

RELAÇÕES DE PODER EM CASOS DE DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: UMA REFLEXÃO

Reflections on power relationships in cases of addiction to alcohol and other drugs

Fabíola Stolf Brzozowski¹

Artigo encaminhado: 12/12/2016
Aceito para publicação: 09/01/2020

RESUMO: O objetivo deste artigo é discutir como as questões de poder se refletem na relação entre profissional de saúde e paciente, no tratamento da dependência química, e refletir sobre as consequências da assimetria aí presente. Para tanto, primeiramente apresentamos alguns conceitos referentes à microfísica do poder, trabalhada por Michel Foucault. Esses conceitos são fundamentais ao entrarmos na discussão específica da dependência de álcool e drogas. Defendemos uma mudança na forma de atenção para pessoas que procuram tratamento para a dependência que vai ao encontro das propostas do Sistema Único de Saúde: relações de escuta, horizontalizadas, que levem em consideração a pessoa que procura ajuda, com a criação de vínculo.

Palavras-chave: Poder. Michel Foucault. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. Assistência ao Paciente. Relação profissional de saúde-paciente.

ABSTRACT: In this paper, I examine how power issues reflect on the relationships between health professionals and patients, as well as other consequences of these relationships. First, I present concepts related to Michel Foucault's microphysics of power. These notions are fundamental for the understanding of drug and alcohol addiction. I argue that a shift in health attention to people who seek help for their addiction problems is needed. This perspective agrees with some of the Brazilian Unified Health System - SUS directives: horizontal relationships, taking the opinions of the person who seeks help into account, and creating bonds between health professional and patient.

Keywords: Power. Michel Foucault. Substance-Related Disorders. Patient Care. Health Professional-Patient Relations.

1 INTRODUÇÃO

Na área da saúde, especialmente da saúde mental, fala-se com frequência da baixa adesão ao tratamento. Na questão da dependência química, a adesão é posta como um grande desafio para os profissionais. De forma geral têm sido apontados como motivos para a não adesão: desconhecimento dos benefícios do tratamento, falta de acesso, efeitos adversos, relações com os profissionais de saúde, dentre outros

¹Doutora em Saúde Coletiva, farmacêutica. Professora do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas (PPGICH), Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). fabiola.stolf@gmail.com

(LAKSHMANN; KALRAV; ZANKHANJETFIRE, 2016; LEITE; VASCONCELLOS, 2003; OLIVEIRA JUNIOR; RAMOS, 2019).

A adesão ao tratamento compreende “a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento” (LEITE; VASCONCELLOS, 2003, p. 777). Em outras palavras, a adesão ao tratamento ou outro procedimento proposto significa em quase em sua totalidade o seguimento das recomendações dos profissionais de saúde.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), entre pacientes com doenças crônicas, e em países desenvolvidos, aproximadamente 50% não utilizam seus medicamentos conforme prescrito (UNNI; STERNBACH; GOREN, 2019). No Brasil, essa taxa de não adesão gira em torno de 30% para o tratamento de doenças crônicas, sendo maior em pacientes que utilizam mais do que cinco medicamentos (TAVARES et al., 2016). Dessa forma, a não adesão é apontada como um problema nos serviços de saúde e um dos motivos para o uso irracional de medicamentos.

Tem sido sugerido que muitos dos problemas relacionados à chamada “falta de adesão ao tratamento” passam pelas relações (ou a deficiência delas) entre profissionais e pacientes. As dificuldades relacionais foram identificadas como responsáveis pela não-adesão ao tratamento em 20% dos casos em pessoas com hipertensão arterial (GUSMÃO; MION JR, 2006). Tavares et al. (2016) observaram que os indivíduos que referiram acompanhamento com mais de um médico apresentaram as maiores prevalências de baixa adesão, indicando influência da falta de integralidade no cuidado.

Quando nos referimos à saúde mental, estima-se que cerca de 50% dos pacientes não aderem ao tratamento e fala-se muito do “problema” da não adesão, responsabilizando o usuário, com frequência, pelo não sucesso dos tratamentos e por suas pobres respostas. Estudo conduzido em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) observou que menos de 12% dos pacientes utilizam os medicamentos como proposto pelos profissionais de saúde (SOUZA et al., 2011). Outra pesquisa, realizada em um CAPS para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas (CAPS Ad), observou que apenas 43,1% dos pacientes permaneceram por mais de três meses em tratamento (MONTEIRO et al., 2011).

