



Pesquisa, Teoria e Metodologia

Consumo de Drogas: Considerações sobre a Clínica no Contexto do SUS

Drug Consumption: Clinical Considerations in the Brazilian National Health System Context.

Clarissa Mendonça Corradi-Webster¹

¹Professora Doutora do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP), SP - Brasil

RESUMO - O objetivo deste artigo é propor reflexões sobre alguns aspectos clínicos do trabalho junto a usuários de drogas em serviços de saúde. Embasados pelo movimento construcionista social em Psicologia, compreendemos que a linguagem constrói realidades e que esta é institucionalizada através dos discursos. No cotidiano de trabalho, os diferentes discursos utilizados convidarão a algumas possibilidades de ação e restringirão outras. Discute-se como o discurso médico psiquiátrico e o discurso psicológico podem definir algumas posições de sujeito, cristalizar as descrições feitas pelos profissionais a respeito dos usuários e direcionar ações excludentes e estigmatizadoras.

Palavras-chave: Uso de Drogas; Psicologia Clínica; Discurso; Construcionismo Social

ABSTRACT - The aim of this paper is to purpose reflections on some of the clinical aspects of working with drug users in health services. Based on the social constructionist movement in Psychology, it is assumed that language constructs realities and that it is institutionalized by the discourses. In the work quotidian, the different discourses used favor some possibilities of action and inhibit others. The medical and psychological discourses can define some subject positions, crystallize the descriptions made by the professionals regarding the users and guide some excluding and stigmatizing actions.

Keywords: Drug Use; Clinical Psychology; Discourse; Social Constructionism.

1. INTRODUÇÃO

Temos assistido atualmente uma preocupação de diversos setores da sociedade para com o tema drogas. No campo da saúde, os trabalhadores vem se deparando o tempo todo com esta temática e, frente a esta, gestores e trabalhadores vem buscando as mais diferentes alternativas.

Destaca-se que a formação para o trabalho no campo ainda é escassa, apesar de esforços do governo e de grupos de pesquisa no planejamento e condução de cursos de educação continuada. Com este cenário, as pesquisas conduzidas no âmbito do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicopatologia, Drogas e Sociedade (LePsis) vem buscando trazer contribuições para pensar a assistência oferecida nos serviços públicos de saúde para situações onde a questão do consumo de substâncias se apresenta. Temos focado nossos estudos com trabalhadores de serviços de atenção primária e de serviços de saúde mental.

No aprendizado de campo junto aos trabalhadores de saúde e na participação em pesquisas na área, temos transformado e repensando as propostas originais de conversa junto aos profissionais. Somam-se a isto os aprendizados junto a outras disciplinas,

como as ciências humanas e sociais, e com isto temos caminhado no desafio de não mais propormos cursos que apenas busquem capacitar os profissionais com intervenções específicas para o trabalho de campo, mas sim que temos construído junto a eles espaços de reflexão e conversa sobre a temática, acreditando que mudanças no modo como conversamos sobre o tema drogas possibilitam a construção de práticas criativas, relacionais, de co-responsabilidade e de respeito.

Assim, este artigo tem como objetivo compartilhar reflexões que temos feito durante nossa experiência junto a serviços e a trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS) a respeito da atuação junto a temática

Autor correspondente

Clarissa Mendonça Corradi-Webster

Universidade de São Paulo

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto

Av. dos Bandeirantes, 3900 - Monte Alegre

Ribeirão Preto, São Paulo, 14040-901

Email: clarissac@usp.br

Artigo encaminhado 21/03/2013

Aceito para publicação em 19/05/2013

drogas.

2. SUPORTES TEÓRICOS QUE NOS AUXILIAM A CONSTRUIR INTELIGIBILIDADES NO CAMPO

Dentro da Psicologia temos dialogado com autores que vem sendo agrupados dentro do chamado discurso construcionista social. O discurso construcionista social em Psicologia vem sendo apontado como uma possibilidade de compreensão dos fenômenos que se difere de perspectivas tradicionais na área, dentre outras coisas, por chamar a atenção ao papel performático da linguagem, ou seja, por compreender a linguagem como construtora da realidade e não como instrumento usado para representá-la ou como um modo de expressão. Assim, a linguagem nos oferece meios de estruturar nossas experiências e com isto possibilita diferentes construções. Entretanto, não temos a possibilidade de construir o que queremos já que a linguagem é um fenômeno social. As construções devem ganhar legitimidade no meio, ou não serão vistas como possibilidades ou então serão rapidamente desconsideradas¹.

