



Quando o estigma se institucionaliza: os desconfortos de um atendimento no serviço de saúde mental para usuários de drogas

When stigma becomes institutionalized: the discomforts of a care at the mental health service for drug users

1

Priscila Farfan Barroso¹

Daniela Riva Knauth²

DOI: <https://doi.org/10.22481/sertanias.v2i1.12097>

Resumo: Através do estudo de caso de um paciente atendido por profissionais de saúde de um serviço especializado em saúde mental para usuários de drogas, analisa-se antes e depois da reestruturação desse serviço ao receber recursos do financiamento de políticas públicas do Plano de Enfrentamento ao Crack, Álcool e Outras Drogas. O perfil de paciente esperado destoa do perfil de paciente atendido gerando dificuldades para os profissionais e a própria instituição no atendimento desse paciente e criando entraves no encaminhamento pela rede de atenção disponível. Assim, evidencia as classificações morais que permeiam o cotidiano dos serviços de saúde, bem como suas implicações sobre a vida dos usuários, destaca-se o preconceito e estigma (PARKER; AGGLETON, 2001) sofrido por quem passa por essa rede. Essa situação gera consequências nas práticas de cuidados com a saúde/doença nos fazendo refletir sobre os desafios relacionados ao estigma vivido no âmbito da saúde a fim de rebater diretamente as questões fundamentais sobre garantia dos direitos humanos dos mais vulneráveis (MONTEIRO; VILELLA, 2013). Dessa forma, é possível apontar para os limites do processo de discriminação institucionalizada que devem ser tencionados no atendimento de uma saúde com qualidade – e pública – para a maior parte da população (MONTEIRO; VILELLA; KNAUTH, 2012).

Palavras-chave: Institucionalização. Estigma. Serviços de Saúde. Pessoas em situação de vulnerabilidade.

Abstract: Through the case study of a patient assisted by health professionals of a specialized service in mental health for drug users, it is analyzed before and after the maintenance of this service when receiving resources from the funding of policies of the Plan to Combat Crack,

¹Doutorado em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Docente da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), no Departamento de Filosofia e Ciências Humanas - DFCH; e-mail: prifarfan@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4815-4792>

² Doutorado em Etnologia e Antropologia Social - Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (1996). Atualmente é Professora Titular do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, atuando também como docente e orientadora no Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq - Nível 2 E-mail: daniela.knauth@gmail.com; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8641-0240>





Alcohol, and Other Drugs. The profile of the expected patient differs from the profile of the patient treated, generating difficulties for the professionals and the institution itself in the care of this patient and creating obstacles in the referral through the available care network. Thus, evidence such as classification morals that permeate the daily life of health services, as well as their souls about the lives of users, prejudice, and stigma stand out (PARKER; AGGLETON, 2001) I suffered for those who pass through this network. This situation has consequences for health/disease care practices making us reflect on the challenges related to the stigma experienced in the field of health to directly refute the fundamental questions about guaranteeing the human rights of the most independent (MONTEIRO; VILELLA, 2013). In this way, it is possible to point to the limits of the institutionalized treatment process that should be intended in the care quality – and public – healthcare for most of the population (MONTEIRO; VILELLA; KNAUTH, 2012).

2

Keywords: Institutionalization. Stigma. Health services. People in situations of vulnerability.

Introdução

As práticas de cuidado em instituições de saúde visam acolher os pacientes, realizando o tratamento das enfermidades pelas quais os sujeitos passam. Contudo, os sistemas de atenção à saúde devem ser entendidos como sistemas culturais, uma vez que através deles se constituem crenças e normas de conduta para responder às demandas socialmente organizadas vinculadas à noção de saúde/doença, como ressalta Kleinman (1980). Esses serviços estabelecem o perfil de paciente esperado visando dar conta das reivindicações de saúde da população, no entanto o perfil de paciente atendido pode destoar dessa expectativa e até mesmo gerar alguns entraves durante os itinerários terapêuticos de alguns pacientes, legitimando o status dominante numa estrutura de desigualdade social (PARKER; AGGLETON, 2001). Logo, o modo como se dá o atendimento, o conhecimento dos profissionais envolvidos e o aparato institucional disponível abarcados nas propostas de políticas públicas direcionam, impactam e produzem resultados efetivos nas vidas dos sujeitos atendidos.

No final dos anos de 1990, surgem novas demandas sociais na área da saúde mental com a suposta “epidemia de crack” (MELOTTO, 2009) que tencionam as diretrizes da lei, reforçam os cuidados hospitalares como uma proposta terapêutica bastante relevante na rede de atenção de cuidado e especificam os perfis prioritários para atendimento e tratamento nos serviços de saúde. Como define o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais em sua quinta versão (DSM-V), os usuários de drogas são pacientes da saúde mental por apresentarem “transtornos por uso de substâncias”.



No âmbito das políticas públicas de saúde mental, reforçou-se a especificidade desses pacientes através da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas e do Plano de Enfrentamento ao Crack, Álcool e Outras Drogas formulados a partir dos anos 2000. Em ambos documentos é determinado a criação de serviços de saúde voltados particularmente para esta população, sendo eles: os Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), as internações nos leitos em hospitais gerais para usuários de drogas, as vagas financiadas pelo poder público em Comunidades Terapêuticas, a busca ativa dos usuários através do Consultório de Rua, entre outros.