Dentre os fatores extrínsecos que influenciam a adesão ao tratamento da dependência em álcool e outras drogas pode-se citar a influência e o apoio familiar para as mudanças de estilo de vida do paciente, as condições socioeconômicas e a influência dos serviços, principalmente em relação ao acolhimento, ao vínculo entre profissional e paciente, à infraestrutura e à falta de capacitação dos próprios profissionais (FERREIRA et al., 2015). Scaduto e Barbieri (2009), em estudo com profissionais que trabalham com adolescentes dependentes de álcool e outras drogas, ressaltam a importância de uma boa relação entre equipe e paciente na adesão ao tratamento. Além disso, os autores abordam o tema da culpabilização do paciente por parte dos profissionais, prática relativamente comum nas instituições. Este tipo de atitude acaba levando ao afastamento do profissional e do paciente, o que é contrário à criação de vínculo, necessária para uma boa interação.

A *verticalidade* é uma das características da relação profissional - paciente. Trata-se da posição do profissional como o único detentor da verdade, aquele que sabe, através da medicina científica, a realidade do que é saúde e do que é doença. O conhecimento advindo da formação profissional confere um *status* de poder, enquanto o outro passa a ser visto como o ser que precisa “ouvir” e “obedecer”. Desta forma, nosso objetivo, neste texto, é discutir as questões de poder na relação entre profissional de saúde e paciente e refletir sobre as consequências da assimetria existente nestas relações. Abordamos também outros conceitos importantes, como o da medicalização e o do estigma, para entender o problema central, o poder na relação.

Para tanto, utilizaremos enquanto referencial teórico as discussões de Michel Foucault sobre relações de poder, entendendo aqui que o poder existe no cotidiano, em quaisquer relações entre pessoas. Uma das formas pela qual este poder se expressa é a partir do saber, do conhecimento. Em nosso caso, falamos do conhecimento científico nas áreas da saúde e, em particular, da medicina. Primeiramente, serão apresentadas as relações de poder segundo descrito por Foucault para, em seguida, entrarmos no tema do álcool e outras drogas, analisando de que forma estas relações aparecem neste caso e algumas possíveis consequências.

2 RELAÇÕES DE MICROPODER NA ÁREA DA SAÚDE E O PAPEL DA CIÊNCIA

Quando falamos em poder, estamos falando do direito de deliberar, mandar e até exercer autoridade. O poder aparece em várias instâncias: poder do Estado, poder político, poder jurídico, poder econômico. Segundo Foucault,

O poder não se dá, não se troca nem se retoma, mas se exerce, só existe em ação, como também da afirmação de que o poder não é principalmente manutenção e reprodução das relações econômicas, mas acima de tudo uma relação de força. O poder é o que reprime a natureza, os indivíduos, os instintos, uma classe. (FOUCAULT, 1979, p. 175)

O que nos ocupa aqui não é o poder em si, mas as relações de poder cotidianas, os micropoderes, o que Foucault chamou de microfísica do poder(1979). Ligada às relações de poder, encontramos também o que Foucault chamou de disciplina. De acordo com o autor, as disciplinas são “esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante das suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade” (FOUCAULT, 2008, p. 118). O objetivo da disciplina é fabricar corpos “dóceis”, submissos.

O micropoder, que tem como objetivo a disciplina, é o que o autor chamou de poder disciplinar. Segundo ele, seu efeito

Não é em absoluto consagrar o poder de alguém, concentrar o poder num indivíduo visível e nomeado, mas produzir efeito apenas em seu alvo, [...], que deve ser tornado “dócil e submisso” por esse novo poder. (FOUCAULT, 2008, p. 28)

Esse é o poder que podemos observar no cotidiano das relações entre profissionais de saúde e pacientes. Um poder discreto, silencioso, revelado pela assimetria na relação, quando uma das partes tenta impor suas verdades sobre a saúde e a doença do outro, baseado na ideia de que “quem estudou sabe mais e, portanto, dita as regras”, enquanto o outro deve obedecê-las. Segundo Foucault(2006), trata-se de um jogo de forças, de vontades: a do profissional de saúde e a do paciente/doente.

A forma como o profissional encara o paciente, diante de sua relação com o tratamento (adesão ou não), por exemplo, ilustra esse jogo de forças.

Leite e Vasconcellos (2003) afirmam que parte das explicações dadas pelos profissionais para a não adesão ao tratamento está relacionada com a visão de que o comportamento do paciente é desviante e irracional.

A responsabilidade pela não-adesão ao tratamento é definida como ignorância dos pacientes ou responsáveis por eles sobre a importância do tratamento, a pouca educação da população (presumindo que seria um comportamento típico de classes menos privilegiadas), ou como simples desobediência de “ordens médicas.” (p. 777)

Existe muita discussão acerca da medicina enquanto ciência ou arte. Os defensores da medicina como ciência precisam argumentar que o seu conhecimento teórico é diferente daquele das ciências biológicas. Já a visão de que a medicina é uma arte tem como defesa o fato de que o seu objetivo principal é tratar, curar ou aliviar a doença, e não a produção de conhecimento, portanto não seria ciência (GAYON, 2006). O fato é que existe conhecimento por trás das ações dos profissionais da saúde e este conhecimento provém de estudos científicos. E a ciência, em nosso mundo ocidental, possui um papel de “descobrir e descrever a verdade”. Uma vez que uma informação recebe o título de “científica” passa a ter um valor diferente, com mais crédito perante a sociedade.

