JO. *Adolescer – Estudos Revisados sobre Adolescência*. Rio de Janeiro: Revinter; 2003.
8. Schenker M, Minayo MC de S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005;10(3):707–17.
9. Soares RG, Silveira PS, Martins LF, Gomide HP, Lopes TM, Ronzani TM. Distância social dos profissionais de saúde em relação à dependência de substâncias psicoativas. *Estud Psicol*. 2011;16(1):91–8.
10. Ronzani TM, Furtado EF. Estigma social sobre o uso de álcool. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(4):326–32.
11. Wild TC. Social control and coercion in addiction treatment: towards evidence-based policy and practice. *Addiction*. 2006;101(1):40–9.
12. Urbanoski KA. *A Theory-Based Analysis of Coercion in Addiction Treatment by A Theory-Based Analysis of Coercion in Addiction Treatment*. 2010;
13. Taborda JGV. *Percepção de coerção em pacientes psiquiátricos, cirúrgicos e clínicos hospitalizados*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
14. Bittencourt ALP. *Expressão de coerção em assistência de pacientes atendidos em um hospital universitário* [Internet]. Universidade Federal de Santa Maria; 2010. Available from: http://200.18.45.28/sites/ppgp/images/documentos/texto_1.pdf
15. Eschohotado A. *O livro das drogas - uso e abuso, desafios e preconceitos*. São Paulo: Dynamis Editorial; 1997. 272 p.

16. Carneiro H. Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. In: Venâncio RP, Carneiro H, editors. *Álcool e drogas na história do Brasil*. São Paulo: Alameda; 2005. p. 11–29.
17. Adiala JC. Drogas, medicina e civilização na Primeira República [Internet]. Casa de Oswaldo Cruz – FIOCRUZ; 2011. Available from: http://ppghcs.coc.fiocruz.br/images/teses/tese_julio_adiala.pdf
18. Nicastri S. Drogas: classificação e efeitos no organismo. Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. 4a. ed. Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD; 2011. p. 17–41.
19. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas, Ministério da Justiça. Informações sobre Drogas/Definição e histórico [Internet]. 2007 [cited 2014 Oct 7]. Available from: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>
20. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. *Livreto Informativo sobre Drogas Psicotrópicas*. Brasília: Ministério da Justiça.Senad/Cebrid-Unifesp; 2011. 65 p.
21. Simões JA. Prefácio. In: Labate BC, Goulart SL, Fiore M, MacRae E, Carneiro H, editors. *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: Edufba; 2008. p. 13–23.
22. Escohotado A. Toxicomanias [Internet]. 2003 [cited 2014 Oct 1]. Available from: <http://www.escohotado.com/articulosdirectos/toxicomanias.htm>
23. Iversen L. *Drogas*. Porto Alegre: L&PM; 2012. 144 p.
24. Masur J, Carlini E. *Drogas subsídios para uma discussão*. São Paulo: Editora Brasiliense; 1993. 111 p.
25. Vargas EV. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In: Labate BC, Goulart SL, Fiore M, MacRae E, Carneiro H, editors. *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: Edufba; 2008. p. 41–61.
26. Parascandola J. The drug habit: the association of the word “drug” with abuse in American history. In: Porter R, Teich M, editors. *Drugs and Narcotics in History*. Cambridge: Cambridge University Press; 1995. p. 156–68.
27. Carvalho JC. Uma história política da criminalização das drogas no Brasil: A construção de uma política nacional. VI Semana de História e III Seminário Nacional de História: Política, cultura e sociedade [Internet]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em História, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011. Available from: <http://www.neip.info>
28. Rodrigues T. Tráfico, Guerra, Proibição. In: Labate BC, Goulart SL, Fiore M, MacRae E, Carneiro H, editors. *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: Edufba; 2008. p. 65–91.
29. Labate BC, Fiore M, Goulart SL. Introdução. In: Labate BC, Goulart SL, Fiore M, MacRae E, Carneiro H, editors. *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: Edufba; 2008. p. 23–41.

30. Fiore M. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: Venâncio RP, Carneiro H, editores. Álcool e drogas na história do Brasil. São Paulo: Alameda; 2005. p. 267–91.
31. Brasil. Decreto no. 4294, de 06 de julho de 1921. Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, opio, morfina e seus derivados; crêa um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substancias venenosas. Diário Oficial da União - 13 jul 1921 1:13471. Brasil; 1921.
32. Brasil. Decreto no. 891, de 25 de novembro de 1938. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. Diário Oficial da União - 28 nov 1938; 1:23843. Brasil; 1938.
33. Kessler FHP. Desenvolvimento e validação da sexta versão da Addiction Severit Index (ASI6) para o Brasil e outras análises em uma amostra multicêntrica de usuários de drogas que buscam tratamento no país. Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
34. Brasil. Lei Nº 4.483, de 16 de novembro de 1964. Reorganiza o Departamento Federal de Segurança Pública, e dá outras providências. Diário Oficial da União - 20 nov 1964; 1:10577. Brasil; 1964.
35. Brasil. Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. Lei dos Tóxicos; Lei de Entorpecentes. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. Diário Oficial da União - 22 out 1976, 1:14039. Brasil; 1976.
36. Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. Cad Saude Publica. 2009;25(11):2309–19.
37. Brasil. Lei nº 10.409, de 11 de Janeiro de 2002. Lei Antidrogas; Lei de Tóxicos. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem depen. Diário Oficial da União - 14 jan 2002, 1:1. Brasil; 2002.
38. Brasil. Decreto no. 4.345, de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Diário Oficial da União - 27 ago 2002, 1:3. Brasil; 2002.
39. Brasil, Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
40. Ronzani TM, Mota DCB. Políticas de saúde para atenção integral a usuários de drogas. Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD; 2011. p. 239–52.
41. Brasil. Lei no. 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União - 9 abr 2001. Brasil; 2001.
42. Brasil. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Nova Lei Antidrogas; Nova Lei de Tóxicos; Lei de Drogas; Nova Lei de Entorpecentes. Institui o Sistema Nacional de

- Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção. Diário Oficial da União - 24 ago 2006; 1:2 Brasil; 2006.
43. Silva CC, Costa MCO, Carvalho RC, Amaral MTR, Cruz NLA, Silva MR. Iniciação e consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e adultos jovens de Centro de Atenção Psicossocial Antidrogas / CAPS-AD. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2014;19(3):737–45.
 44. Bittencourt ALP, Garcia LF, Goldim JR. Adolescência vulnerável: fatores biopsicossociais relacionados ao uso de drogas. *Rev Bioética*. 2015;23(2):311–9.
 45. Devera D, Abílio C-R. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: Transformações na legislação , na ideologia e na práxis. *Rev Psicol da UNESP*. 2007;6(1):60–79.
 46. Guimarães AN, Fogaça MM, Borba LO, Paes MR, Larocca LM, Maftun MA. O Tratamento ao Portador de Transtorno Mental: um diálogo com a Legislação Federal Brasileira (1935-2001). *Texto Context Enferm*. 2010;19(2):274–82.
 47. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 56 p.
 48. Arbex D. Holocausto brasileiro. São Paulo: Geração Editorial; 2013. 256 p.
 49. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório de Gestão 2003-2006: saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 78 p.
 50. Costa NR, Siqueira SV, Uhr D, Silva PF, Molinaro AA. Reforma Psiquiátrica , Federalismo e Descentralização da Saúde Pública no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011;16(12):4603–14.
 51. Rabelo AR, Mattos AAQ, Coutinho DM, Pereira NN. Um Manual para o CAPS: Centro de Atenção Psicossocial. Salvador: Edufba; 2006. 250 p.
 52. Brasil. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Diário Oficial da União - 20 fev 2002.
 53. Brasil. Portaria no. 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Diário Oficial da União - 23 abril 2012.
 54. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados 9. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. 21 p.
 55. Machado V, Santos MA. O tratamento extra-hospitalar em saúde mental na perspectiva do paciente reinternado. *Psicol em Estud*. 2013;18(4):701–12.
 56. Santos V, Fernández A. Child and adolescent mental health services in Brazil: structure, use and challenges. *Rev Bras Saúde Matern Infant*. 2014;14(4):319–29.

57. Duarte CE, Morihisa RS. Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas. Prevenção ao uso indevido de drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD; 2011. p. 41–52.
58. Laranjeira R. Tratamento da dependência do crack - as bases e mitos. In: Ribeiro M, Laranjeira R, editors. O tratamento do usuário de crack. São Paulo: Casa da Leitura Médica; 2010. p. 15–23.
59. Surjan J, Pillon S, Laranjeira R. O que acontece com os pacientes dependentes de álcool e drogas que desaparecem das primeiras consultas? *J Bras Psiquiatr.* 2000;49(8):271–5.
60. Corrigan PW, Lurie BD, Goldman HH, Slopen N, Medasani K, Phelan S. How Adolescents Perceive the Stigma of Mental Illness and Alcohol Abuse. *Psychiatr Serv.* 2005;56(5):544–50.
61. Goffman E. *Stigma.* London: Penguin; 1963. 176 p.
62. Thege BK, Colman I, El-Guebaly N, Hodgins DC, Patten SB, Schopflocher D, et al. Addictive Behaviors Social judgments of behavioral versus substance-related addictions: A population-based study. *Addict Behav.* 2015;42:24–31.
63. Conselho Federal de Psicologia. *Drogas e Cidadania: em debate.* Brasília: CFP; 2012. 76 p.
64. Watson AC, Corrigan PW, Angell B. What motivates public support for legally mandates mental health treatment? *Soc Work Res.* 2005;29(2):87–94.
65. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 132 p.
66. World Health Organization. *Child and adolescent mental policies and plans.* Geneva: WHO; 2005. 69 p.
67. Bessa MA, Boarati MA, Scivoletto S. Crianças e Adolescentes. In: Diehl AE, Cordeiro DC, Laranjeira R, editors. Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 359–75.
68. Israel-Pinto A. *O uso de substâncias psicoativas: história, aprendizagem e autogoverno.* 2012.
69. Vasters GP, Pillon SC. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono no tratamento especializado. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2011;19(2):317–24.
70. Silva MAI, Mello FCM, Mello DF, Ferriani M das GC, Sampaio JMC, Oliveira WA. Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. *Ciência e Saúde Coletiva.* 2014;19(2):619–27.
71. Pereira MDO, Miranda L. Um olhar sobre a atenção psicossocial a adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos An analysis of psychosocial care for adolescents

- in crisis based on their therapeutic itineraries Un examen de la atención psicosocial a los adolescent. 2014;30(10):2145–54.
72. Fernandes MS, Protas J, Cidade C, Goldim JR. Vulnerabilidade e Consentimento Informado em Pesquisa. IV Encontro Luso-Brasileiro de Bioética. São Paulo; 2006.
 73. Levinas E. Humanismo do outro homem. Petrópolis: Vozes; 1993. 110 p.
 74. Neves MP. Sentidos da Vulnerabilidade: característica, condição principio. Rev Bras Bioética. 2006;2(2):157–72.
 75. Rickwood DJ, Mazzer KR, Telford NR. Social influences on seeking help from mental health services, in-person and online, during adolescence and young adulthood. BMC Psychiatry. 2015;15(40):1–9.
 76. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Integral de Adolescentes e Jovens. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 44 p.
 77. Schechtman AC. Exortação às mães: uma breve consideração histórica sobre saúde mental infantil no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, editor. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 25–9.
 78. Rizzini I. Abordagem crítica da institucionalização infanto-juvenil no Brasil. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, editors. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p. 29–35.
 79. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. 51 p.
 80. Ogborne A. Theories of addiction and Implications for Counselling. In: Harrison S, Carver V, editors. Alcohol & Drug problems: a practical guide for counsellors. Toronto: CAMH; 2004. p. 3–24.
 81. Marques ACPR, Cruz MS. O adolescente e o uso de drogas. Rev Bras Psiquiatr. 2000;22(2):32–6.
 82. Silva VA, Aguiar AS, Felix F, Rebello GP, Andrade RC, Mattos HF. Brazilian study on substance misuse in adolescents: associated factors and adherence to treatment. Rev Bras Psiquiatr. 2003;25(3):133–8.
 83. Scaduto AA, Barbieri V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. Ciência e Saúde Coletiva. 2009;14(2):605–14.
 84. Raupp L, Milnitsky-Sapiro C. Adolescência , drogadição e políticas públicas : Estud Psicol. 2009;26(4):445–54.
 85. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório Final da VIII Reunião Ordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto- Juvenil. Brasília; 2009.

86. Raupp L, Milnitsky-sapiro C. Reflexões sobre concepções e práticas contemporâneas das políticas públicas para adolescentes: o caso da drogadição. *Saúde e Soc.* 2005;14(2):60–8.
87. Scisleski ACC, Maraschin C. Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas. *Psicol em Estud.* 2008;13(3):457–65.
88. Hser Y-I, Grella CE, Hubbard RL, Hsieh S, Fletcher BW, Brown BS, et al. An Evaluation of Drug Treatments for Adolescents in 4 US Cities. *Arch Gen Psychiatry.* 2001;58(July):689–95.
89. Urbanoski KA, Wild TC. Assessing self-determined motivation for addiction treatment: validity of the Treatment Entry Questionnaire. *J Subst Abuse Treat.* 2012 Jul;43(1):70–9.
90. Rugkåsa J, Canvin K, Sinclair J, Sulman A, Burns T. Trust, Deals and Authority: Community Mental Health Professionals' Experiences of Influencing Reluctant Patients. *Community Ment Health J.* 2014;50(8):886–95.
91. Wild CT, Roberts AB, Cooper EL. Compulsory substance abuse treatment: an overview of recent findings and issues. *Eur Addict Res.* 2002;8(2):84–93.
92. Hem MH, Molewijk B, Pedersen R. Ethical challenges in connection with the use of coercion: a focus group study of health care personnel in mental health care. *BMC Med Ethics* [Internet]. 2014 Jan [cited 2015 May 25];15(82):1–9. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=4269949&tool=pmcentrez&endertype=abstract>
93. Goldim JR. Bioética: Origens E Complexidade. *Rev HCPA.* 2006;26(2):86–92.
94. Piaget J. O Juízo Moral na Criança. São Paulo: Summus editorial; 1994. 302 p.
95. Bittencourt ALP, Quintana AM, Velho MTA de C, Goldim JR, Wottrich LAF, Cherer E de Q. A voz do paciente: por que ele se sente coagido? *Psicol em Estud.* 2013;18(1):93–101.
96. Hoge, Steven K., Lidz, Charles W., Gardner, William, Mulvey, Edward P., Eisenberg, Marlene, Monahan, John, Roth LH. The Macarthur coercion study [Internet]. 2004 [cited 2013 Oct 20]. Available from: <http://www.macarthur.virginia.edu/coercion.html>
97. Monahan J, Hoge SK, Lidz C, Roth LH, Bennett N, Gardner W, et al. Coercion and commitment: understanding involuntary mental hospital admission. *Int J Law Psychiatry.* 1995;18(3):249–63.
98. Hiday VA, Swartz MS, Swanson J, Wagner HR. Patient perceptions of coercion in mental hospital admission. *Int J Law Psychiatry.* 1997;20(2):227–41.
99. Hoge SK, Lidz CW, Eisenberg M, Gardner W, Monahan J, Mulvey E, et al. Perceptions of coercion in the admission of voluntary and involuntary psychiatric patients. *Int J Law Psychiatry.* 1997;20(2):167–81.
100. Wild TC. Compulsory substance-user treatment and harm reduction: a critical analysis. *Subst Use Misuse.* 1999;34(1):83–102.

