

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade – PPGMLS

Janderson Carneiro de Oliveira

**Consumo de drogas: memórias, representações sociais e suas influências
nas práticas de educação em saúde**

Vitória da Conquista-BA
Dezembro de 2017

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB
Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade – PPGMLS

Janderson Carneiro de Oliveira

**Consumo de drogas: memórias, representações sociais e suas influências
nas práticas de educação em saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Mestre em Memória: Linguagem e Sociedade.

Área de Concentração: Multidisciplinaridade da Memória.

Linha de Pesquisa: Memória, Cultura e Educação.

Orientadora: Profa. Dra. Luci Mara Bertoni

Vitória da Conquista-BA
Dezembro de 2017

O48c Oliveira, Janderson Carneiro.
Consumo de drogas: memórias, representações sociais e suas influências nas práticas de educação em saúde. / Janderson Carneiro Oliveira, 2017. Orientadora: Dra. Luci Mara Bertoni.

203f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-graduação em Memória: linguagem e sociedade, Vitória da Conquista, 2017.

1. Droga – Problema social. 2. Práticas de Educação em saúde. 3. CAPS AD-Memórias – Representações Sociais. I. Bertoni, Luci Mara. II. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Memória: linguagem e sociedade. III. T.

CDD 362.29

Catálogo na fonte: Juliana Teixeira de Assunção – CRB 5/1890
UESB – Campus Vitória da Conquista – BA

Título em inglês: Drug consumption: memories, social representations and their influence on health education practices.

Palavras-chaves em Inglês: Drugs. Health Education. Collective Memory. Social Representations.

Área de concentração: Multidisciplinaridade da Memória.

Titulação: Mestre em Memória: Linguagem e Sociedade.

Banca Examinadora: Profa. Dra. Luci Mara Bertoni (Presidente), Profa. Dra. Angela Viana Machado Fernandes (Titular), Prof. Dr. José Patrício Bispo Júnior (Titular).

Data da Defesa: 15 de Dezembro de 2017.

Programa de Pós-Graduação: Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Janderson Carneiro de Oliveira

Consumo de drogas: memórias, representações sociais e suas influências nas práticas de educação em saúde

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, como requisito parcial e obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Memória: Linguagem e Sociedade.

Data da aprovação: 15 de dezembro de 2017.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Luci Mara Bertoni (Presidente)
Instituição: UESB

Ass.: 

Profa. Dra. Ângela Viana Machado Fernandes
Instituição: UESB

Ass.: 

Prof. Dr. José Patrício Bispo Júnior
Instituição: UFBA

Ass.: 

Dedico este trabalho a todos usuários do CAPS AD e aos profissionais desse serviço, sobretudo àqueles que participaram desse estudo.

AGRADECIMENTOS

A Deus.

À minha orientadora, Profa. Dra. Luci Mara Bertoni, pelo zelo ético e seriedade acadêmica.

À banca examinadora, na pessoa da Profa Dra Angela Viana Machado Fernandes e do Prof Dr. José Patrício Bispo Júnior, pelas valiosas contribuições para a realização desse trabalho.

Aos meus pais, Luzia Maria Carneiro e Jorge Oliveira, pelo amor incondicional sempre presente e que me fez chegar até aqui.

Aos meus irmãos Jorge Hage Carneiro, Lessia Carneiro, Maria Aparecida e Êmile Rebeka, pelo incentivo e admiração que sempre encontro em vocês.

À Rilza Lima, minha esposa, pelos momentos de paciência e compreensão.

Aos meus sobrinhos Miguel, Pedro Lucas e Pérola, pela inspiração diária para seguir o fluxo da vida.

À Aurení Lima, minha sogra, pelas palavras de fé e sabedoria nos momentos de angústia.

Aos colegas do mestrado, especialmente, Andressa Mendes, Vitor Melo e Williane Vieira pelas trocas de aprendizado, experiência e conhecimento.

Aos colegas do Grupo de Estudos em Gênero, Políticas, Álcool e Drogas (GePAD) pelo enriquecimento teórico nos nossos encontros fraternos e significativos.