Podemos imaginar, então, as relações de poder entre um profissional de saúde, que possui o título de “detentor” do saber e do conhecimento “verdadeiro” sobre a doença, e um paciente “leigo”. O saber e o conhecimento são fontes de poder, porém não significa que aquele que estudou sempre acerta e que o “leigo” não sabe nada sobre saúde/doença.

A certeza de que um sintoma ou um conjunto de sintomas está relacionado com um dano em algum órgão do corpo começou a ser possível quando a anatomopatologia e a clínica se articularam, no século XIX (CAPONI, 2009a). A partir de então foi possível classificar sintomas e lesões em categorias, criando critérios diagnósticos mais padronizados.

A questão da disciplina aparece também na terapêutica. Isso é evidente nas antigas práticas de internação, lobotomização, uso de camisas de força e eletrochoque. Porém, o uso de fármacos também tem como objetivo conter, acalmar, controlar os comportamentos dos pacientes. Os objetivos são os mesmos; foram os métodos que mudaram. A docilidade dos corpos e a

normalização dos comportamentos continuam sendo perseguidos pelos tratamentos hegemônicos em saúde mental (CAPONI, 2019c).

A terapêutica pode ter como objetivo produzir uma pessoa dócil e submissa. Por mais que o tratamento hoje não tenha como base o hospício, a lógica de submissão está presente quando há ênfase apenas na abstinência e na adesão ao tratamento medicamentoso. Aquele que não adere ao tratamento e não se abstém do que lhe faz mal é considerado problemático, que não quer se tratar. Para Foucault, a submissão e a docilidade são os efeitos esperados a partir do poder disciplinar: “... é um poder que funciona em rede e cuja visibilidade encontra-se tão somente na docilidade e na submissão daqueles sobre quem, em silêncio, ele se exerce” (FOUCAULT, 2006, p. 28).

Ao mesmo tempo, segundo Moreira et al. (2018), o indivíduo pode ser visto, muitas vezes, como um ser dominado pela droga, frágil moralmente e fisicamente, sendo que “... o usuário é definido [por profissionais de saúde] como ‘não evoluído’, ‘cabeça fraca’, ‘frágil de mente’, sem ‘força de vontade’, ‘mente ruim’, ‘alma vagando’” (p. 435). Nesse discurso o usuário é dotado de uma estrutura interna suscetível ao vício e indomável e a droga é responsável pela desagregação familiar.

Até agora falamos de relações de poder cotidianas entre os profissionais e pacientes, que se caracterizam por terem como objetivo a disciplina, a adesão ao tratamento e a obediência aos códigos prescritos. Entretanto, podemos pensar também nestas relações e no tratamento psiquiátrico como decorrentes de uma estratégia biopolítica. A biopolítica está relacionada com o controle dos corpos e da vida, por meio de saberes e de intervenções corretivas (CAPONI, 2009b). E neste caso podemos falar de um biopoder, aquele poder relacionado com a “norma”. Em outras palavras,

Uma característica do biopoder é a importância crescente da norma sobre a lei: a ideia de que é preciso definir e redefinir o normal em contraposição àquilo que lhe é oposto, a figura dos “anormais”, considerados “exceção” à norma. (CAPONI, 2009b, p. 532)

E os anormais não são somente os “loucos”, que deliram, têm alucinações, são violentos. Cada vez mais comportamentos cotidianos aparecem com rótulos psiquiátricos. Isso tem gerado duras críticas à quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5).

Dessa forma, Frances (2013) afirma que uma tristeza normal se tornou “transtorno depressivo”, um esquecimento da idade é “transtorno neurocognitivo leve” e em breve todos terão “transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e usarão fármacos estimulantes.

Caponi (2012) defende que as dificuldades em delimitar fronteiras entre o normal e o patológico e até mesmo entre os diferentes diagnósticos, em psiquiatria, fazem com que ocorra um tipo de deslocamento de um olhar clínico para parâmetros mais “objetivos” de diagnóstico, construídos com o auxílio de instrumentos estatísticos. Essas estatísticas substituem os métodos mais comuns em outras áreas da medicina, como a identificação de lesões orgânicas e de marcadores biológicos. Segundo a autora, a classificação de uma parcela considerável da população em algum “transtorno mental” não é algo novo, nem acidental, nem mesmo uma escolha metodológica equivocada, mas se trata “... de uma questão teórica e política que é contemporânea à própria ambição classificatória da psiquiatria” (p. 115).

