

Barreiras na relação clínico-paciente em dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento

Doctor-patient relationship barriers to substance dependents seeking treatment

Bruno José Barcellos Fontanella e Egberto Ribeiro Turato

Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil

Descritores

Transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, psicologia. Transtornos relacionados ao uso de álcool, psicologia. Aceitação pelo paciente de cuidados de saúde, psicologia. Cuidados médicos. Entrevista psicológica. Relações profissional-paciente. Relação médico-paciente. Visita a consultório médico, utilização. Pesquisa qualitativa.

Keywords

Substance-related disorders, psychology. Alcohol-related disorders, psychology. Patient acceptance of health care, psychology. Medical care. Interview, psychological. Professional-patient relationship. Physician-patient relations. Office visits, utilization. Qualitative research.

Resumo

Introdução

Conhecer as barreiras para a procura de tratamento por dependentes de substâncias psicoativas tem óbvias implicações clínicas e na saúde pública. Assim, objetivou-se construir hipóteses sobre variáveis psicológicas e sociofamiliares configuráveis como barreiras subjetivas para procura mais precoce por tratamento formal.

Métodos

Foi realizada pesquisa qualitativa exploratória sobre amostra intencional (fechada por saturação e variedade de tipos) de 13 dependentes de substâncias psicoativas que procuraram tratamento. Foram realizadas entrevistas semidirigidas com questões abertas, e o material transcrito foi submetido à análise qualitativa de conteúdo.

Resultados

As principais barreiras situadas na relação clínico-paciente caracterizaram-se pelo medo, por parte dos usuários, em relação a clínicos e instituições (percebidos como possuindo características "sádicas") e pela percepção, pelos mesmos, de um "distanciamento" clínico-paciente.

Conclusões

Deve ser considerada, pelos clínicos, a possibilidade de ocorrência dessas barreiras para procura de tratamento por pacientes ou potenciais pacientes, e o sistema público de saúde deve considerá-las na elaboração de seu *marketing* institucional. Tópicos como "medo de ser maltratado" e "os clínicos não saberiam tratar" deveriam constar nos questionários estruturados dos estudos quantitativos que investigam a frequência das diferentes barreiras para procura de tratamento por dependentes.

Abstract

Introduction

Knowing the barriers substance dependents come across when seeking treatment has medical and public health implications. The study's aim was to formulate hypothesis on psychological and social and familiar variables forming subjective barriers to early treatment.

Methods

A qualitative exploratory study was conducted in an intentional sample (selected through saturation and variety of types) of 13 substance dependents who sought

Correspondência para/Correspondence to:

Bruno José Barcellos Fontanella
Av. Barão de Itapira, 1518, 308
13020-432 Botafogo, Campinas, SP
E-mail: bruno.fontanella@uol.com.br

Baseado na tese de doutorado em ciências médicas apresentada na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, 2000. Recebido em 22/8/2001. Reformulado em 10/4/2002. Aprovado em 23/4/2002.

treatment. In-depth open-question semi-structured interviews were conducted and the transcribed data underwent qualitative analysis.

Results

The main barriers in doctor-patient relationship were fear of doctors and facilities which are regarded as "sadistic," and the perception of doctor-patient "distancing."

Conclusions

Health care professionals should take into consideration the existence of barriers to treatment and should bear this in mind when promoting their services. Issues such as "fear of being abused" and "doctors wouldn't know how to treat me" should be covered in structured questionnaires of further quantitative studies.

INTRODUÇÃO

Diversas são as barreiras para um dependente de substâncias psicoativas chegar a um tratamento. Em países em desenvolvimento, a principal delas deve ser a não-universalização, de fato, dos atendimentos pelo sistema público de saúde. Entretanto, mesmo que algumas barreiras sejam *externas* aos indivíduos (decorrentes, por exemplo, da precariedade no sistema de saúde ou das características dos programas de tratamento oferecidos), interessa, inicialmente, abordá-las *como são subjetivamente percebidas* pelos próprios sujeitos que procurarão – ou não – o atendimento. Estudos *quantitativos* sobre frequências de aparecimento das diferentes barreiras e motivações para procura de tratamento podem ser mais bem elaborados a partir do conhecimento aprofundado de *quais são* esses fatores.