101. Wild TC, Newton-Taylor B, Alletto R. Perceived coercion among clients entering substance abuse treatment: Structural and psychological determinants. *Addict Behav.* 1998;23(1):81–95.
102. Nicholson RA, Ekenstam C, Norwood S. Coercion and the outcome of psychiatric hospitalization. *Int J Law Psychiatry.* 1996;19(2):201–17.
103. Tan JOA, Stewart A, Fitzpatrick R, Hope T. Attitudes of patients with anorexia nervosa to compulsory treatment and coercion. *Int J Law Psychiatry.* 2010;33(1):13–9.
104. Anglin DM, Prendergast M, Farabee D. The Effectiveness of Coerced Treatment for Drug- Abusing Offenders. Office of National Drug Control Policy’s Conference of Scholars and Policy Makers [Internet]. Washington, D.C.; 1998. p. 1–23. Available from: <https://www.ncjrs.gov/ondcppubs/treat/consensus/anglin.pdf>
105. Mckenna BG, Simpson AIF, Coverdale JH. Outpatient commitment and coercion in New Zealand: A matched comparison study. *Int J Law Psychiatry.* 2006;29(2):145–58.
106. O’Donoghue B, Roche E, Shannon S, Lyne J, Madigan K, Feeney L. Perceived coercion in voluntary hospital admission. *Psychiatry Res.* 2014;215(1):120–6.
107. Wertheimer A. A philosophical examination of coercion for mental health issues. *Behav Sci Law.* 1993;11(3):239–58.
108. Lorem GF, Hem MH, Molewijk B. Good coercion: Patients’ moral evaluation of coercion in mental health care. *Int J Ment Health Nurs.* 2015;24(3):231–40.
109. Jaeger M, Ketteler D, Rabenschlag F, Theodoridou A. Informal coercion in acute inpatient setting--knowledge and attitudes held by mental health professionals. *Psychiatry Res* [Internet]. 2014;220(3):1007–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25249438>
110. Valenti E, Banks C, Calcedo-Barba A, Bensimon CM, Hoffmann K-M, Pelto-Piri V, et al. Informal coercion in psychiatry: a focus group study of attitudes and experiences of mental health professionals in ten countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015 Feb 27;
111. Room R. The U.S. General Population’s Experiences of Responding to Alcohol Problems. *Br J Addict.* 1989;84:1291–304.
112. Goodman I, Peterson-Badali M, Henderson J. Understanding motivation for substance use treatment: The role of social pressure during the transition to adulthood. *Addict Behav.* 2011;36(6):660–8.
113. Wild TC, Cunningham JA, Ryan RM. Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: a self-determination theory perspective. *Addict Behav.* 2006;31(10):1858–72.
114. Wolfe S, Kay-Lambkin F, Bowman J, Childs S. To enforce or engage: the relationship between coercion, treatment motivation and therapeutic alliance within community-based drug and alcohol clients. *Addict Behav.* 2013;38(5):2187–95.

115. Caplan AL. Ethical issues surrounding forced, mandated, or coerced treatment. *J Subst Abuse Treat.* 2006;31(2):117–20.
116. Janssens MJPA, Rooij MFAM Van, Have HAMJ ten, Kortmann FAM, Wijmen FCB Van. Pressure and coercion in the care for the addicted: ethical perspectives. *J Med Ethics.* 2004;30(5):453–8.
117. Miller NS, Flaherty JA. Effectiveness of coerced addiction treatment (alternative consequences) A review of the clinical research. *J Subst Abuse Treat.* 2000;18(1):9–16.
118. Lamberti JS, Russ A, Cerulli C, Weisman RL, Jacobowitz D, Williams GC. Patient experiences of autonomy and coercion while receiving legal leverage in forensic assertive community treatment. *Harv Rev Psychiatry.* 2014 Jan;22(4):222–30.
119. Feitosa HN, Ricou M, Rego S, Nunes R. A saúde mental das crianças e dos adolescentes : considerações epidemiológicas , assistenciais e bioéticas. *Rev Bioética.* 2011;19(1):259–76.
120. Nunes M, Torrenté M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. *Rev Saude Publica.* 2009;43(1):101–8.
121. Tatlow-golden M, McElvaney R. A bit more understanding: Young adults’ views of mental health services in care in Ireland. *Child Youth Serv Rev.* 2015;51:1–9.
122. Lidz CW, Mulvey EP, Hoge SK, Kirsch BL, Monahan J, Eisenberg M, et al. Factual sources of psychiatric patients’ perceptions of Coercion in the hospital admission process. *Am J Psychiatry.* 1998;155(9):1254–60.
123. Strauss JL, Zervakis JB, Stechuchak KM, Olsen MK, Swanson J, Swartz M, et al. Adverse impact of coercive treatments on psychiatric inpatients’ satisfaction with care. *Community Ment Health J.* 2013;49(4):457–65.
124. Gilbert H, Rose D, Slade M. The importance of relationships in mental health care: A qualitative study of service users’ experiences of psychiatric hospital admission in the UK. *BMC Health Serv Res.* 2008;8(92):1–12.
125. Thogersen MH, Morthorst B, Nordentoft M. Perceptions of Coercion in the Community: A Qualitative Study of Patients in a Danish Assertive Community. *Psychiatr Q.* 2010;81(1):35–47.
126. Sheehan KA, Burns T. Perceived Coercion and the Therapeutic Relationship: A Neglected Association? *Psychiatr Serv.* 2011;62(5):471–6.
127. Urbanoski KA, Kelly JF, Hoepfner BB, Slaymaker V. The role of therapeutic alliance in substance use disorder treatment for young adults. *J Subst Abuse Treat.* 2012;43(3):344–51.
128. Diamond GS, Liddle HA, Wintersteen MB, Dennis ML, Godley SH, Tims F. Early therapeutic alliance as a predictor of treatment outcome for adolescent cannabis users in outpatient treatment. *Am J Addict.* 2006;15(1):26–33.

129. Stanhope V, Marcus S, Solomon P. The impact of coercion on services from the perspective of mental health care consumers with co-occurring disorders. *Psychiatr Serv.* 2009;60(2):183–8.

7. ARTIGOS DA TESE

7.1. ARTIGO 1 - Adolescência vulnerável: fatores biopsicossociais relacionados ao uso de drogas.

Autoria:

Ana Luiza Portela Bittencourt

Lucas Garcia França

José Roberto Goldim

Artigo publicado na Revista Bioética, apresentado aqui, conforme formatações exigidas pela revista.

Referência: Bittencourt, A. L. P.; Garcia, L. F.; Goldim, J. R. Adolescência vulnerável: fatores biopsicossociais relacionados ao uso de drogas. Rev. bioét. (Impr.). 2015; 23 (2): 311-9. DOI:[10.1590/1983-80422015232070](https://doi.org/10.1590/1983-80422015232070).

Adolescência vulnerável: fatores biopsicossociais relacionados ao uso de drogas

Ana Luiza Portela Bittencourt ¹, Lucas Garcia França ², José Roberto Goldim ³

Resumo

As modificações físicas, psíquicas e sociais da adolescência aprofundam a condição de vulnerabilidade e aumentam o risco de início precoce do uso de substâncias psicoativas (SPA). Realizou-se estudo transversal com 229 adolescentes usuários de SPA, em tratamento em centro de atenção psicossocial à infância e adolescência (Capsia), durante o período correspondente aos primeiros dez anos de funcionamento desse serviço, com a finalidade de traçar o perfil biopsicossocial dos usuários e identificar fatores de risco para o início do uso de drogas entre adolescentes. A maioria dos prontuários analisados pertencia a pacientes do sexo masculino, que praticam ou praticaram atos infracionais, estão em evasão escolar e conviveram ou convivem com familiares que utilizam drogas e/ou em situações de agressão familiar. Tais dados revelam um perfil de vulnerabilidade que gera a necessidade de proteção adicional por parte dos diversos serviços de atenção às crianças e adolescentes, em diferentes esferas.

Palavras-chave: Adolescentes. Serviços de saúde mental. Transtorno relacionado ao uso de substâncias. Comportamento-efeitos de drogas. Transtornos psicofisiológicos. Vulnerabilidade social.

Resumen

Adolescencia vulnerable: factores biopsicosociales relacionados al uso de drogas

Las modificaciones físicas, psíquicas y sociales de la adolescencia profundizan la condición de vulnerabilidad y aumentan el riesgo de un inicio precoz en el uso de sustancias psicoactivas (SPA). Se realizó un estudio transversal con 229 adolescentes usuarios de SPA, en tratamiento en un centro de atención psicossocial a la infancia y adolescencia (Social vulnerability), durante el período correspondiente a los primeros diez años de funcionamiento de este servicio, con la finalidad de trazar el perfil biopsicosocial de los usuarios e identificar factores de riesgo para el inicio en el uso de drogas entre adolescentes. La mayoría de los prontuarios analizados pertenecía a pacientes del sexo masculino, que practican o practicaron actos de infracción, están en evasión escolar y convivieron o conviven con familiares que utilizan drogas y/o en situaciones de agresión familiar. Tales datos revelan un perfil de vulnerabilidad que genera la necesidad de protección adicional por parte de los diversos servicios de atención a los niños y adolescentes, en diferentes esferas.

Palabras-clave: Adolescentes. Servicios de salud mental. Trastorno relacionado con sustancias. Comportamiento-efectos de drogas. Trastornos psicofisiológicos. Vulnerabilidad social.

Abstract

Vulnerable adolescence: bio-psychosocial factors related to drug use

The physical, psychological and social modifications in adolescence deepen the condition of vulnerability and increase the risk of precocious use of psychoactive substances (SPA). This cross-sectional study covered 229 adolescent users of PAS under treatment at a psychosocial center for the care of children and adolescents (CAPSIA), during the first ten years of the service, with the purpose of outlining the bio-socio-psychological of the users and profile of the users and identifying risk factors for beginning drug use among adolescents. Most of the medical records belonging to male patients who practice or had practiced misdemeanors as school dropouts and had lived or live with family members who use drugs, and/or in situations of family aggression. Such data reveal a profile of vulnerability that generates a need for additional protection on the part of the diverse services for child and adolescent care, in different spheres.

Keywords: Adolescents. Mental health services. Substance-Related disorders. Behavior-effects of drugs. Psychophysiological disorders. Social vulnerability.

Aprovação CEP Hospital de Clínicas de Porto Alegre CAAE 04574312.4.0000.5327 Parecer 655/07

1. **Doutoranda** alportelab@gmail.com 2. **Doutorando** lucasfgarcia@gmail.com 3. **Doutor** jrgoldim@gmail.com –Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre/RS, Brasil.

Correspondência

Ana Luiza Portela Bittencourt – Laboratório de Bioética e Ética na Ciência, Centro de Pesquisas, Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Rua Ramiro Barcelos, 2.350 CEP 90035-903. Porto Alegre/RS, Brasil.

Declararam não haver conflito de interesse.

A adolescência é um momento de grande impacto no desenvolvimento humano, e se molda como período crucial no que tange ao uso de drogas. De acordo com o Ministério da Saúde ¹, a adolescência corresponde à faixa etária entre 10 e 20 anos – conforme critério definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) – e consiste em um processo de emancipação afetado por diversos fatores nos quais atitudes, hábitos e comportamentos se encontram em transformação. Os primeiros contatos com o álcool e outras drogas ocorrem, geralmente, durante esse período, no qual as estruturas cerebrais responsáveis pela percepção temporal e pelo controle de impulsos estão ainda em amadurecimento ². A satisfação imediata proporcionada pelo uso de *substâncias psicoativas* (SPA) vem ao encontro do comportamento impulsivo e do imediatismo muitas vezes presentes nos jovens dessa faixa etária. Tal fato, somado às transformações físicas e psíquicas ³ e aos conflitos com o meio familiar e social ⁴, acaba por aprofundar a vulnerabilidade inerente a essa população específica.

Levinas ⁵ define vulnerabilidade como condição de todo ser humano, na medida em que todos estamos expostos ao outro e ao mundo, e por eles somos responsáveis. A fim de precisar o uso do termo “vulnerabilidade” e como seu conceito vem sendo aplicado e compreendido pela bioética, Neves ⁶ parte do reconhecimento da vulnerabilidade, conforme Levinas ⁵, estendendo tal entendimento à apuração da existência de grupos e indivíduos especialmente vulneráveis, os quais devem ser protegidos em razão de sua condição agravada por circunstâncias e situações específicas. Essa mesma distinção é feita, pela bioética da proteção ⁷, que diferencia essas duas condições por meio dos termos “vulnerável” e “vulnerado” ⁸. Segundo Schramm ⁹, enquanto o primeiro termo designa a condição comum a todos os humanos, como referido por Levinas ⁵, o segundo nomeia aquele indivíduo cuja condição de vulnerabilidade é agravada por circunstâncias adversas.

Diante do exposto, neste trabalho entende-se vulnerabilidade como fragilidade, suscetibilidade e necessidade de proteção adicional ¹⁰. Conforme Guimarães e Novaes ¹¹, a redução da vulnerabilidade depende da eliminação das consequências das limitações sofridas pelos sujeitos ou grupos. No entanto, para que seja possível alcançar esse resultado, é preciso identificar tais limitações e conhecer os fatores envolvidos em sua gênese.

Como já foi mencionado, acredita-se que o uso precoce de SPA pode vir a ser fator limitante do desenvolvimento saudável, tanto no âmbito físico quanto psicossocial. Israel-Pinto ¹² chama a atenção para o aumento do uso de SPA nas últimas décadas, bem como a busca mais frequente dos jovens por férias e atividades relacionadas à utilização de drogas. O consumo precoce de álcool e drogas pode levar o jovem a afastar-se de seu desenvolvimento normal, expondo-o ao risco de evoluir do uso experimental para a dependência ². Também pode antecipar consequências e prejuízos associados, como problemas de saúde, sanções legais, conflitos familiares e sociais, abandono da escola e sentimentos de culpa ou ansiedade ¹³⁻¹⁵. Situações como essas viriam, sem dúvida, a somar-se a fatores já existentes, aprofundando a condição de vulnerabilidade inerente.

Diante do crescimento dos problemas relacionados ao abuso dessas substâncias no Brasil, foram necessários investimentos na modificação de políticas públicas e sociais, de justiça e de saúde pública. O ano de 2002 foi apontado pelo Ministério da Saúde, em seu documento sobre a política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas ¹⁶, como particularmente decisivo para a adoção de estratégias de trabalho destinadas a usuários de SPA. Nesse ano, segundo o mesmo documento – que adota as propostas recomendadas pela III Conferência Nacional de Saúde Mental, de 2001 –, o uso prejudicial de substâncias é reconhecido como problema de saúde pública, o que dá origem à construção de uma política de atenção voltada para esse público. Os centros de atenção psicossocial (Caps) inserem-se no programa de criação de uma rede de assistência extra-hospitalar destinada a pacientes portadores de psicopatologias, incluindo também a assistência a usuários de substâncias psicoativas ^{17,18}, que, desse modo, passam a receber atendimento fora do ambiente hospitalar ¹⁹.

Segundo Laranjeira ²⁰, a dependência química deve ser considerada doença crônica e complexa, a requerer estratégias de atenção específicas, com a finalidade de obter prognóstico satisfatório. Uma vez que se entende a gravidade do abuso de SPA, bem como a fragilidade dos adolescentes diante desse panorama, fazem-se necessários estudos que possibilitem melhor compreensão dos fatores envolvidos no uso dessas substâncias por jovens brasileiros, de modo a contribuir para a adequação dos serviços destinados ao auxílio e tratamento dessa população e a consequente redução da situação de vulnerabilidade em que se encontram.