Porém, para Foucault (2006), antes de chegar ao profissional da saúde mental, a pessoa passa por vários outros dispositivos disciplinares, pertencentes à escola, à polícia, etc. De acordo com ele:

Quanto ao doente mental, ele é sem dúvida nenhuma o resíduo de todos os resíduos, o resíduo de todas as disciplinas, aquele que é inassimilável a todas as disciplinas escolares, militares, policiais, etc., que podem ser encontradas em uma sociedade. (p. 67)

A identificação do anormal é feita a partir do momento em que as disciplinas não foram efetivas. Assim, o doente mental aparece quando se considera que ele não preenche os critérios de normalidade. A característica do biopoder é a sua busca constante pela norma, sua necessidade em demarcar os limites entre a normalidade e a patologia, seja pela estatística, por meio de marcadores biológicos ou até mesmo por características comportamentais desejáveis ou não (CAPONI, 2009b).

Além disso, o conceito de governo também pode auxiliar a pensar sobre essas questões. Rose (2011, p. 25) conceitua governo como

Um modo de conceitualizar todos aqueles programas, estratégias e táticas para “condução da conduta”, mais ou menos racionalizados, para agir sobre as ações dos outros de maneira a alcançar certos fins. Nesse sentido, pode-se falar em governo de um navio, de uma família, de uma prisão ou fábrica, de uma colônia e de uma nação, assim como de um governo de si.

O autor chama a atenção para as várias formas de governo, os programas e as políticas para além do controle, da disciplina e da normalização, incluindo também tentativas de tornar as pessoas mais saudáveis, produtivas, empreendedoras, felizes e inteligentes.

Identificar e tratar os anormais é uma estratégia biopolítica de controle das populações, de torná-las mais saudáveis, produtivas, empreendedoras, etc. É uma forma de garantir que quem não anda de acordo com o esperado tenha seu desvio tratado, para que volte a agir ou passe a agir normalmente. Cada vez mais vemos aparecer, em nosso cotidiano de profissionais da saúde, pessoas com problemas sociais ou comportamentais que tentam resolver, ou são enviados para resolverem, esses problemas por meio de soluções médicas, que abordaremos com mais detalhes a seguir. Assim, aquele indivíduo que não se adapta é rotulado como “doente mental” e é tratado desta forma, por meio, principalmente, de fármacos psicotrópicos.

3 DEPENDÊNCIA DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS E A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA

Vivenciamos uma situação de certa maneira paradoxal: ao mesmo tempo em que ocorre uma repressão ao uso de drogas ilegais, ocorre uma incitação ao consumo de drogas legais, por meio de medicamentos prescritos visando corpos saudáveis, um ideal de beleza (anorexígenos), de habilidade (anabolizantes e estimulantes) ou de “felicidade” (ansiolíticos e antidepressivos), e do hábito de ingerir bebidas alcoólicas, tabaco e café (DUARTE; LEGAL, 1998).

A *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC), em relatório de 2019, estimou que 35 milhões de pessoas sofrem de transtornos decorrentes do uso de drogas no mundo. Em 2017, 5,5% da população mundial entre 15 e 64 anos usaram drogas no ano anterior, um aumento de 30% quando comparado com 2009. A droga mais usada em 2017 foi a maconha, entretanto, os opióides (fármacos lícitos) tiveram destaque no relatório de 2019, com 53 milhões de usuários, 56% acima das estimativas de 2016. Os opióides foram responsáveis por dois terços das 585 mil mortes decorrentes do uso de drogas em 2017 (UNODC, 2019).

É possível observar a banalização do uso de substâncias químicas lícitas, que leva a um consumo desregrado e exagerado.

Ilustra este fato a quantidade de reportagens jornalísticas noticiando, por exemplo, o Rivotril® (clonazepam) como um dos medicamentos mais vendidos no Brasil (chegou a ficar em segundo lugar no ano de 2008).

O aumento no consumo deste tipo de substância está relacionado a um processo que vem ocorrendo nas últimas décadas, de medicalização do sofrimento. Medicalização é o processo no qual problemas e condições de vida, que até então não eram considerados de ordem médica, passam a ser vistos e tratados como tal. Este fenômeno vem sendo descrito por estudiosos desde a década de 1970, tais como Illich (1975), Foucault (1979) e Szasz (1974). Podemos afirmar que a medicalização do sofrimento deriva da forma como encaramos os transtornos mentais desde o século XIX, consequência da “medicina do não patológico”, que discutimos anteriormente. Como consequência da medicalização, ocorre também uma medicamentação da vida e do sofrimento, conceito que se refere ao uso de medicamentos para tratar condições medicalizadas.