A maioria dos dependentes parece adiar a procura por tratamento ou simplesmente não pensa na possibilidade de se tratar.¹⁰ *Considerar que o problema não é grave o suficiente para merecer tratamento* (negação da gravidade) é uma das barreiras mais frequentemente citadas por pacientes dependentes e por usuários ocultos aos serviços de saúde.^{10,11,19} *Considerar o tratamento não relevante para promover mudanças de vida* é outra alegação frequentemente citada, optando os usuários por lidarem sozinhos com o problema.^{10,18} Medo do estigma por procurar tratamento parece ser outro fator relevante, sobretudo para mulheres.^{5,19}

Outras barreiras mencionadas na literatura^{5,10,11,18,19} são: *considerar o tratamento ineficaz; não se considerar dependente por não usar diariamente as substâncias ou não as injetar; achar que ficaria sozinho porque ninguém teria problemas semelhantes; ter dificuldade de compartilhar problemas; ignorar locais de tratamento; ter medo de perder o emprego ou transtornar a família; achar que não se adaptará às*

regras ou aos modelos de tratamento que conhece, principalmente os de conotação religiosa; ter medo de cair e ficar envergonhado; não querer abandonar o prazer de usar; homens que possuem receio de não corresponder ao papel masculino socialmente esperado; ter medo de ser forçado a se abster e da sorologia para HIV; não querer interromper pequenos tráficos; achar que a família o desestimularia; considerar inadequada a localização dos serviços; temer o hospital ou o tratamento; não querer "perder tempo"; mulheres que têm medo de represálias por parte de companheiros também usuários. Barreiras mais "práticas" podem surgir depois da decisão de tratar-se: não cobertura do seguro-saúde; listas de espera; não conseguir abstinência enquanto espera a vaga (política de serviços que não "desintoxicam"); burocracia; não ter quem cuide dos filhos; mulheres que não querem ser atendidas por homens ou com pacientes homens.

Certas barreiras podem ser exatamente os *motivos* para que outras pessoas procurem tratamento (medo de perder o emprego, por exemplo), daí a importância das *significações pessoais* desses fatores, no que as pesquisas qualitativas contribuem. A relação entre as barreiras *subjetivas* e os mecanismos psicológicos de defesa contra a angústia acrescenta importância às *significações pessoais*. Ressalte-se, entretanto, que algumas barreiras subjetivas não são apenas *imaginadas* pelos dependentes, podendo corresponder a fatos, por exemplo, o medo de serem estigmatizados pelos próprios profissionais de saúde – como realmente pode acontecer.^{13,21}

O objetivo da presente pesquisa foi construir hipóteses sobre variáveis psicológicas e sociofamiliares que se configurariam como barreiras subjetivas para uma procura mais precoce por tratamento formal por dependentes de substâncias psicoativas que efetivaram a procura. Objetivou-se conhecer, sobretudo, *como* elas são percebidas e/ou vivenciadas por essas pessoas.

MÉTODOS

Utilizou-se o método qualitativo cujas técnicas e procedimentos são descritos adiante.*

O instrumento de coleta de dados foi uma *entrevista semidirigida com questões abertas*, que, teoricamente, assegura possibilidades indefinidas de aprofundamento dos entrevistados no tema. Por isso, é indicada nas pesquisas exploratórias (como a presente) que estudam problemas ainda pouco conhecidos. Foi proposto aos entrevistados um tema geral (“*como ocorreu a procura de tratamento*”), e, caso associações da dupla pesquisador-entrevistado não contemplassem espontaneamente os subtemas contidos no roteiro temático, estes também eram propostos (“*fatores desencadeantes*”; “*o que entende por tratamento*”; “*aspectos do uso que deseja modificar*”; “*por que não procurou tratamento antes*”; “*como imaginou os profissionais que o atenderiam*”; “*como eles deveriam ser*”; “*influência de tratamentos anteriores*”). O entrevistador procurou catalisar a expressão dos entrevistados, utilizando técnicas que facilitassem suas falas e estimulasse reflexões sobre suas preocupações e opiniões acerca do tema. Foram estimulados a exercer papel ativo na entrevista, a se expressar com suas próprias palavras e a modular a entrevista “*segundo sua estrutura psicológica particular*” (Bleger,⁴ 1989).

Desses procedimentos resultaram treze entrevistas longas (ao todo 19 horas de gravação) transcritas por um técnico nas semanas seguintes e depois revisadas e comparadas com as gravações pelo próprio entrevistador (o primeiro autor). As transcrições integrais permanecem disponíveis para eventual audição.⁸ Sobre esse *corpus*, realizou-se uma análise de conteúdo² qualitativa, explicada a seguir.

Os autores fizeram leituras flutuantes² dessas transcrições, de maneira a se familiarizar com o material e a formular categorias descritivas, codificando as motivações e barreiras mencionadas pelos entrevistados e aquelas induzidas pelos pesquisadores. Uma análise qualitativa de um texto não induz (ou infere) suas categorias a partir da frequência (ou outras medidas matemáticas) com que as unidades de análise aparecem. As induções decorrem da identificação de fenômenos clínicos, psicológicos e sociais associados às falas dos entrevistados e, possivelmente, generalizáveis a outros contextos.

