

**PESQUISA**

Pressões sociais e reações de adolescentes usuários de drogas em tratamento ambulatorial

Ana Luiza Portela Bittencourt¹, Lucas França Garcia², José Roberto Goldim³

1. Departamento de Ensino, Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Sul-Rio-Grandense (IFSul), Gravataí/RS, Brasil. 2. Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde, Centro Universitário de Maringá (Unicesumar), Maringá/PR, Brasil. 3. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre/RS, Brasil.

Resumo

Medidas coercivas e pressões sociais podem afetar tanto pacientes como o tratamento para transtorno por uso de substâncias psicoativas. Este estudo analisa as reações de adolescentes usuários de substâncias psicoativas a situações potencialmente coercivas durante o tratamento. Os dados coletados foram analisados usando métodos mistos. Pressões sociais informais (48,1%) foram o tipo de pressão mais frequente. As reações dos pacientes foram classificadas como aceitação (17,5%), resistência (31,6%) e falta de motivação (14%). Resistência e falta de motivação podem prejudicar o tratamento e a autonomia dos pacientes. O uso de métodos mistos foi essencial para analisar os prontuários em relação a sentidos e significados, e nos permitiu quantificar e comparar os achados com a literatura e com dados qualitativos.

Palavras-chave: Coerção. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. Adolescente. Métodos.

Abstract**Social pressures and reactions of adolescent drug users in an outpatient clinic**

Coercive measures and social pressures may affect patients and the treatment for substance abuse disorder. This study analyzes the reactions of adolescents who use psychoactive substances to potentially coercive situations and its effects during treatment. The collected data were analyzed with mixed methods. Results show the prevalence of informal social pressures (48.1%). We classified patients' reactions as acceptance (17.5%), resistance (31.6%), and lack of motivation (14%). Resistance and lack of motivation can affect the treatment and patients' autonomy. The use of mixed methods was essential to analyze the medical records regarding senses and meanings and allowed us to quantify and compare the findings with the literature and the qualitative data.

Keywords: Coercion. Substance-related disorders. Adolescent. Methods.

Resumen**Presiones sociales y reacciones de los adolescentes consumidores de drogas en tratamiento ambulatorio**

Las medidas coercitivas y las presiones sociales pueden afectar a los pacientes y al tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. En este estudio se analizan las reacciones de los adolescentes consumidores de sustancias psicoactivas ante situaciones potencialmente coercitivas durante el tratamiento. Los datos reunidos se analizaron con métodos mixtos. Las presiones sociales informales (48,1%) fueron el tipo de presión más frecuente. Las reacciones de los pacientes se clasificaron como aceptación (17,5%), resistencia (31,6%) y falta de motivación (14%). La resistencia y la falta de motivación pueden perjudicar el tratamiento y la autonomía de los pacientes. El uso de métodos mixtos fue esencial para analizar los registros médicos en relación con los significados y las direcciones, y nos permitió cuantificar y comparar los hallazgos con la literatura y los datos cualitativos.

Palabras clave: Coerción. Trastornos relacionados con sustancias. Adolescente. Métodos.

Aprovação CEP-HCPA CAEE 04574312.4.0000.5327

Declararam não haver conflito de interesse.

O modelo brasileiro de atenção à saúde mental passou por importantes mudanças desde a década de 1990. Os tratamentos passaram a focar o atendimento comunitário, afastando-se do modelo hospitalar e enfatizando o tratamento humano, a reintegração social e a avaliação de serviços para garantir os direitos de pessoas portadoras de doenças mentais¹. Com base nessa nova abordagem para o tratamento de transtornos mentais, foram estabelecidos no país Centros de Atenção Psicossocial (Caps).

Concebidos para prestar serviços de assistência comunitária, esses centros permitem que os pacientes recebam acompanhamento localmente e auxiliam o restabelecimento de conexões sociais ao incentivar sua reintegração nos vários papéis sociais que costumavam desempenhar². Esses centros também se tornaram prioritários no atendimento a pessoas de diferentes faixas etárias portadoras de doenças mentais graves e persistentes, incluindo aqueles com transtornos decorrentes do uso de substâncias³. Embora sua implementação represente enorme avanço nos cuidados de saúde mental tendo em vista a comunidade, muitas críticas têm sido feitas a esses serviços⁴⁻⁶.

O uso de substâncias psicoativas, associado a outros aspectos típicos da adolescência e uma rede de serviços pobre e ineficiente, contribuem para a caracterizar adolescentes como grupo altamente vulnerável⁷⁻¹⁰. Isso é particularmente alarmante, uma vez que o uso precoce de substâncias psicoativas antecipa consequências e perdas associadas ao uso de drogas, como problemas de saúde, sanções legais, conflitos familiares e sociais, abandono escolar e sentimentos de ansiedade e culpa¹¹⁻¹³.

Atualmente, cuidar dos usuários de drogas é um dos maiores desafios enfrentados por gestores e profissionais associados à prestação de serviços públicos de cuidados à saúde mental¹⁴. O estigma de agressividade e falha de caráter que cerca os usuários de substâncias aumenta o apoio à pressão legal para obrigar os indivíduos a aceitarem tratamento¹⁵. Trata-se de abordagem arriscada, já que pode dificultar a compreensão das necessidades dos pacientes e resultar em tratamento inadequado e coercitivo¹⁶.

A percepção da dependência química como um fardo, tanto no contexto da saúde pública quanto em termos sociais e econômicos, gera pressões de diferentes fontes em todo o processo de busca pelo tratamento¹⁷⁻¹⁹. Como forma de lidar com esses custos, a sociedade utiliza diferentes estratégias de controle para garantir que usuários de substâncias recebam tratamento²⁰.