Ao Alto do Cruzeiro, meu bairro de origem, que sempre me deu um sopro de vida, apesar das adversidades que, também, desde sempre marcaram a história da nossa comunidade.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa durante todo o mestrado.

Muito obrigado a todas e a todos, que direta ou indiretamente, contribuíram para conclusão dessa importante etapa da minha vida!

[...] os indivíduos, no dia a dia, não são unicamente máquinas passivas que obedecem a máquinas, registrando mensagens e reagindo aos estímulos externos, no que uma psicologia sumária, reduzida às opiniões e imagens, tende a transformá-los. Ao contrário, possuem o frescor da imaginação e o desejo de dar sentido à sociedade e ao universo (MOSCOVICI, [1961]2012, p. 52).

RESUMO

O uso abusivo de substâncias psicoativas e seus desdobramentos se configuram como um problema que cresce não apenas na conjuntura brasileira, mas em escala mundial. As drogas que, historicamente, estavam situadas em um circunscrito contexto cultural e religioso começam a ser concebidas como alvos de intervenções políticas, médicas e jurídicas, exigindo da autoridade estatal uma resposta para minimizar os possíveis malefícios decorrentes de seu uso. Nesse sentido, emergem as políticas públicas de saúde que ao conceberem o uso abusivo de drogas como uma questão sociossanitária, elaboram intervenções com finalidades terapêuticas destinadas, especificamente, para os usuários de substâncias psicoativas. Dessa maneira, esta pesquisa tem como objetivo analisar as memórias e as representações sociais dos usuários e profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) acerca do consumo de drogas e suas implicações nas práticas de Educação em Saúde. No referencial teórico utilizado destacam-se os aportes teóricos da Memória Coletiva, de Maurice Halbwachs (1877-1945) e a Teoria das Representações Sociais, de Serge Moscovici (1925-2014). A metodologia utilizada nesse estudo consiste em um delineamento qualitativo, visto que trata-se de um problema que nos atravessa cotidianamente, ao mesmo tempo que nos possibilita atribuir sentidos e significados sobre a questão do uso abusivo de drogas. As técnicas utilizadas para a coleta dos dados foram: grupos focais, entrevistas semiestruturadas, observações participantes, além da aplicação de um questionário sociodemográfico. A análise dos dados foi realizada com base na Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977), que deu origem aos eixos temáticos e suas respectivas categorias, com o suporte analítico do *software* IRAMUTEQ. Assim, os resultados evidenciaram três eixos temáticos: I) Memórias e representações sociais dos usuários do CAPS AD; II) Representações Sociais dos profissionais do CAPS AD sobre drogas; e III) Dimensões das representações sociais dos usuários e profissionais que se implicam nas práticas de Educação em Saúde. No primeiro eixo evidenciamos que, nas memórias e nas representações sociais dos usuários dos CAPS AD, predominam aspectos que ratificam as substâncias psicoativas como potenciais condutoras de prejuízos de ordem econômica, afetiva e social, que devido a isso determinadas drogas, nesse caso, as ilícitas, devem ser cada vez mais proibidas, como uma estratégia para solucionar os problemas oriundos do uso abusivo de drogas; no segundo eixo temático destacamos que as representações sociais dos profissionais de saúde se confluem ao apresentarem uma dificuldade em operacionalizar os princípios da política de Redução de Danos, bem como não elaboram uma posição consistente a respeito da legalização/criminalização das drogas, refletindo-se, às vezes, em conhecimentos consensuais; e no terceiro eixo apresentamos as dimensões das representações sociais que se implicam nas práticas de educação em saúde desenvolvidas nesse serviço de saúde, destacando que tanto essas representações como as memórias coletivas dos usuários e profissionais podem canalizar um processo terapêutico no tocante ao uso abusivo de substâncias psicoativas com ênfase em um modelo de cuidado ainda sustentado pelo paradigma hegemônico da abstinência. Por conseguinte, podemos afirmar que as memórias e as representações sociais dos usuários e profissionais do CAPS AD podem, indubitavelmente, orientar e direcionar as práticas de Educação em Saúde, evidenciando, dessa forma, a necessidade de se afinar ainda mais aquilo que se encontra oficialmente instituído, enquanto políticas públicas de saúde, e o que se materializa como práticas assistenciais de cuidado em saúde mental.