Formuladas as categorias, foram discutidas e interpretadas com a utilização de um quadro teórico em

que se sobressaíram a psicologia médica e a teoria psicanalítica em seus conceitos básicos (inconsciente, transferência e contratransferência, causalidade psíquica, mecanismos defensivos e outros), eventualmente recorrendo a conceitos pós-freudianos.

Quanto à amostra, ressaltou-se que em pesquisas qualitativas não se trabalha com representatividade estatística em relação ao universo de sujeitos (noutras palavras, não se busca uma amostra randomizada). Portanto, o tamanho da amostra decorre de necessidades *não-matemáticas*. Procura-se intencionalmente a heterogeneidade da amostra quanto a variáveis clínicas e sociodemográficas, e se escolhem sujeitos que possam, por suas características de fácil expressividade verbal, fornecer dados para a pretendida formulação das hipóteses.

A amostra estudada constituiu-se de 13 dependentes que procuraram tratamento. Inicialmente, foi fechada por *saturação* (entrevistaram-se seguidamente nove sujeitos adequados aos critérios de inclusão, até que novas entrevistas não acrescentassem dados substancialmente novos àqueles já obtidos, segundo a crítica dos pesquisadores). Em seguida, incluíram-se quatro outros componentes por *variedade de tipos* (elementos que, por sua tipicidade quanto a certas características clínicas e sociodemográficas, preenchiam algumas lacunas da amostragem desejada pelos autores: uma mulher, um dependente de opiáceos, um de *crack*-cocaína e outro sob coerção da empresa na qual trabalhava). Seis dos treze elementos da amostra estavam voltando a tratamento (pois já haviam abandonado um tratamento prévio), e os demais procuravam-no pela primeira vez.

As entrevistas foram feitas com pacientes do próprio pesquisador atendidos em consultório e em uma clínica de internação psiquiátrica de Campinas, SP. Considera-se importante esse critério de inclusão na amostra, pois parte dos fenômenos que se objetivavam investigar situava-se supostamente no encontro clínico-paciente, exatamente o *setting* natural no qual determinadas dificuldades ocorreriam e, dessa maneira, melhor observáveis. Nas pesquisas qualitativas, os prováveis vieses decorrentes de uma amostragem desse tipo não precisam ser evitados, mas, sim, reconhecidos e discutidos, o que se procurou fazer neste trabalho.

Os demais critérios de inclusão foram:

- adesão ao tratamento inicial (aceitação das orientações terapêuticas iniciais, o que se trata, na prática, do comparecimento ao consultório por pelo

*Pesquisa qualitativa, como definida por Denzin & Lincoln,⁶ 1994, envolve “uma abordagem interpretativa e naturalística para seu assunto. Isto significa que os pesquisadores qualitativistas estudam as coisas em seu *setting* natural, tentando dar sentido ou interpretar fenômenos em termos das significações que as pessoas trazem para eles”.

- menos três vezes ou internação de sete dias);
- estar o entrevistado nas três semanas iniciais de tratamento;
- manter a adesão depois de resolvidas eventuais situações agudas desencadeadoras da internação ou consulta (quadro agudo de síndrome de abstinência, comportamentos disruptivos que levam a crises familiares, intoxicação aguda mais grave etc);
- diagnóstico principal de dependência de pelo menos uma substância psicoativa (CID-10: F1x.2);
- queixa principal relacionada ao diagnóstico;
- ter ciência do diagnóstico;
- concordar em participar da pesquisa;
- condição intelectual, emocional e física para participar da entrevista.

A cada quinzena, aproximadamente, entrevistou-se uma pessoa que satisfizesse a esses critérios (escolhendo um, dentre os que chegavam àqueles serviços, com maior facilidade de se expressar verbalmente).

Alguns procedimentos objetivaram maximizar a validade e a confiabilidade das entrevistas como instrumento de coleta de dados:

- facilitação das condições de expressão do entrevistado;
- bom *rapport* entrevistador-entrevistado;
- “pesquisador como instrumento”;⁴
- *setting* das entrevistas estável;
- proposição de mesmo tema geral e subtemas a todos os entrevistados.

Quanto à análise de conteúdo, tal procura de maximização valeu-se de:

- triangulação entre os analistas dos dados (os autores que, depois de procederem a codificações e

- análises independentes, discutiram suas categorias já consensuais e aquelas que se tornaram consensuais);
- exemplificação e uso de teorias na exposição e discussão dos resultados;
- auditoria por pesquisadores independentes à pesquisa;
- julgamento de peritos na área;
- registro das 19 horas de entrevistas, com transcrição fiel do que foi dito pelo entrevistador e entrevistados;
- informações sobre o contexto clínico-social vivido pelos entrevistados;
- procura de falseamento das hipóteses levantadas;
- explicitação dos instrumentos teóricos de análise.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra configurou-se heterogênea, como pretendido (Tabela). Seus componentes diversificaram-se quanto a variáveis clínicas (substância e tempo de uso; tratamentos anteriores; comorbidade psiquiátrica) e sociodemográficas (idade, sexo – apenas uma mulher –, orientação sexual, etnia, escolaridade, situação trabalhista, composição familiar e religiosidade).