Entretanto, o “pânico moral envolto na questão do crack” (RUI, 20014) direcionou a atenção aos pacientes que fizeram uso dessa substância como um dos critérios para o atendimento nos novos serviços. Essa ênfase privilegiou perfis de pacientes da saúde mental em detrimento de outros que estavam sendo acompanhados pelo mesmo serviço de saúde antes da reformulação da política. Logo, a lógica institucional pautada por certos princípios e definições vai sendo operacionalizada no cotidiano do atendimento do serviço pelos profissionais que lá estão e pelo modo como os pacientes percorrem esta rede de atenção. Com isso, sugere-se que as ações focalizadas no atendimento de usuários de crack pelas políticas públicas atuais criam formas de atendimento que são, de certa maneira, estanques, e não dão conta da diversidade das situações heterogêneas sobre o uso de drogas nas sociedades contemporâneas.

Neste texto, trazemos um estudo de caso³ de um paciente da saúde mental vinculado a um serviço hospitalar que foi atendido antes e depois da reestruturação do serviço, financiada por essa política, a fim de demonstrar os desnivelamentos vivenciados durante seu “itinerário terapêutico” (AUGÉ, 1986) no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) numa cidade do Sul do Brasil. O trabalho de campo com viés etnográfico foi realizado no ano de 2012 e focou a perspectiva dos profissionais de saúde durante os atendimentos aos usuários, reuniões de equipes entre profissionais, entrevistas individuais e também os momentos informais, como a observação participante entre os profissionais de saúde até mesmo nos corredores do hospital. Cabe enfatizar, que o projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa

³A discussão feita se dá a partir do trabalho de dissertação no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, da UFRGS, com orientação da Prof. Daniela Riva Knauth, intitulada "Desintoxicar e reinserir: perspectivas no tratamento dos usuários de drogas".



(CEP) da instituição estudada, conforme as Normas e Diretrizes Nacionais e Internacionais de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional em Saúde, sobretudo no que diz respeito à Resolução 196/96 e suas revisões³.

O paciente da situação analisada, é usuário de cocaína, é soropositivo para o HIV, ostomizado e homossexual. A princípio o seu perfil não parece destoar dos demais pacientes que são atendidos no serviço de saúde em questão, entretanto, conforme se dá a reorganização do serviço a especificidade de sua história de vida, a dificuldade de lidar com esse paciente entre outros homens e mesmo o desconforto dos profissionais em realizar encaminhamentos na rede de atenção disponível, evidencia as classificações morais que permeiam o cotidiano dos serviços de saúde, bem como suas implicações sobre a vida dos usuários. Ainda cabe a ressalva de que a perspectiva do paciente trazida no texto se deu por meio da observação da relação deste com os profissionais de saúde e dos profissionais entre si discutindo o caso desse paciente durante o tratamento no serviço hospitalar e ambulatorial, de modo que não temos a perspectiva do paciente para contrastar com as descrições analisadas. Ou seja, focou-se mais na condução da situação do que na especificidade do caso.

Nesse sentido, o estudo de caso não é um caso isolado, mas um "dato particular que abre o caminho para interpretações abrangentes" (FONSECA, 1999) e nos leva a perceber o que ficou pormenorizado quando uma nova reivindicação social pauta as ações de políticas públicas e modificam os serviços existentes. Com isso, não queremos deslegitimar as ações vigentes na área de saúde mental, mas enfatizar algumas implicações nas vidas dos sujeitos em tratamento nos serviços de saúde públicos onde houveram modificações e ajustes no foco do cuidado. Para pensar os efeitos da subjetivação produzidos nessas vidas pelas políticas públicas propostas, o antropólogo Didier Fassin nos lembra que:

The world is not only organized into an economic and political hierarchy; it is also morally and ideologically divided [...] Relations of authority, wealth, and signification are imprinted on the bodies and minds of the rulers and the ruled. We may observe without being deterministic that these relations take the form of structural violence whose consequences may be measured in terms of mortality rates and seen in the distribution of suffering⁴. (2007, p. 22)

⁴ Tradução da autora: "O mundo não só está organizado em uma hierarquia econômica e política; mas também é moral e ideologicamente dividida. [...] Relações de autoridade, riqueza e significação são impressas sobre os corpos e mentes dos governantes e dos governados. Podemos observar, sem ser determinista, que essas relações assumem a forma de uma





Um paciente fora da curva

Os serviços de saúde para atenção à saúde mental no hospital estudado dispõem da divisão: o atendimento de pacientes psiquiátricos e o atendimento de pacientes dependentes químicos. Com os recursos do financiamento do Plano de Enfrentamento ao Crack, Álcool e Outras Drogas, esse último ganhou uma unidade nova, com mais leitos e uma estrutura de atendimento e tratamento específico com internação, ambulatório e núcleo de estudos. Logo, alguns pacientes que eram atendidos na organização anterior do serviço, passaram a ser atendidos também nessa nova estrutura.

Essa foi a situação de Luciano. Ele tem 36 anos, é branco, homossexual, morador de periferia, é cabeleireiro e veio se consultar no ambulatório de psiquiatria da instituição a primeira vez por encaminhamento do proctologista. Após as consultas ambulatoriais na instituição, Luciano foi conduzido para a internação psiquiátrica com o objetivo de mudar o padrão de consumo das drogas.

Numa reunião entre os residentes e preceptores da área da Medicina, os primeiros contaram aos segundos que o acompanhamento do passeio de Luciano realizado no último sábado pela manhã foi dentro do esperado. Quando voltaram ao hospital, apesar de estar escoltado o tempo todo, foi realizado o exame de urina para ver se ele fez uso de alguma droga durante o percurso. O resultado do teste foi negativo.