Coercitivas ou não, as pressões sociais são modos de controle social^{18,19,21} classificados em três tipos: legal (de instituições jurídicas); formal (de organizações formais, como empregadores, escolas e programas de assistência social) e informal (da família, amigos ou conhecidos)¹⁷⁻¹⁹. Para alguns autores, a coerção em si e a coerção percebida são sinônimos, significando que os pacientes sentem falta de influência, controle, liberdade ou escolha em relação ao tratamento²²⁻²⁴.

Apesar da falta de consenso sobre a efetividade da pressão social em forçar o tratamento aos indivíduos, Lidz e colaboradores²⁵ afirmam que o sentimento de coerção afeta negativamente o paciente. Isso leva à baixa adesão ao tratamento e ao abandono^{18,26-28}, perda de confiança nos cuidadores, alienação, evasão²⁵ e menor satisfação do paciente em relação a novas internações²⁹. A identificação de desafios éticos relacionados ao tratamento ajuda a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde mental, reduzir o uso de estratégias coercitivas e aumentar a participação do paciente no tratamento³⁰, principalmente na lida com jovens, que sofrem maior pressão objetiva e têm mais probabilidade de relatar sentimento de coação³¹.

Estratégias como melhorar a comunicação entre equipe e pacientes, negociar o tratamento e dar mais explicações podem ajudar a aprimorar o modo como os pacientes vivenciam o processo de internação³². Identificar como pacientes adolescentes reagem às pressões, criando relacionamento empático, reduz o estigma social associado à dependência e o efeito das pressões sociais, proporcionando aos pacientes terapêutica mais positiva e benéfica. Este estudo analisa como adolescentes que usam substâncias psicoativas reagem diante de possíveis situações coercitivas durante o tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial para Crianças e Adolescentes (Capsia).

Método

O artigo faz parte do projeto de pesquisa "A trajetória de adolescentes usuários de substâncias psicoativas no Capsia", aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Realizamos estudo transversal abrangendo 229 prontuários de adolescentes usuários de substâncias em tratamento no Capsia (Santa Cruz do Sul, RS) entre 2002 e 2012, descrevendo seus perfis biopsicossociais e identificando fatores de risco para o início precoce do uso de drogas³³.

Coleta de dados

Os dados foram coletados a partir de prontuários médicos até a saturação dos dados^{34,35}. Os números (previamente atribuídos pelo Capsia) de todos os 229 prontuários médicos foram inseridos em uma planilha e organizados em ordem crescente. Um total de 23 (10%) prontuários médicos foram selecionados aleatoriamente por amostragem sequencial³⁵ – um prontuário médico foi selecionado aleatoriamente, sorteando-se entre os 10 primeiros números; depois, com base nessa sequência, um novo prontuário foi selecionado a cada 10 e então analisado por dois dos autores.

Para manter o anonimato, os sujeitos do estudo foram identificados pela letra “S”, seguida pelo número correspondente na planilha, uma letra indicando o sexo do paciente (M, masculino; F, feminino) e idade. A escala sobre coerção proposta por MacArthur³⁶ ajudou a identificar entradas ou registros de informações de situações potencialmente coercitivas, onde comportamentos ou eventos sugeriam: 1) liberdade de escolha reduzida em relação ao tratamento; 2) não foi escolha do paciente; 3) a procura do tratamento não foi ideia do paciente; 4) falta de controle do enfermo sobre decisões terapêuticas; e 5) a procura dependeu mais de influências externas do que do usuário.

Outras situações relacionadas à terapia foram: envolvimento policial, internação compulsória, uso de contenção medicamentosa, oposição ao tratamento (resistência, fuga, irritação) e pressão social ou dos pais para iniciar o tratamento, como demonstra a literatura sobre o assunto^{32,37-39}. As pressões sociais foram então classificadas de acordo com a fonte de referência (legal, formal e informal)^{18,19} e passagens descrevendo as reações dos pacientes a essas situações foram identificadas nos prontuários. A análise e descrição dos dados quantitativos foram realizadas no SPSS versão 18.0 e QSR NVivo 10, e os dados qualitativos por análise de conteúdo⁴⁰.

Resultados e discussão

Esta pesquisa analisou os prontuários de 23 adolescentes em tratamento no Capsia. A maioria dos pacientes era do sexo masculino (87%), 69,6% deles cometeram crimes e relataram uso de maconha (34,8%), cocaína (34,8%), crack (30,4%), álcool (26,1%), tabaco (17,4%), cola (13%) e *ecstasy* (4,3%). Dados semelhantes foram encontrados em estudo anterior, a partir de prontuários de todos os adolescentes em tratamento no Capsia durante o mesmo período³³. Portanto, são representativos da população geral tratada nesta instalação.

A análise encontrou 66 notas escritas pela equipe, compreendendo 81 passagens que descreviam diferentes pressões sociais sofridas pelos pacientes. Apenas quatro registros não apresentaram relatos de pressão social. A prevalência de pressão social informal (48,1%) (Tabela 1) é consistente com o estudo de Urbanoski¹⁸, sugerindo que familiares e amigos frequentemente exercem pressão sobre a escolha pela terapia. Na pesquisa realizada por Room⁴¹, usuários de álcool e drogas identificaram familiares e amigos como as fontes mais comuns de pressão, indicando que a coerção informal precede a formal.

Tabela 1. Pressões sociais identificadas em 66 notas de 23 prontuários de adolescentes em tratamento no Capsia (Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil, 2002-2012)

Tipo de pressão social	Frequência de relatos
Informal	39 (48,1%)
Formal	25 (30,9%)
Legal	17 (21,0%)
Total	81 (100,0%)

Essa prevalência da pressão informal sobre a formal e legal contrasta com a maioria dos estudos⁴² e indica que devem ser abordadas e levadas em consideração durante a terapêutica. Em estudos anteriores, participantes identificados como pacientes voluntários também relataram algum grau de coerção percebida^{18,42,43}.