Clínicos e instituições percebidos como sádicos

Alguns entrevistados mostraram supor características *deliberadamente cruéis* dos clínicos e instituições, o que surpreendeu os autores, pois a literatura revisada não mencionava fenômeno desse tipo. Comentários de como revelaram esse medo:

“...achava que seria na base da... de confinamento, devia ser sedado o dia todo... O que eu imaginava era isso daí: eu dentro de uma cela, sedado, amarra-

Tabela - Caracterização da amostra: algumas variáveis sociodemográficas e clínicas.*

A	Homem	50a, branco, casado, publicitário, desempregado. Dependente de álcool há 15 anos, uso nocivo de cocaína intravenosa há 20 dias
B	Homem	29a, negro, casado, eletricista, empregado. Dependente de álcool há 7 anos
C	Homem	18a, branco, solteiro, técnico de telefonia, desempregado, dependente de cocaína intranasal há 2 anos
D	Homem	24a, branco, solteiro, sem profissão, não trabalha, dependente de cocaína intranasal há 5 anos
E	Homem	39a, branco, viúvo, engenheiro, empregado, dependente de álcool há 2 anos
F	Homem	36a, branco, casado, serralheiro, dependente de álcool há 7anos
G	Homem	22a, branco, solteiro, comerciante, dependente de cocaína intranasal há 3 anos
H	Homem	homossexual, 29a, branco, solteiro, comerciante autônomo, dependente de cocaína intranasal há 2 anos
I	Homem	39a, branco, casado, desenhista, dependente de álcool há 4 anos
J	Mulher	20a, parda, solteira, sem profissão, não trabalha, dependente de maconha há 1 ano
K	Homem	23a, pardo, solteiro, industrial, empregado, dependente de crack há 1 ano
L	Homem	43a, pardo, casado, industrial, dependente de álcool há 6 anos
M	Homem	34a, branco, solteiro, aposentado por invalidez, dependente de codeína (atualmente por via oral, anteriormente por via intra-venosa) há 9 anos

*Os leitores interessados podem solicitar aos autores o quadro completo com a caracterização dos componentes da amostra, onde também constam dados sobre: composição familiar, escolaridade, comorbidade psiquiátrica, tempo de uso da substância da qual o entrevistado é dependente, outras substâncias de abuso, religiosidade e local onde as entrevistas foram realizadas. Também esses dados podem ser encontrados na tese de Fontanella,⁸ 2000).

do... *Quer dizer, na minha cabeça era isso daí...*" (A)

Pode-se supor que uma impressão desse tipo – um hospital com métodos cruéis – corresponda apenas à representação social desse tipo de equipamento psiquiátrico no Brasil. De fato, alguns entrevistados fazem referências indiretas às más práticas psiquiátricas observadas no País e que podem sustentar certa representação social negativa dos hospitais psiquiátricos. Além da medicação excessiva (temida por A.), temeu-se também a eletroconvulsoterapia mal indicada e com finalidade punitiva (K.).

Entretanto, tais temores parecem revelar algo de estrutural da dinâmica psíquica desses pacientes no momento em que tentam mudar seu padrão de consumo. Um dos indícios foi o de que o medo de ser maltratados não se manifestou apenas em relação a uma internação mas também aos atendimentos ambulatoriais, *mesmo depois de iniciados e já conhecidos*. Parece fazer parte do imaginário de alguns entrevistados a noção de que os clínicos podem *errar sistematicamente* – revelando despreparo técnico –, ser *desequilibrados emocionalmente* e maltratar deliberadamente seus pacientes. É o que se denomina temor de condutas *sádicas* de seus futuros clínicos.

O entrevistado E., que conhecia seu psicoterapeuta há anos, comparecia sistematicamente às sessões sob efeito de álcool nos meses antecedentes à internação por alcoolismo. A intenção era diminuir tremores e náusea, pois não queria que seu clínico percebesse sua síndrome de abstinência, pois temia que ele não mais o tratasse se evidenciasse a gravidade de seu quadro:

"...chegou num ponto de eu beber antes de ir para a sessão. Porque eu ficava com medo... eu chegava tremendo, tendo muito enjôo – então eu bebia pra chegar lá sem enjôo e sem tremer". (E)

O entrevistado temia, portanto, que seu quadro de abstinência fosse avaliado pelo psicoterapeuta como um descaso seu. Temia incompreensão e julgamento moral de seu clínico – portanto, despreparo técnico.