Considera-se também que apesar da linguagem permitir mudanças, ela também está institucionalizada através dos discursos. Os discursos aqui são compreendidos de acordo com o analista de discurso Jonathan Potter² e o psicólogo social Kenneth Gergen³, como um conjunto de significados, convenções, metáforas, hábitos, imagens, modos de vida e práticas que produzem uma versão particular de um objeto, são estáveis e recorrentes. É a linguagem vista a partir das regularidades. Sendo assim, ao redor de um objeto há uma variedade diferente de discursos e cada um nos conta uma história diferente do objeto em questão. Eles não estão disponíveis igualmente, havendo discursos mais hegemônicos ou unitários, que assumem o status de fato e são considerados verdade, ou seja, descrições acertadas sobre o objeto. Em nosso campo, concordamos com autores que colocam que o discurso médico psiquiátrico vem sendo construído historicamente como um discurso hegemônico que funciona de modo a determinar critérios de normalidade, definir posições de sujeito assimétricas para os que estão implicados no encontro clínico e para definir o que é um conhecimento válido, quem tem acesso a ele, como este conhecimento deve ser comunicado e mostrado⁴.

Compreendendo que os discursos são recursos culturais que podem abrir ou fechar possibilidades de ação⁵, o discurso médico psiquiátrico sobre o diagnóstico é aqui tomado como um exemplo de um discurso poderoso que no seu uso pode limitar o

espectro de possibilidades de entendimento de um problema e colocar as dificuldades como localizadas dentro do indivíduo, podendo ajudar a construir uma identidade patológica e a tirar da pessoa seu agenciamento⁴.

3. DIFERENTES DISCURSOS CONSTRUINDO POSSIBILIDADES DE AÇÃO: REFLEXÕES SOBRE A CLÍNICA

Consideramos que os diferentes discursos utilizados na clínica possibilitam a abertura e o fechamento de possibilidades de ação. Também compreendemos que o mesmo discurso pode em uma situação empoderar e em outra enfraquecer o indivíduo. Assim, para além de buscar a ontogenia destes ou defender um através da negação do outro, buscamos compreender como estes discursos em uso influenciam nossas práticas. Quanto ao discurso médico psiquiátrico que constrói a categoria “Síndrome de Dependência”, perguntamos: ao fazermos este diagnóstico abrimos a possibilidade para que a pessoa procure algum apoio, que seja legitimada em sua dor ou desempoderamos a pessoa frente à dependência? Fazemos com que a família fique culpada e se esconda ou que procure conversar sobre isto? Ou será que este nos leva a desconsiderar outros determinantes, como questões de gênero e de classe? Será que enquanto trabalhadores da saúde, enclausuramos a pessoa a esta descrição e deixamos de querer conhecê-la melhor?

Assim, com os profissionais temos procurado trabalhar levantando as seguintes questões: quais são as repercussões de nossa forma de conversar, quem ganha com isto, quem se fragiliza, quem é silenciado, que tradições sustentam, que possibilidades estamos convidando?

Uma equipe da Estratégia de Saúde da Família nos relata que recebeu um pai que se dizia preocupado com o filho adolescente que consumia maconha. Era uma família que morava na favela, em condições de grande vulnerabilidade social. Dizia também que o filho trabalhava no comércio de drogas ilícitas, que vinha se dando bem no negócio e sustentava a casa com o trabalho. Temos diferentes modos de construir uma narrativa para isto e aqui, a fim de nos exercitarmos, apresentarei duas delas:

1) Considerando que o adolescente vinha se dando bem trabalhando no comércio de drogas ilícitas, a equipe o considera muito inteligente, com traquejo social e para o comércio, responsável em seu trabalho e inspirador de confiança pelos pares. Considera que por seu trabalho ter caráter ilegal este estava posicionado como criminoso e que, devido a isto, poderia ter consequências indesejáveis, como a

internação em uma unidade para adolescentes infratores. Ao mesmo tempo, compreende que o trabalho do adolescente provê o sustento da família. Resolvem entrar em contato com a equipe da assistência social do território a qual pertencem, explicar a situação da família e buscar a possível participação desta em projeto de geração de renda e em projetos voltados para adolescentes. Resolvem conversar com o jovem buscando conhecê-lo, ver quais são seus interesses e se há possibilidade de ajudá-lo quanto a isto. Buscam recursos na comunidade que auxiliem a família e o adolescente a lidarem com a pobreza e com a falta de perspectiva no futuro, querendo ampliar as oportunidades destes, possibilitar a construção de projetos de vida que tragam felicidade e não coloquem o adolescente em risco de perder sua liberdade e ser posicionado/estigmatizado como criminoso.

2) A equipe considera que o jovem é dependente de maconha, que esta é uma dependência tão grave que o levou ao tráfico e que este vem trabalhando no tráfico para sustentar seu vício. Chamam o jovem no serviço, dizem a ele que é dependente de maconha, que esta dependência vai lhe trazer consequências negativas e que ele deve buscar o mais rápido possível o tratamento em um serviço especializado, dando o endereço do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (Caps-ad) do município. Problema encaminhado, problema esquecido.

Vemos no segundo exemplo o discurso médico psiquiátrico sendo usado de modo a silenciar e restringir as possibilidades de ação, construindo determinadas posições de sujeito. Estas posições são geralmente baseadas em um discurso individualista, que considera que o problema está dentro do sujeito e que por isto apenas ele deve ser tratado (como se observa atualmente nas mobilizações para a internação compulsória), e também do déficit, onde busca-se conhecer diferentes pontos que parecem não ser adequados, deixando-se de lado os recursos e potencialidades do sujeito.

Compreendemos também que as construções estão circunscritas a contextos históricos e culturais e que ocorrem nos relacionamentos, tirando, portanto, o foco do indivíduo. A intersetorialidade faz-se, portanto, essencial no planejamento das ações. Considera-se que há diferentes formas de descrever os eventos e que cada uma destas descrições construirá diferentes verdades. Entretanto, entende-se que algumas descrições serão mais legitimadas que outras pelos processos sociais, ganhando hegemonia e sendo estas então consideradas “a verdade”. Assim, nosso trabalho tem sido na direção de convidar à reflexão

sobre as construções de determinado objeto e sobre as possibilidades abertas a partir destas diferentes construções.

Uma das categorias que temos trabalhado é com a “adesão ao tratamento”. No trabalho junto a pessoas descritas como estabelecendo uma relação problemática com substâncias, esta categoria “adesão ao tratamento” é muito utilizada pelos profissionais, sendo os usuários descritos como pessoas que não aderem, que não seguem as orientações prescritas pela equipe. Em nosso estudo com mulheres em tratamento para o consumo de bebidas alcoólicas, conversamos com Ana, uma mulher de 54 anos que fazia tratamento para dependência de álcool em hospital⁶. Ela relatava que percebia os grupos para alcoolistas como espaço onde os participantes eram convidados a falarem apenas sobre seus problemas com a bebida, sobre como se sentiam frágeis frente a estes e sobre as consequências destes. A participação nestes grupos deixavam-na triste, sentindo-se culpada e sem forças para fazer mudanças, de modo que a não participação nestes era construída por ela como uma forma de se sentir melhor, de se sentir com mais condições de agenciamento. Descrever Ana como paciente que não adere ao tratamento ou descrever Ana como mulher que vem buscando espaços onde se sente bem possibilitam diferentes construções narrativas a respeito de Ana. Estas diferentes construções convidam a algumas posições. No primeiro caso, Ana está posicionada como paciente, portanto, há uma relação assimétrica onde Ana é uma pessoa com alguma fragilidade que deve receber cuidados de profissionais. Também está posicionada como um caso sem sucesso, pois não segue as orientações. São descrições geralmente seguidas por “paciente resistente”, “paciente que nega os problemas”. São descrições que posicionam os profissionais como experts, como aqueles que sabem o que é melhor para ela, como aqueles que tem as orientações certas para sua vida. Ela precisa ser convencida a participar, e os profissionais devem apontar inclusive o modo como vem resistindo a isto. No segundo caso, Ana está posicionada como mulher que avalia e discrimina os espaços em que se sente bem, que sabe se cuidar. Aos profissionais abre-se a possibilidade de escutá-la, de pensar se há possibilidades de trabalho em conjunto, de conversar sobre quais possibilidades estas seriam. Ana é posicionada como alguém que tem agenciamento, e o tratamento deve ser pensado de acordo com este agenciamento, sendo portanto os profissionais posicionados como pessoas que podem auxiliá-la a selecionar, construir e participar de espaços em que se sente bem.