Luciano trabalha como cabeleireiro em um salão de bairro na periferia da cidade. Como estava próximo de período de receber alta da hospitalização, questionou a equipe se poderia sair alguns dias para trabalhar, voltando à instituição à noite. Por vergonha do motivo da sua internação, disse aos colegas de trabalho que durante os dias ausentes no trabalho estava de férias na praia e por isso levou até bronzeador na mochila ao hospital a fim de reforçar essa impressão.

A concessão parecia certa quando, durante a reunião entre os profissionais de saúde que o atendiam na internação psiquiátrica, uma das médicas questionou: “Não sei por que ele tem essas regalias aqui!”, uma vez que não era dada essa opção aos outros pacientes internados ali.

violência estrutural, cujas consequências podem ser medidas em termos de taxas de mortalidade e na distribuição de sofrimento.”





Na discussão entre os profissionais, o paciente é interpretado como alguém que consegue ter essas “regalias” por que tem um “lado sedutor” fruto do seu “comportamento narcisista”. Chega-se, assim, à conclusão de que o paciente não deve ter essa flexibilidade durante o tratamento para não se sentir privilegiado, como se esse comportamento afetasse o atendimento dado ali. Reforçando o que se considera como um “comportamento abusivo” do paciente, a psicóloga destacou que marcou uma consulta pela manhã para que Luciano se levantasse e não ficasse dormindo até o meio-dia como faz habitualmente. Entretanto, a educadora física afirmou, que apesar de ele ter HIV e por isso ter menos disposição, era frequentador assíduo da academia pelas manhãs. Entretanto, o fato de a academia ter sido fechada para sua transferência para o novo local da internação de dependentes químicos, gerou a desmotivação do paciente para acordar cedo.

6

No passeio seguinte, alguns residentes da internação psiquiátrica foram com Luciano até o salão de beleza para conhecer o ambiente em que ele trabalhava e aferir com ele, durante o caminho, qual a melhor forma de organizar a rotina pós-alta. Nessa avaliação colaborativa, Luciano parece ter ficado surpreso com a quantidade de turnos “vazios” que tinha e então, pensou junto aos profissionais em como preencher estes horários a fim de não deixar muito tempo livre que pudesse levar à ociosidade e, talvez, ao uso de drogas. Ao final do passeio, Luciano foi submetido novamente ao teste de urina para confirmar se não houve uso de drogas nesse dia e, para surpresa de todos, o teste deu reagente. Questionadas pelos médicos preceptores, as acompanhantes terapêuticas explicaram que Luciano ficou sozinho no salão de beleza durante uma hora a fim de poderem avaliar como reagiria a essa liberdade e também para poder ficar mais à vontade entre os colegas de trabalho. Então concluíram que foi nesse período que pode ter ocorrido o uso de alguma substância.

Entretanto, alguns dias depois, foi confirmado que houve um erro de leitura do teste urina, confirmando que o paciente não realizou o uso de nenhuma substância durante o passeio. Durante outra reunião entre os profissionais, a residente conta que Luciano ficou muito bravo com o mal-entendido por que, segundo ele, sempre zelou pelo seu tratamento. Ainda assim, como a decisão de alta era da equipe médica, foi levado em consideração a ambiguidade do teste, e então ficou definido que ele só teria alta quando não houvesse mais intercorrências como estas.





Para evitar a recaída do paciente pós-alta, os profissionais avaliaram também com Luciano quem iria cuidar dos seus rendimentos no salão. Na visão dos profissionais de saúde, a autonomia para lidar com o dinheiro poderia facilitar o uso de drogas. Luciano concordou em repensar essa questão. Uma das alternativas propostas para o salário recebido do salão é que metade do rendimento fosse paga em cheque e a outra metade ficasse com a mãe do paciente, que vem se aproximando aos poucos dele. Os profissionais de saúde que atenderam a mãe de Luciano, referem que ela é “muito permissiva”, não consegue impor nada ao filho. Acham que ela é ora ingênua e ora a percebem num comportamento de “negação” da situação do filho. Consideram que ela não tem noção clara da dependência do filho, razão pela qual os profissionais não a veem como colaboradora do processo do tratamento. O pai do paciente também é citado para ajudar, mas apesar de desejar uma aproximação entre os dois, os profissionais entendem que Luciano ainda o culpa pela dependência química e não seria interessante forçar a aproximação dos dois agora. Nesta reunião entre os profissionais, o encaminhamento final é pensar em alternativas para o pós-alta.

Algumas semanas depois Luciano recebe alta da internação. Na primeira consulta pós-alta ao ambulatório, ele ligou dizendo não poderia ir, pois teria um atendimento no salão no horário do agendamento. Na segunda consulta, ele foi e contou para a nova residente que o atenderia no ambulatório que já havia recaído três vezes, com uso de cocaína e bebida alcoólica. Além disso, conforme relatou a médica residente na conversa com o médico preceptor, ele se esquece de tomar as medicações, não consegue ficar em casa no período da noite, fica impaciente e quando sai acaba querendo usar essas substâncias. Ele ainda relata que se sente culpado e tem medo de voltar a ser como ele era antes da internação, entretanto não consegue parar de sair e está com sono em horários confusos. Também está se automedicando para conseguir dormir.