Dos 19 prontuários médicos compreendendo pressões sociais, 18 tinham 44 anotações escritas pela equipe, com 57 passagens descrevendo reações do paciente (Tabela 2), agrupadas em nove categorias diferentes: 1) vontade de ser tratado; 2) aceitação do tratamento; 3) falta de motivação; 4) resistência; 5) negação do uso de drogas; 6) raiva; 7) onipotência; 8) fuga e 9) resignação.

Tabela 2. Reações de pacientes identificados em 44 notas dos 19 prontuários de adolescentes em tratamento no Capsia (Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil, 2002-2012)

Tipo de reação	Frequência de relatos
Onipotência	1 (1,8%)
Vontade de ser tratado	2 (3,5%)
Raiva	3 (5,3%)
Fuga [real]	3 (5,3%)
Negação de uso	6 (10,5%)
Resignação	6 (10,5%)
Falta de motivação	8 (14,0%)
Aceitação do tratamento	10 (17,5%)
Resistência	18 (31,6%)
Total	57 (100,0%)

A prevalência de resistência (31,6%) e aceitação do tratamento (17,5%) são consistentes com a pesquisa de Lorem, Hem e Molewijk³⁷, que, depois de entrevistarem pacientes psiquiátricos, classificaram suas reações a medidas coercitivas como “concordância e aceitação”, “luta ou resistência” e “resignação”. No entanto, o estudo desses autores concentrou-se em investigar a avaliação moral dos pacientes vítimas de coerção, em vez de identificar pressões e relacioná-las às reações que desencadearam.

Deve-se enfatizar que o ato de registrar as reações no momento da pressão implica compreensão diferente dessas experiências do que se tivessem sido relatadas posteriormente, uma vez que diferentes fatores afetam a percepção dos usuários internados: período de institucionalização, sentimentos de gratidão, internalização de experiências⁴⁴, características pessoais²², compreensão da gravidade da condição e grau de pressão experimentada¹⁸. No entanto, refletir sobre estratégias coercitivas e seus usos ajuda a evitar possíveis danos futuros ao paciente e à terapêutica, principalmente considerando que esses indivíduos não contam com outras oportunidades de reavaliar suas experiências devido à baixa adesão ao tratamento^{11,45}.

As passagens que descrevem as reações dos pacientes resultaram em 76 associações com pressões sociais, uma vez que uma reação poderia corresponder a mais de uma coação (Tabela 3). A resistência foi mais comumente associada à pressão informal (33,3%), sendo também frequente nas formais (26,9%) e legais (30%). Falta de motivação (30,7%) e resignação (25%) foram as mais associadas às formais e legais, respectivamente. A onipotência estava ligada apenas à pressão legal, a vontade de ser tratado associada apenas à pressão informal, enquanto a negação do uso de drogas estava relacionada aos dois tipos.

Esses resultados demonstram que impor formas de controle em vez de obter respostas positivas imediatas desses pacientes aumentou sua percepção da coerção, resultando na ausência de associação significativa entre reações positivas e tipos de pressão. Também apontam que esses usuários se sentiram coagidos por diferentes fontes a iniciar o tratamento. A análise qualitativa dos dados tratou das três categorias de reação mais frequentes na análise quantitativa das notas de observação (Tabela 2): resistência, falta de motivação e aceitação do tratamento.

Tabela 3. Associação entre as reações dos pacientes e os diferentes tipos de pressão social identificados em 18 prontuários de adolescentes em tratamento no Capsia (Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil, 2002-2012)

Tipo de reação	Pressão informal	Pressão formal	Pressão legal
Vontade de ser tratado	2 (6,7%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Aceitação do tratamento	5 (16,7%)	6 (23,1%)	1 (5,0%)
Falta de motivação	3 (10,0%)	8 (30,8%)	3 (15,0%)
Resignação	2 (6,7%)	1 (3,8%)	5 (25,0%)
Resistência	10 (33,3%)	7 (26,9%)	6 (30,0%)
Negação de uso	4 (13,3%)	0 (0,0%)	2 (10,0%)
Fuga [real]	1 (3,3%)	3 (11,5%)	1 (5,0%)
Onipotência	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (5,0%)
Raiva	3 (10,0%)	1 (3,8%)	1 (5,0%)
Total	30 (100,0%)	26 (100,0%)	20 (100%)

Resistência

A resistência é a recusa em receber a terapia proposta, estando associada às três formas de pressão social, sendo a mais frequentemente observada: *ele chega ao Capsia acompanhado por um oficial e sem a presença de um dos pais ou responsável. A mãe se desentendeu com o filho, se recusando a acompanhá-lo até a unidade de saúde. O adolescente relata ter sido internado em várias clínicas, mas nenhuma funcionou. Ele não deseja ser internado e não quer parar de usar drogas. Diz que usa drogas porque quer* (trecho do relatório sobre S133M17).

Esta passagem exemplifica pressão social legal em ação: o paciente que recusou a internação foi levado ao estabelecimento por um oficial, membro da equipe do Tribunal da Infância e Juventude responsável por mandados de busca e apreensão, conforme definido pelo Tribunal de Justiça da Rio Grande do Sul⁴⁶.

Nesse caso, o adolescente relutou em aceitar a hospitalização e pareceu considerar o tratamento hospitalar ineficiente, uma vez que várias hospitalizações anteriores não deram resultados positivos. Sua falta de vontade de ser internado e a decisão de continuar usando drogas não foram respeitadas. Neste caso, a pressão é justificada pelo entendimento jurídico, criticado por Wertheimer⁴⁷, da doença mental como prerrogativa para o uso da força, ignorando as decisões do indivíduo. Nesse sentido, a decisão do adolescente de continuar usando drogas provavelmente foi entendida como “influenciada” pela doença.