O caso F deu a entender (com dificuldade, talvez por estar diante de um entrevistador também médico) que considerava seu antigo clínico despreparado:

"...Não sei, viu? Não sei... Ou se era eu que não tava preparado, mas... Ele até deve tá preparado, né? Eu nem lembro se era psiquiatra ou psicólogo". (F.)

Seguem outros exemplos de temor a erros sistemá-

ticos e à defrontação com clínicos de características tiranas ou emocionalmente desequilibrados. Há exemplos numerosos para mostrar a aparente ubiquidade desse tipo de pensamento na amostra:

"...eu ia ser contido, abandonado no meio de um monte de louco... eles vão... quem sabe? me pegar... vou ficar no meio de um monte de louco, abandonado, um enfermeiro pra cinqüenta pessoas." (E.)

"...enfermeira pegando no pé, é remédio errado a toda hora..." (F.)

"...pensava: 'devem bater'. Perguntei se aqui batiam. Ele falou que não. 'Então, tudo bem'. Demorei quatro dias pra me convencer." (K.)

"...vai te prender; querer te mostrar 'um lado bonito da vida'. Não sabem respeitar o estilo de vida que a pessoa leva. Eles querem impor o jeito que eles vivem. Você está matando a pessoa por dentro ao impor o jeito que você vive." (J.)

"...psiquiatra tem cara de louco e cuida de louco, é o que se conhece na rua." (C.)

"...eu tô em casa tranqüilo. Entra meia-dúzia, me seda, me leva." (D.)

"...Imaginava um lugar chato, fechado, pessoas pegando no pé, sem poder sair." (L.)

Os entrevistados referiram-se, portanto, ao medo, em algum momento recente de suas vidas, de clínicos "com cara de louco", "que impõem", "pegam no pé", "pegam e põem no meio de um monte de louco", "entopem de remédio", "entram, sedam e levam", que "devem bater" e que "matam a pessoa por dentro".

Entende-se serem mínimas as chances dessa perspectiva dever-se unicamente à representação social da amostra sobre os serviços e profissionais de saúde mental. Suas dinâmicas psíquicas determinariam, quer estruturalmente ao longo de suas vidas, quer conjunturalmente, nesse momento específico de procura de tratamento, essas *fantasias de clínicos sádicos*. No processo de interrupção do uso abusivo de uma substância, os terapeutas podem ser percebidos como *os que tiram essa substância de suas vidas* e como responsáveis pela abstinência posterior.

Na entrevista de F., ocorre um fenômeno que ratifica a plausibilidade dessa hipótese, pois não se tratou de um juízo conscientemente manifestado ao entrevistador. O dependente falou sobre as experiências que havia tido com *dois médicos* (o primeiro

havia alguns anos e, o outro, seu atual médico – o entrevistador). O entrevistado demonstrou sintomas fóbico-sociais evidenciados ao longo da entrevista. Ele disse falar muito pouco “*desde pequeno*”, esperando constantemente intervenções para a entrevista prosseguir. Entretanto, ele próprio introduz um tema “novo”: a abordagem agressiva que sofreu de *dois policiais*. Fora agredido fisicamente por um policial numa delegacia e depois encontrou “*o colega dele*” que também o abordou de maneira considerada agressiva. Presume-se que esse assunto possa não ter sido realmente “novo” e que tenha se referido, inconscientemente, à imagem que fazia dos dois profissionais de saúde com quem já tivera contato.

Foram encontradas, também, freqüentes verbalizações a partir das quais se percebeu (ou se induziu) a ocorrência de sentimentos de culpa frente aos “*estragos*” que sentem ter cometido durante a fase “*ativa*” de suas dependências. Observe-se que a teoria psicanalítica situa a origem do *masoquismo moral* exatamente nos sentimentos de culpa inconscientes que levam os indivíduos a se vitimar e a *fantasiar com agressores*.⁹

A discussão que se segue objetiva utilizar os achados e as conclusões de outros pesquisadores para proceder a uma *triangulação teórica e metodológica*, contribuindo para aferir a validade das interpretações.

Sadismo e masoquismo são referidos pela literatura psicanalítica como relacionados às dependências de substâncias psicoativas, entre outros quadros psicopatológicos, desde os contemporâneos de Freud. Mais tarde, alguns autores passaram a relacionar as dependências aos conflitos e mecanismos de defesa mais precocemente situados no desenvolvimento psíquico da criança (especificamente na fase oral-sádica em que se vivenciam conflitos da chamada posição esquizoparanóide¹⁷).