A bioética complexa proporciona base adequada para a discussão dessa temática, sendo compreendida como uma *reflexão compartilhada, complexa e interdisciplinar sobre a adequação das ações que envolvem a vida e o viver* ²¹. O estudo aqui apresentado tem por objetivo traçar o perfil biopsicossocial dessa população e identificar possíveis fatores de risco para o início precoce do uso de SPA, debatendo esses elementos pela perspectiva da bioética.

Método

Os dados foram coletados mediante leitura dos registros em prontuários dos pacientes usuários de substâncias psicoativas que buscaram tratamento no Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (Capsia) de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, no período correspondente aos primeiros dez anos de funcionamento desse serviço.

O estudo dos dados referentes a esse período inicial são importantes para a caracterização da população para a qual foi criado o serviço, ressaltando que, até o momento da elaboração deste trabalho, tais informações não haviam sido investigadas. Além disso, por meio da literatura consultada, percebe-se que ainda são escassos os trabalhos focados no estudo da população adolescente portadora de transtornos por uso de substâncias psicoativas (Tusp) e em tratamento na rede ambulatorial – trabalhos esses voltados, em sua maioria, para a população adulta e para a rede hospitalar. Assim, o presente estudo contribui para o aprofundamento da compreensão de aspectos especificamente

pertinentes aos problemas enfrentados pelos adolescentes usuários de SPA, tais como percepção e expressão de coerção, voluntariedade do tratamento, modalidades de tratamento e reinternações.

Realizou-se estudo transversal com todos os 229 adolescentes usuários de substâncias psicoativas em tratamento no Capsia, no período de novembro de 2002 a dezembro de 2012. Foram coletados dados caracterizando o momento da busca por tratamento (sexo, idade, situação escolar, fonte de encaminhamento), situações consideradas agravantes da condição de vulnerabilidade (violência familiar, envolvimento criminal, evasão escolar) e questões pertinentes ao tratamento (substâncias utilizadas e internações hospitalares). Ressalte-se que as internações involuntárias e compulsórias foram agrupadas na mesma categoria, em virtude da impossibilidade de distinguir entre uma e outra modalidade nos registros dos prontuários. Também é preciso enfatizar que essa classificação baseou-se na identificação feita pela equipe do Capsia, a qual atribuía caráter involuntário ou compulsório a internações realizadas com intervenção judicial.

Os dados, obtidos a partir dos registros dos atendimentos nos prontuários, foram avaliados quantitativamente e de forma descritiva, permitindo a caracterização de um perfil biopsicossocial desses adolescentes. O projeto foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Santa Cruz do Sul e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Resultados

A maioria dos pacientes era do sexo masculino (81,7%) e sua idade, no momento da busca por tratamento, variava de 7 (0,4%) a 17 anos (19,2%), com predomínio da faixa etária entre 15 (23,6%) e 16 anos (24,0%). Dado que as idades correspondem à idade no momento da busca por tratamento, justifica-se a escolha de analisar também o prontuário daquele paciente que se apresentava com 7 anos de idade ao buscar tratamento, uma vez que ele deu continuidade aos atendimentos durante sua adolescência. Muitos desses adolescentes referiam convivência com familiares que utilizavam algum tipo de droga (56,8 %), tendo também sofrido agressões físicas por parte de familiares (24,0 %). As dificuldades vividas por esses jovens refletem-se em sua conduta, assim como em sua vida escolar. A prática de atos infracionais apresenta-se como comportamento frequente (64,2%), ao lado da evasão escolar (62,9%).

Nos prontuários buscaram-se, entre outros dados referentes ao curso do tratamento, informações sobre o seu início. Com isso, observou-se que a maioria dos encaminhamentos foi feita pelo Conselho Tutelar do município (43,2%), seguida de encaminhamentos pelos postos de saúde (17,5%). Embora o Capsia tenha sido inicialmente destinado ao atendimento de usuários encaminhados não somente pelo Conselho Tutelar, mas também pelo Juizado da Infância e Juventude, apenas 4, 4% dos pacientes tiveram esse tipo de encaminhamento durante o período estudado. Poucos foram os pacientes que buscaram o serviço espontaneamente (11,4%), sem terem sido encaminhados por outras instituições.

Durante os primeiros dez anos de atendimento foram realizadas pelo Capsia 314 internações, classificadas pelos autores desta pesquisa como: “internações voluntárias para desintoxicação” (44,5%); “internações involuntárias ou compulsórias para desintoxicação” (39,8%), “internação em comunidade terapêutica” (12,1%) e “para tratamento de outros transtornos psiquiátricos” (3,5%).

A maioria dos prontuários estudados pertencia a sujeitos identificados como poliusuários (68,1%), ou seja, aqueles que faziam uso de mais de uma substância psicoativa. Com relação ao tipo de droga consumida por esses pacientes, constatou-se que as mais utilizadas eram a maconha (58,9%) e o *crack* (54,6%). Foram encontrados também registros de uso de cocaína (46,7%), bebidas alcoólicas (34,5%), tabaco (25,8%), “loló” (7,0%) e *ecstasy* (0,4%).

Discussão

Quando se analisam aspectos relativos à infância e adolescência, é preciso ter em mente que essa fase corresponde a uma população potencialmente vulnerável. Tal vulnerabilidade remete não só àquela inerente a todo ser humano^{5,6}, mas também à sua fragilidade diante de situações ambientais, sociais e de todos os tipos dependência dos mais velhos, inclusive econômica. Isso os torna especialmente condicionados ao ambiente físico e social em que vivem²².

A leitura dos prontuários mostrou elevado número de pacientes que teve algum tipo de convívio com familiares usuários de SPA e, ainda, de registros relatando situações de agressão vivenciadas por esses jovens. Além disso, boa parte deles (62,9%) encontrava-se afastada do ambiente escolar. Schenker e Minayo¹⁵, ao analisarem fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência, referem que a família e a escola constituem elementos fundamentais no suporte a adolescentes e pré-adolescentes.

Kreishe, Sordi e Halpern²³ citam o acompanhamento e a supervisão da criança ou adolescente pelos pais como fator fundamental para a prevenção do abuso de drogas. Famílias nas quais há falta de apego e carinho, paternagem ineficaz e abuso de drogas por parte dos responsáveis ou cuidadores são potencializadoras do risco de que a criança desenvolva o mesmo comportamento.

A família e a escola também são consideradas por Schenker e Minayo¹⁵ instituições relevantes na construção da resiliência. Segundo as autoras, a resiliência é importante para que o adolescente desenvolva espírito questionador e reflexivo abrangente, a partir do qual será capaz de uma atitude crítica diante das drogas. A importância da frequência à escola formal também foi apontada por Vasters e Pillon¹³ como via de acesso a políticas de prevenção a drogas, muito embora mencionem as situações de baixo rendimento ou evasão escolar como recorrentes na literatura sobre uso de drogas na adolescência por eles consultada.

Apesar de os dados oriundos dos prontuários mostrarem que, no momento da busca de tratamento no Capsia, os sujeitos estavam em situação de afastamento do ambiente escolar, não foi possível identificar as causas desse afastamento. Pode-se especular que a evasão escolar tenha ocorrido em razão do uso abusivo de drogas, mas também é possível conjecturar no sentido oposto, ou seja,

sobre a inadequação da escola para acolher esses adolescentes e auxiliá-los na superação dos conflitos vivenciados. Estudo realizado por Araldi e colaboradores ²⁴ menciona a fragilidade das escolas participantes da pesquisa, já que essas instituições contavam com poucas estratégias de prevenção do uso de SPA, sem apresentar, em seus projetos político-pedagógicos, diretrizes claras de abordagem da temática. Além disso, os autores veem a naturalização de noções do senso comum como elemento reforçador do caráter estigmatizante e do preconceito com relação aos alunos usuários de SPA.

Por permear diferentes setores da sociedade, a estigmatização dos usuários de substâncias é tema delicado, acarretando prejuízos, em diferentes níveis, ao indivíduo estigmatizado. Estudos mostram que essa rotulação pode interferir no envolvimento da pessoa em diversas atividades, bem como causar sua rejeição pelos demais ²⁵. Sendo assim, o usuário tende a desenvolver estratégias como isolamento social, enfrentamento ou fuga diante de situações que, segundo sua percepção, possam prejudicá-lo. Tal comportamento pode agravar condições como depressão, hostilidade e ansiedade ²⁶.

A escola, assim como a família, deveria ser capaz de gerar um espaço de reflexão, proporcionando ambiente acolhedor, que possibilitasse aos jovens tornarem-se cidadãos aptos a pensar sobre sua realidade e a mudá-la. A ausência dessas características dificulta a formação de uma personalidade mais resiliente, que lhes permita enfrentar melhor as situações conflituosas por eles vivenciadas, a exemplo das agressões cometidas por familiares. Assim, a evasão escolar, que implica o afastamento total do ambiente escolar, parece reduzir as possibilidades de enfrentamento do uso de drogas. Acredita-se que esse fator, somado aos demais já apresentados, possa contribuir para a busca da droga como elemento de fuga e propiciador de um prazer não alcançado por outras vias.

Quanto à prática de atos infracionais, registro frequente nos prontuários (64,2%), também podem ser apontados dois diferentes cenários. O primeiro, de que tal comportamento seria indicativo de uma alta taxa de criminalidade entre os portadores de Tusp, enquanto o segundo representaria maior índice de encaminhamento daqueles sujeitos que apresentam mais carência e prejuízo social, além de maior grau de dependência de SPA.

Acredita-se que o segundo cenário seja mais representativo da população estudada, uma vez que se verificou a mediação frequente do Conselho Tutelar, órgão de origem da maioria dos encaminhamentos ao Capsia. O Conselho Tutelar é responsável por atender esse público quando seus direitos são violados por terceiros ou em razão de sua própria conduta. Também cabe a esse órgão administrar medidas para garantir o acesso da criança e do adolescente a seus direitos, podendo encaminhá-los a tratamento médico e psicológico, além de incluí-los em programas de tratamento de toxicomanias ²⁷. Assim, os adolescentes que têm acesso a esse serviço parecem ser aqueles cujo uso de substâncias configura-se problema social ou de saúde, motivo que levou ao acionamento do Conselho Tutelar a fim de protegê-los de possíveis agravos.

Embora os adolescentes constituam um dos grupos que atraem a atenção do poder público e de pesquisadores em virtude da maior probabilidade de sucumbir às adições ²⁸, é possível que aqueles sujeitos que apresentam menor taxa de problemas relacionados ao uso de SPA estejam, ainda, sendo

negligenciados. O Ministério da Saúde ¹⁸ reconhece que os indivíduos que preenchem os critérios para o padrão de uso correspondente à dependência química são justamente aqueles abordados com mais frequência pelo sistema assistencial, apesar de não constituírem a maioria da população de usuários.

Tal fato revela-se controverso, pois aqueles usuários que permanecem fora do alcance dos serviços de assistência podem apresentar dificuldade em solicitar auxílio, e menores são suas chances de ser alvo de teorias e pesquisas, bem como de ter acesso aos diferentes serviços destinados a atender essa demanda ²⁸. Tal situação também permeia o debate sobre a grande diferença encontrada entre o número de pacientes do sexo masculino e do sexo feminino que buscaram atendimento no Capsia, no período pesquisado.

Os dados apresentados indicam que os jovens que procuraram o Capsia eram, em sua maioria, meninos, havendo baixa demanda desse serviço por parte de usuários do sexo feminino. A maior prevalência de pacientes do sexo masculino nos ambientes de tratamento de usuários de drogas é abordada por Silva, Borrego e Figlie ²⁹, para os quais a menor frequência da procura dos serviços para tratamento de Tusp por parte das mulheres se dá em razão do julgamento social comumente sofrido por elas. Já o “Relatório brasileiro sobre drogas” ¹⁹, realizado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), menciona que a percepção do uso de álcool, maconha e cocaína/*crack* como risco grave é maior entre as mulheres do que entre os homens, o que, segundo os autores, justificaria o consumo menos frequente e intenso por parte da população feminina.

Embora não se possam realizar, por meio dos dados pesquisados, inferências com relação ao motivo de um menor número de meninas ter buscado tratamento no Capsia nesse período, observa-se que outros trabalhos na área da dependência química têm apresentado dados semelhantes ^{30,31}. Em estudo realizado por Faria e Schneider ³², analisando 1.122 prontuários do Caps-Álcool e Drogas da cidade de Blumenau, em Santa Catarina, entre os anos de 2005 e 2007, identificou-se que 989 (88,15%) desses prontuários pertenciam a pacientes do sexo masculino e 133 (11,85%) do sexo feminino. Os autores mencionam outras pesquisas que destacam que esse perfil difere daquele apresentado pela população atendida pelos Caps II e Caps III, destinados a portadores de transtornos mentais graves, nos quais há uma prevalência de pacientes do sexo feminino.

Outra perspectiva pode ser observada a partir dos dados obtidos no “Relatório brasileiro sobre drogas” ¹⁹, segundo o qual o I e o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil” revelam que nos anos de 2001 e 2005, respectivamente, o sexo masculino apresentou maior prevalência de uso das seguintes substâncias: maconha, solventes, cocaína, alucinógenos, *crack*, merla e esteroides. Já, entre o sexo feminino, houve maior consumo de estimulantes, benzodiazepínicos, anorexígenos e opiáceos. Dados semelhantes também são apontados pelos relatórios “V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2004” ³³ e “VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras – 2010” ³⁴. Portanto, tais estudos indicam que as meninas,

aparentemente, fazem uso de substâncias menos atreladas a prejuízos sociais evidentes, fato que pode estar levando à exclusão dessa população do modelo assistencial vigente, em geral focado na população que sofre maiores prejuízos em decorrência do uso de substâncias¹⁸.

Também o tipo de droga usada relatado nos prontuários desses pacientes reflete um perfil semelhante ao traçado por estudos realizados no país, nos quais há referência à elevada porcentagem de uso de maconha^{31,35} e *crack*^{30,31}. O consumo de tais substâncias (*crack* e maconha), as quais apresentam maior visibilidade social no cenário atual, bem como os prejuízos decorrentes do abuso de SPA, pode levar a maior pressão para o ingresso no tratamento, seja ele ambulatorial ou hospitalar. Isso porque tais atitudes são entendidas, segundo alguns autores^{36,37}, como forma de restabelecer a autonomia desses usuários, prevenindo prejuízos ainda maiores.

Além disso, os comportamentos aditivos são normalmente compreendidos como um peso, tanto na área da saúde quanto em termos sociais e econômicos, de modo que, em resposta a esse custo, a sociedade acaba por utilizar diversas estratégias de controle, a fim de garantir que as pessoas usuárias de álcool e outras drogas recebam tratamento³⁸. Essas diferentes pressões são classificadas por Wild³⁹ em três categorias, conforme sua origem: pressões legais (juízes, procuradores, oficiais de justiça, policiais), formais (professores, empregadores, conselheiros tutelares etc.) e informais (amigos e familiares).