Desde o século XIX que a loucura (e, logo em seguida, outras “anormalidades cotidianas”²) se tornou campo de estudo e interferência da psiquiatria. Para isso, foi preciso, primeiramente que ela fosse vista como doença. Na medida em que a loucura e o sofrimento passaram a ser encarados como doença é que foram sendo incorporados ao campo da psiquiatria. Ao mesmo tempo, a loucura (assim como as dependências em álcool e outras drogas) foi sendo codificada como perigo. Desta forma, o tratamento, o saber e a prevenção dessas condições passaram a funcionar como precaução social necessária para evitar esses perigos (FOUCAULT, 2001).

A medicina passou a atuar, segundo Peter Conrad e Joseph Schneider (1992), como agente reconstitutivo central em nossa sociedade. Em outras palavras, a medicina passou a ter um papel de controle social. O controle social está relacionado ao controle dos desvios, à promoção da conformidade social. Estes autores falam de um nível formal e um nível informal de controle social. O primeiro abrange o autocontrole e o controle relacional (relações cotidianas). Já o controle formal engloba as formas institucionalizadas de controle, tais como o sistema jurídico, policial, educacional e o sistema de saúde.

² Por “anormalidades cotidianas” me refiro às condições tratadas pelo que Foucault chama de medicina do não patológico.

A nova forma de encarar os problemas mentais, surgida na segunda metade do século XIX, acrescentou novas estratégias de intervenção e gestão biopolítica dos corpos relacionadas com a teoria de degeneração de Benedict August Morel (*Traité dès Dégénérescences Physiques, Intellectuelles et Morales de l'Espèce Humain*) (CAPONI, 2009b). A classificação tornou-se o imperativo, sempre buscando uma base biológica para as condutas. Esta teoria abriu espaço para um processo de diagnóstico psiquiátrico de doenças que levam em conta comportamentos cotidianos.

O tratamento de comportamentos anormais, por mais “leves” que sejam, demonstra a tendência da psiquiatria e do campo da saúde mental hegemônico: a tentativa de antecipação de patologias mais severas. Em outras palavras, a preocupação é com o risco: de delinquência, de outros transtornos mentais, etc. O que isso representa? Uma das consequências é o poder que a medicina, especialmente da psiquiatria, passaria a exercer também nas escolas, assim como ocorreu em outras instituições, tal como o presídio (FOUCAULT, 2008).

Todas estas formas que nossa sociedade criou para lidar com os sofrimentos ou problemas sociais (medicalização da vida, tratamento com psicofármacos para problemas cotidianos, criminalização do uso de drogas, a ideia do diagnóstico precoce de transtornos mentais) tomam como pressuposto que determinados comportamentos ou atitudes são riscos para a criminalidade. Assim, desde um diagnóstico de TDAH até o tratamento da dependência de drogas, o objetivo final é a prevenção da criminalidade e a diminuição da periculosidade.

Desta forma, quando falamos em dependência, a justificativa para internação forçada, muitas vezes judicialmente ordenada, é a questão da segurança, uma tentativa de diminuir os perigos. De acordo com Foucault (2001) o perigo social, dentro da psiquiatria, passou a ser codificado como doença passível de tratamento. Porém, a droga em si não é sinônimo de perigo, uma vez que a humanidade sempre, ou quase sempre, fez uso de substâncias modificadoras dos sentidos, sejam elas lícitas ou ilícitas.

Mas podemos nos perguntar: qual é o problema da psiquiatria “assumir” esses “problemas” sociais e tratá-los? Será que queremos que todos os nossos problemas se transformem em problemas de saúde e sejam tratados medicamente? As respostas estão relacionadas às consequências sociais da

medicalização. Algumas delas são: (A) não levar em consideração o outro; (B) Estigmatizar; (C) Reduzir problemas complexos a doenças biológicas; (D) Individualizar o problema. São estas questões que pretendemos esmiuçar na próxima seção.

4 A CLASSIFICAÇÃO DE PESSOAS E O ESTIGMA: ORIGEM NAS RELAÇÕES DE PODER?

Quando nos referimos a não levar em consideração o outro, consideramos que tratar uma condição social como médica, e vê-la como uma doença biológica, acaba por desconsiderar o sofrimento do outro, além de gerar uma assimetria na relação. Uma das críticas que os defensores das teorias biológicas para os transtornos mentais fazem à teoria da medicalização da vida é justamente afirmar que, ao defender esta última, estaríamos negando o sofrimento dos sujeitos. Porém, ocorre o contrário: ao considerar um sofrimento como um problema somente cerebral (não negando que existem componentes biológicos influenciando os comportamentos e sofrimentos humanos), a consequência é tratar a questão de forma unicamente biológica, levando à crença de que a escuta não é necessária ou é menos importante. Ora, mas é justamente a escuta (que vem de uma relação horizontal, não vertical) que valoriza o sofrimento e faz com que a pessoa consiga lidar com as dificuldades da vida.