Radó¹⁵ postulou que os dependentes vivenciam conflitos que incluiriam *forte necessidade de punição*. Posteriormente, essas fantasias masoquistas latentes, inconscientes, seriam *transformadas* em fantasias manifestas de terror e medo. Não há mais *satisfação* com a punição e passa-se a *temer*; então, o agressor (sádico).

Rosenfeld¹⁷ (1968) situou parte dos conflitos psíquicos dos dependentes de uma maneira complementar a esta. A *transformação*, mencionada por Radó, processar-se-ia pelo mecanismo de defesa de *cisão egóica*, com a projeção de objetos internos “*maus*” em objetos externos. A partir desse suposto mecanismo, alguns comportamentos dos pacientes em trata-

mento psicanalítico (e, por extensão, em qualquer tratamento) seriam explicáveis: as *atuações* freqüentes, a dependência e a sensibilidade às pessoas em quem *projetam* sua agressividade.

Os principais “*candidatos*” a ser os alvos desses mecanismos seriam exatamente os “*responsáveis*” pela proposta de modificação do uso de substâncias: os familiares, inicialmente, e os clínicos, quando da procura de tratamento.

Kolck et al¹² (1991) aplicaram um teste psicológico projetivo em amostra de alcoolistas internados num hospital público paulistano, concluindo que as dificuldades de relacionamento interpessoal desses pacientes eram determinadas pela agressividade e hostilidade por eles apresentadas. Essa conclusão vai ao encontro dos achados do presente artigo, pois a origem das fantasias de sadismo relacionadas aos clínicos situa-se, para a teoria psicanalítica, exatamente nos impulsos agressivos dos pacientes, e os clínicos não estariam imunes a esses fenômenos.

Os dois estudos quantitativos mencionados a seguir mostram que alguns fenômenos ideativos, possivelmente relacionados a essas *fantasias sádicas*, não parecem ser freqüentemente captados por questionários estruturados. Isto leva à discussão sobre a *validade de conteúdo* de alguns itens dos questionários utilizados para pesquisar as freqüências das barreiras para tratamento entre os dependentes de substâncias psicoativas.

Ferri⁷ (1999) concluiu que 21,6% dos pacientes co-cainômanos em tratamento e 24,2% dos cocainômanos na comunidade concordaram com a afirmativa segundo a qual “*um profissional desses serviços não entenderia o problema*” (p. 56). Tais percentagens podem parecer altas. Entretanto, essas foram a penúltima e a última barreiras ao tratamento entre as seis pesquisadas por Ferri em suas duas subamostras, respectivamente. Por sua vez, estudo britânico¹⁴ encontrou que a maioria dos medos dos dependentes *não se referia* aos possíveis comportamentos controladores dos clínicos (apenas 12% dos pesquisados referiram o *medo de ser forçados* a se abster das substâncias, quarto item menos referido entre os 27 “*medos*” pesquisados).

Clínicos percebidos como “distantes”

Alguns entrevistados revelaram acreditar que, ao atendê-los, os clínicos estariam distantes de seus pacientes técnica ou pessoalmente. Poderiam, igualmente, ter uma compreensão muito diferente sobre o que é “*tratamento*”.

Incompetência do clínico sobre dependência de substâncias psicoativas

Os entrevistados parecem temer a incompetência técnica ou *cultural* do clínico (isto é, o desconhecimento do estilo de vida de seus pacientes). Temeu-se, por exemplo, o diagnóstico de um inexistente quadro psicótico – o que, no exemplo seguinte, parecia óbvio ao entrevistado não ser seu caso:

“... a primeira cena que vi foi o X. [paciente com esquizofrenia residual e alteração de psicomotricidade] andando em volta da árvore. Eu olhei aquilo e pensei ‘não é por aí, eu não sou louco’. (E.)

Podem imaginar que os clínicos detêm uma ascendência cultural (não puramente profissional) e capacidade para persuadi-los a se comportar de determinados modos. No exemplo seguinte, I. fala de dois profissionais de saúde, parentes seus, que teriam conseguido convencê-lo a se internar, pois sabiam se “expressar bem”:

“Ah, porque ‘vai nisso!’, porque ‘num sei o quê!’... A minha irmã é médica, a outra irmã é psicóloga, sabem se... expressar bem...” (I.)

Também ocorre o contrário dessa percepção de ascendência cultural: os dependentes podem sentir o que lhes parecem evidências de ingenuidade de clínicos incipientes (igualmente apontando para um *distanciamento* entre clínico e paciente). D., por exemplo, considerava os profissionais que o atenderam como desconhecedores do assunto sobre dependências de substâncias psicoativas:

“... eu sabia que lá eu teria pelo menos alguns profissionais sabendo que existe esse tipo de doença. Você pode sair... com psicólogos aí...” Ah, você sabe o que é dependente químico?” O cara até sabe, mas... não está experiente.” (D.)