A pressão informal em contexto de conflito (entre o adolescente e sua mãe, por exemplo) também resulta em reações de resistência quando os pacientes deixam de perceber um membro da família como alguém que tem o direito de exigir algo deles. Tendo em vista essa associação, Wertheimer⁴⁷ propõe que a coerção varia de acordo com a força moral do agente coercitivo: quando o indivíduo sob pressão reconhece o direito do agente coercitivo de fazer exigências, a probabilidade de se sentir coagido diminui. Em casos de relacionamentos familiares ruins ou desgastados, o agente coercitivo não é mais visto como alguém que possa impor ou propor tratamento. Ainda que de maneira sutil, o paciente S173M13 expressa a mesma situação de recusa e conflito familiar:

Situação 1: Ele se junta ao grupo pela primeira vez. Ela está preocupada com a situação do filho, que abandonou sua casa e a escola. Ele não tem limites, a desrespeita e dorme em um banheiro nos fundos da casa deles. Roubou todos os pertences de sua avó. Hoje ele concordou em se juntar ao grupo (sobre a mãe de S173M13).

Situação 2: Primeiro dia na reunião do grupo. Ele relutou em vir, ficou em silêncio e manteve a cabeça baixa durante toda a reunião (relatório sobre S173M13).

Relatos de danos sociais ligados ao abuso de substâncias psicoativas, como abandono escolar, roubo e exposição a situações degradantes (dormir no banheiro, por exemplo), parecem explicar a pressão informal. Segundo Wild, Roberts e Cooper²⁰, a sociedade costuma usar estratégias de controle para tratar usuários de substâncias perigosas, uma vez que eles representam ônus social e econômico. Bittencourt, França e Goldim³³ descreveram situação semelhante ao associar problemas sociais e de saúde ao encaminhamento para tratamento no Capsia de adolescentes do sexo masculino que haviam cometido múltiplos delitos. Outra questão associada à resistência é evitar o tratamento por meio da fuga:

Situação 1: Uma ligação do abrigo informando que [S123M17] foi enviado para lá pelo juiz até que fosse providenciada sua internação no hospital por desintoxicação. (...) Ligo para o hospital e providencio um leito para hoje. A transferência ocorrerá à tarde e um funcionário do Capsia acompanhará o paciente (relatório sobre S123M17).

Situação 2: Um funcionário do hospital liga para informar que [S123M17] fugiu. Ele foi encontrado por policiais e levado de volta ao hospital. Continua dizendo que vai fugir novamente e permanecerá no hospital pelo tempo que quiser (relatório sobre S123M17).

Esses trechos mostram duas interações entre a equipe do Capsia e outros locais de atendimento ao paciente. Primeiro, o adolescente sofre pressão legal para iniciar tratamento; depois, após a admissão, a enfermeira do hospital (pressão formal) liga para informar a equipe do Capsia (formal) sobre a fuga. O adolescente demonstra clara oposição à situação: ele não pode se recusar a participar do tratamento hospitalar, por isso escapa e é recapturado pela polícia, mas continua ameaçando fugir novamente. Nesse sentido, a coerção pode envolver diferentes pressões sociais:

Ela passou a noite em casa e dormiu bem, segundo a mãe. Chega ao Capsia mostrando resistência, se recusa a entrar na sala de consultas, afirma que não quer mais ser hospitalizada e deseja continuar usando drogas. Ela agride física e verbalmente a mãe, dizendo que “vai quebrar tudo” no hospital e foge. Escrevo solicitando um mandado de busca para amanhã (relatório sobre S153F16).

Aqui a resistência e a fuga posterior da paciente são motivadas pela pressão informal da mãe e pela formal do profissional de saúde, ao solicitar intervenção judicial. Além disso, temos uma reação irada, representada pelo ataque físico e verbal e pelas ameaças de “quebrar tudo” no hospital.

Lorem, Hem e Molewijk³⁷ agruparam as reações de luta e resistência na mesma categoria, já que ambas estão associadas à falta de controle dos pacientes sobre a terapia e à perda de autonomia: luta e resistência são comuns em situações em que o indivíduo percebe a coerção como forma de ameaça. Esse pode não ser o caso aqui, mas as pressões podem ser interpretadas dessa maneira pelos pacientes.

A resistência ao cuidado parece representar luta pela autodeterminação, na qual a reafirmação do desejo de continuar usando drogas é usada para escapar do tratamento. Quando perde a eficácia, os pacientes usam outras defesas disponíveis, como fuga, agressão e silêncio. Marcada pela presença de abuso físico, verbal e possivelmente psicológico, a resistência questiona a eficiência desse cuidado, principalmente quando os pacientes mostram clara oposição a ele.

Falta de motivação

Motivar os pacientes para que se envolvam com o tratamento é um dos maiores desafios nos cuidados de saúde mental. Segundo a teoria da autodeterminação⁴⁸, a motivação depende de fatores pessoais, sociais e ambientais. A pessoa pode mostrar interesse em realizar uma atividade (motivação intrínseca), pode realizá-la sem se envolver (desmotivação) ou visando o resultado (extrínseca).

Sendo assim, “falta de motivação” significa integrar e internalizar de maneira negativa a importância da terapêutica, buscada como resultado de pressão externa. Esse comportamento corresponde à motivação extrínseca regulada por fatores externos, quando o indivíduo aceita receber tratamento para aliviar essas pressões ou escapar de possíveis punições⁴⁸.

De acordo com Urbanoski¹⁸, a maioria dos pacientes em tratamento de transtornos por uso de substâncias desiste porque para eles esses cuidados parecem ter perdido o sentido. Essa falta de motivação, assim como a resistência, afeta todo o processo, principalmente em termos de adesão: *a mãe o mantém trancado em casa desde domingo (...) para evitar o uso de drogas. Ela pediu ajuda aos Serviços de Proteção à Criança [CPS]. (...) O paciente está com sono e apático. Permaneceu em silêncio durante a entrevista* (relatório sobre S93M13).