O estigma de pessoas com transtorno mental existe, apesar de ser amenizado pela ideia de que a causa do transtorno é o cérebro e não o sujeito em si. O filósofo da ciência Hacking (2009) faz uma diferenciação entre classificações de coisas e de pessoas. E afirma que, quando classificamos pessoas, essas classificações interagem com elas, gerando efeitos tanto nos indivíduos classificados quanto nas próprias categorias classificatórias. A esta interação o autor chamou “efeito de arco” (*looping effect*). Hacking afirma que o efeito de arco pode ser positivo, quando o indivíduo aceita a classificação e até incorpora atributos oriundos dela que, até então, ele não possuía; ou negativo, quando ocorre uma negação da classificação. Aplicado ao caso do álcool e outras drogas, o efeito de arco positivo se daria quando o indivíduo se vê como doente e passa a agir como tal, comportando-se conforme o esperado.

O estigma a que me refiro neste caso é aquele gerado pela própria classificação, ou diagnóstico, quando ocorre o que Hacking chamou de efeito

de arco com *feedback* positivo. O indivíduo classificado, ao aceitar sua classificação, pode passar a agir de acordo com o que se espera de uma pessoa com esta classificação, inclusive incorporando comportamentos que não tinha antes de ser diagnosticado. Um estudo com pais e professores de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade ilustra este fenômeno (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2009). Em função da classificação, as crianças com TDAH, por exemplo, podem se sentir incapazes de lidar com as adversidades e até de estudar se não fizerem uso de certos medicamentos. Elas incorporam o diagnóstico a tal ponto que passam a justificar suas ações, e principalmente seus fracassos, em função dele. Assim pode ocorrer também com a dependência de álcool de drogas, os indivíduos, a partir do momento em que se veem como dependentes doentes, podem justificar seus comportamentos (uma “bebedeira”, por exemplo), em função do transtorno incurável que o acomete. Isso pode levá-lo até a pensar que não é capaz de trabalhar, estudar ou levar uma vida “normal”.

Por fim, outra consequência está relacionada com a anterior: ao encarar o sofrimento como um problema biológico, o problema do abuso de substâncias, sejam elas lícitas ou ilícitas, se transfere para o indivíduo, seu corpo e seu cérebro. O tratamento de escolha, a partir do momento em que o problema é biologizado, passa a ser biológico, medicamentoso. Não queremos dizer aqui que o tratamento não deve ser único para cada sujeito. Não somos a favor da padronização, nem de diagnósticos nem de tratamentos. A individualização a que nos referimos é deixar de pensar a dependência e o abuso como tendo origens sociais e localizar suas causas no cérebro. O simples uso de medicamentos para corrigir um desequilíbrio de neurotransmissores não ajuda, a longo prazo, a pessoa a lidar com suas desilusões, suas perdas, seus problemas. Neste caso, os medicamentos atuam mais como “anestésicos” para a dor que o sofrimento traz.

A classificação pode também gerar estigma, como é visto constantemente no caso de dependentes químicos. O estigma, segundo Erving Goffman (2008), considerado um defeito, uma fraqueza, uma desvantagem, constitui uma discrepância entre a identidade social virtual (o que se espera de uma pessoa) e a identidade social real (atributos que a pessoa possui). Se o indivíduo incorpora a classificação que lhe foi dada, ele pode tentar corrigir o seu defeito, numa tentativa de diminuir o estigma que essa classificação gera.

O estigmatizado possui as mesmas concepções de normalidade do indivíduo considerado normal.

Por um lado, uma classificação médica diminui o estigma do “alcoólatra” ou do “viciado” ao atribuir-lhe um problema de saúde diagnosticado, dando-lhe o estatuto do doente. A partir de então, o estigma passa a ser outro, de doente crônico, que sempre deverá estar vigilante, uma vez que uma das características da doença é não ter cura. Então, neste caso, ao mesmo tempo de em que livra o dependente químico de um estigma, leva-o a outro. E a pergunta que fazemos é: o estigma oriundo de uma classificação médica é mais “brando”? Ou será que, justamente por ter um “embasamento científico” se torna mais duradouro?