Apesar de se verificar, nos dados apontados na presente pesquisa, um número relativamente próximo de internações descritas como voluntárias e aquelas consideradas involuntárias/compulsórias, é importante destacar que uma busca classificada como “voluntária” nem sempre ocorre livre de qualquer pressão; afinal, o paciente pode estar evitando sanções legais ou empregatícias, ou mesmo sentir forte coerção para iniciar o tratamento⁴⁰. Ressalte-se que a coerção, ou percepção de coerção, está relacionada ao entendimento do indivíduo a respeito do processo de tomada de decisão, independentemente do recurso à pressão ou ao controle externo³⁹⁻⁴¹.

Portanto, a identificação das internações como voluntárias ou involuntárias com base apenas nos encaminhamentos jurídicos pode omitir dados importantes sobre o processo como um todo, bem como seus efeitos nos pacientes. Embora as pressões judiciais possam ser consideradas mais fortes quando comparadas com aquelas exercidas por outras fontes⁴⁰, as pressões por parte de amigos ou familiares têm sido apontadas como as mais comuns no processo de ingresso no tratamento^{40,42-44}. Atenção especial deve ser dedicada aos jovens, os quais, além de sofrer maior pressão objetiva⁴², também são mais propensos a alegar sentimentos de coerção⁴⁵, quando comparados com a população adulta.

Wolfe e colaboradores⁴⁵ sugerem que isso se dá pelo fato de indivíduos mais jovens tenderem a valorizar mais fortemente questões relativas à autonomia e independência, reagindo de forma diferente (mais negativamente) a pressões externas para mudança, quando comparados com indivíduos mais velhos. No entanto, como já apontado, as pressões de diferentes origens não são igualmente experimentadas como elementos de interferência na autonomia do indivíduo⁴⁰, de modo que não há

relação direta entre as pressões sociais objetivas, como a fonte de encaminhamento, e a percepção do paciente de que ele tenha sido coagido a iniciar o tratamento ⁴⁶.

Wertheimer ⁴⁷ relaciona a coerção ao impedimento do exercício da escolha, e a real condição da coerção pode variar de acordo com a força moral do agente coercitivo. Ou seja, caso o sujeito pressionado reconheça que o autor da pressão tem o direito de exigir-lhe algo, as chances de sentir-se coagido diminuem. Uma vez que familiares e amigos podem ser reconhecidos pelo usuário como portadores do direito de exigir-lhe mudança de conduta, tal argumento permite explicar, de certo modo, os dados apresentados por Urbanoski ⁴⁰, segundo os quais as pressões informais tendem a gerar menor grau de percepção de coerção.

Apesar de ainda não haver consenso sobre a eficácia do uso de pressões para ingresso no tratamento, Lidz e colaboradores ⁴⁸ acreditam ser preferível que a percepção de coerção do paciente seja minimizada, quer por julgar-se indesejável sentir-se coagido, quer porque esse sentimento pode vir a prejudicar o tratamento subsequente. Para os autores, a coerção no tratamento em saúde mental traz mais prejuízos que benefícios, podendo afetar negativamente a relação dos pacientes com os profissionais envolvidos, seja pela perda de confiança, pela alienação ou pela evitação do tratamento. Tais comportamentos são referidos pelos autores como incompatíveis com a construção de uma relação terapêutica que favoreça a adesão ao tratamento.

Considerações finais

Analisando os resultados encontrados com base em debates atuais no campo da bioética, buscou-se aqui apresentar os dados referentes aos pacientes que ingressaram no tratamento durante os dez primeiros anos de atuação do Capsia do município de Santa Cruz do Sul, no Rio Grande do Sul. É possível identificar a maconha e o *crack* como as drogas mais utilizadas entre os jovens que iniciaram o tratamento no período observado. Dados sobre o usuário – como ser do sexo masculino, não ter vínculo com escola, conviver com familiares que utilizam drogas e/ou em situações de agressão familiar – também foram destaques desta pesquisa. Tais informações revelam um perfil de jovens que, por essas características, se apresentam especialmente vulneráveis, necessitando, portanto, de maior atenção por parte dos diferentes serviços de atendimento às crianças e adolescentes – seja na esfera da saúde, seja na educação e na assistência social –, a fim de reduzir os riscos a que estão sujeitos.

Os dados aqui expostos evidenciam a importância do suporte e do acolhimento oferecido por profissionais atuantes nos Caps não só aos pacientes, como também à família e às escolas. Sendo assim, esses profissionais contribuem para a construção de estratégias que viabilizem o debate aberto sobre a temática das drogas, sem falsos moralismos ou estigmatização.

Com base na literatura consultada, acredita-se que essas ações podem auxiliar na redução do estigma atribuído aos usuários de substâncias psicoativas e ao mesmo tempo contribuir para o desenvolvimento da resiliência desses jovens. Além disso, dessa forma amplia-se o acesso à informação e, conseqüentemente, aos serviços de saúde para aqueles jovens cujo uso de substâncias não se

configura, ainda, problema social ou de saúde, que necessitem da intervenção de serviços especializados.

Sugere-se, ainda, que a abordagem desses pacientes contemple a investigação sobre possíveis pressões sofridas por eles para a busca de tratamento, bem como os sentimentos despertados por essas vivências. Com isso, no momento do ingresso no tratamento, evita-se a classificação comumente empregada para essas pressões, que dá destaque apenas à fonte de encaminhamento. Wild, Newton-Taylor e Alletto ⁴⁶¹⁸ acreditam que, ao enfatizar a origem, em vez da experiência, tal conceituação minimiza a importância das percepções pessoais dos pacientes, o que contraria a política de saúde mental vigente no país ¹⁸, que prevê a formulação de projetos terapêuticos individualizados.

Este estudo favorece especificamente o papel dos Capsia, e, mediante a retomada desse perfil histórico, possibilita uma visão mais ampla a respeito do público beneficiado e ao mesmo tempo incentiva a realização de estudos futuros que permitam comparar os dados dessa população com as informações sobre pacientes atendidos em anos posteriores. No entanto, trabalhos como este ultrapassam a barreira local, fazendo-se importantes para trazer maior clareza sobre a população atendida pelos serviços destinados a adolescentes usuários de SPA. Geram, por consequência, melhor compreensão das demandas desse público, bem como de sua realidade fora do ambiente de tratamento. Tal perspectiva enriquece os profissionais que atuam na área, formando a base para o planejamento mais efetivo das ações a serem previstas, em nome do melhor benefício dos pacientes.

Para concluir, reconhece-se, como limitação do presente estudo, a dificuldade de realizar inferências mais apuradas quanto às razões do abandono escolar, do baixo acesso de pacientes do sexo feminino ao serviço e do maior atendimento de pacientes com envolvimento em atos infracionais. Atribui-se tal limitação à escolha dos prontuários como objeto de coleta e análise de dados, uma vez que as informações contidas nesse instrumento restringem-se aos registros da equipe do Capsia sobre os atendimentos realizados. Desse modo, sugere-se a realização de pesquisas futuras, que investiguem tais questões, bem como os tipos de pressão a que esses pacientes são submetidos e em que medida tais pressões afetam sua motivação para o tratamento.

A pesquisa na qual se baseia este artigo foi produzido no Programa de Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas e contou com apoio e financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes)/Bolsista da Capes PDSE (Processo nº BEX 3920/14-3), do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e do Fundo de Incentivo à Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Fipe-HCPA).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. (Série A, Normas e Manuais Técnicos).
2. Bessa MA, Boarati MA, Scivoletto S. Crianças e adolescentes. In: Diehl AE, Cordeiro DC, Laranjeira R, organizadores. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 359-75.
3. Zavaschi MLS, Maltz FF, Oliveira MG, Santis MFB, Salle E. Psicoterapia na adolescência. In: Cordioli AV, organizador. Psicoterapias: abordagens atuais. Porto Alegre: Artmed; 1998. p. 467-85.

4. Aberastury A. Adolescência. Porto Alegre: Artmed; 1983.
5. Levinas E. Humanismo do outro homem. Petrópolis: Vozes; 1993.
6. Neves MPC. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. *Rev Bras Bioética*. 2006;2(2):157-72.
7. Schramm FR, Kottow MH. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad Saúde Pública*. 2001;17(4):949-56.
8. Pereira L, Jesus I, Barbuda A, Sena E, Yarid S. Legalização de drogas sob a ótica da bioética da proteção. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2013;21(2):365-74.
9. Schramm FR. A bioética da proteção é pertinente e legítima? *Rev. bioét. (Impr.)*. 2011;19(3):713-24.
10. Protas J, Cidade C, Fernandes MS. Vulnerabilidade e consentimento informado em pesquisa. Porto Alegre: UFRGS, 2006. Disponível: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/68466>
11. Guimarães MCS, Novaes SC. Autonomia reduzida e vulnerabilidade: liberdade de decisão, diferença e desigualdade. *Bioética*. 1999;7(1):21-4.
12. Israe-IPinto A. O uso de substâncias psicoativas: história, aprendizagem e autogoverno [dissertação]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá; 2012.
13. Vasters GP, Pillon SC. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. *Rev Latinoam Enferm*. 2011;19(2):317-24.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. (Série B, Textos Básicos de Saúde).
15. Schenker M, Minayo MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2005;10(3):707-17.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. *Diário Oficial da União*. Brasília; 20 fev 2002.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. (Série F, Comunicação e Educação em Saúde).
19. Brasil. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Relatório brasileiro sobre drogas. Brasília: Senad; 2009.
20. Laranjeira R. Tratamento da dependência do crack: as bases e os mitos. In: Ribeiro M, Laranjeira R, organizadores. O tratamento do usuário de crack: avaliação clínica, psicossocial, neuropsicológica e de risco terapias psicológicas, farmacologia e reabilitação - ambientes de tratamento. São Paulo: Casa Leitura Médica; 2010. p. 14-22.
21. Goldim JR. Bioética: origens e complexidade. *Rev HCPA*. 2006;26(2):86-92. p. 91.
22. Fonseca FF, Sena RKR, Santos RLA, Dias OV, Costa SM. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. *Rev Paul Pediatr*. 2013;31(2):258-64.
23. Kreishe F, Sordi AO, Halpern S. Prevenção. In: Von Diemen L, Halpern SC, Pechansky F, organizadores. Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social. Brasília: Senad; 2012. p. 169-87.
24. Araldi JC, Njaine K, Oliveira MC, Ghizoni AC. Representações sociais de professores sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas na adolescência: repercussões nas ações de prevenção na escola. *Interface*. 2012;16(40):135-48.
25. Soares RG, Silveira PS, Martins LF, Gomide HP, Lopes TM, Ronzani TM. Distância social dos profissionais de saúde em relação à dependência de substâncias psicoativas. *Estud Psicol*. 2011;16(1):91-8.
26. Ronzani TM, Furtado FE. Estigma social sobre o uso de álcool. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(4):326-32.
27. Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília; 16 jul 1990.
28. Frankenburg FR. Brain-Robbers: how alcohol, cocaine, nicotine, and opiates have changed human history. Westport: Praeger; 2014.
29. Silva RL, Borrego ALS, Figlie NB. Psicoterapia de grupo. In: Diehl AE, Cordeiro DC, Laranjeira R, organizadores. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed; 2011. p. 328-40.
30. Silva VA, Aguiar AS, Felix F, Rebello GP, Andrade RC, Mattos HF. Brazilian study on substance misuse in adolescents: associated factors and adherence to treatment. *Rev Bras Psiquiatr*. 2003;25(3):133-8.
31. Ferreira Filho OF, Turchi MD, Laranjeira R, Castelo A. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Rev Saúde Pública*. 2003;37(6):751-9.
32. Faria JG, Schneider DR. O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. *Psicol Soc*. 2009;21(3):324-33.

33. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. V Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras. São Paulo: Cebrid-Unifesp/Senad; 2004.
34. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. VI Levantamento Nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras. Brasília: Senad/Cebrid-Unifesp; 2010.
35. Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas. Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras. São Paulo: Cebrid-Unifesp/Senad; 2004.
36. Caplan AL. Ethical issues surrounding forced, mandated, or coerced treatment. *J Subst Abuse Treat.* 2006;31(2):117-20.
37. Janssens M, Van Rooij MF, ten Have HA, Kortmann FA, Van Wijmen FC. Pressure and coercion in the care for the addicted: ethical perspectives. *J Med Ethics.* 2004;30(5):453-8.
38. Wild TC, Roberts AB, Cooper EL. Compulsory substance abuse treatment: An overview of recent findings and issues. *Eur Addict Res.* 2002;8(2):84-93.
39. Wild TC. Social control and coercion in addiction treatment: towards evidence-based policy and practice. *Addiction.* 2006;101(1):40-9.
40. Urbanoski KA. Coerced addiction treatment: client perspectives and the implications of their neglect. *Harm Reduct.* 2010;7(13):1-10.
41. Wild TC. Compulsory substance-user treatment and harm reduction: A critical analysis. *Subst Use Misuse.* 1999;34(1):83-102.
42. Room R, Matzger H, Weisner C. Sources of informal pressure on problematic drinkers to cut down or seek treatment. *J Subst Use.* 2004;9(6):280-95.
43. Goodman I, Peterson-Badali M, Henderson J. Understanding motivation for substance use treatment: the role of social pressure during the transition to adulthood. *Addict Behav.* 2011;36(6):660-8.
44. Wild TC, Cunningham JA, Ryan RM. Social pressure, coercion, and client engagement at treatment entry: a self-determination theory perspective. *Addict Behav.* 2006;31(10):1858-72.
45. Wolfe S, Kay-Lambkin F, Bowman J, Childs S. To enforce or engage: the relationship between coercion, treatment motivation and therapeutic alliance within community-based drug and alcohol clients. *Addict Behav.* 2013;38(5):2187-95.
46. Wild TC, Newton-Taylor B, Alletto R. Perceived coercion among clients entering substance abuse treatment: structural and psychological determinants. *Addict Behav.* 1998;23(1):81-95.
47. Wertheimer A. A philosophical examination of coercion for mental health issues theories of coercion. *Behav Sci Law.* 1993;11:239-58.
48. Lidz CW, Mulvey EP, Hoge SK, Kirsch BL, Monahan J, Eisenberg M *et al.* Factual sources of psychiatric patients' perceptions of coercion in the hospital admission process. *Am J Psychiatry.* 1998;155(9):1254-60.

Participação dos autores

Ana Luiza Portela Bittencourt e José Roberto Goldim participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do presente artigo (concepção, análise e interpretação de dados, redação e revisão do texto final). Lucas Garcia França contribuiu na redação e revisão do texto final.

Recebido: 10.2.2015

Revisado: 10.4.2015

Aprovado: 23.4.2015

7.2. ARTIGO 2 (língua inglesa) - Social pressures and reactions of adolescent drug users in an outpatient care setting

Autoria:

Ana Luiza Portela Bittencourt

Lucas Garcia França

José Roberto Goldim

O seguinte artigo foi submetido para avaliação na revista Journal of Mixed Methods Research (JMMR), o mesmo é apresentado aqui conforme formatações exigidas pela revista.

SOCIAL PRESSURES AND REACTIONS OF ADOLESCENT DRUG USERS IN AN OUTPATIENT CARE SETTING

ABSTRACT

Coercive measures and social pressures may adversely affect patients and the treatment.

This study aimed to analyze the reactions of adolescents who use psychoactive substances to potentially coercive situations during the addiction treatment. The collected data were analyzed using mixed methods. Informal social pressures (48.1%) were the most frequent type of pressure. Patients' reactions were classified as acceptance (17.5%), resistance (31.6%), and lack of motivation (14.0%). Resistance and lack of motivation can adversely affect the course of treatment and patients' autonomy. The use of mixed methods was essential to analyze the medical records in terms of senses and meanings, and enabled us to quantify and compare the findings with the literature and with qualitative data.