Neste exemplo, tanto a mãe (pressão informal), que trancou o adolescente em casa para impedi-lo de usar drogas, quanto os Serviços de Proteção à Criança (formal) procuraram envolver o adolescente no tratamento, sem resultados. Apesar de não haver mais informações sobre o paciente, seu silêncio durante a entrevista indica falta de interesse pessoal no tratamento. O relatório sobre o S43M14 é semelhante: *ele e a mãe vieram para a entrevista inicial acompanhados por um agente do CPS, que não participou da entrevista (ele apenas trouxe os documentos de referência). A mãe relata seu interesse em continuar com o tratamento; [o S43M14] apenas parece agir de acordo com a ordem judicial.*

O indivíduo, trazido pela mãe e pelo agente do CPS, também sofreu pressão legal de ordem judicial. A equipe de saúde logo percebeu seu desinteresse, destacando que é a mãe quem deseja que o filho seja tratado na unidade de saúde. A nota de observação incluída no prontuário médico de S13M17 é ainda mais clara:

O paciente afirma ter estado ausente na última semana porque não tem motivação para se envolver no tratamento e acredita que pode consumir álcool moderadamente. Ele veio hoje porque “o CPS

me obrigou”. Ele explica que “eu tive que vir para cá”, caso contrário “o juiz me manda para (...)”. Ele parece irritado e desmotivado em continuar o tratamento. Pergunta se duas ou três semanas são suficientes para atender às exigências da CPS e do juiz (relatório sobre S13M17).

Este relatório mostra a completa falta de motivação do paciente, que apenas continua no centro de atenção psicossocial por causa de pressões externas. Assim que essas pressões cessarem, ele pretende interromper a terapia.

Todas essas tentativas mostram que buscar tratamento geralmente é motivação extrínseca regulada por múltiplos fatores externos, como a pressão de amigos e familiares, do sistema jurídico e outras fontes formais¹⁷. Segundo Ryan e Deci⁴⁸, isso mostra que essa busca não é ato autodeterminado, pois comportamentos motivados apenas por fatores externos refletem fraca autonomia individual, sentimentos de alienação e perda de controle.

Aceitação

Neste estudo, a aceitação do tratamento e das intervenções propostas dependiam da relação estabelecida entre paciente e agente coercitivo.

O paciente chega com a mãe. Ele diz que é difícil parar de beber. Bebeu todos os dias na semana passada. Relata consumir doses pela manhã para parar de tremer e à noite para conseguir dormir. Diz que conversou com a namorada no final de semana e ela disse que, se ele parar de beber, ela voltará para ele. Nesta semana, ele comparecerá a uma reunião dos Narcóticos Anônimos porque descobriu que é perto de sua casa. A mãe diz que a família não consegue lidar com a situação, os filhos casados não a visitam mais porque não querem ver o problema. A mãe se sente exausta. Ela quer que ele seja hospitalizado (relatório sobre S3M16).

Um conjunto de pressões informais, como a intenção da namorada de retomar seu relacionamento romântico, o potencial de restaurar bom relacionamento familiar, e a conscientização do paciente sobre a gravidade do vício em álcool podem ter facilitado sua reação positiva à pressão. Outra paciente (S153F16) percebeu a pressão de suas amigas para parar de usar crack como positiva, indicando sua disposição em deixar de usar substâncias psicoativas.

A pesquisa de Goodman, Peterson-Badali e Henderson⁴⁹ mostrou que familiares, parceiros românticos e amigos frequentemente pressionam

pacientes a procurar tratamento e reduzir o uso de substâncias psicoativas. Considerando que a amizade e os relacionamentos românticos são essenciais na vida adulta, esses indivíduos podem negociar aspectos do uso de drogas com mais facilidade, frequentemente evocando vergonha e culpa⁵⁰. Esses sentimentos correspondem a nível intermediário de motivação, de acordo com o qual a participação na terapia responde a emoções intrapessoais conflitantes, como culpa e ansiedade¹⁷.

Os pacientes também costumam aceitar a internação após serem pressionados por profissionais de diferentes instituições. S193M11, por exemplo, procurou ajuda após encaminhamento da escola: *ele usa maconha há cerca de dois meses. Foi encaminhado porque foi pego fumando na escola. Ele tem bom relacionamento com colegas e professores e tem boas notas. Bom relacionamento familiar (...). Comportamento durante a entrevista: colaboração, boa percepção* (relatório sobre S193M11).

Neste caso, o usuário não apenas aceita o tratamento, mas participa ativamente dele – atitude positiva influenciada por seu bom relacionamento com diferentes grupos sociais. Schenker e Minayo¹² afirmam que a família e a escola são cruciais para aumentar a resiliência e promover reflexão crítica sobre o abuso de drogas, mas devem ser estabelecidos de maneira a fortalecer os laços de confiança. Wei e colaboradores⁵¹ também indicam laços sociais como fatores motivacionais para a mudança, ajudando os adolescentes a manter a abstinência.

No entanto, aceitar a terapêutica não significa que o paciente entenda o processo como importante ou necessário: *ele chega com a avó. Diz que veio procurar ajuda por causa do uso de álcool. Conta que vai se casar e se tornar pai em breve, então quer “colocar a vida de volta nos trilhos”. Ele diz que veio porque a assistente social pediu e que não queria vir espontaneamente* (relatório sobre S13M17).