Percebe-se que as construções feitas sobre a “não-adesão ao tratamento” desconsidera outras construções feitas pelas pessoas, valorizando apenas o saber do profissional expert. Está ancorado ao discurso da medicalização. O profissional, ao fazer uso deste discurso, corre o risco de rotular a pessoa (como ‘resistente’, ‘aquele que não adere ao tratamento’) e culpabilizá-la por não seguir suas orientações, ao invés de manter uma postura curiosa, querendo conhecer as construções que a pessoa vem fazendo ao redor deste tema, os determinantes que circunscrevem estas construções e o modo como tem agido a partir destas.

Atualmente temos também buscado olhar para o consumo não prescrito de substâncias psicoativas entre pessoas em tratamento em serviços de saúde mental. Sobre isto a literatura médica nos apresenta vasta revisão referente as comorbidades psiquiátricas, apontando como este consumo seria um complicador do sofrimento emocional. Entretanto, em conversas com pessoas que fazem tratamento em serviços de saúde mental temos também ouvido relatos de que o consumo parece apaziguar humores ditos disfóricos, controlar pensamentos obsessivos e auxiliar a lidar com as alucinações. São construções que ficam deixadas de lado pelo discurso médico, que legitima apenas o consumo de drogas que está sob a responsabilidade e controle dos profissionais. Faz-se importante que o profissional tenha a curiosidade e abertura para ouvir o usuário, conhecer as construções feitas por eles, buscando com isto ampliar a discussão, aproximar-se de suas experiências e refletir com ele sobre seu consumo.

Na pesquisa de campo temos também percebido o medo das pessoas que utilizam serviços de saúde mental em conversar sobre o consumo de qualquer substância não-prescrita, cientes de que este relato terá consequências, dentre elas, o desligamento do serviço de saúde mental onde recebem atendimento e o encaminhamento a um serviço especializado em álcool e drogas, no caso, o Caps-ad. Muitas pessoas tem vínculo com o serviço de saúde mental, com os profissionais e com outros usuários deste e não querem ser transferidas de serviço por consumirem alguma outra substância. Também não querem, para além da descrição de pacientes psiquiátricos, receberem a descrição de drogados. Assim, como forma de se protegerem, precisam guardar segredo a respeito do consumo. Entretanto, este guardar segredo é muitas vezes descrito por profissionais como comportamentos de pessoas que mentem, que escondem algo que fazem, que não estão querendo melhorar. Faz-se importante produzir outras compreensões para os discursos tradicionais na área e,

com isto, aproximar os profissionais das vivências dos usuários.

Nas conversas com profissionais temos também buscado chamar a atenção para a especificidade histórica e cultural da construção do conhecimento, compreendendo que os modos pelos quais compreendemos o mundo, as categorias e os conceitos que usamos são frutos de arranjos econômicos e sociais de determinadas culturas em determinado momento. Nestas conversas refletimos sobre diferenças na legislação e regulação das drogas em diferentes tempos e lugares, questionando, dentre outras coisas, as habituais construções advindas da classificação das drogas de acordo com seu status legal. Uma compreensão comum vinda desta classificação é a de que drogas ilícitas são drogas pesadas e drogas lícitas são drogas leves. Discute-se as pressões externas vindas do público, da mídia, de especialistas, de grupos organizados, de políticos e de parceiros internacionais para o estabelecimento destas classificações, chamando a atenção para o fato de que classificar ou não uma droga como lícita não está diretamente relacionado aos danos que esta pode causar. Gosto de citar o estudo de revisão realizado por David Nutt⁷, neuropsicofarmacologista do Reino Unido, que classificou 20 substâncias de acordo com a possibilidade de causarem danos físicos, sociais e dependência. O álcool foi classificado como a 5ª substância mais danosa, perdendo para a heroína, cocaína/crack, barbitúricos e metadona. Os benzodiazepínicos ficaram em 7º lugar, o tabaco em 9º, a maconha em 11º lugar, o LSD em 14º lugar e o ecstasy em 18º lugar. O mesmo autor chamou a atenção para o número de eventos adversos graves frutos do andar a cavalo (um a cada 350 exposições) e o número de eventos adversos graves por consumir ecstasy (1 a cada 10.000 exposições), refletindo sobre o caráter construído da proibição. Com isto, buscamos refletir com os profissionais como o status legal da substância não está relacionado apenas ao potencial de dano documentado pela literatura. Entretanto, destacamos como as diferentes descrições do fenômeno produzem diferentes efeitos, e um deles é o de levar as pessoas ao alarme frente a qualquer consumo de substância ilícita enquanto percebe as lícitas como drogas mais fracas ou a serem utilizadas por prescrição.