Keywords: Coercion; Substance use disorder; Adolescents; Mixed methods research;

Introduction

The Brazilian model of mental health care has undergone important changes since the 1990s. Treatments have become more focused on care, breaking away from the hospital-based model and emphasizing humane treatment, social reintegration, and service appraisal in order to secure the rights of people with mental illness (Guimarães et al., 2010). Based on this new approach to the treatment of mental disorders, Psychosocial Care Centers (CAPS, acronym in Portuguese) were established in the country.

The CAPS were devised to provide community care services allowing these patients to receive their follow-up locally and helping them restore their social connections by encouraging reintegration into various roles they once played in social interactions, including family, work, and school (Brasil, 2004). To these centers were given the priority in the care of people with severe and persistent mental illness of different age groups, including those with psychoactive substance use disorders (PSUD) (Rabelo, Mattos, Coutinho, & Pereira, 2006). Although the implementation of these services represents an enormous advance in community-based mental health care, there has been much criticism regarding the care provided (Machado & Santos, 2013).

The present study focuses on adolescent users of psychoactive substances attending a CAPS specifically for children and adolescents located in Rio Grande do Sul, the southernmost state of Brazil. This facility is locally called CAPSIA. We believe that studies addressing psychoactive substance use in adolescence are important to foster discussion about the factors intervening in the treatment process, in an attempt to develop effective care strategies for this population.

Psychoactive substance use along with other typical aspects of adolescence (urge for the new, omnipotence, and challenge) and a poor and inefficient service

network are elements that contribute to the characterization of adolescents as a highly vulnerable group (Brasil, 2010; Frankenburg, 2014; Outeiral, 2003; Silva et al., 2014). This fact is particularly alarming because early psychoactive substance use leads to the anticipation of consequences and losses associated with consuming this product, such as health problems, legal penalties, family and social conflicts, school dropout, and feelings of anxiety and guilt (Brasil, 2003; Schenker & Minayo, 2005; Vasters & Pillon, 2011).

Caring for drug users is currently one of the greatest challenges for managers and professionals working in the field of mental health care (Pitta, 2011). Users of alcohol and other substances are often seen as having an aggressive behavior and character defects, and such stigma boosts support for the use of legal pressure to compel individuals into treatment (Watson, Corrigan, & Angell, 2005). In the provision of health services, this approach is risky because of its potential to hinder the understanding of (and consequently failing to meet) the patients' needs, thus resulting in a poor and coercive treatment (Soares et al., 2011).

Pressures from different sources are often an integral part of the process of seeking addiction treatment (Urbanoski & Wild, 2012; Urbanoski, 2010; Wild, 2006). This seems to be related to the perception of addictive behaviors as a burden either in the public health context as in social and economic terms. As a way to deal with such costs, society uses different control strategies to ensure that alcohol and drug users receive treatment (Wild, Roberts, & Cooper, 2002).

Social pressures, i.e., social controls frequently used to pressure individuals to enter treatment, can be classified according to referral source into three types: legal (pressure from judicial bodies); formal (pressure from other formal organizations, such as employers, schools, and social welfare programs, among others); and informal

(pressure from family, friends, or acquaintances) (Urbanoski & Wild, 2012; Urbanoski, 2010; Wild, 2006). Such pressures are considered forms of social control that may or may not be coercive (Urbanoski, 2010; Wild, 1999, 2006). These authors understand coercion as a synonym of perceived coercion, which means that the patients feel that they have no influence, control, freedom, or choice regarding the decision to treatment (Hiday, Swartz, Swanson, & Wagner, 1997; Hoge et al., 1997, 1998).

Despite the lack of consensus on the effectiveness of social pressure in compelling individuals into treatment, Lidz et al. (1998) state that it is preferable to minimize the patient's perception of being coerced because it seems undesirable for anyone to feel coerced. These feelings can lead to negative consequences, such as poor adherence to treatment and treatment dropout (Monahan et al., 1995; Nicholson, Ekenstam, & Norwood, 1996; Taborda, Baptista, Gomes, Nogueira, & Chaves, 2004; Urbanoski, 2010), damaged relationship between the patient and the health professional because of loss of trust in caregivers, alienation, avoidance of treatment (Lidz et al., 1998), and lower patient satisfaction with respect to new hospital admissions, made after the episode in which they felt coerced (Strauss et al., 2013).

Identifying treatment-related ethical challenges is essential to improve the quality of mental health care, reduce the use of coercive strategies, and increase patient participation in the treatment (Hem, Molewijk, & Pedersen, 2014). This is particularly important when dealing with young people, who, in addition to suffering greater objective pressure, seem more likely to report feelings of coercion (Wolfe, Kay-Lambkin, Bowman, & Childs, 2013).

It is known that the development of strategies such as enhanced communication between staff and patients, treatment negotiation and explanation may help improve how patients experience the admission process (Katsakou et al., 2010).

Identifying the reactions of adolescent patients to pressures and building an empathetic identification with them may therefore contribute to reduce the social stigma associated with addiction treatment and to elaborate on the effect and management of social pressures, in an attempt to provide patients with a more positive and beneficial experience related to their treatment.

The objective of the present study was to analyze the reactions of adolescents who use psychoactive substances in the face of potentially coercive situations identified at different time points during their treatment at the CAPSIA. We sought to understand what kind of reactions are triggered by these pressures. Such data may contribute to expand current knowledge on the drug users' perception of coercion during treatment.

Methods

The present study is part of a research project entitled "The Trajectory of Adolescent Users of Psychoactive Substances at the CAPSIA," approved by the Research Ethics Committee at the Hospital de Clínicas de Porto Alegre, under protocol number: CAAE: 04574312.4.0000.5327.

During the first phase of this research project, a cross-sectional study was conducted including all the 229 medical records of adolescent substance users who were receiving treatment at the CAPSIA from 2002 to 2012. This period corresponds to the first 10 years of operation of the CAPSIA. The biopsychosocial profile of this population was described and risk factors for early drug use initiation among these adolescents were identified (Bittencourt, Garcia, & Goldim, 2015).

Data Collection

Medical records were reviewed for data collection. Termination of data collection was based on data saturation (Moraes, 2003; Turato, 2015), i.e., new medical records continued to be selected until no new information was obtained from the records at that point. For this purpose, the numbers (previously assigned by the CAPSIA) of all the 229 medical records of adolescent users of psychoactive substances were entered into a spreadsheet and arranged in ascending order from 1 to 229. Sequential random sampling of 10% of patients' medical records was performed (Shelley, 1984). One medical record was randomly selected by drawing lots among the first 10 numbers. Then, following the sequence of the selected number, one record was selected from every 10 records, resulting in a total of 23 medical records. The selected records were analyzed by two study investigators (AP and LG). This sample achieved data saturation.

The study subjects were identified by the letter "S" (subject), followed by the number corresponding to the sequence of the medical record in the spreadsheet, plus the letter indicating the patient's sex ("M" – male, "F" – female) and the number indicating the patient's age at the time of recording. For example, the code S133M17 corresponds to a male participant whose medical record was assigned the number 133 and who was 17 years of age at the time of recording. Any names of people or institutions were replaced with the letter "X" in the database used for data evaluation.

The identification of potentially coercive situations was based on statements from the MacArthur Perceived Coercion Scale (Gardner et al., 1993), that is, we sought to identify any entry or record information indicating behaviors or events that would suggest that:

- the subject's freedom of choice regarding his/her treatment was reduced;
- the choice of being treated apparently was not made by the patient;

- the patient was influenced by others to enter treatment (seeking treatment was not the patient's idea);
- the patient seemed to have little control over the decisions related to the treatment;
- someone else seemed to have had more influence than the patient on seeking treatment.

In addition to these situations, we included situations where we identified the presence of the following objective control elements: police involvement; hospitalization or admission to treatment identified as compulsory; use of drug containment; record of opposition to the experienced situation (resistance, escape, irritation); and report of social or parental control to enter treatment. Such elements were determined based on the literature showing various forms of control experienced by patients during the treatment process (Katsakou et al., 2010; Lorem, Hem, & Molewijk, 2015; Mielau et al., 2015; Valenti et al., 2015).

After identifying the potentially coercive situations, social pressures were classified according to referral source into legal, formal, and informal (Urbanoski, 2010; Wild, 2006). Subsequently, passages describing patients' reactions to these coercive situations were identified in the medical records.

Analysis and description of the quantitative data were performed using SPSS, version 18.0, to check the frequency of occurrence of variables, and QSR NVivo, version 10, a software licensed from the Universidade Federal do Rio Grande do Sul. The qualitative data were analyzed using content analysis (Bardin, 2009).

Results and Discussion

The medical records of 23 adolescent users of psychoactive substances in treatment at the CAPSIA were analyzed in the present study. Most patients were male (87.0%), and 69.6% of them had committed offenses. The following psychoactive substances were registered: marijuana (34.8%), cocaine (34.8%), crack (30.4%), alcohol (26.1%), tobacco (17.4%), glue (13.0%), and ecstasy (4.3%). Similar data were found by the current authors in a previous study, in which we analyzed the medical records of all adolescents in treatment at the CAPSIA during the same period (Bittencourt et al., 2015). Therefore, the data collected from these 23 medical records are representative of the general population treated at this facility.

In the medical records analyzed, we found 66 observation notes written by the staff—in which we identified 81 records of different social pressures experienced by the patients. These notes were found in 19 (82.6%) medical records, that is, in four records, we could not find any account of social pressure. Informal social pressure (48.1%) was the most common type (Table 1). These data are consistent with the literature pointed by Urbanoski (2010), which suggest that family and friends often exert pressure on the patient to enter treatment. In the study conducted by Room (1989), family and friends were also reported by alcohol and drug users as the most common sources of pressure to enter addiction treatment. According to this author, informal pressure appears to precede formal pressure, so that only a few participants of that study entered treatment without being pressured by the family or friends.

“Insert Table 1 about here”

Wild, Newton-Taylor, & Alletto (1998) point out that most studies on coercion in the treatment of psychoactive substance use focus on legal social pressure. The present findings demonstrated a predominance of informal over formal pressures and mainly over legal pressures. This indicates that informal and formal pressures also need

to be addressed and taken into account during the treatment process, once they are seen as very common. In previous studies, participants identified as voluntary patients, based on the absence of legal referral to treatment, also reported some degree of perceived coercion (O'Donoghue et al., 2014; Karen Anne Urbanoski, 2010; Wild et al., 1998).

We reviewed the 19 medical records where social pressures were identified to search for patients' reactions associated with these pressures. In 18 different medical records, we found 44 observation notes written by the staff that contained passages describing the patient's reactions. In one medical record, in which two informal social pressures were described, we did not identify any reaction of the patient to the experience.

We identified 57 records of different patients' reactions to the previously identified social pressures (table 2). The reactions were grouped into nine different categories: willingness to be treated, acceptance of treatment, lack of motivation, resistance, denial of drug use, anger, omnipotence, escape, and resignation. The most frequent categories were resistance (31.6%), acceptance of treatment (17.5%), and lack of motivation (14.0%).

“Insert Table 2 about here”

Two of these reactions are consistent with those reported by Lorem et al. (2015), who, after interviewing psychiatric inpatients, classified their reactions to coercive measures into three categories: agreeing and accepting, fighting or resisting, and resignation. Their study, however, focused on investigating patients' moral evaluation of coercion in previously experienced situations rather than objectively identifying and associating the pressures experienced with the reactions triggered by them.

It should be noted that the reactions reported here were recorded at the time the patients were experiencing the pressures. Therefore, it is possible that, despite these reactions, such individuals might have had a different understanding of these experiences if they had been directly approached or even if this approach had occurred at a later time. This statement takes into account that different factors seem to affect patients' perception of coercion as: how long are they connected to the institution, feelings of gratitude, and how the experiences have been psychically integrated by the subject (Bittencourt et al., 2013, p.100). In addition, other factors affecting this perception include the individuals' own characteristics (Hiday et al., 1997) and their understanding of the severity of the condition and the degree of pressure experienced (Urbanoski, 2010).

Nevertheless, it is important to reflect on coercive strategies and how they are applied in order to prevent possible future damage to both patient and treatment. It is also important to keep in mind that there will not always be further opportunity for the patient to reevaluate these experiences, especially considering the poor adherence of psychoactive substance users to treatment (Brasil, 2003; Laranjeira, 2010).

We seek to relate the identified reactions with the pressures observed in the observational notes. The 57 passages describing patients' reactions had 76 associations with social pressures, since one reaction could be associated with more than one social pressure (table 3). Resistance was the reaction most commonly associated with informal pressure (33.3%). Two reactions were most commonly associated with formal pressure: lack of motivation (30.7%) and resistance (26.9%). Resistance (30.0%) and resignation (25.0%) were most commonly associated with legal pressure. Omnipotence was associated only with legal pressure, while willingness to be treated was associated only

with informal pressure. Denial of drug use was associated with both informal and legal pressures.

“Insert Table 3 about here”

It should be noted that the recorded reactions are considered by the current authors to be mostly negative, and that the positive reactions (acceptance and willingness to be treated) showed no significant association with any type of pressure in particular. Thus, the different forms of control employed by the different pressure sources appear to have elicited only a poor immediate positive response from the patients. The predominance of negative reactions may indicate that these patients felt coerced into treatment, which was imposed on them by different sources.

Regarding the qualitative data collected in the present study, we chose to analyze the observation notes containing passages classified into the three categories of reaction that stood out as the most frequent in the quantitative analysis, i.e., resistance, lack of motivation, and acceptance of treatment.

Resistance

Resistance is the reaction related to the refusal to receive the proposed treatment. Resistance was associated with all three forms of social pressure, always being one of the most frequent reactions and commonly reported by different patients.

S133M17 arrives at the CAPSIA accompanied by a protection officer without the presence of a parent or guardian. Mother quarreled with her son and refused to accompany him to the health care facility. The adolescent reports that he has been admitted to several clinics, but none worked. He does not want to be admitted and does not want to stop using

drugs. He says that he uses drugs because he wants to. (S133M17)

In this report, we can observe that legal social pressure was used, as the patient was taken to the facility for admission by a protection officer. In Brazil, the Protection Officer or the Child and Youth Protection Officer, according to the term assigned by the Court of Justice of the State of Rio Grande do Sul in the Judicial Regulatory Consolidation of the State of Rio Grande do Sul (Brasil, 2014), is a staff member of the Child and Youth Court of the State of Rio Grande do Sul who, among other duties, executes legal orders determined by judges. In the above-mentioned case, the officer was responsible for performing the search and seizure warrant, searching for the patient and taking him to the health care facility, as determined by the judge in charge of the case.

In this case, the adolescent was reluctant to accept the referral for hospitalization and seemed to regard the hospital treatment as inefficient, since he reported that several previous hospitalizations did not yield positive results. His unwillingness to be admitted and decision to continue using drugs were not respected. The pressure used in this case seems justified by the understanding, criticized by Wertheimer (1993), of mental illness as an internal coercive force, which prevents the individual from making voluntary decisions. Thus, the patient's decision to continue using drugs may have been understood as a decision "dominated" by the illness.

In the excerpt above, it is also possible to infer that this adolescent seems to have a conflicted relationship with his mother—they had a quarrel and the mother refused to accompany him in such a difficult situation.