Verificou-se então que o futuro paciente pode ter expectativas e desejos em relação às características do clínico que dele cuidará, temendo encontrar profissionais inexperientes, ingênuos ou com uma compreensão idiossincrática da questão das dependências. Isto vai ao encontro dos resultados de uma outra pesquisa, na qual os entrevistados afirmaram *não mencionar para os clínicos o abuso que fazem de substâncias*, mesmo em situações em que a menção seria natural e necessária,⁵ temendo possivelmente não ser compreendidos. No mesmo sentido, a amostra estudada por Rohrer et al¹⁶ (1992) disse desejar, entre outras coisas, que os profissionais de saúde fossem compreensivos, preocupados, cuidadosos, expe-

rientes, bons ouvintes, fáceis de conversar e com “mente aberta”; portanto, clínicos *pessoalmente próximos* de seus pacientes.

Ainda corroborando a hipótese do presente estudo, com achados de outras pesquisas, Klingemann¹¹ (1991) mostrou que alguns dos indivíduos de sua amostra (usuários de álcool e heroína que mudaram seus hábitos sem tratamento) referiram-se à suposta “incompetência” dos profissionais que os tratariam: “*não podem ensinar mais do que já sei*” (p. 740).

O “fervor apostólico” dos clínicos

A citação anterior do trecho da entrevista de I. se relaciona a um comportamento profissional que frequentemente se torna problema na relação clínico-paciente: a “função” ou, no extremo, o “fervor apostólico”.¹ Trata-se da tendência dos clínicos de aplicar sua “*vaga, mas quase inabalável idéia sobre o modo como deve se comportar o paciente*” e de “*converter à sua fé*” seus pacientes¹ (p.180).

Alguns especialistas em dependência de substâncias psicoativas tendem a apresentar um “*estreitamento do repertório*” de técnicas terapêuticas e atuar clinicamente de maneira estereotipada.³ Tais clínicos podem ser candidatos a exercer esse *fervor apostólico*, fenômeno percebido por alguns entrevistados:

“...não sei se a terapia é isso, como funciona: *chega no ponto que ele quer.*” (L.)

“... a partir do momento que uma pessoa já está seis anos, 15 anos tratando com dependentes químicos, é outra coisa, é outra mentalidade, acho”. (D.)

“...ditava as regras, não deixava eu escolher... [...] dizia o que eu tinha que fazer. Ela não fazia eu pensar”. (M.)

“Ele insistia numa coisa que... ele era: *aquilo, aquilo, aquilo, aquilo, aquilo...*” (I.)

Os dois entrevistados simpatizantes das características invasivas ou “experientes” de seus clínicos (D. e L.) conheciam previamente o “Programa dos 12 Passos” dos Alcoólicos/Narcóticos Anônimos (AA/NA), cujo 12º Passo (“...*procuramos levar esta mensagem a outros adictos...*”) pode ser interpretado como um incentivo para que cada dependente se torne um “apóstolo”, um propagador da doutrina desse programa, não se estranhando, portanto, suas visões simpáticas sobre o “apostolado” terapêutico dos clínicos. Um deles cometeu um lapso a esse respeito:

“Cheguei [do hospital] e falei: ‘[...] preciso achar um psiquiatra dependente químico...’ [ri] aliás, um psiquiatra que saiba...” (D.)

Tal comportamento do clínico pode – ou não – afastar um paciente, influenciando negativamente sua reentrada em tratamento. O clínico modular-se quanto a essas condutas pode, portanto, fomentar a adesão ao tratamento.

COMENTÁRIOS FINAIS

Investigar por métodos qualitativos os fenômenos relacionados ao binômio saúde-doença no *setting* clínico é prática crescente nos últimos anos. A peculiaridade desse objeto de estudo (pessoas que adoeçam ou são profissionais de saúde) se beneficiaria de uma maior especialização dos métodos qualitativos em geral, com maior atenção às angústias dos sujeitos pesquisados,²⁰ como se procurou fazer no presente trabalho.

Resultados relevantes dessa pesquisa não seriam metodologicamente apurados em estudos quantitativos com entrevistas estruturadas. Dificilmente os entrevistados, em geral, concordariam rapidamente com uma asserção como “tenho medo de clínicos”. Ainda que pesquisas mostrassem baixa frequência da ocorrência desse medo, como algumas indiretamente já fizeram, os sujeitos que tivessem referido essa apreensão possivelmente a teriam vivenciado de maneira intensa e determinante do adiamento de procura de tratamento. Entretanto, se a análise de conteúdo realizada nessa pesquisa tivesse sido quantitativa, supõe-se que essa categoria também se mostraria relevante, pois ocorrências manifestas desse tipo foram encontradas em 12 das 13 entrevistas realizadas.