Até esse momento, o serviço de saúde contava com a internação e o atendimento ambulatorial individualizado. Mas entre a segunda e terceira consulta ambulatorial deste paciente, a reorganização do serviço é estruturada na nova unidade, em outro endereço, dispendo de internação masculina, atendimento ambulatorial individualizado e em grupos, com uma equipe multidisciplinar maior e voltada para outra dinâmica de atendimento. Após 21 dias, os internos dessa unidade eram atendidos no novo ambulatório, que ficou pronto um pouco depois da internação. Então, quando Luciano retomou seu tratamento se deparou com um





contexto bastante distinto de atendimento e tratamento na estrutura anterior. Como ele também desmarcou a terceira consulta do pós-alta, pois estava com problemas clínicos, somente na quarta consulta é que ele conheceu esta unidade. Tendo em vista a situação delicada deste paciente, como foi avaliada pelos profissionais, pelas constantes faltas nas consultas e “recaídas nas drogas”, os médicos preceptores decidiram fazer um estudo de caso a partir da entrevista com Luciano, o chamado de *round*. Quando convidado, o paciente aceitou a proposta.

No dia marcado, pude acompanhar e observar a entrevista dele. Havia cerca de quinze profissionais da área médica na sala entre preceptores e residentes da Psiquiatria. Luciano chegou um pouco atrasado, entrou cabisbaixo na sala com uma mochila nas costas, sentou na cadeira em frente a médica designada para entrevistá-lo. Em volta estavam os outros médicos e residentes observando e anotando o que se passa. Começam as perguntas.

Luciano conta como iniciou seu tratamento ali. Ele adquiriu HPV generalizado e foi ostomizado. A partir daí ficou bastante desanimado, passou a usar substâncias psicoativas com mais frequência e não estava aderindo ao uso dos antirretrovirais prescritos para o HIV. Pelo descuido com sua saúde e a situação de vulnerabilidade que estava se colocando, o proctologista que o atendia encaminhou o paciente para o serviço de Psiquiatria.

A médica pergunta a Luciano qual sua “droga de escolha” e ele acha o termo engraçado, porém diz que apesar de ter experimentado de tudo, gosta mesmo da cocaína. O paciente veio do interior para Porto Alegre com 18 anos e fazia uso esporádico de drogas – que é enquadrado como “uso recreacional” pelos psiquiatras. Entretanto, depois que apareceu o HPV, não se cuidou mais, e aí a coisa piorou, como ele diz. Foi necessário fazer a colostomia, que ele chama de amputação do reto. E então na sala lotada de pessoas desconhecidas, Luciano diz com a voz baixa e num único tom: “Imagina um homossexual sem ânus, é como uma mulher sem seio!”. Perguntado como essa nova situação o afetava além da dor física, o paciente relatou seu último relacionamento. Luciano conta que não tem mais vida sexual. Tinha um companheiro entre 2004 e 2010 que dava uma “força” para ele, mas o traiu e quis terminar o relacionamento enfatizando que o corpo de Luciano estava “podre por dentro”. O rapaz diz isso com lágrimas nos olhos, e emendou desabafando que até já pagou para ter carinho de outro homem só por que estava carente.

Sua postura denota a baixa autoestima. Ele só olha nos olhos da entrevistadora quando ela pergunta, mas suas respostas são ditas. Naquela sala branca, Luciano parece ainda mais



acuado por pessoas de jalecos brancos. Comenta ainda que no final de 2011 quando a imunidade baixou ele estava consumindo cocaína todos os dias, chegou a ficar quarenta dias sem usar cocaína durante a internação, entretanto depois não conseguiu ficar mais que 14 dias em abstinência.

Luciano diz que às vezes nem sente vontade de usar droga, mas outras vezes já começa a se planejar para usar mesmo sem ter muita consciência. Logo na definição do seu diagnóstico ele mesmo se apropria da categoria de classificação médica aprendida durante os anos de tratamento: “Sou ambivalente, 50% de mim quer parar e outros 50% não!”.

Para os pacientes categorizados dessa maneira, na visão dos médicos preceptores, é necessário que o próprio paciente convença a equipe de que querem de fato parar de usar drogas ao falar dos prejuízos que elas causam, do contrário eles não valeriam o investimento do tratamento. E nesse sentido, pode-se afirmar que o investimento também é uma aposta da equipe que o atende.

A psiquiatra enfatiza que reforçar estratégias para ficar longe das drogas pode resultar em períodos mais longos de abstinências, por isso a internação era crucial. Entretanto, os profissionais quando conversam entre si sobre a situação de Luciano reconhecem que o paciente se frustra ainda mais quando aposta na internação como um milagre e depois recai. A mudança da frequência no uso de drogas não era percebida pelos médicos como um resultado positivo do tratamento, e sim como desistência deste por parte do paciente.

A argumentação de Luciano era que a cocaína seria usada para fugir dos problemas, mas essa linha de raciocínio parece um paradoxo aos profissionais, pois o uso das drogas reforçaria a debilidade física e emocional de Luciano, ou seja, há um desafio evidente nesse conflito. A droga, que para o paciente era “libertadora”, aparecia como “autonegligência” para os profissionais que o atendiam. A expectativa da equipe era de que o paciente reconhecesse tudo o que “perdeu” na sua vida com o uso da cocaína: parou de usar os antirretrovirais, caiu a imunidade, pegou HPV, perdeu o reto, perdeu trabalhos, perdeu o namorado, perdeu horário e pode perder a vida.