The same situation of refusal and family conflict is expressed by S173M13, though in a more subtle manner. Two excerpts of the observation notes found in this patient's medical record are transcribed below:

Moment 1: "X" (S173M13's mother) joins the group for the first time. She is worried about her son's situation, who left home and school. He has no limits, does not respect his mother, and sleeps in a bathroom in the back of their house. He stole all the belongings of his grandmother. Today he agreed to join the group (...). (S173M13)

Moment 2: First day in the group meeting. He was reluctant to come, did not speak during the entire meeting, and kept his head down (...). (S173M13)

We chose to reproduce these two passages because they more clearly show the sequence of events that motivated the patient's reaction. Both are passages of observation notes recorded during group activities: the first refers to care provided to the mother in a family group, and the second describes the patient during a group meeting for adolescents who use psychoactive substances. In this case (S173M13), the adolescent agreed to participate in the group meeting as suggested by his mother; however, in a second moment, he showed resistance to treatment, that is, he attended the group meeting, but did not participate or talk during the interaction.

We can observe that informal pressure, exerted in a context of conflict, may also result in resistance reactions. Such reactions are believed to occur when the patient no longer sees a family member as someone who has the right to require anything from

him/her. This association is made by Wertheimer (1993), who proposes that coercion may vary according to the moral force of the coercive agent. Thus, when the individual under pressure attributes to the coercive agent the right to require anything from him/her, the likelihood of feeling coerced decreases. We can therefore infer that, in situations of poor or frayed family relationships, the coercive agent is no longer perceived as someone who has the right to impose or propose a treatment so that the adolescent resists such pressure.

We highlight the account of situations that may be considered social damage, possibly linked to psychoactive substance abuse, such as school dropout, theft, and exposure to degrading situations (sleeping in the bathroom). These elements seem to justify the use of informal pressure, taking into account that, according to Wild et al. (2002), society often uses control strategies to ensure that psychoactive substance users receive treatment because of the burden they represent socially and economically. This situation was also pointed out by Bittencourt et al. (2015), who associated social and health problems with the referral of adolescent males with multiple offenses to treatment at the CAPSIA.

Another issue associated with resistance reactions is the avoidance of treatment by means of escape. As in the previous case, a sequence of two events from the same medical record are transcribed below:

Moment 1: "X" calls from the shelter informing that *S123M17* was sent by the judge to the shelter, until he is admitted to the hospital for detoxification treatment. (...) I call the hospital "X" and get a bed for today. The transfer will occur in the afternoon, and "X" (CAPSIA employee) will accompany the patient (...). (*S123M17*)

Moment 2: “X”, from the hospital “X”, calls to report that *S123M17* escaped. He was found by police officers and taken back to the hospital. He keeps saying he will run away again and that he will stay in the hospital for as long as he wants. (S123M17)

These excerpts refer to two contacts between the CAPSIA staff and other patient care facilities. In the first, there is legal pressure to compel the individual into treatment. The second event, after admission, refers to a phone call made by a nurse of the hospital where the patient was hospitalized to inform the CAPSIA staff of his escape. At this moment, the patient shows a clear opposition to the experienced situation. Because the adolescent is not allowed to refuse participation in hospital treatment, he escapes, but is captured by the police (legal pressure). However, he continues threatening to escape again. These passages also suggest that the patient suffered formal pressure, because there was involvement of different teams (shelter, hospital, and CAPSIA) to comply with the court order.

A different situation but with the same outcome is described below:

S153F16 spent the night at home and slept well, according to her mother. She arrives at the CAPSIA showing resistance, refuses to enter the consultation room, states that she no longer wants to be hospitalized and wants to continue using drugs. She physically and verbally assaults her mother, says she will “smash everything” in the hospital, and escapes. I write requesting a search warrant for tomorrow (...). (S153F16)

Two types of pressure were also identified in this excerpt: informal pressure, applied by the mother, who took the daughter to the facility; and formal pressure, applied by the health professional, who, due to her refusal to receive treatment, writes requesting judicial intervention to ensure effective treatment. In addition to the resistance reactions, the reaction of scape and anger was also recorded, the last one represented by the physical and verbal assault and threats to damage the hospital.

Lozem et al. (2015) grouped reactions of fighting and resisting into the same category, they considered that both reactions are associated with patients' lack of control or influence over the treatment and deprivation of rights. According to the authors, loss of control and autonomy is a crucial element for patients. Reactions of fighting and resisting were observed in situations where social pressures were not understood as being used in the best interest of the patient, but rather as a form of threat. Although we cannot state that this was the context in which the pressures described here were used, they may have been so interpreted by patients.

Resistance to care seems to represent a struggle for the exercise of self-determination, where a reaffirmation of the desire to continue using drugs is employed to deny participation in the treatment. When this attitude no longer has any effect, patients then use the defenses available: escape, aggression, and silence. Thus, the resistance is marked by the presence of different forms of aggression, these exercised both by patients and by the pressure agents. We note the presence of physical and verbal abuse, which allows raising questions about the effectiveness of such care, where patients show a clear opposition to treatment.

Lack of Motivation

Motivating patients to engage in addiction treatment is one of the greatest challenges in the field of mental health care. According to the self-determination theory proposed by Ryan & Deci (2000), motivation can be influenced by personal, social, and environmental factors. A person may be naturally interested in performing an activity, without the need for external motivations that lead to action (intrinsic motivation), may perform an activity without any intention to engage in it because it does not make any sense to the individual (amotivation), and may perform an activity aiming at the result of the action (extrinsic motivation). Here, lack of motivation is understood as an attitude through which the person shows a low level of integration and internalization of the importance of treatment, which was sought only as a result of external pressure. Such behavior would correspond to extrinsic motivation regulated by external factors, where the individual enters treatment solely because of external pressures, with the purpose of relieving these pressures or escaping possible sanctions (Urbanoski, 2010).

According to Urbanoski (2010), most patients receiving treatment for PSUD who dropped out of treatment reported lack of perception of the need for continuity of care. Therefore, similarly to resistance, lack of motivation to engage in treatment is understood as a factor that may adversely affect the course of this process, mainly due to treatment dropout. Within this category, we transcribe some excerpts of observation notes that describe patients as unmotivated during care routines, where pressures from different sources were identified.

(...) The mother has kept him locked at home since Sunday (...) to prevent him from using drugs. She asked the Child Protective Services for help.

(...) The patient is sleepy and apathetic. He did not talk during the interview. (S93M13)

In this report, two forms of social pressure were identified. The first type of pressure was applied by the mother (informal pressure), who locked the adolescent at home to prevent him from using drugs. However, it seems that the mother was unable to take her son for treatment, and had to ask the Child Protective Services for help (formal pressure). In Brazil, this agency is responsible for protecting the rights of children and adolescents and may also include them in programs for treatment of PSUD (Brasil, 1990). After these interventions, little is reported on the patient; however, we can perceive that the patient did not show any personal interest in the treatment offered, choosing to be silent.

A similar report is provided about S43M14:

S43M14 and “X” (his mother) came for the initial interview accompanied by the agent of the Child Protective Services, who does not participate in the interview (he only brings the referral papers). The mother reports her interest in continuing with the treatment; however, *S43M14* only seems to be complying with a court order (...). (S43M14)

In this case, the adolescent is brought in by his mother and the agent of the Child Protective Services; however, there is also legal pressure because the patient is complying with a court order when he attends the interview. Once again, the health care team seems to notice that the patient is not interested in the treatment. This fact is highlighted by the observation that the mother is the one to be willing that her son attends the health care facility to continue treatment while the patient only seems interested in get free from the court pressure.

The observation note included in S13M17's medical record reports this reaction in an even clearer way:

The patient says that he did not come last week because he lacks motivation to engage in treatment and believes that he can consume alcohol moderately. He came today because "the Child Protective Services made me to come". He also says that "I have to come", otherwise "the judge sends me to X" (...). He seems annoyed and unmotivated to continue treatment. He asks if 2 or 3 weeks is enough to meet the requirement of the Child Protective Services and the judge (...). (S13M17)

This report contains the patient's own words, through which he states a lack of motivation to engage in treatment and that he only attends the treatment sessions because of external pressures. The patient sought treatment in order to avoid the legal consequences of failing to attend the health care facility, more specifically his referral to a socioeducational public institution for juvenile offenders. S13M17 does not understand why he should be treated, since he believes that he has no problems related to the use of psychoactive substances. We can also observe that the patient tries to negotiate the period of time that he must remain in treatment, showing that, once the external pressures cease, he does not intend to continue this process.

All treatment attempts described above were made after more than one type of social pressure was exerted, and all of them seem to have produced little effect in terms of engagement of patients in the treatment process. Therefore, we understand that motivation for treatment remained as an extrinsic motivation that was externally regulated, that is, it was regulated by external factors such as pressure from family,

friends, the legal system, and other formal sources (Urbanoski & Wild, 2012).

According to Ryan & Deci (2000), this condition may indicate that seeking treatment is not a self-determined action. For these authors, behaviors motivated solely by external factors are marked by poor individual autonomy and feelings of alienation and control. We believe that these feelings, in the records of patients' reactions, could be translated as their apathy, drowsiness, and lack of participation in the sessions.

Acceptance

Within this category, we observed that, in general, acceptance of treatment and proposed interventions was linked to the relationship established with the person who exerted the pressure. The excerpts of the observation notes illustrating this category address this issue.

The patient arrives with his mother. He says that it is hard to stop drinking. He drank every day last week. He drinks "shots" in the morning to stop shaking and at night to fall asleep. He says that he talked to his girlfriend over the weekend and she said that, if he quits drinking, she will come back to him. This week he will attend a Narcotics Anonymous meeting because he found out it is close to his home. The mother says that the family cannot handle the situation, her married children do not visit her anymore because they do not want to see the problem. The mother feels exhausted. She wants him to be hospitalized (...). (S3M16)

The patient says she is in withdrawal. She ran away from home to stay with friends in Santa Cruz do Sul, she stayed with a friend who does not

use drugs. She used “*pitico*” (a mix of crack and marijuana), she denies using crack. She says her friends did not allow her to use it. She is confident about it (...). She seems to be willing to stop using drugs.
(S153F16)

In the excerpts above, the pressure suffered by the patients was classified as informal. In the observation notes from S3M16’s medical record, we can observe that pressure was applied by the family, represented by the mother, but also by the girlfriend. In this case, the patient seems to acknowledge some of the consequences associated with alcohol use. However, the condition imposed by his girlfriend (her agreement to resume their relationship was conditional on his quitting using drugs) appears to have actually motivated him to seek treatment. His mother, in turn, reported that the whole family had been suffering because of S3M16’s addiction.

A whole set of factors, including the patient’s perception of the severity of alcohol addiction, the relationship with his girlfriend and the willingness to resume this relationship, and, maybe, the possibility of restoring a good relationship with the family, may have facilitated a positive reaction to pressure. Thus, S3M16 resumed his treatment at the CAPSIA and began participating in Narcotics Anonymous meetings. The other patient, S153F16, seems to have suffered pressure from friends, who condemn the use of crack and, therefore, did not allow her to use this drug. The report indicates that the patient did not perceive this pressure as something negative, even indicating her willingness to stop using psychoactive substances.

The findings of Goodman, Peterson-Badali, & Henderson (2011) show that family members, romantic partners, and friends often pressure patients to seek treatment and reduce psychoactive substance use. Goodman et al. (2011) explain that, in emerging

adulthood, the relationship with friends and romantic partners have great importance. These individuals may therefore be in a position to more easily negotiate aspects of drug use and evoke feelings of shame and guilt more frequently. These feelings correspond to an intermediate level of motivation, where the decision to enter treatment occurs by the force of conflicting intrapersonal feelings such as guilt and anxiety (Urbanoski & Wild, 2012).

Other reports also show the acceptance of treatment after pressure exerted by professionals from different institutions. S193M1, for example, sought treatment after being referred by the school:

(...)S193M11 has been using marijuana for about two months. He was referred because he was caught smoking at school. He has a good relationship with classmates and teachers and has good grades. Good relationship at home (...). Behavior during the interview: collaborative, good insight. (S193M11)

In this case, the patient accepts the treatment, actively participating in it. The student was described as having good relationships in different social groups, which, as in the previous case, seems to have helped him understand the need for treatment. Schenker & Minayo (2005) highlight the important role of the family and school in enhancing resilience and promoting critical reflection on drug use and abuse. However, for this to occur, it is deemed necessary that the adolescent's relationship with the different actors of these scenarios (school, family, etc.) is established in a way to strengthen ties of trust and affection. Social ties are also reported by Wei, Heckman, Gay, & Weeks (2011) as being related to motivation for change so that social support

helps adolescents in the effort to maintain abstinence.

However, as mentioned in the previous category, acceptance to seek treatment does not always mean that the patient understands the process as something important or necessary. The excerpt below is an example of this situation:

He arrives with his grandmother. He says he came to seek help because of alcohol use. He says he will get married and become a father soon, so he wants to “get his life back on track”. He says he came because “X” (social worker) asked him to. He says that he has no desire to come spontaneously. (S13M17)

S13M17 states that he sought treatment only because the social worker asked him to do so. In the observation notes, the patient himself admits that he would not seek treatment if it had not been indicated. Thus, formal pressure worked as an external motivator, providing an opportunity for access to treatment. Nonetheless, this report also shows a positive relationship of the patient with the individuals who exerted pressure. This issue was also addressed by Lorem et al. (2015), who showed that the experienced pressure was more easily accepted when the patient had a good relationship with the individuals who applied pressure. In S13M17’s case, the adolescent seems to have established a positive relationship with the social worker, since his referral is interpreted as a request.

This situation appears to be consistent with the findings of Rugkåsa, Canvin, Sinclair, Sulman, & Burns (2014) indicating that trusting relationships between patients and health professionals are a prerequisite for the negotiation of treatment with the patient or influencing the patient to engage in the process. For these authors, a better

quality relationship is the one in which the patient's concerns and priorities are valued.

Another interesting information in this excerpt is that, although we are unaware of how the social worker approached the issue, this approach may have led the adolescent to some reflection. Thus, although the patient emphasized that he would not seek treatment spontaneously, he seemed to be able to associate the reduction of alcohol use with a possible behavioral improvement that may benefit him, as he will have his own family soon.

Goodman, Henderson, Peterson-Badali, & Gold (2015) report that young people who perceive themselves as having greater responsibility toward others appear to be more likely to recognize their alcohol and drug use as problematic and take steps toward change. In these cases, the relationships are less likely to be perceived as coercive or as a factor directly related to seeking treatment. This decision seems to be perceived as self-determined and justified by the understanding of the losses involved. Therefore, in the above-mentioned case, acceptance of treatment appears to be associated with the idea that the patient must "get his life back on track" to take responsibility for the birth of his child and start a family.

In this category, the relationship established with the individuals who exerted pressure was highlighted. A good relationship with friends, family, health professionals, and other individuals that make up the patient's social network also appears to evoke the patient's commitment to these individuals, leading to greater acceptance of interventions, facilitating engagement in treatment, and providing opportunities for reflection on the need for treatment. Although the decision for treatment should be ultimately a personal decision, it is possible that acceptance of the proposed treatment occurs through the patients' perception that the coercive agents, while being significant individuals for them, have the right to require them to undergo treatment for the use of

psychoactive substances.

Final Considerations

Data analysis allowed us to observe that social pressures are common in the treatment of adolescents who use psychoactive substances. We highlight the prevalence of informal pressures, a finding consistent with observations in the literature. The vulnerability condition observed in these young patients, characterized by psychoactive substance use, school dropout, involvement in offenses, and conflicting relationships with family, appears at times to justify the use of different forms of social pressure to compel individuals into treatment.