Segundo Hacking (2007), quando a classificação é proveniente da área médica, a partir de conhecimentos derivados da ciência, ela tende a ser mais duradoura, uma vez que a ciência possui este estatuto de verdade, conforme discutimos anteriormente. De acordo com o autor, existe uma estrutura por trás de uma classificação, que faz com que esta classificação tenha este aspecto científico e de verdade, composta por cinco elementos: a própria classificação, os indivíduos, as instituições, o conhecimento e os especialistas. A classificação em si gera os tipos de pessoas, e é formada por indivíduos que compartilham o mesmo problema. Esse grupo de pessoas possui um nome e suas características são determinadas em função desse nome. As instituições confirmam a existência dessa classificação e são um meio de legitimar aquele tipo de pessoas. E é através do conhecimento que se pode decidir quem é doente e quem não é. São os especialistas, por sua vez, que detêm o conhecimento e, portanto, são eles que primeiramente classificam.

Quando há a configuração de relações assimétricas entre profissionais de saúde e pacientes não ocorre a adesão ao tratamento tão esperada e desejada pelos primeiros. Mas isso é só a “ponta do *iceberg*” do problema. A medicalização da vida e do sofrimento, o uso abusivo de substâncias lícitas, a estigmatização dos dependentes químicos, também estão diretamente vinculadas com a microfísica do poder. A construção de vínculos e de relações horizontalizadas contribui muito com o tratamento da dependência, sem culpabilizar quem busca ajuda, tornando-o sujeito neste tratamento, corresponsável e alguém dotado de capacidade para fazer suas próprias escolhas e arcar com suas consequências.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dificuldades em abordar a dependência e a adesão aos tratamentos não é apenas uma falha das equipes de saúde, mas uma limitação de uma realidade complexa. Perceber as relações de poder inerentes à relação profissional/paciente, relacionadas ao saber, e suas consequências no nível individual, é apenas uma faceta desta realidade complexa. Estas relações são consequência de um saber científico que se configurou desde o século XIX e que encara a saúde mental como resultado de lesões orgânicas ou de desequilíbrios em mecanismos biológicos cerebrais.

Não podemos pensar e tratar nosso cérebro, o órgão da mente e de nossos pensamentos, como os demais órgãos do nosso corpo. Para nós, existem relações complexas entre cérebro (biológico), meio e evolução que não podem ser simplesmente negligenciadas em prol de explicações essencialmente biológicas sobre nossos comportamentos e pensamentos. As explicações que funcionam relativamente bem para o restante da medicina, como no caso das doenças infecciosas, não podem ser aplicadas aos transtornos psiquiátricos. Para termos de comparação, podemos dizer que a poliomielite foi erradicada, mas nunca deixará de existir enquanto entidade nosológica. Mas não é o que ocorre nas doenças mentais. A definição do que é doença, ou não, pode ser modificada, mas não em consequência de uma erradicação, o que não faria sentido nesse caso.

Um tratamento que ofereça ao paciente uma participação ativa, além de uma escuta ativa do profissional da saúde, pode auxiliar na interação entre os dois agentes. Este tipo de postura, considerando o outro e seu saber, diminui a distância entre ambos, facilitando o diálogo e, conseqüentemente, o tratamento.

Apesar de a dependência ser encarada hoje como uma doença, um transtorno mental, alguns defendendo até como tendo uma origem genética, o estigma em torno do problema continua grande. Esse estigma está vinculado com a violência relacionada ao uso de drogas e álcool e da própria classificação, proveniente da área da saúde. Isso porque a ciência possui papel de verdade em nossa sociedade. Além disso, o estigma deriva também do papel socialmente construído do “dependente perigoso”. A resposta imediata pode gerar políticas baseadas na “guerra às drogas”, influenciando os modelos

de atenção em saúde mental e aumentando a exclusão dos usuários de substâncias psicoativas.

É possível notar a visão do dependente como um sujeito incapaz de compreender as regras sociais ou decidir pela sua própria vida. A própria patologização da dependência contribui para a anulação desse sujeito, pois se a droga o torna incapaz e a dependência é biológica, incapacidade é considerada inata e somente tratável pela entrada em serviços de saúde. Trata-se de uma estratégia biopolítica que retira das ruas os indesejados, reforçando o controle social da pobreza.

O Ministério da Saúde elenca fatores que contribuem para a exclusão social dos usuários de álcool e outras drogas: a associação que se faz entre usar drogas e delinquência; o estigma atribuído aos usuários; o tráfico como uma alternativa de trabalho e geração de renda para populações mais pobres; a ilegalidade do uso dessas substâncias, que impede a participação social organizada dessas pessoas. A abordagem e o tratamento para a dependência de álcool e drogas precisam levar estes fatores em consideração. Neste sentido, uma relação mais dialógica e horizontalizada entre profissional de saúde e paciente pode diminuir a distância entre esses agentes. O Ministério da Saúde destaca ainda a necessidade de mudança na forma como são vistos os dependentes, de mudança no paradigma de 'doentes' para novos cidadãos merecedores de direitos e exercício pleno da cidadania.