As diferentes formas de construção do fenômeno impactam no modo como agimos sobre ele e no modo como se constrói narrativas sobre as pessoas, impactando também na subjetividade¹. No trabalho com redução de danos, um conhecido exemplo é o de substituição da heroína pela metadona. Alguns

estudos indicam que a metadona causa mais dependência e efeitos adversos do que a heroína, entretanto a primeira é tratada como eficiente medicamento para a dependência da segunda, uma droga ilegal. Phillipe Borgouis⁸ nos chama a atenção para como estas construções impactam nas posições de sujeito possíveis. Ao tratar a heroína como droga ilícita esta é comercializada por traficantes, enquanto tratar a metadona como medicamento leva à distribuição desta por serviços de saúde. Desta forma, o “drogado” é descrito como “paciente” e a “dependência” é descrita como “tratamento”. Esta negociação de sentidos leva-nos a descrever o usuário de heroína como criminoso, anti-social e drogado, criando também as possibilidades para que ele aja como tal. Por outro lado, o usuário de metadona é descrito como paciente e cidadão disciplinado a caminho da recuperação, criando possibilidades para que ele também aja como tal.

Tradicionalmente a Psicologia vem buscando informações dentro da pessoa, em suas motivações, crenças, atitudes, cognições ou conflitos psíquicos. Com estas diferentes teorias busca compreender o que se passa dentro do indivíduo e a agir a partir destas compreensões. No cotidiano dos trabalhadores, estes discursos parecem convidar a uma reflexão sobre o consumo de substâncias como algo relacionado a características da personalidade, que precisam ser trabalhadas para que o consumo cesse. São muito comuns descrições do usuário como sendo manipulador e como pessoa que usa excessivamente alguns mecanismos de defesa primitivos, como negação, racionalização, regressão e projeção⁹. Como dito anteriormente, para além de concordarmos ou não com o discurso que é utilizado para embasar estas descrições, queremos refletir sobre alguns efeitos do uso destes no cotidiano de trabalho. Um deles é a estigmatização desta população, que passa a ser considerada como um grupo que compartilha de características intrínsecas similares, tornando-se, portanto, “eles”. Na conversa com profissionais são repertórios que vem acompanhados de descrições como “pessoas difíceis de lidar”, “não ter o que fazer porque não querem mudar”, “pessoas sem nenhum agenciamento” “precisando ser educados através da disciplina”. Assim, são colocadas como pessoas diferentes, e isto justifica o atendimento diferenciado. Infelizmente, temos visto que historicamente estas construções vem levando a cristalização de descrições do self e a criação de estratégias confrontacionais agressivas para a abordagem desta população.