Acceptance was one of the three most frequent reactions in the present study. However, when the association between reactions and experienced pressures was analyzed, this reaction lost significance, while resistance, lack of motivation, and resignation increased in prevalence.

The prevalence of negative reactions suggests that patients may have felt coerced by the experienced pressures. Such an inference seems to be confirmed by qualitative data analysis. Resistance reactions were expressed in the face of conflicting relationships with the coercive agent and when the patient's wishes were disregarded or disrespected. Lack of motivation, in turn, was associated with seeking treatment solely because of the pressures experienced, resulting in low treatment participation.

A good relationship between patients and the individuals who pressured them to seek treatment stood out in the analysis of acceptance reactions. This relationship allowed access to treatment in a less confrontational manner and greater engagement of patients in the treatment process by providing opportunities for reflection on the need for treatment.

The present study allows a better understanding of patients' experiences during the course of addiction treatment by showing that social pressures affect these individuals in different ways. It is worth noting the importance of the relationship established between patients and caregivers as well as between patients and other individuals who make up their social circle (family, friends, teachers, etc.). We believe that such information is relevant to mental health professionals because it emphasizes the importance of acting along with the different individuals with whom the patients interact, helping them to manage conflicts and deal with these adolescents.

The present findings also indicate a need for further attention, by researchers and institutions offering treatment to adolescents who use psychoactive substances, not only to legal pressures but also to informal pressures, exerted by family and friends, and formal pressures, exerted by professionals from the different services that make up the network of care for children and adolescents. This indication is based on observations, consistent with the literature, that pressures exerted by these individuals—to compel adolescents into treatment for psychoactive substance use—are common and can adversely affect the patient and treatment, considering that patients' reactions, identified in the face of different potentially coercive situations, are mostly negative.

It is important to mention that the medical record review focused on reading the observation notes and records made by the CAPSIA staff in selected documents. Thus, we cannot state that these individuals, whose records were reviewed, had felt coerced, since we did not have access to the patient's own account of the investigated events and their perceptions of the events. Therefore, we based our study on elements identified as potentially coercive.

The use of medical records as the object of analysis was an appropriate choice because these documents are a rich source of information. However, this approach led

to some limitations. The data on files are recorded by different staff members, and it is therefore important to consider the possibility that failures and disparities have occurred in data recording, resulting in more or less complete records. Many relevant data may have been omitted from the records, which may have occurred for different reasons, such as limited time available for recording the activities and focus on the description of objective elements of treatment, among other issues.

Therefore, we suggest that further studies on this topic are conducted for a better understanding of how social pressures affect psychoactive substance users. Studies including direct interviews with these individuals are preferably warranted, so that patients can express their perceptions of the experienced events and give their own account of their motives for seeking treatment.

References

- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bittencourt, A. L. P., Garcia, L. F., & Goldim, J. R. (2015). Adolescência vulnerável: fatores biopsicossociais relacionados ao uso de drogas. *Revista Bioética*, 23(2), 311–319.
<http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422015232070>
- Bittencourt, A. L. P., Quintana, A. M., Velho, M. T. A. de C., Goldim, J. R., Wottrich, L. A. F., & Cherer, E. de Q. (2013). A voz do paciente: por que ele se sente coagido? *Psicologia Em Estudo*, 18(1), 93–101. <http://doi.org/10.1590/S1413-73722013000100010>
- Brasil, Ministério da Saúde. (2003). *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2010). *Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Tribunal de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul. (2014). Consolidação Normativa Judicial do Estado do Rio Grande do Sul. Cesso em 25 de setembro de 2015, em:
<https://www.tjrs.jus.br/export/legislacao/estadual/doc/CNJCGJ_Outubro_2012_Prov_18_2012_VC_.pdf>

- O'Donoghue, B., Roche, E., Shannon, S., Lyne, J., Madigan, K., & Feeney, L. (2014). Perceived coercion in voluntary hospital admission. *Psychiatry Research*, *215*(1), 120–126. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.016>
- Frankenburg, F. R. (2014). *Brain-Robbers: how alcohol, cocaine, nicotine, and opiates have changed human history*. Westport: Praeger.
- Gardner, W., Hoge, S. K., Bennett, N., Roth, L. H., Lidz, C. W., Monahan, J., & Mulvey, E. P. (1993). Two scales for measuring patients' perceptions for coercion during mental hospital admission. *Behavioral Sciences & the Law*, *11*(3), 307–321.
- Goodman, I., Peterson-Badali, M., & Henderson, J. (2011). Understanding motivation for substance use treatment: The role of social pressure during the transition to adulthood. *Addictive Behaviors*, *36*(6), 660–668. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.01.011>
- Goodman, I., Ph, D., Henderson, J., Peterson-badali, M., Ph, D., Goldstein, A. L., & Ph, D. (2015). Journal of Substance Abuse Treatment The Relationship Between Psychosocial Features of Emerging Adulthood and Substance Use Change Motivation in Youth. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *52*, 58–66. <http://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.12.004>
- Guimarães, A. N., Fogaça, M. M., Borba, L. O., Paes, M. R., Larocca, L. M., & Maftun, M. A. (2010). O Tratamento ao Portador de Transtorno Mental: um diálogo com a Legislação Federal Brasileira (1935-2001). *Texto & Contexto Enfermagem*, *19*(2), 274–282.
- Hem, M. H., Molewijk, B., & Pedersen, R. (2014). Ethical challenges in connection with the use of coercion: a focus group study of health care personnel in mental

health care. *BMC Medical Ethics*, 15(82), 1 – 9. <http://doi.org/10.1186/1472-6939-15-82>

Hiday, V. A., Swartz, M. S., Swanson, J., & Wagner, H. R. (1997). Patient perceptions of coercion in mental hospital admission. *International Journal of Law and Psychiatry*, 20(2), 227–241.

Hoge, S. K., Lidz, C. W., Eisenberg, M., Gardner, W., Monahan, J., Mulvey, E., ... Bennett, N. (1997). Perceptions of coercion in the admission of voluntary and involuntary psychiatric patients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 20(2), 167–181. [http://doi.org/10.1016/S0160-2527\(97\)00001-0](http://doi.org/10.1016/S0160-2527(97)00001-0)

Hoge, S. K., Lidz, C. W., Eisenberg, M., Monahan, J., Bennett, N., Gardner, W., ... Roth, L. (1998). Family, clinician, and patient perceptions of coercion in mental hospital admission: A comparative study. *International Journal of Law and Psychiatry*, 21(2), 131–146. [http://doi.org/10.1016/S0160-2527\(98\)00002-8](http://doi.org/10.1016/S0160-2527(98)00002-8)

Katsakou, C., Bowers, L., Amos, T., Morriss, R., Rose, D., Wykes, T., & Priebe, S. (2010). Coercion and treatment satisfaction among involuntary patients. *Psychiatric Services*, 61(3), 286–292. <http://doi.org/10.1176/appi.ps.61.3.286>

Lei nº 8.069 (1990, 13 de julho). Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF.

Laranjeira, R. (2010). Tratamento da dependência do crack - as bases e mitos. In M. Ribeiro & R. Laranjeira (Eds.), *O tratamento do usuário de crack* (pp. 15–23). São Paulo: Casa da Leitura Médica.

Lidz, C. W., Mulvey, E. P., Hoge, S. K., Kirsch, B. L., Monahan, J., Eisenberg, M., ... Roth, L. H. (1998). Factual sources of psychiatric patients' perceptions of Coercion

- in the hospital admission process. *American Journal of Psychiatry*, 155(9), 1254–1260.
- Lorem, G. F., Hem, M. H., & Molewijk, B. (2015). Good coercion: Patients' moral evaluation of coercion in mental health care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(3), 231–240. <http://doi.org/10.1111/inm.12106>
- Machado, V., & Santos, M. A. (2013). O tratamento extra-hospitalar em saúde mental na perspectiva do paciente reinternado. *Psicologia Em Estudogia*, 18(4), 701–712.
- Mielau, J., Altunbay, J., Gallinat, J., Heinz, A., BERPohl, F., Lehmann, A., & Montag, C. (2015). Subjective experience of coercion in psychiatric care: a study comparing the attitudes of patients and healthy volunteers towards coercive methods and their justification. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. <http://doi.org/10.1007/s00406-015-0598-9>
- Monahan, J., Hoge, S. K., Lidz, C., Roth, L. H., Bennett, N., Gardner, W., & Mulvey, E. (1995). Coercion and commitment: understanding involuntary mental hospital admission. *International Journal of Law and Psychiatry*, 18(3), 249–263. [http://doi.org/0160-2527\(95\)00010-F](http://doi.org/0160-2527(95)00010-F) [pii]
- Moraes, R. (2003). Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. *Ciência & Educação (Bauru)*. <http://doi.org/10.1590/S1516-73132003000200004>
- Nicholson, R. A., Ekenstam, C., & Norwood, S. (1996). Coercion and the outcome of psychiatric hospitalization. *International Journal of Law and Psychiatry*, 19(2), 201–217. [http://doi.org/10.1016/0160-2527\(96\)00005-2](http://doi.org/10.1016/0160-2527(96)00005-2)

- Outeiral, J. O. (2003). *Adolescer – Estudos Revisados sobre Adolescência*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Ciência E Saúde Coletiva*, 6(12), 4579–4589.
- Rabelo, A. R., Mattos, A. A. Q., Coutinho, D. M., & Pereira, N. N. (2006). *Um Manual para o CAPS: Centro de Atenção Psicossocial*. Salvador: Edufba.
- Room, R. (1989). The U.S. General Population's Experiences of Responding to Alcohol Problems. *British Journal of Addiction*, 84, 1291–1304.
- Rugkåsa, J., Canvin, K., Sinclair, J., Sulman, A., & Burns, T. (2014). Trust, Deals and Authority: Community Mental Health Professionals' Experiences of Influencing Reluctant Patients. *Community Mental Health Journal*, 50(8), 886–895.
<http://doi.org/10.1007/s10597-014-9720-0>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *The American Psychologist*, 55(1), 68–78. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Schenker, M., & Minayo, M. C. de S. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência E Saúde Coletiva*, 10(3), 707–717.
- Shelley, S. I. (1984). *Research methods in nursing and health*. Boston: Little, Brown.
- Silva, M. A. I., Mello, F. C. M., Mello, D. F., Ferriani, M. das G. C., Sampaio, J. M. C., & Oliveira, W. A. (2014). Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. *Ciência E Saúde Coletiva*, 19(2), 619 – 627.
<http://doi.org/10.1590/1413-81232014192.22312012>

- Soares, R. G., Silveira, P. S., Martins, L. F., Gomide, H. P., Lopes, T. M., & Ronzani, T. M. (2011). Distância social dos profissionais de saúde em relação à dependência de substâncias psicoativas. *Estudos de Psicologia, 16*(1), 91–98.
- Strauss, J. L., Zervakis, J. B., Stechuchak, K. M., Olsen, M. K., Swanson, J., Swarts, M., ... Oddone, E. Z. (2013). Adverse impact of coercive treatments on psychiatric inpatients' satisfaction with care. *Community Mental Health Journal, 49*(4), 457–465. <http://doi.org/10.1007/s10597-012-9539-5>
- Taborda, J. G., Baptista, J. P., Gomes, D. A., Nogueira, L., & Chaves, M. L. F. (2004). Perception of coercion in psychiatric and nonpsychiatric (medical and surgical) inpatients. *International Journal of Law and Psychiatry, 27*, 179–192. <http://doi.org/10.1016/j.ijlp.2004.01.008>
- Turato, E. R. (2015). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Urbanoski, K. A. (2010). *A theory-based analysis of coercion in addiction treatment*. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*. Retrieved from http://gateway.proquest.com/openurl?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&res_dat=xri:pqdiss&rft_dat=xri:pqdiss:NR73034<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc7&NEWS=N&AN=2012-99020-244>
- Urbanoski, K. A., & Wild, T. C. (2012). Assessing self-determined motivation for addiction treatment: validity of the Treatment Entry Questionnaire. *Journal of Substance Abuse Treatment, 43*(1), 70–9. <http://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.10.025>

- Valenti, E., Banks, C., Calcedo-Barba, A., Bensimon, C. M., Hoffmann, K.-M., Pelto-Piri, V., ... Priebe, S. (2015). Informal coercion in psychiatry: a focus group study of attitudes and experiences of mental health professionals in ten countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <http://doi.org/10.1007/s00127-015-1032-3>
- Vasters, G. P., & Pillon, S. C. (2011). O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono no tratamento especializado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(2), 317 – 324.
- Watson, A. C., Corrigan, P. W., & Angell, B. (2005). What motivates public support for legally mandates mental health treatment? *Social Work Research*, 29(2), 87 – 94.
- Wei, C. C., Heckman, B. D., Gay, J., & Weeks, J. (2011). Correlates of motivation to change in adolescents completing residential substance use treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40(3), 272–280.
<http://doi.org/10.1016/j.jsat.2010.11.014>
- Wertheimer, A. (1993). A philosophical examination of coercion for mental health issues. *Behavioral Sciences and the Law*, 11(3), 239–258.
- Wild, T. C. (1999). Compulsory substance-user treatment and harm reduction: a critical analysis. *Substance Use & Misuse*, 34(1), 83–102.
<http://doi.org/10.3109/10826089909035637>
- Wild, T. C. (2006). Social control and coercion in addiction treatment: towards evidence-based policy and practice. *Addiction*, 101(1), 40–49.
<http://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01268.x>

- Wild, T. C., Newton-Taylor, B., & Alletto, R. (1998). Perceived coercion among clients entering substance abuse treatment: Structural and psychological determinants. *Addictive Behaviors, 23*(1), 81–95. [http://doi.org/10.1016/S0306-4603\(97\)00034-8](http://doi.org/10.1016/S0306-4603(97)00034-8)
- Wild, T. C., Roberts, A. B., & Cooper, E. L. (2002). Compulsory substance abuse treatment: An overview of recent findings and issues. *European Addiction Research*. <http://doi.org/10.1159/000052059>
- Wolfe, S., Kay-Lambkin, F., Bowman, J., & Childs, S. (2013). To enforce or engage: the relationship between coercion, treatment motivation and therapeutic alliance within community-based drug and alcohol clients. *Addictive Behaviors, 38*(5), 2187–95. <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.01.017>

Table 1

Social pressures identified in 66 notes of 23 medical records of adolescents in treatment at the CAPSIA, Santa Cruz do Sul, 2001-2012.

Type of Social Pressure	Frequency of Recording
Informal	39 (48.1%)
Formal	25 (30.9%)
Legal	17 (21.0%)
Total	81 (100.0%)

Table 2

Reactions of patients identified in 44 notes of 19 medical records of adolescents in treatment at the CAPSIA, Santa Cruz do Sul, 2001-2012.

Type of Reaction	Frequency of Recording
Omnipotence	1 (1.75%)
Willingness to be treated	2 (3.5%)
Anger	3 (5.2%)
Escape [real]	3 (5.2%)
Denial of use	6 (10.52%)
Resignation	6 (10.52%)
Lack of motivation	8 (14.0%)
Acceptance of treatment	10 (17.5%)
Resistance	18 (31.57%)
Total	57 (100%)

Table 3

Association between the 57 notes about the patients' reactions to different types of social pressures identified in 18 medical records of adolescents in treatment at the CAPSIA, Santa Cruz do Sul, 2001-2012.