Oferecer aos futuros pacientes alternativas de tratamento pode atenuar fantasias quanto a ser alvos de um controle sádico, pois isto lhes devolve parte do controle e das escolhas. Assim, parece crucial *oferecer essas alternativas e veicular a informação de que elas existem* no trabalho de *marketing* institucional. É igualmente indicado que o futuro paciente conheça previamente, mesmo de forma superficial, algumas técnicas e estratégias terapêuticas. Ressalte-se, no entanto, que ter o *controle sobre o “agressor”* (isto é, controlar as alternativas terapêuticas) pode ser mecanismo de perpetuação de fantasias masoquistas (“controla-se” o agressor para manter-se expiando culpas). Portanto, a abordagem desses fenômenos deve ser feita preferencialmente na relação clínico-paciente ou instituição-paciente e no manejo dos fenômenos transferenciais desse tipo.

Sugere-se, para futuros estudos quantitativos sobre motivações e barreiras para tratamento, a investigação específica do *medo* das instituições e dos clínicos, com proposições que mencionem, por exemplo, *medo de erro técnico* e *medo de serem de alguma forma agredidos ou maltratados*.

Os resultados obtidos ficam limitados por fatores relativos à amostra, a despeito de se ter procurado fechá-la também por *variedade de tipos*. A inclusão de mulheres adultas teria provavelmente acrescentado novos elementos à discussão (sabe-se que há barreiras ao tratamento que lhes são próprias). O mesmo se aplica a dependentes pertencentes a subpopulações de dependentes de substâncias psicoativas que, com menor frequência, chegam a serviços assistenciais (por exemplo, *meninos e meninas de rua*), ou com comorbidades específicas (como a Aids). O estudo limitou-se também por não abordar a subpopulação que nunca procurou tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Balint M. *O médico, seu paciente e a doença*. 2ª ed. Rio de Janeiro/São Paulo: Atheneu; 1975.
2. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1979.
3. Bell J. Treatment dependence: preliminary description of yet another syndrome. *Br J Addict* 1992;87:1049-54.
4. Bleger J. *Temas de psicologia: entrevista e grupos*. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1989.
5. Copeland JC. A qualitative study of barriers to formal treatment among women who self-managed change in addictive behaviours. *J Subst Abuse Treat* 1997;14:183-90.
6. Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage; 1994.
7. Ferri C. Cocaína: padrão de consumo e fatores associados à procura de tratamento [Tese de doutorado]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 1999.

8. Fontanella BJB. Procura de tratamento por dependentes de substâncias psicoativas: um estudo clínico-qualitativo [Tese de doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2000.
9. Freud S. *Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Imago; 1976. v. 19. p.195-212: O problema econômico do masoquismo (1924). [Edição Standard Brasileira].
10. Hingson R, Mangione T, Allan M, Scotch N. Seeking help for drinking problems: a study in the Boston Metropolitan Area. *J Stud Alcohol* 1982;43:273-88.
11. Klingemann HK. The motivation for change from problem alcohol and heroin use. *Br J Addict* 1991;86:727-44.
12. Kolck OLV, Tosi SMVD, Pellegrini TF. Auto-imagem em alcoólicos crônicos. *Temas* 1991;42:374-82.
13. O'Leary MR, Speltz ML, Walker RD. Influence of reported helplessness on client-clinician relationships in na alcoholism program. *Hosp Community Psychiatry* 1980;31:783-4.
14. Oppenheimer E, Sheehan M, Taylor C. Letting the client speak: drug misusers and the process of help seeking. *Br J Addict* 1988;83:635-47.
15. Radó, S. The psychoanalysis of pharmacothymia (drug addiction). *Psychoanal Q* 1933;2:1-23.
16. Rohrer GE, Thomas M, Yasenchak AB. Client perceptions of the ideal addictions counselor. *Int J Addict* 1992;27:727-33.
17. Rosenfeld HA. *Os estados psicóticos*. Rio de Janeiro: Zahar; 1968. Da taxonomia; p.148-65
18. Rounsaville BJ, Kleber HD. Untreated opiate addicts: how do they differ from those seeking treatment? *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:1072-7.
19. Thom B. Sex differences in help-seeking for alcohol problems – 1: the barriers to help-seeking. *Br J Addict* 1986;81:777-88.
20. Turato ER. Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: definição e principais características. *Rev Port Psicossom* 2000;2:93-108.
21. Unis G, Pons AH, Gus G, Krahe JL, Amon LC, Carvalho LT et al. Influência do curso médico no aprendizado do alcoolismo. *Rev AMRIGS* 1987;31:300-3.