S13M17 admite ter procurado o centro de atenção somente depois de receber pressão externa (assistente social), e o relatório mostra quão fundamental foi sua relação positiva com o agente coercitivo para aceitar o tratamento. Nesta questão, Lorem, Hem e Molewijk³⁷ mostraram que a pressão era mais facilmente aceita quando o paciente confiava no agente coercitivo. Esses resultados são consistentes com a pesquisa de Rugkåsa e colaboradores⁵², que indicam que uma relação de confiança entre pacientes e profissionais de saúde é pré-requisito para negociar a terapia ou influenciar o indivíduo a se envolver no processo. Para os autores, um

bom relacionamento deve valorizar as preocupações e prioridades do usuário de drogas.

Goodman e colaboradores⁵⁰ afirmam que os jovens que se sentem mais responsáveis em relação aos outros têm mais probabilidade de reconhecer o vício como problemático e buscar mudanças. Nesses casos, eles percebem essas relações não como coercitivas ou relacionadas ao tratamento, mas como auto-determinadas e justificadas pelas perdas envolvidas. No caso do paciente S13M17, a aceitação está associada à ideia de que ele deve “colocar a vida de volta nos trilhos” pela sua família e o filho por nascer.

Um bom relacionamento com amigos, familiares, profissionais de saúde e outros indivíduos que fazem parte da rede social do usuário parece evocar o comprometimento dessas pessoas, levando a maior aceitação das intervenções, facilitando o envolvimento no tratamento e oferecendo oportunidades para que eles reflitam sobre suas vidas. Em última análise, trata-se de decisão pessoal, mas a aceitação pode ocorrer pela percepção dos pacientes de que os agentes coercitivos têm o direito de exigir que sejam submetidos a tratamento para dependência.

Considerações finais

A análise dos dados mostrou que as pressões sociais são comuns no tratamento de adolescentes que usam substâncias psicoativas, havendo principalmente prevalência de pressões informais, resultado consistente com a literatura^{18,19,31,41,49}. As condições de vulnerabilidade observadas nesses jovens, caracterizadas pelo uso de substâncias, abandono escolar, ofensas e relações familiares contenciosas, são frequentemente usadas para justificar diferentes formas de coerção.

Embora a aceitação tenha sido uma das reações mais frequentes, as atitudes negativas predominaram quando a associação entre reações e pressões sociais foi analisada, dando lugar à resistência, falta de motivação e resignação. A resistência apareceu como resultado de relações conflitantes com o agente coercitivo e quando os desejos do adolescente foram desconsiderados ou desrespeitados. A falta de motivação, por sua vez, surgiu no caso de internação apenas por causa de pressão, resultando em baixa adesão ao tratamento.

Um bom relacionamento entre pacientes e agentes coercitivos se destacou nas análises de reações de aceitação. Esse relacionamento geralmente cria ambiente menos conflituoso e maior envolvimento, oferecendo oportunidades de reflexão sobre a necessidade da terapia para dependentes químicos.

Este estudo permite melhor compreensão das experiências desses adolescentes, mostrando que as pressões sociais afetam esses indivíduos de diferentes maneiras. A importância do bom relacionamento entre pacientes e cuidadores, e entre esses usuários e outros indivíduos de seu círculo social, enfatiza o fato de que os profissionais de saúde devem agir junto com esses indivíduos para gerenciar conflitos e lidar com esses adolescentes.

Pesquisadores e instituições voltadas à dependência devem prestar mais atenção às pressões informais e formais, dado que estas afetam o paciente e o tratamento e considerando que suas reações ao enfrentar diferentes situações potencialmente coercitivas são predominantemente negativas.

Utilizar esses prontuários como base de estudo foi a escolha apropriada, pois esses documentos são uma excelente fonte de informação, mas o uso exclusivo de elementos externos identificados como potencialmente coercitivos apresentou algumas limitações. Registrados por diferentes funcionários, os dados podem ter apresentado disparidades, incompletude e omissões. A revisão do prontuário médico também impediu o acesso ao relato do paciente sobre os eventos e seus pontos de vista sobre o ocorrido. Novos estudos, incluindo entrevistas diretas com usuários de substâncias, podem dar melhor compreensão de como as pressões sociais os afetam, pois permitem que eles recontem suas experiências e razões para procurar tratamento.

Agradecemos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e ao Programa de Bolsa Produtividade do Instituto Cesumar de Ciência, Tecnologia e Inovação (Iceti) pelo apoio financeiro.

Referências

1. Guimarães AN, Fogaça MM, Borba LO, Paes MR, Larocca LM, Maftum MA. O tratamento ao portador de transtorno mental: um diálogo com a legislação federal brasileira (1935-2001). *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2010 [acesso 2 abr 2018];19(2):274-82. DOI: 10.1590/S0104-07072010000200008
2. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004 [acesso 5 abr 2019]. Disponível: <https://bit.ly/3bDzAOB>
3. Rabelo AR, Mattos AA, Coutinho DM, Pereira N. Um manual para o Caps: centro de atenção psicossocial. 2ª ed. Salvador: Edufba; 2006.
4. Machado V, Santos MA. O tratamento extra-hospitalar em saúde mental na perspectiva do paciente reinternado. *Psicol Estud* [Internet]. 2013 [acesso 2 abr 2018];18(4):701-12. DOI: 10.1590/S1413-73722013000400012
5. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental em Dados 12 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. Disponível: <https://bit.ly/3cJT2Jb>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas; 7-10 nov 2005; Brasília. Brasília: Opas; 2005.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
8. Frankenburg FR. Brain-robbers: how alcohol, cocaine, nicotine, and opiates have changed human history. Westport: Praeger; 2014.
9. Outeiral JO. *Adolescer: estudos revisados sobre adolescência*. Rio de Janeiro: Revinter; 2003.
10. Silva MAI, Mello FCM, Mello DF, Ferriani MGC, Sampaio JMC, Oliveira WA. Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2014 [acesso 2 abr 2018];19(2):619-27. DOI: 10.1590/1413-81232014192.22312012
11. Brasil. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
12. Schenker M, Minayo MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2005 [acesso 2 abr 2018];10(3):707-17. DOI: 10.1590/S1413-81232005000300027
13. Vasters GP, Pillon SC. Drugs use by adolescents and their perceptions about specialized treatment adherence and dropout. *Rev Latinoam Enferm* [Internet]. 2011 [acesso 2 abr 2018];19(2):317-24. DOI: 10.1590/S0104-11692011000200013
14. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciênc Saúde Coletiva* [Internet]. 2011 [acesso 2 abr 2018];16(12):4579-89. DOI: 10.1590/S1413-81232011001300002
15. Watson AC, Corrigan PW, Angell B. What motivates public support for legally mandated mental health treatment? *Soc Work Res* [Internet]. 2005 [acesso 2 abr 2018];29(2):87-94. DOI: 10.1093/swr/29.2.87