Type of Reaction	Informal Pressure	Formal Pressure	Legal Pressure
Willingness to be treated	2 (6.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
Acceptance of treatment	5 (16.6%)	6 (23.0%)	1 (5.0 %)
Lack of motivation	3 (10%)	8 (30.7%)	3 (15.0%)
Resignation	2 (6.6%)	1 (3.8%)	5 (25.0%)
Resistance	10 (33.3%)	7 (26.9%)	6 (30.0%)
Denial of use	4 (13.3%)	0 (0.0%)	2 (10.0%)
Escape [real]	1 (3.3%)	3 (11.5%)	1 (5.0%)
Omnipotence	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (5.0%)
Anger	3 (10%)	1 (3.8%)	1 (5.0%)
Total	30	26	20

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As pressões sociais constituem uma forma de controle bastante empregada para viabilização do acesso ao tratamento de adolescentes usuários de SPA. A situação de vulnerabilidade apresentada pelos jovens pacientes, caracterizada pelo uso de SPA, evasão escolar, envolvimento com a justiça e relações conflituosas com familiares, parece, por vezes, justificar o emprego de pressões para realização do tratamento.

Tais pressões são sentidas de diferentes maneiras pelos pacientes, considerando-se importante estar atento ao modo como estas formas de controle são exercidas. As pressões sociais podem possibilitar ao paciente refletir sobre as consequências do uso de drogas e a necessidade do tratamento. No entanto, podem também levar os pacientes a sentirem-se coagidos, percepção que parece originar-se da impossibilidade em expor sua vontade e exercer sua autonomia.

A relação estabelecida entre os pacientes e os diferentes agentes de pressão é destacada como fator “chave” no modo como estes sujeitos reagem às pressões sofridas. As pressões sociais exercidas com base em uma relação de confiança, onde o paciente é respeitado e escutado, parecem evocar o comprometimento do paciente com aquele que exerce a pressão, levando a reações mais amenas e facilitando o engajamento no tratamento e a reflexão sobre os motivos pelos quais o tratamento é indicado.

Através do debate dos dados é possível apontar importância do suporte e do acolhimento oferecido por profissionais atuantes nos CAPS não só aos pacientes, como também à família e às escolas. Enfatiza-se a necessidade de intervenções com foco na redução do estigma atribuído aos usuários de substâncias psicoativas. Faz-se necessário, ainda atuar junto aos diferentes sujeitos com os quais os pacientes se relacionam, auxiliando na condução de situações de conflito e esclarecendo quanto ao manejo destes jovens, uma vez que estas relações podem refletir na percepção destes a cerca do encaminhamento aos serviços de atenção à saúde mental. Quando mal conduzidas, estas situações podem afetar negativamente o paciente e o tratamento.

O presente trabalho permitiu conhecer o perfil dos adolescentes usuários de SPA em atendimento no CAPSIA, apontando algumas de suas fragilidades e conflitivas vividas. Assim, é possível melhor compreender as demandas desse público, bem como sua realidade fora do ambiente de tratamento, o que pode auxiliar no estabelecimento de uma relação mais empática por parte dos profissionais envolvidos no tratamento. Além

disso, estas informações podem contribuir no planejamento mais efetivo das ações a serem desenvolvidas em benefício do paciente.

Os dados obtidos através da leitura e análise dos prontuários de pacientes adolescentes em tratamento em um Centro de Atendimento Psicossocial da Infância e Adolescência, devido a Transtorno por uso de Substâncias Psicoativas, permitiram identificar que:

- As situações potencialmente coercitivas podem ser agrupadas de acordo com a fonte de pressão em pressões sociais informais, pressões sociais formais e pressões sociais legais. As pressões sociais informais foram as mais frequentes, seguidas das pressões sociais formais e pressões sociais legais.

- As pressões sociais estiveram associadas diferentes reações dos pacientes, com destaque para a resistência, a aceitação e a desmotivação.

- A reação que mais se associou à pressão social informal foi a de resistência. Duas reações se associaram mais frequentemente com a pressão social formal: desmotivação e resistência. Às pressões sociais legal duas diferentes reações foram as mais frequentes: resistência e resignação.

- As reações atreladas às situações identificadas são, em sua maioria, entendidas como reações negativas, permitindo inferir que os pacientes podem ter se sentido coagidos em decorrência das pressões sociais vivenciadas.

- Os adolescentes atendidos na instituição apresentam um perfil de vulnerabilidade necessitando de proteção adicional. Os pacientes foram identificados como indivíduos do sexo masculino, que praticam ou praticaram atos infracionais e conviveram ou convivem com familiares que utilizam drogas e/ou em situações de agressão familiar. A evasão escolar também foi frequente na amostra. A maconha e o *crack* foram identificados como as drogas mais utilizadas entre os jovens que iniciaram o tratamento no período observado (2002 - 2012).

9. PERSPECTIVAS FUTURAS

Através da leitura dos prontuários é possível a identificação de situações potencialmente coercitivas vividas pelos jovens pacientes, bem como de reações destes sujeitos às pressões sociais sofridas. No entanto, foram encontrados alguns empecilhos e limitações atribuídos à própria natureza dos registros, uma vez que correspondem a informações mantidas por diversos profissionais, em diferentes situações de atendimento e de trabalho.

Assim, para melhor compreensão sobre como as pressões sociais afetam os pacientes usuários de SPA sugere-se a realização de novos estudos sobre o tema, preferencialmente pesquisas que possibilitem a escuta direta destes sujeitos, para que expressem sua percepção sobre os fatos vivenciados e seu próprio entendimento sobre os motivos pelos quais buscaram tratamento.

10. APÊNDICES

Apêndice 1: Trechos dos prontuários conforme redação original

Este material apresenta os trechos de prontuários citados no artigo “Pressões sociais e reações de pacientes adolescentes dependentes químicos em atendimento ambulatorial” conforme redação apresentada nos documentos originais.

S133M17 chega ao CAPSIA acompanhado da oficial de proteção sem a presença de um responsável. Mãe brigou com o filho e não quis acompanhá-lo ao serviço. Adolescente informa que já esteve internado em várias clínicas que nenhuma deu resultado. Não quer ser internado e não quer deixar de usar drogas, afirma que usa por que quer. (S133M17)

“X”. participa do grupo pela 1ª. vez, preocupada com a situação do filho, evadido de casa e da escola. Sem limites, não respeita a mãe, dorme em um banheiro nos fundos da casa. Roubou todos os pertences da avó. Hoje concordou em vir ao grupo. (...). (S173M13)

1º. dia no grupo. Estava resistente a vir ficou em silêncio o grupo inteiro de cabeça baixa. (...).(S173M13)

“X”, do abrigo, liga informando que *S123M17* foi enviado pelo juiz para o abrigo, até conseguir internação hospitalar a fim de realizar desintoxicação. (...) Ligo p/ Hospital “X” e reservo leito para hoje. Transferência será realizada à tarde, “X” irá acompanhá-lo (...). (S123M17)

“X”, Hospital “X” entra em contato relatando fuga de *S123M17*. Foi encontrado pela brigada e levado novamente ao hospital. Mantém-se ameaçando novas fugas, refere que permanecerá no hospital pelo tempo que quiser. (S123M17)

S153F16 passou a noite em casa, dormiu bem, segundo a mãe. Chegou ao CAPSIA bastante resistente, ã quis entrar p/ consulta, refere q ã quer mais internar e quer continuar a usar a droga. Agride física e verbalmente a mãe, diz q vai “quebrar tudo” no hospital. Foge. Redijo solicitação de mandado de busca e apreensão p/ amanhã (...). (S153F16)

(...) A mãe esta com ele trancado em casa desde domingo (...), para impedi-lo de usar drogas. Pediu ajuda no Conselho Tutelar. (...) Sonolento, apático. Ñ opinou durante a entrevista. (S93M13)

Comparecem para escuta inicial *S43M14* e “X” (*mãe*) acompanhados pelo Conselheiro Tutelar “X”, que não participa do atendimento apenas deixa o encaminhamento. No relato da mãe surge o interesse em dar sequencia ao tratamento, no entanto *S43M14* parece estar cumprindo apenas ordem judicial (...).(S43M14)

Fala que não veio na semana passada porque não tem motivação p/ TTo., pensa que já consegue fazer uso moderado do álcool. Veio hoje porque “o conselho tutelar

mandou”(sic). Fala também que “tem que vir” , senão “o juiz me manda para a X” (...) Demonstra-se contrariado e desmotivado para o tratamento”. Pergunta se 2 ou 3 semanas é o suficiente p/ atender a exigência do C.T. e do juiz (...).(S13M17)

Vem com sua mãe. Diz que está difícil ficar sem beber. Na última semana bebeu todos os dias. Bebe “martelinho” pela manhã para parar de tremer e à noite para dormir. Diz que no fim de semana conversou com sua namorada e esta disse que se ele largar todos os vícios, volta p/ ele. Está semana irá no grupo de N.A. pois descobriu que é perto de sua casa. A mãe diz que sua família ã aguenta a situação, seus filhos casados nem visitam mais p/ ã verem o problema. A mãe se sente esgotada. Quer interná-lo (...). (S3M16)

Diz estar em abstinência. Fugiu de casa p/ ficar c/ amigos em SCS, ficou na casa de uma amiga que ã usa drogas. Usou “pitico”, nega crack. Diz que seus amigos ã deixaram que usasse. Acha-se segura qto a isso. (...) Mostra-se c/ desejo de parar uso de drogas. (S153F16)

(...) E. vem fazendo uso de maconha há cerca de 2 meses. Vem encaminhado por ter sido pego fumando na escola. Bom relacionamento c/ colegas e professores, boas notas. Bom relacionamento em casa. (...) No setting: colaborativo, bom insight. (S193M11)

Vem c/ a avó. Diz que veio buscar ajuda c/ o uso de álcool. Fala que vai casar e ser pai em breve, por isso quer “se endireitar” (sic). Fala que veio por que a J (assist. social) pediu. Diz que não tem vontade de vir espontaneamente. (S13M17)

Apêndice 2: Termo de Autorização para realização de pesquisa e coleta de dados em prontuários

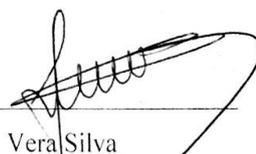
ANEXO B

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Termo de autorização para realização de Pesquisa e coleta de dados em prontuários

Eu, Vera Silva, Coordenadora das Ações em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul, e responsável pelo Centro de Atenção Psicossocial (CAPSIA), autorizo a realização da pesquisa bem como a utilização de dados disponíveis em prontuários neste setor para a realização do trabalho de pesquisa intitulado “Trajetória do adolescente usuário de substância psicoativa no CAPSIA de Santa Cruz do Sul”, realizado sob orientação do Prof. Dr. José Roberto Goldim para fins de trabalho acadêmico. Informo que esta cessão de dados e autorização está condicionada à realização da pesquisa conforme princípios de ética e responsabilidade.

Santa Cruz do Sul, 02 de outubro de 2012.



Vera Silva

Coordenadora das Ações em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul

11. ANEXOS

ANEXO 1: Documento de aprovação pelo CEP-HCPA

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA / UFRGS

PROJETO DE PESQUISA

Título: TRAJETÓRIA DO ADOLESCENTE USUÁRIO DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA NO CAPSIA DE SANTA CRUZ DO SUL

Área Temática:

Pesquisador: José Roberto Goldim

Versão: 1

Instituição: Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA / UFRGS

CAAE: 04574312.4.0000.5327

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 65507

Data da Relatoria: 20/06/2012

Apresentação do Projeto:

Este estudo constituiu-se como uma pesquisa de coorte histórica, não controlada. Serão estudados os casos incidentes no período estabelecido, ou seja, pacientes identificados, em prontuário, como usuários de substância psicoativa que deram início ao tratamento no CAPSIA entre julho de 2002 e dezembro de 2011. Na presente pesquisa serão incluídos todos os prontuários registrados no serviço de pacientes identificados como usuários de substância psicoativa num período de 09 anos. Este montante soma o total de 191 prontuários.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVOS:

1. Objetivo geral

- Compreender, através da análise de prontuários, a trajetória do tratamento de usuários de substâncias psicoativas em acompanhamento no Centro de Atenção Psicossocial à Infância e Adolescência (CAPSIA) da cidade de Santa Cruz do Sul.

2. Objetivos Específicos

- Identificar registros de possível grau de percepção de coerção do usuário de substância psicoativa paciente do CAPSIA;
- Identificar evidências a respeito dos estágios do processo de assimilação de más notícias do usuário de substância psicoativa paciente do CAPSIA;
- Acompanhamento, por meio dos registros no prontuário do paciente, da adesão do usuário de substância psicoativa ao tratamento;
- Identificar estratégias, utilizadas pela equipe, que ampliem o grau de adesão do usuário de substância psicoativa ao tratamento;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco associado às pesquisas de coorte histórica se restringem ao acesso às informações constantes nos registros realizados durante os atendimentos.

Benefícios:

Melhorar o entendimento da dinâmica e do atendimento e funcionamento dos adolescentes vinculados a um CAPSIA

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Tendo em vista os prejuízos psíquicos e dificuldades enfrentadas para desenvolvimento de um plano de tratamento efetivo, acredita-se relevante a caracterização de aspectos que envolvam estes fatores no que tange, especificamente, aos pacientes usuários de substância psicoativa que buscam tratamento no CAPSIA de Santa Cruz do Sul.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Com relação aos aspectos éticos, sendo o objeto de estudo deste projeto documentos pertencentes CAPSIA, não será utilizado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os pesquisadores apresentaram Termo de Compromisso de Uso de Dados (TCUD).

Recomendações:

Sugestão: Seria interessante comparar os pacientes atendidos no CAPSIA com pacientes atendidos em um modelo anterior ao proposto pela reforma psiquiátrica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante da riqueza de informações constantes nos arquivos a serem analisados, acredita-se que, através do levantamento destes dados, possa-se traçar um perfil destes sujeitos o qual clarifique aspectos sociais e psíquicos e ainda especificidades do plano terapêutico usualmente proposto de modo a apontar fatores que estejam intervindo positiva ou negativamente na adesão do paciente e que possam vir a contribuir na busca por um plano terapêutico mais efetivo para o tratamento dos usuários de drogas tratados no serviço. Projeto muito bem delineado, em condições de aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado na reunião de 01/08/2012.

PORTO ALEGRE, 02 de Agosto de 2012

Assinado por:
Marcia Mocellin Raymundo

ANEXO 2: Documento de comprovação de submissão do artigo “Social Pressures and Reactions of Adolescent Drug Users in an Outpatient Care Setting” à revista “Journal of Mixed Methods Research”.

16/02/2016

ScholarOne Manuscripts



Journal of Mixed Methods Research

Submission Confirmation

Print

Thank you for your submission

Submitted to

Journal of Mixed Methods Research

Manuscript ID

JMMR-16-029

Title

SOCIAL PRESSURES AND REACTIONS OF ADOLESCENT DRUG USERS IN AN OUTPATIENT CARE SETTING

Authors

Bittencourt, Ana Luiza

Garcia, Lucas

Goldim, José

Date Submitted

16-Feb-2016

[Author Dashboard](#)

© Thomson Reuters | © ScholarOne, Inc., 2015. All Rights Reserved.

ScholarOne Manuscripts and ScholarOne are registered trademarks of ScholarOne, Inc.

ScholarOne Manuscripts Patents #7,257,767 and #7,263,655.

[@ScholarOneNews](#) |
 [System Requirements](#) |
 [Privacy Statement](#) |
 [Terms of Use](#)