Sem saber como reagir depois de tantas evidências de fracassos em sua trajetória de vida e de tratamento elucidadas durante o *round*, Luciano enfatiza que tem sono e não consegue realizar as atividades propostas pelos profissionais para preencher seus turnos “vazios”. A ideia foi colocá-lo em um grupo de ajuda que tem ali na instituição para animá-lo por um momento,

já que a indicação de ir a um grupo de alcoólicos anônimos (AA) foi seguida de “poréns” por ele.

Luciano vai então em um grupo de preparação para o final de semana que acontece três dias após o round ali no ambulatório mesmo. Sete homens que usavam drogas e passaram pela internação psiquiátrica se reúnem junto com Luciano e a psicóloga. Eles entram numa sala disponível no ambulatório e sentam em círculo. Cada um conta como foi sua história após a alta da internação e, de repente, Luciano começa a chorar baixinho causando desconforto nos demais participantes.

Depois de uns vinte minutos a psicóloga dá atenção ao choro e pede para Luciano contar por que está chorando. Ele diz que está bastante deprimido e ficou emocionado com as histórias que ouviu e que se sente “um fraco por” não conseguir ficar abstinente, já que os colegas estão contando histórias de como estão conseguindo ficar abstinentes. Como seu último uso foi há menos de 10 dias, o resultado do exame feito no ambulatório antes de ele entrar ali deu positivo e ele ficou envergonhado de frustrar a médica que o atendeu. Luciano pensava que não seria mais possível detectar a substância em seu corpo. Apesar de ter usado a substância há dias, não reconhecia avanço.

Luciano contou um pouco de sua história no grupo. Os demais participantes demonstraram solidariedade dizendo o que fariam na situação, de que ele precisa de uma motivação, ir na academia, participar de AA e não ficar acomodado porque dá para viver bem sem drogas. Em determinado momento, a situação de um homossexual contando sua história de carência para homens heterossexuais era constrangedor, e os colegas retrucavam as questões sobre carência falando sobre estratégias para a mudança dos hábitos e diminuir ainda mais a frequência do uso de drogas. Um deles falou sobre ter tomado uma caixinha de suco inteira quando queria usar drogas, e depois de tomar todo o líquido a vontade foi passando. Ou um outro que relatou a “força” que a esposa estava dando para ele se manter “limpo”.

Na semana seguinte, Luciano se identificou com as dificuldades descritas no grupo e falou que não acha tanta graça em sair de casa sem usar cocaína, mas está tentando. A psicóloga colocou que essa é uma postura que ele precisa modificar por que para ele ainda coloca a possibilidade de uso. Afirma que desta maneira o seu cérebro já programa o próximo uso e isso o deixa mais fissurado. O grupo finaliza ali.



Luciano parece se sentir exposto ali e evidencia, na consulta individualizada, que durante o grupo com os colegas parecem que ficam só falando dele. A psicóloga contrapõe que quando falam para ele é até mesmo para reforçar o que os colegas estão tentando fazer, já que este grupo é para eles falarem o quiserem, desde uma situação que aconteceu na semana que chateou, até uma questão mais forte de relação de fissura do uso da droga. E saindo do ambulatório, Luciano continua sua luta e leva seus estigmas.

A construção do estigma do paciente

A partir do itinerário de Luciano nos serviços de saúde mental para usuários de drogas, evidencia-se algumas questões que perpassam seu atendimento e tratamento, e acabam por reforçar as desigualdades sociais vividas também no âmbito das políticas de saúde em dois momentos distintos atendidos no mesmo serviço de saúde: antes e depois a reorganização para o atendimento da questão do crack. Assim, o tratamento de Luciano elucidava questões que envolvem a relação com o serviço de saúde, com os profissionais de saúde e com as práticas de cuidado, conforme será destacado abaixo.

O ingresso na instituição de saúde se deu a partir de uma categorização do sujeito que não considera seus diferentes pertencimentos identitários ou mesmo suas diferentes categorias nosológicas. Entretanto, no novo serviço essas diferenças entre o perfil deste paciente e dos demais atendidos ressaltam, e ele passa a ser percebido como alguém que não se encaixa ali, que não colabora com o tratamento e que está desmotivado para deixar de usar drogas, diferente de como era percebido inicialmente.

No caso analisado, o paciente, além de usuário de drogas, razão de sua internação, era também homossexual, ostomizado e portador do HIV, o que ficava mais preservado pelos atendimentos individuais realizados tanto no contexto hospitalar como no ambulatório. Mas, ao ser internado em uma unidade para usuários de crack, na qual a maioria dos hospitalizados são homens heterossexuais e as atividades em grupo emergem como parte do tratamento, essas diferenças podem potencializar uma situação de vulnerabilidade, principalmente ao expor a identidade sexual do usuário. Identidade esta que já se encontra bastante comprometida pela própria condição de saúde do sujeito.



Explicitar seus sentimentos, suas carências, suas fragilidades na frente de homens que reforçavam sua heterossexualidade contando das namoradas, das esposas, dos filhos expôs Luciano para além de sua condição de recaída no uso de drogas. A convivência com a situação por parte do profissional da saúde responsável pelo grupo reforça esta situação de desigualdade do sujeito que, por fim reconhece o quanto é “fraco” frente ao comportamento de resistência dos demais. Fraco não apenas face às drogas, mas também face à masculinidade hegemônica que se afirma naquele espaço terapêutico.