Palavras-chave: Drogas. Educação em Saúde. Memória Coletiva. Representações Sociais.

ABSTRACT

The abusive use of psychoactive substances and their consequences constitute a problem that grows not only in the Brazilian context, but on a global scale. Drugs historically set in a circumscribed cultural and religious context are being devised as targets of political, medical, and legal interventions, requiring from the state authority a response to minimize possible harms from drug use. In this sense, public health policies emerge, which, by conceiving drug abuse as a socio-sanitary issue, elaborate interventions with therapeutic purposes specifically aimed at users of psychoactive substances. Thus, this research aims to analyze the memories and social representations of users and professionals about drug consumption and its implications in the practices of Health Education, at a Center for Psychosocial Care for Alcohol and Other Drugs (CAPS AD). In the theoretical reference employed in this work, stand out the contributions of the Collective Memory by Maurice Halbwachs (1877-1945) and Serge Moscovici's Theory of Social Representations (1925-2014). The methodology used in this study consists in a qualitative design, since it is a problem that crosses us daily and, at the same time, allows us to attribute meanings on the issue of drug abuse. The techniques used to collect the data were: focus groups, semi-structured interviews, participant observations, and the application of a sociodemographic questionnaire. Data analysis was performed based on Content Analysis (BARDIN, 1977), which gave origin to the thematic axes and their respective categories, with the analytical support of IRAMUTEQ software. Thus, the results showed three thematic axes: I) Memories and social representations of CAPS AD users; II) Social Representations of CAPS AD professionals on drugs; and III) Dimensions of the social representations of the users and professionals that are implicated in the practices of Health Education. In the first axis we show that in the memories and in the social representations of the users of the CAPS AD predominate aspects that reassert psychoactive substances as potential causes of economic, affective and social losses, and therefore, certain drugs, in this case, illicit ones, should be increasingly prohibited, as a strategy to solve problems arising from drug abuse; in the second thematic axis, we highlight that the social representations of health professionals converge because they present a difficulty in operationalizing the principles of the Harm Reduction Policy, as well as they do not elaborate a consistent position regarding the legalization / criminalization of drugs, such representations are expressed sometimes as a consensual understanding; and in the third axis we present the dimensions of the social representations that are implicated in the health education practices developed in this health service, emphasizing that both these representations and the collective memories of the users and professionals can channel a therapeutic process regarding the abusive use of substances with an emphasis on a care model still supported by the hegemonic paradigm of abstinence. Therefore, we can state that the memories and social representations of the drug users and professionals of CAPS AD can undoubtedly guide and direct the practices of Health Education, evidencing, therefore, the need to further harmonize what is officially considered as public health policies, and what is materializes as care practices in mental health care.

Keywords: Drugs. Health Education. Collective Memory. Social Representations.

LISTA DE ABREVIACÕES E SIGLAS

AA – Alcoólicos Anônimos

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas

CAPSia – Centro de Atenção Psicossocial da Infância e da Adolescência

CAPSi – Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CEAD – Centro de Estudos e Atenção a Álcool e Outras Drogas

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CT – Comunidade Terapêutica

GF – Grupo Focal

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IRAMUTEQ – *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OSF – *Open Society Foundations*

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PIBIC – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica

PL – Projeto de Lei

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RD – Redução de Danos

RPB – Reforma Psiquiátrica Brasileira

SAA – Síndrome de Abstinência Alcoólica

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SNC – Sistema Nervoso Central