Dentro do Sistema Único de Saúde, em que a concepção de saúde obriga a uma mudança de paradigma de atenção, em relação ao modelo biomédico tradicional, esta discussão se torna essencial. A nova postura profissional esperada, principalmente no âmbito da atenção primária, demanda uma série de mudanças: horizontalidade na relação, criação de vínculos, humanização, acolhimento, dentre outras. Ao pensar sobre cada um desses conceitos, percebe-se que a questão das relações de poder, como é apresentada por Foucault, perpassa todos eles. As mudanças esperadas provêm de uma nova relação profissional/paciente, de uma nova forma de lidar com as questões de poder.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRZOZOWSKI, F. S.; CAPONI, S. Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: classificação e classificados. *Physis*, v. 19, n. 4, p. 1165-87, 2009.
- CAPONI, S. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 95-103, 2009a.
- CAPONI, S. Biopolítica e medicalização dos anormais. *Physis*, v. 19, n. 2, p. 529-49, 2009b.
- CAPONI, S. *Uma sala tranquila*: neurolépticos para uma biopolítica da indiferença. São Paulo: Liber Ars, 2019c.
- CAPONI, S. Classificar e medicar: a gestão biopolítica dos sofrimentos psíquicos. *Revista internacional interdisciplinar INTERthesis*, v. 9, n. 2, p. 101-22, 2012.
- CONRAD, P.; SCHNEIDER, J. W. *Deviance and medicalization: from badness to sickness*. Philadelphia: Temple University Press, 1992.
- DUARTE, L. F. D.; LEAL, O. F. *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
- FERREIRA, A. C. Z. et al. Fatores que interferem na adesão ao tratamento de dependência química: percepção de profissionais de saúde. *Revista Mineira de Enfermagem*, v. 19, n. 2, p. 150-6, 2015.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- FOUCAULT, M. *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- FOUCAULT, M. *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir*: história da violência nas prisões. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
- FRANCES, A. *Saving normal*. New York: Harper Collins, 2013.

GAYON, J. Epistemologia da medicina. In: CAPONI, S.; RUSSO, M. (Org.). *Estudos de filosofia e história das ciências biomédicas*. São Paulo: Discurso Editorial, 2006. p. 39-63.

GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GUSMÃO, J.L.; MION JR, D. Adesão ao tratamento: conceitos. *Revista brasileira de hipertensão*, v. 13, n. 1, p. 23-5, 2006.

HACKING, I. O autismo: o nome, o conhecimento, as instituições, os autistas – e suas interações. In: RUSSO, M.; CAPONI, S. (Org.). *Estudos de filosofia e história das ciências biomédicas*. São Paulo: Discurso Editorial, 2006. p. 305-20.

HACKING, I. Kinds of people: moving targets. *Proceeding of the British Academy*, v. 151, p. 285-318, 2007.

ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

LAKSHMAN, D.; KALRAV, M.; ZANKHANJETFIRE, M. A study of reasons of non-compliance to psychiatric treatment. *Indian Journal of Applied Basic Medical Sciences*, v. 18a, n. 26, 2016, p. 15-23.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 3, p. 775-82, 2003.

LIMA ACIOLI NETO, M.; SOUZA SANTOS, M. F. As máscaras da pobreza: o crack como mecanismo de exclusão social. *Psicologia em Estudo*, v. 20, n. 4, p. 611-23, 2015.

MONTEIRO, C. F. S. et al. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-AD do Piauí. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 15, n. 1, p. 90-95, 2011.

MOREIRA, M. R.; FERNANDES, F. M. B.; FRANCO NETO, T. L. Uma revisão da produção científica brasileira sobre o crack – contribuições para a agenda política. *Ciência&SaúdeColetiva*, v. 20, n. 4, p. 1047-62, 2015.

OLIVERIA JUNIOR, J. O.; RAMOS, J. V. C. Adherence to fibromyalgia treatment: challenges and impact on the quality of life. *BrJP*, v. 2, n. 1, p. 81-7, 2019.

SCADUTO, A. A.; BARBIERI, V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 2, p. 605-14, p. 2009.

SOUZA, T. T. et al. Evaluation of adherence to treatment by patients seen in a psychosocial care center in northeastern Brazil. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, v. 47, n. 4, p. 787-95, 2011.

SZASZ, T. S. *O mito da doença mental*. São Paulo: Círculo do Livro, 1974.

TAVARES, N. U. L. et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 50, supl. 2, p. 1s-11s, 2016.

UNNI, E. J.; STERNBACH, N.; GOREN, A. Using the Medication Adherence Reasons Scale (MAR-Scale) to identify the reasons for non-adherence across multiple disease conditions. *Patient Preference and Adherence*, v. 13, p. 993-1004, 2019.

UNODC, United Nations Office on Drugs and Crime. *World drug report*. New York: United Nation, 2019.