Apesar de ter em comum entre eles a "dependência química", as condições de vulnerabilidades de Luciano se sobrepunham a diversos outros marcadores sociais como a orientação sexual, a doença crônica, a deficiência, etc. Essa experiência vivida por ele em um serviço de saúde mental voltado para o atendimento de usuários de drogas evidencia as camadas nas quais a subjetividade é desafiada na explicação da dor sentida que se torna mais explícita (DAS *et al.*, 2001) durante o atendimento nos quais fazem parte os rearranjos institucionais que tem efeitos no cuidado dos que já estavam sendo atendidos e dos que vierem a ser atendidos.

Desconsiderar a sua orientação sexual no encaminhamento de um grupo, no qual a discussão da afeição é chave, faz com que as formas de manejo e as estratégias calculadas reforcem aspectos estigmatizados da vida do paciente, apontando os limites de um processo de discriminação institucionalizada que devem ser tencionados no atendimento de saúde com qualidade – e pública – para a maior parte da população. Sendo assim, os profissionais de saúde que são mediadores das ações de políticas públicas acabam transferindo aos pacientes as decisões institucionais de como lidar com os diferentes pacientes que a instituição atende.

Com a implantação de novos serviços visando "resolver" as demandas dos problemas sociais, como no caso da "epidemia do crack", surgem outros desafios na abrangência desses atendimentos que evidenciam perfis específicos em detrimento das multiplicidades de questões envolvendo quem é o paciente. Deste modo, com a reorganização dos serviços, as escolhas institucionais são realizadas e internalizadas nas práticas desses profissionais, o que reifica as instituições como tomadora de grandes decisões (DOUGLAS, 1998) apesar das preferências e pensamentos dos indivíduos que lá atuam.

Assim como esse processo de transição de unidade resultou em interpretações precipitadas de alguns profissionais de saúde que consideraram Luciano "preguiçoso" por não acordar cedo após retirarem a academia instalada no serviço de saúde para levar a nova unidade.



Durante a internação, o paciente acordava cedo para frequentar a academia, mas sem os aparelhos para praticar atividades físicas ele não via motivo para se levantar. Por isso, outros profissionais que percebiam essa conduta como "regalia", confrontavam Luciano marcando consultas pela manhã a fim de que o compromisso o fizesse retornar a conduta de se acordar cedo. Desconsidera-se que a resposta ao tratamento dado pelo paciente também é resultado da estrutura física oferecida pela instituição, e se esta muda, as condutas também mudam.

Da mesma maneira, que por ser uma instituição que recebe residentes da Psiquiatria ao longo do semestre, o vínculo entre médico e paciente também sofre impacto com essas modificações. O residente que atendeu um paciente na internação, não é o mesmo que atenderá durante o atendimento no ambulatório, ainda que os preceptores sejam os mesmos. Apesar de a instituição compor uma equipe multidisciplinar, de funcionários concursados, há uma preponderância médica nas decisões e encaminhamentos dos pacientes. Por isso, o paciente está sempre em vias de contar e recontar sua biografia para novos profissionais que passam pela instituição ao mesmo tempo que é "defendido" por outros profissionais que o conhecem a mais tempo. Mas quando ocorre a reorganização do serviço, o espaço conquistado por Luciano é colocado em xeque, fazendo com que ele fique inadequado para o atendimento que é realizado, expondo-se mais.

Ao mesmo tempo que o serviço acolhe, cria-se situações de constrangimentos em decorrência do pressuposto de quem seria o paciente. Nessa expectativa do perfil de paciente, é construída uma imagem que leva em consideração a gravidade e prioridade decorrente do uso do crack, sugerindo uma debilidade mais emergencial ocasionada em decorrência da química da droga. Logo, aqueles que eram atendidos anteriormente "perdem" seu espaço, suas regalias e sua prioridade nesse contexto.

Pode-se dizer que quando esse serviço se estrutura para atender um perfil com certas características, sem levar em consideração a abrangência do atendimento e a multiplicidade de situações que envolvem o uso de drogas, ao atender esses pacientes pode incorrer em violência simbólica. Pois ainda que acolha, a inadequação do paciente deste é reforçada e estigmatizada. Um dos médicos preceptores explica que a psiquiatria cuida de transtornos, e a dependência química pode ser percebida como um transtorno no qual as origens dos sintomas não estão descritas de forma clara e pode ser gerada de diferentes maneiras. Essa abertura de sentido pouco definida enfatiza que comportamentos percebidos como "desviantes", como estudava



Becker (2008), sejam enquadrados como problemas médicos. Portanto, a instituição também assume o uso de drogas como uma situação mais complexa e desafiadora, na qual remédios não bastem e seja preciso mudanças de hábitos do paciente, por isso a ênfase nessas modificações, que acabam carregadas de moralidades.

Como explicita Good (1994), a medicina formula o corpo humano e a doença de forma culturalmente distinta, de modo que o aspecto biológico não é externo, mas está dentro da cultura. Sendo assim, a perspectiva moralizante do que é percebido como “normal” ou “anormal” em cada cultura também se institucionaliza e se naturaliza como *habitués* da prática médica podendo ser categorizado de forma estigmatizadora.

A todo momento Luciano está à prova de julgamento para reafirmar ou não a crença depositada pelos profissionais num investimento que não é só pessoal, mas institucional. Esse é um investimento técnico, financeiro, emocional, no qual aspectos estigmatizantes tornam a descrença no sujeito como alibi para desligamento da rede de saúde pública. Porém, enquanto conectado à rede esses limites são evidenciados durante o tratamento, e a seu modo o paciente segue, de alguma maneira estigmatizado por sentir que corresponde pouco as expectativas de quem acompanha seu caso. O que, por sua vez, pode-se dizer que isso também afeta o seu próprio tratamento.