SUS – Sistema Único de Saúde

UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

UDI – Usuário de Droga Injetável

UFBA – Universidade Federal da Bahia

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Distribuição dos dados sociodemográficos dos usuários do CAPS AD (gênero, idade, etnia e religião), em um município da Macrorregião de Saúde do Sudoeste da Bahia, 2017.....	103
Tabela 02 – Distribuição dos dados sociodemográficos dos usuários do CAPS AD (estado civil, filhos, escolaridade, profissão e renda familiar – em salários mínimos (sm)), em um município da Macrorregião de Saúde do Sudoeste da Bahia, 2017.....	107
Tabela 03 – Distribuição dos dados sociodemográficos dos usuários do CAPS AD sobre os tipos de drogas consumidas, em um município da Macrorregião de Saúde do Sudoeste da Bahia, em um município da Macrorregião de Saúde do Sudoeste da Bahia, 2017.....	110
Tabela 04 – Distribuição dos dados sociodemográficos dos usuários do CAPS AD sobre o tempo de consumo de drogas, em um município da Macrorregião de Saúde do Sudoeste da Bahia, 2017.....	111
Tabela 05 – Distribuição dos dados sociodemográficos dos usuários do CAPS AD sobre o tempo (em anos) de CAPS, motivo de procura do serviço e quem foi o acompanhante no primeiro atendimento, em um município da Macrorregião de Saúde do Sudoeste da Bahia, 2017.....	112
Tabela 06 – Distribuição dos dados sociodemográficos dos profissionais do CAPS AD (gênero, idade, religião e cor), em um município da Macrorregião de Saúde do Sudoeste da Bahia, 2017.....	113
Tabela 07 – Distribuição dos dados sociodemográficos dos profissionais do CAPS AD (estado civil, nº de filhos por profissionais, escolaridade, profissão, renda familiar – em salários mínimos (sm)), em um município da Macrorregião de Saúde do Sudoeste da Bahia, 2017.....	116
Tabela 08 – Distribuição dos dados sociodemográficos dos profissionais do CAPS AD sobre o consumo de drogas (atual e pregresso) e tempo que trabalha nesse serviço, em um município da Macrorregião de Saúde do Sudoeste da Bahia, 2017.....	117

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Eixos temáticos e categorias que emergiram do processo de análise de conteúdo, em um município da Macrorregião de Saúde do Sudoeste da Bahia, 2017.....	102
Quadro 02 – Nuvem de palavras dos dados dos grupos focais, em um município da Macrorregião de Saúde do Sudoeste da Bahia, 2017.....	142
Quadro 03 – Nuvem de palavras dos dados das entrevistas, em um município da Macrorregião de Saúde do Sudoeste da Bahia, 2017.....	154

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 MEMÓRIA COLETIVA E TEORIA DA REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: CONFLUÊNCIAS TEÓRICO-CONCEITUAIS	23
2.1 CONTRIBUIÇÕES DA SOCIOLOGIA DURKHEIMENIANA	23
2.2 MEMÓRIA COLETIVA: A CONSTITUIÇÃO DA MEMÓRIA GRUPAL ANCORADA EM UMA CONCRETICIDADE.....	26
2.3 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: UM CAMPO EMERGENTE NO CONTEXTO DA PSICOLOGIA SOCIAL MODERNA	30
2.3.1 Teoria das Representações Sociais e suas abordagens	32
2.3.1.1 <i>Abordagem Cultural</i>	35
2.3.1.2 <i>Abordagem Societal</i>	36
2.3.1.3 <i>Abordagem Estrutural</i>	37
2.4 CONVERGÊNCIAS TEÓRICO-CONCEITUAIS ENTRE TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E MEMÓRIA COLETIVA.....	38
3 ASPECTOS HISTÓRICO-CONCEITUAIS E PROBLEMATIZAÇÕES CONTEMPORÂNEAS SOBRE DROGAS	42
3.1 DROGAS: CONCEITOS E CLASSIFICAÇÕES.....	42
3.2 ASPECTOS HISTÓRICOS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA DROGA COMO PROBLEMA SOCIAL.....	47
3.3 PARADIGMA PROIBICIONISTA DE TRATAMENTO E PREVENÇÃO AO CONSUMO DE DROGAS	55
4 REDUÇÃO DE DANOS, REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	61
4.1 REDUÇÃO DE DANOS: UM MODELO ALTERNATIVO DE CUIDADO EM ABORDAGEM À QUESTÃO DAS DROGAS.....	61
4.1.1 Redução de Danos: conceito e princípios.....	61
4.1.2 Aspectos históricos da Redução de Danos	65
4.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA (RPB): UMA REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL	67
4.3 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPS AD).....	72
4.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	78
4.4.1 Educação: “bancária” <i>versus</i> problematizadora	78
4.4.2 Saúde: um conceito ampliado de cuidado	81
4.4.3 Educação em Saúde: um campo teórico-prático de promoção da saúde e a problemática do uso e abuso de drogas	83
5 ITINERÁRIO METODOLÓGICO E SUAS EVIDÊNCIAS ANALÍTICAS: MEMÓRIAS, REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E CONSUMO DE DROGAS	91
5.1 LOCAL DO ESTUDO	93
5.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	93
5.3 COLETA DOS DADOS	94