16. Soares RG, Silveira PS, Martins LF, Gomide HP, Lopes TM, Ronzani TM. Distância social dos profissionais de saúde em relação à dependência de substâncias psicoativas. *Estud Psicol* [Internet]. 2011 [acesso 2 abr 2018];16(1):91-8. DOI: 10.1590/S1413-294X2011000100012
17. Urbanoski KA, Wild TC. Assessing self-determined motivation for addiction treatment: validity of the treatment entry questionnaire. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. 2012 [acesso 2 abr 2018];43(1):70-9. DOI: 10.1016/j.jsat.2011.10.025
18. Urbanoski KA. A theory-based analysis of coercion in addiction treatment [tese] [Internet]. Toronto: University of Toronto; 2010 [acesso 2 abr 2018]. Disponível: <https://bit.ly/2xOJZlm>
19. Wild TC. Social control and coercion in addiction treatment: towards evidence-based policy and practice. *Addict* [Internet]. 2006 [acesso 2 abr 2018];101(1):40-9. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2005.01268.x
20. Wild TC, Roberts AB, Cooper EL. Compulsory substance abuse treatment: an overview of recent findings and issues. *Eur Addict Res* [Internet]. 2002 [acesso 2 abr 2018];8(2):84-93. DOI: 10.1159/000052059
21. Wild TC. Compulsory substance-user treatment and harm reduction: a critical analysis. *Subst Use Misuse* [Internet]. 1999 [acesso 2 abr 2018];34(1):83-102. DOI: 10.3109/10826089909035637
22. Hiday VA, Swartz MS, Swanson J, Wagner HR. Patient perceptions of coercion in mental hospital admission. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 1997 [acesso 2 abr 2018];20(2):227-41. DOI: 10.1016/S0160-2527(97)00004-6
23. Hoge SK, Lidz CW, Eisenberg M, Gardner W, Monahan J, Mulvey E *et al.* Perceptions of coercion in the admission of voluntary and involuntary psychiatric patients. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 1997 [acesso 2 abr 2018];20(2):167-81. DOI: 10.1016/S0160-2527(97)00001-0
24. Hoge SK, Lidz CW, Eisenberg M, Monahan J, Bennett N, Gardner W *et al.* Family, clinician, and patient perceptions of coercion in mental hospital admission: a comparative study. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 1998 [acesso 2 abr 2018];21(2):131-46. DOI: 10.1016/S0160-2527(98)00002-8
25. Lidz CW, Mulvey EP, Hoge SK, Kirsch BL, Monahan J, Eisenberg M *et al.* Factual sources of psychiatric patients' perceptions of coercion in the hospital admission process. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1998 [acesso 2 abr 2018];155(9):1254-60. DOI: 10.1176/ajp.155.9.1254
26. Monahan J, Hoge SK, Lidz C, Roth LH, Bennett N, Gardner W, Mulvey E. Coercion and commitment: understanding involuntary mental hospital admission. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 1995 [acesso 2 abr 2018];18(3):249-63. DOI: 10.1016/0160-2527(95)00010-f
27. Nicholson RA, Ekenstam C, Norwood S. Coercion and the outcome of psychiatric hospitalization. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 1996 [acesso 2 abr 2018];19(2):201-17. DOI: 10.1016/0160-2527(96)00005-2
28. Tabora JGV, Baptista JP, Gomes DAR, Nogueira L, Chaves MLF. Perception of coercion in psychiatric and nonpsychiatric (medical and surgical) inpatients. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. 2004 [acesso 2 abr 2018];27(2):179-92. DOI: 10.1016/j.ijlp.2004.01.008
29. Strauss JL, Zervakis JB, Stechuchak KM, Olsen MK, Swanson J, Swartz MS *et al.* Adverse impact of coercive treatments on psychiatric inpatients' satisfaction with care. *Community Ment Health J* [Internet]. 2013 [acesso 2 abr 2018];49(4):457-65. DOI: 10.1007/s10597-012-9539-5
30. Hem MH, Molewijk B, Pedersen R. Ethical challenges in connection with the use of coercion: a focus group study of health care personnel in mental health care. *BMC Med Ethics* [Internet]. 2014 [acesso 2 abr 2018];15(1):82. DOI: 10.1186/1472-6939-15-82
31. Wolfe S, Kay-Lambkin F, Bowman J, Childs S. To enforce or engage: the relationship between coercion, treatment motivation and therapeutic alliance within community-based drug and alcohol clients. *Addict Behav* [Internet]. 2013 [acesso 2 abr 2018];38(5):2187-95. DOI: 10.1016/j.addbeh.2013.01.017
32. Katsakou C, Bowers L, Amos HT, Morriss R, Rose D, Wykes T, Priebe S. Coercion and treatment satisfaction among involuntary patients. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2010 [acesso 2 abr 2018];61(3):286-92. DOI: 10.1176/appi.ps.61.3.286
33. Bittencourt ALP, França LG, Goldim JR. Adolescência vulnerável: fatores biopsicossociais relacionados ao uso de drogas. *Rev. bioét. (Impr.)* [Internet]. 2015 [acesso 2 abr 2018];23(2):311-9. DOI: 10.1590/1983-80422015232070
34. Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 6ª ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
35. Shelley SI. Research methods in nursing and health. Boston: Little Brown; 1984.
36. Gardner W, Hoge SK, Bennett N, Roth LH, Lidz CW, Monahan J, Mulvey EP. Two scales for measuring patients' perceptions for coercion during mental hospital admission. *Behav Sci Law* [Internet]. 1993 [acesso 2 abr 2018];11(3):307-21. DOI: 10.1002/bsl.2370110308
37. Lorem GF, Hem MH, Molewijk B. Good coercion: patients' moral evaluation of coercion in mental health care. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2015 [acesso 2 abr 2018];24(3):231-40. DOI: 10.1111/inm.12106
38. Mielau J, Altunbay J, Gallinat J, Heinz A, Bermpohl F, Lehmann A, Montag C. Subjective experience of coercion in psychiatric care: a study comparing the attitudes of patients and healthy volunteers towards coercive methods and their justification. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. 2016 [acesso 2 abr 2018];266(4):337-47. DOI: 10.1007/s00406-015-0598-9
39. Valenti E, Banks C, Calcedo-Barba A, Bensimon CM, Hoffmann KM, Pelto-Piri V *et al.* Informal coercion in psychiatry: a focus group study of attitudes and experiences of mental health professionals in ten

- countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2015 [acesso 2 abr 2018];50(8):1297-308. DOI: 10.1007/s00127-015-1032-3
40. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
41. Room R. The U.S. general population's experiences of responding to alcohol problems. *Br J Addict* [Internet]. 1989 [acesso 2 abr 2018];84(11):1291-304. DOI: 10.1111/j.1360-0443.1989.tb00731.x
42. Wild TC, Newton-Taylor B, Alletto R. Perceived coercion among clients entering substance abuse treatment: structural and psychological determinants. *Addict Behav* [Internet]. 1998 [acesso 2 abr 2018];23(1):81-95. DOI: 10.1016/S0306-4603(97)00034-8
43. O'Donoghue B, Roche E, Shannon S, Lyne J, Madigan K, Feeney L. Perceived coercion in voluntary hospital admission. *Psychiatry Res* [Internet]. 2014 [acesso 2 abr 2018];215(1):120-6. DOI: 10.1016/j.psychres.2013.10.016
44. Bittencourt ALP, Quintana AM, Velho MTAC, Goldim JR, Wottrich LAF, Cherer EQ. A voz do paciente: por que ele se sente coagido? *Psicol Estud* [Internet]. 2013 [acesso 2 abr 2018];18(1):93-101. DOI: 10.1590/S1413-73722013000100010
45. Laranjeira R. Tratamento da dependência do crack: as bases e os mitos. In: Ribeiro M, Laranjeira R, organizadores. *O tratamento do usuário de crack*. São Paulo: Casa Leitura Médica; 2010. p. 15-23.
46. Rio Grande do Sul. Corregedoria-Geral da Justiça. Consolidação normativa judicial: atualizada até o Provimento nº 18/2012-CGJ (outubro/2012) [Internet]. Porto Alegre: Corregedoria-Geral da Justiça; 2012 [acesso 5 abr 2019]. Disponível: <https://bit.ly/3eTVgHZ>
47. Wertheimer A. A philosophical examination of coercion for mental health issues. *Behav Sci Law* [Internet]. 1993 [acesso 2 abr 2018];11(3):239-58. DOI: 10.1002/bsl.2370110303
48. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol* [Internet]. 2000 [acesso 2 abr 2018];55(1):68-78. DOI: 10.1037/0003-066X.55.1.68
49. Goodman I, Peterson-Badali M, Henderson J. Understanding motivation for substance use treatment: the role of social pressure during the transition to adulthood. *Addict Behav* [Internet]. 2011 [acesso 2 abr 2018];36(6):660-8. DOI: 10.1016/j.addbeh.2011.01.011
50. Goodman I, Henderson J, Peterson-Badali M, Goldstein AL. The relationship between psychosocial features of emerging adulthood and substance use change motivation in youth. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. 2015 [acesso 2 abr 2018];52:58-66. DOI: 10.1016/j.jsat.2014.12.004
51. Wei CC, Heckman BD, Gay J, Weeks J. Correlates of motivation to change in adolescents completing residential substance use treatment. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. 2011 [acesso 2 abr 2018];40(3):272-80. DOI: 10.1016/j.jsat.2010.11.014
52. Rugkåsa J, Canvin K, Sinclair J, Sulman A, Burns T. Trust, deals and authority: community mental health professionals' experiences of influencing reluctant patients. *Community Ment Health J* [Internet]. 2014 [acesso 2 abr 2018];50(8):886-95. DOI: 10.1007/s10597-014-9720-0


Participação dos autores

Ana Luiza Portela Bittencourt concebeu o estudo com José Roberto Goldim, coletou dados e, com Lucas França Garcia, elaborou o manuscrito. Todos os autores analisaram os dados e colaboraram com a revisão crítica do manuscrito.


Correspondência

Ana Luiza Portela Bittencourt – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia Sul-Rio-Grandense. Departamento de Ensino. Campus Gravataí. Rua Men de Sá, 800, Bom Sucesso CEP 94135-300. Gravataí/RS, Brasil.


Ana Luiza Portela Bittencourt – Doutora – alportelab@gmail.com

 0000-0002-2333-720X

Lucas França Garcia – Doutor – lucasfgarcia@gmail.com

 0000-0002-5815-6150

José Roberto Goldim – Doutor – jrgoldim@gmail.com

 0000-0003-2127-6594