A situação do teste de urina para identificação de drogas em que houve um erro de interpretação dos profissionais influencia no processo de avaliação de alta de Luciano mesmo após o reconhecimento da leitura equivocada, o que nos faz pensar no descrédito dado a palavra e no comprometimento afetado em relação a dedicação ao tratamento do paciente. O teste de urina em si, após o passeio, determinaria uma tentativa de identificar através de códigos nosológicos a partir de uma suposta “neutralidade moral” (ROSENBERG, 2002) de ele ter usado ou não substâncias químicas. Entretanto, quando o erro acontece, como no caso deu "positivo" e o paciente diz que deveria dar "negativo", e depois se constatou que era "negativo", o atributo moral do resultado do teste equivocado já tinha sido atribuído a história de Luciano no serviço de saúde.

A evidência bioquímica revela que a contaminação física pode ser uma contaminação moral do compromisso ou não do paciente com o tratamento disponível. Depois da alta, Luciano recaí algumas vezes antes de retornar ao atendimento ambulatorial na nova unidade. Apesar de essas recaídas evidenciarem a mudança no padrão no uso de drogas, a abstinência é enfatizada



pelos profissionais de saúde como objetivo do tratamento. Desta maneira, a continuidade do uso de drogas é percebida por esses profissionais como fracasso que se atrela a outros marcadores sociais de Luciano, como laços familiares e amorosos abalados, a evidência da deficiência que o limita, morador de periferia que tem acesso mais facilmente às bocas de fumo, entre outros.

Eles identificam através da enumeração de fracassos que Luciano está sendo "auto negligente" ao continuar usando drogas, mas o paciente revela que o uso de drogas é "libertador", de modo que quando está sob efeitos de substâncias químicas ele deixa de lado suas limitações. O choque de interpretações entre o paciente e profissionais de saúde é um desafio, pois os profissionais são hábeis na tentativa de convencê-lo de seus fracassos, reforçando a condição de vulnerabilidade da relação de Luciano com as drogas, o que faz parecer uma barreira intransponível sair dessa situação. Ao mesmo tempo aceitar a leitura feita pelos profissionais da sua história de vida, fazer exames de teste de urina para provar que não está usando drogas, participar dos encaminhamentos feitos na rede de atenção parece ser a única alternativa para Luciano acessar cuidados de saúde na rede pública.

Logo, o aparente compartilhamento das decisões sobre os seus cuidados de saúde acaba gerando processos moralizantes no qual preencher turnos "vazios" demandam esforços da equipe e do próprio usuário em ter que fazer "algo", entretanto os meandros do cotidiano e as reais possibilidades de preencher o ócio encontra desafios advindos da própria sociedades complexas contemporâneas no qual o "algo" nem sempre impede o uso de drogas. Além do que o ócio é percebido degradante ao tratamento.

Outra questão que chama atenção quando ele é perguntado sobre sua "droga de escolha", este termo usado como uma categoria biomédica também evidencia complexidade da relação das drogas entre os usuários, pois como diz Luciano o que ele mais usa é cocaína, mas que ele usa outras drogas também. Muitas vezes, a classificação dos usuários de drogas nos serviços de atendimento para eles na saúde mental ressalta a "pior" droga usada numa classificação moral que vai do "álcool ao crack" como se fosse um crescente em relação às substâncias químicas e uma degradação em termos de atributo moral do sujeito. Por isso Luciano ri, quando questionado. Mas em outros momentos, percebe-se que ele mesmo faz uso das categorias psiquiátricas que está sendo enquadrado, quando diz que é "ambivalente", já que metade dele quer parar de usar drogas e a outra metade não. Tendo ele passado por um longo período de



tratamento, essas categorias vão sendo aprendidas até mesmo para se comunicar com os profissionais de saúde que o atendem.

A situação de Luciano é boa para pensar nas situações dos usuários em atendimento nos serviços públicos especializados em saúde mental. A constante vigília, tanto na internação como durante as consultas ambulatoriais, coloca a descrença na palavra do paciente, estigmatizando os usuários de droga como dissimulados, sedutores e confusos. E durante o tratamento são podados em suas atividades sociais, questionados em sua autonomia e confrontados com questões morais, como quando perguntados: “O que você quer da sua vida?”.

Essa crença do paciente estigmatizado - de quem não dá conta da sua vida - acaba se institucionalizando como processo social de tratamento que reforça as diferenciações sociais desses sujeitos proporcionando um atendimento desigual aos pacientes que da área da saúde mental, principalmente os que fazem uso de drogas. Essa situação gera consequências nas práticas de cuidados com a saúde/doença nos fazendo refletir sobre os desafios relacionados ao estigma vivido no âmbito da saúde a fim de rebater diretamente as questões fundamentais sobre garantia dos direitos humanos dos mais vulneráveis (MONTEIRO; VILLELA, 2013).