5.4 TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS	94
5.5 CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS	103
5.6 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS	113
5.7 EIXO TEMÁTICO I: MEMÓRIAS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS USUÁRIOS DO CAPS AD.....	118
5.8 EIXO TEMÁTICO II: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DO CAPS AD SOBRE DROGAS	143
6 MEMÓRIAS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE OS USOS DE DROGAS NAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	158
6.1 EIXO TEMÁTICO III: DIMENSÕES DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS QUE SE IMPLICAM NAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE	158
7 CONCLUSÃO.....	172
REFERÊNCIAS	177
APÊNDICES	199

1 INTRODUÇÃO

O uso prejudicial de drogas se configura como um problema mundial e, em razão disso, tem interessado diferentes campos disciplinares (SOUZA et al, 2007). Consoante Alves (2009), a ampliação do uso terapêutico e recreativo de drogas foi seguida pelo enfraquecimento de preceitos compartilhados em diferentes grupos sociais para regulação do seu consumo, emergindo, assim, questões socio sanitárias. Neste contexto, emerge a ação reguladora e fiscalizadora por parte do Estado para elaborar e implementar políticas públicas destinadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas (ALVES, 2009). Torna-se relevante analisar de que forma essas políticas e suas práticas, a exemplo da Educação em Saúde, são desenvolvidas pelos profissionais e usuários do Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS AD), principal referência da rede de saúde nesta área.

Os diferentes modelos de atenção à saúde, práticas educativas e de tratamento destinados ao cuidado dos usuários de drogas, tanto lícitas quanto ilícitas, estão vinculados a duas abordagens, a saber: o proibicionismo, que se materializa em práticas de abstinência, e o modelo de Redução de Danos (RD) (ALVES, 2009). A política proibitiva se configura como uma forma verticalizada de lidar com a problemática do uso e abuso de substâncias psicoativas, assumindo um discurso de guerra às drogas e apresenta a abstinência como único e principal modelo para se abordar a questão do uso de substâncias psicoativas. Por sua vez, a política de RD consiste em uma estratégia que visa minimizar os possíveis danos decorrentes do uso e abuso de drogas mediante uma articulação intersetorial, tendo em vista a reconquista da cidadania e o desenvolvimento de ações promotoras dos direitos humanos (BOARINI; MACHADO, 2013).

Convém apontar que as políticas públicas podem contribuir para a reprodução do modelo biomédico do cuidado em saúde mental ou para potencializar modelos integrais nas práticas educativas na área de álcool e outras drogas (ALVES, 2009). Além disso, percebemos que os profissionais de saúde necessitam de uma formação acadêmica capaz de permitir a elaboração de um pensamento crítico-reflexivo, de modo a não reforçar o discurso estigmatizante e moralizante nas práticas voltadas para a prevenção e tratamento dos usuários de álcool e outras drogas, nem se deixar contaminar por “um imaginário social perverso reproduzindo o que a mídia e os veículos de comunicação transmitem” (CERQUEIRA, 2013, p. 321), abordando a problemática das drogas sob um viés repressivo e aterrorizador.

As práticas de Educação em Saúde, possivelmente, não estão isentas das elaborações e teorizações sociais que são instituídas cotidianamente no âmbito do pensamento popular. Isso,

ao mesmo tempo, converge e fortalece nossas memórias e representações sociais acerca de um determinado problema social que nos atinge o tempo todo, a exemplo do uso abusivo de drogas, se avultando ainda mais quando corroborado por dispositivos de cuidado, que, na verdade, deveriam propor, dialogicamente, um novo modo de pensar.