Em 2011 o Conselho Federal de Psicologia (CFP) e a Comissão Nacional de Direitos Humanos publicaram

documento de inspeção realizada em locais de internação para usuários de drogas no Brasil¹⁰. Observa-se ser comum o uso de castigos, como escrever reiteradamente o Salmo 119 da Bíblia ou cavar um buraco com as dimensões do corpo para que o usuário fique dentro. Há alguns anos atrás, em visita a casa de recuperação para mulheres usuárias de drogas em Ribeirão Preto – SP, fui informada de que a orientação para uma jovem descrita como revoltada era a de ficar trancada no quarto por alguns dias, ajoelhada em oração, para assim melhorar seu comportamento. São atitudes que no contexto da saúde nunca seriam aceitas para uso com pessoas internadas por qualquer outra complicação. Mas a atribuição de características específicas de personalidade dá argumentos para que as pessoas sejam tratadas de modo especial. Assim, muitas vezes o discurso psicológico tradicional vem sendo usado de modo a auxiliar a cristalizar descrições de si, dificultando as mudanças. No trabalho com usuários de substâncias percebemos que estas cristalizações de si são muito comuns, sendo geralmente a primeira descrição a vir sobre a pessoa: fulano que é alcoólatra, e portanto manipulador, resistente, ego frágil.

Vemos que as fragilidades de nosso SUS, em seu curto processo de construção constante, são muitas vezes deixadas de lado a favor de olhar para a questão de modo individualizador. Os trabalhadores são muito influenciados pela mídia, com informações atrapalhadas, misturadas a questões morais importantes. A formação em saúde também muitas vezes privilegia um olhar para questões de saúde apenas a partir de categorias que individualizam a questão, como traços de temperamento e características da personalidade. Tomando estes repertórios como parte do funcionamento individual, profissionais sentem-se impelidos a confrontarem, a tentarem convencer a pessoa a mudar, a agirem como soldados em campo de batalha. Novamente a metáfora da batalha convida a atitudes agressivas, combativas, coercitivas e de isolamento. Em conversa promovida pela subsede do Conselho Regional de Psicologia em Ribeirão Preto-SP em 2012, com profissionais que trabalham em clínicas de recuperação para usuários de drogas, ouvimos destes que usuários precisam ser educados, que estes se revoltam ao serem internados e que, portanto, precisam ficar isolados em um quarto para refletirem sobre seus comportamentos. Também que as internações precisam ser longas, já que as pessoas precisam aprender não apenas a deixar de usar a droga ilícita, mas precisam também deixar as lícitas e todos outros comportamentos considerados aditivos. Assim, tiram o cigarro e controlam a alimentação, pois

deixar a droga e comer demais mostra fraqueza e sinaliza que não foram recuperados. Com isto, aumentam-se os meses de internação. Precisam aprender a se controlar como um todo. Se ficam bravos, se exigem seus direitos, percebe-se que ainda não foram totalmente recuperados, o comportamento ainda é de adicto, portanto, precisa-se aumentar o tempo de internação e as medidas disciplinares.

Temos então assistido “a volta do que ainda não foi”. Em momento de processo de fortalecimento da reforma psiquiátrica no Brasil temos assistido a volta forte dos asilos. Estes que historicamente vem sendo utilizados para segregar todos os que não contribuíam para o projeto de sociedade e todos aqueles cujo discurso não podia circular como o dos outros. Vemos juntas pessoas que precisam livrar-se de espíritos malignos, adolescentes referidas pela família como tendo comportamento desafiador, ex-profissionais do sexo em busca de recuperação do comportamento desviante. Todos trancados em clínica para recuperação de drogados sem menor possibilidade de contato com mundo externo.

Com a reforma psiquiátrica buscou-se reescrever a compreensão da loucura e do louco. Dentre outras coisas, percebia-se que o modo como as pessoas eram tratadas não tinha nenhuma efetividade na melhora destas, e transformava pessoas com autonomia em animais domesticados. Percebia-se também que os hospitais psiquiátricos vinham se tornando importantes fontes de enriquecimento dos empresários da loucura, donos de hospitais e de clínicas. Com a reforma, o então louco passou a ser compreendido como cidadão de direitos, que deve receber cuidados multidisciplinares e intersetoriais, levando em conta a complexidade do ser humano. Propõem-se que os serviços sejam comunitários, assistindo a pessoa o mais próximo possível de seu território, sendo este considerado como espaço de compartilhamento social e cultural. Deu-se início ao fechamento dos hospitais psiquiátricos e a diminuição de leitos de internação, ao mesmo tempo em que com a reforma sanitária criava-se outros espaços de cuidado, como serviços de atenção primária a saúde, centros de apoio psicossocial, residências terapêuticas, etc. Atualmente, temos assistido este movimento retroagir. Os usuários de drogas são os esquisitos da atualidade, são aqueles que não contribuem para a sociedade, são aqueles que precisam ser disciplinados. Temos assistido a volta dos hospitais e das clínicas. Em visita a hospital estadual especializado em psiquiatria ouvi da direção deste: “os trabalhadores daqui não gostam de atender aos drogados, dizem que são muito revoltados. Mas eu já disse a eles: este hospital só