Quando esse paciente tem outros problemas morais fora o uso de droga, como o caso de Luciano que tem HIV, é homossexual, é ostomizado, morador de periferia, o cuidado proporcionado pelos serviços em questão reforça o tempo inteiro a culpa individual por essa situação, sendo que se a dificuldade da mudança de padrão do consumo de droga é deste, e não da instituição que erra o resultado do teste de urina, que tira os aparelhos da academia quando este se acostuma com ela, que muda o profissional para atendimento de uma hora para outra, que tenta interferir na vida cotidiana do paciente, entre outras estratégias oferecidas. Assim, o desejo de consertar o desviante enfatiza os desvios e reforça o preconceito e estigma sofrido por quem vive em um contexto de vulnerabilidade.

Logo, compreender os "itinerários terapêuticos" (AUGÉ, 1986) de Luciano permite acessar como se dão as escolhas e tomadas de decisões em relação à preservação ou recuperação da saúde, refletindo sobre as dificuldades, os desafios e questões subjetivas que acompanham as práticas de cuidado. Esse percurso, que é socialmente construído, a partir dos serviços de saúde mental para usuários de drogas disponíveis no sistema de atenção à saúde podem nos fazer perceber os vetores influenciam as condições de percepção de estigma e discriminação dos grupos em vulnerabilidade social (MONTEIRO *et al.*, 2012) também no âmbito da saúde.



Permite ainda perceber o estigma enquanto um processo social que, como afirmar Parker, “desempenha um papel fundamental na produção e na reprodução das relações de poder e de controle; de que o desdobramento do estigma faz com que alguns grupos sejam desvalorizados e outros valorizados de formas inerentemente discriminatórias” (2013:29).

Mesmo que na área da saúde mental as discussões enfatizadas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira e luta antimanicomial tiveram avanços significativos, a questão do uso de drogas na nossa sociedade ainda carrega estigma, tendo efeitos na subjetivação de atendimento de Luciano. Amplia-se recursos para o tratamento de usuários de drogas como se fosse uma adequação às reivindicações de direitos para esses, entretanto os recursos são escassos, os profissionais de saúde são os mesmos e as práticas de cuidado carregam as desigualdades sociais vivenciadas no cotidiano. Logo, ainda que as políticas públicas sejam mobilizadas por demandas sociais, é necessário incorporar outros perfis para que esse atendimento ganhe sentido e pense em outras estratégias para acolher esses perfis diferenciados.

A princípio Luciano não parece destoar dos que ali estão, entretanto, sua história de vida, a dificuldade de lidar com esse paciente entre outros homens e mesmo o desconforto dos profissionais em realizar encaminhamentos na rede de atenção fica evidente. O processo de institucionalização do estigma e da discriminação em relação aos usuários em situações vulneráveis que estão tratamento de saúde em serviços públicos ainda parece um desafio para as políticas de saúde no Brasil.

Referências

AUGÉ, Marc. **L'anthropologie de lamaladie**. L'Homme, Paris, v.26, n.1-2, p.81-90, 1986.

BECKER, Howard S. **Outsiders**. Estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Zahar. 2008

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Normas de Pesquisa envolvendo seres humanos. Res. CNS 196/96. Bioética 1996; 4 Suppl: 15-25.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.



BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto Nº 7.179, de 20 de maio de 2010.** Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. 2010.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº10.216, de 06 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. 2001

CONRAD, Peter. **Medicalization and social control.** *Annual Review of Sociology*, 18 p. 209-232. 1992.

DAS, V.; KLEINMAN, A.; LOCK, M.; RAMPHELE, M.; REYNOLDS, P. (Org). **Remaking a world: violence, social suffering and recovery.** Berkeley, Los Angeles e Londres. University of California Press, 2001.

DOUGLAS, Mary. *Como as instituições pensam.* São Paulo: EDUSP, 1998.

GOOD, Byron. How medicine constructs its objects. In: GOOD, B. **Medicine, rationality and experience.** Cambridge University Press, 1994, p. 65-87.

DSM-5. **American Psychiatric Association.** Tradução Maria Inês Corrêa Nascimento et al. Revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli et al. Porto Alegre: Artmed, 2014.

FASSIN, Didier. **When Bodies Remember.** Experiences and politics of AIDS in South Africa. Berkeley: Los Angeles, University of California Press, 2007.

FONSECA, Claudia. Quando cada caso NÃO é um caso: pesquisa etnográfica e educação. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, ANPED, n. 10, p. 58-78, jan. /abr. 1999

GOOD, B. How medicine constructs its objects. In: **Medicine, Rationality and Experience.** Cambridge University Press, 1994.

KLEINMAN, Arthur. **Patients and hearlers in the context of culture.** Los Angeles: University of California, 1980.

MONTEIRO, Simone; VILELLA, Wilza Vieira; KNAUTH, Daniela Riva. Discrimination, stigma, and AIDS: a review of academic literature produced in Brazil (2005 - 2010). **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 28 (1): 170-176, jan, 2012.

MONTEIRO, Simone; VILELLA; Wilza (Orgs.) **Estigma e Saúde.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.

PARKER, Richard; AGGLETON, Peter. **Cidadania e Direitos nº 1 - Estigma, Discriminação e Aids.** Coleção ABIA. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids. Rio de Janeiro, RJ:2001

PARKER, Richard. Interseções entre estigma, preconceito e discriminação na saúde pública mundial. In: MONTEIRO, Simone; VILELLA; Wilza (Orgs.) **Estigma e Saúde.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.



ROSENBERG, Charles E. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. **The Milbank Quartely**, v. 80, n. 2, p. 237-259, 2002.

RUI, Taniele. **Nas tramas do crack**: etnografia da abjeção. São Paulo, Terceiro Nome, 2014.



Este trabalho está licenciado sob uma licença [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