continua aberto e você só continua com seu emprego pois estamos internando os drogados. Se eles saírem, você perde o emprego, viu”. Assistência e cuidado aos usuários ou manutenção de uma estrutura que já se dizia falida? Como colocar no “mesmo saco” a consideração pelo autonomia, pelos direitos humanos, a atenção psicossocial e as práticas discursivas que visam manter estruturas assistenciais disciplinares e tudo o que as acompanham (empregos, posições, etc). Temos assistido também a volta dos empresários da loucura, hoje os empresários da assistência ao dito drogadito. Em todo Brasil já é bem conhecido que a assistência ao usuário é algo que dá dinheiro, seja pelos leitos oferecidos pelo SUS em clínicas particulares ou outras verbas repassadas por prefeituras, ou patrocinados por familiares que vendem tudo o que tem e fazem dívidas para pagarem as internações. Entre colegas da área este também vem sendo apresentado como um novo campo de emprego, e percebe-se rapidamente entre muitos a adoção de um discurso do controle e coerção, acompanhado de posturas messiânicas de salvação.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste artigo buscamos explorar algumas considerações sobre o trabalho que temos realizado junto a profissionais de saúde frente a temática “consumo de drogas”. Embasados pelo movimento Construcionista Social em Psicologia, compreendemos que a linguagem constrói realidades e que esta é institucionalizada através dos discursos. No cotidiano de trabalho, os diferentes discursos utilizados convidarão a algumas possibilidades de ação e restringirão outras. Trouxemos alguns exemplos de situações em que o discurso médico psiquiátrico e o discurso psicológico podem definir algumas posições de sujeito, cristalizar as descrições feitas pelos profissionais a respeito dos usuários e direcionar ações excludentes e estigmatizadoras.

Assim, para além de se discutir a ontogenia destes discursos ou posicionar-se favoravelmente ou não frente a estes, buscamos refletir sobre a linguagem em uso, ou seja, sobre como estes discursos são utilizados no cotidiano dos profissionais e as práticas que são embasadas por eles. Ao relativizar estes discursos buscamos ampliar o modo como compreendemos e lidamos com questões relacionadas ao consumo de drogas nos serviços de saúde, buscando práticas que considerem a cidadania, a autonomia e os direitos humanos de pessoas que consomem os diferentes tipos de substâncias.

5. AGRADECIMENTOS

A autora agradece a Eduardo Augusto Leão pelo auxílio na formatação final deste texto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Burr V. Social constructionism. 2ª Ed. New York: Routledge. 2003. p. 225.
2. Potter J, Wetherrel M. Discourse and social psychology: beyond attitudes and behaviour. London: Sage Publication Ltda; 1987. p. 216.
3. Gergen KJ. Realities and relationships: soundings in social construction. Cambridge: Harvard University Press; 1999.
4. Avdi E. Negotiating a pathological identity in the clinical dialogue: Discourse analysis of a family therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*; 2005. 78, 493-511.
5. Walton C. Doing discourse analysis. In: Lyons E, Coyle A. (org.). *Analysing qualitative data en psychology*. London: Sage Publications; 2007. 144p.
6. Corradi-Webster CM. (Tese). Consumo problemático de bebidas alcoólicas por mulheres: discursos e histórias. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras/USP, Ribeirão Preto. 2009.
7. Nutt D. Estimating drug harms: a risky business? London: Centre for Crime and Justice Studies; 2009.
8. Bourgois F. Disciplining addictions: the bio-politics of methadone and heroin in the United States. *Culture, Medicine and Psychiatry*; 2000. 24. 165-195.
9. Miller WR, Rollnick S. Entrevista Motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamento adictivos. Porto Alegre: Artmed; 2001. p.293.
10. Conselho Federal de Psicologia. Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; 2011.