Nesse sentido, as atividades de natureza educativa desenvolvidas em um serviço de saúde podem estar ancoradas em proposições de ordem moral e religiosa tanto por parte dos usuários desse serviço quanto sustentadas pelos profissionais de saúde que conduzem o desenvolvimento dessas atividades. Assim, dada a materialidade dessas práticas, as memórias e as representações sociais que emergem nas atividades de Educação em Saúde não devem ser negligenciadas, de modo a se objetivar como elementos sem nenhuma finalidade terapêutica, quando na verdade, o próprio conteúdo representacional e mnemônico socialmente construído pode ser objeto de intervenção, mas sempre mediante um cuidado horizontal e dialógico, não perdendo de vista que “as práticas educativas pautadas nesta perspectiva conteudista, normativa e cientificista demoraram a demonstrar que aquisição de saber instituído não resulta, necessariamente, em mudança de comportamento” (GAZZINELLI et. al, 2005, p. 202).

Destarte, esta pesquisa buscou responder à seguinte pergunta-problema: como se revelam as representações sociais dos profissionais e usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS AD) sobre o consumo de drogas e de que forma estas influenciam as práticas de Educação em Saúde nesta instituição? Com efeito, esta pesquisa parte da hipótese central de que as representações sociais dos usuários e profissionais sobre o consumo de álcool e outras drogas influenciam e orientam as práticas de Educação em Saúde, podendo evidenciar determinadas políticas e modelos de atenção que sustentam essas práticas educativas.

A escolha pelo objeto de estudo dessa pesquisa se justifica em primeiro lugar no âmbito pessoal, por meio da experiência de nossa participação em projetos de pesquisas durante a graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA), especialmente como bolsista pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) entre os anos de 2014 a 2015, em que pudemos conhecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município no qual realizamos esse estudo, exercendo atividades de pesquisas no CAPS AD, o que desencadeou no nosso ponto de vista lacunas e problemas acerca desse serviço, confluindo com a presente proposta de pesquisa.

Ademais, a justificativa científica desse trabalho consiste no fato de que há uma escassez de estudos que convergem os temas representações sociais e práticas educativas na área de álcool e outras drogas. Isso se ratifica com base em um levantamento bibliográfico realizado na base de dados do *Scielo*. Foram empregados os seguintes descritores: Representações Sociais, Educação em Saúde, Álcool e Drogas, e não foi encontrado nenhum estudo. Ao utilizar os descritores: Representações Sociais, Educação em Saúde e Drogas, foram encontrados apenas 05 artigos que se aproximaram do tema proposto. Além disso, os resultados da pesquisa poderão subsidiar dados para gestores e profissionais de saúde aperfeiçoarem políticas públicas municipais a refletirem sobre as práticas desenvolvidas no CAPS AD o que pode se configurar como uma justificativa social.

Nesse sentido, o objetivo geral dessa pesquisa consiste em analisar as memórias e as representações sociais dos profissionais e usuários do CAPS AD sobre o consumo de drogas e suas implicações nas práticas de Educação em Saúde, ao passo que os objetivos específicos são: a) elaborar articulações conceituais entre a teoria das representações sociais, memória coletiva, educação em saúde e políticas de álcool e outras drogas; b) compreender como as práticas de educação em saúde são desenvolvidas no CAPS AD e c) investigar as memórias e representações sociais de usuários e profissionais de saúde sobre o consumo de drogas no CAPS AD. Para atingirmos esses objetivos, a pesquisa foi estruturada em seções, as quais apresentaremos breve e panoramicamente a respeito do que abordamos em cada uma delas.

Na segunda seção desse trabalho apresentamos uma relação teórica e conceitual entre Memória Coletiva e Teoria das Representações Sociais. Foram apresentadas as principais características de cada uma dessas teorias, e em seguida as possíveis confluências teórico-conceituais. Desse modo, convém explicitar que a teoria da Memória Coletiva, ao nascer dos postulados teóricos da sociologia clássica de Émile Durkheim (1858-1917), essa teoria contribui para uma análise sociológica da memória, enquanto fenômeno coletivamente produzido.

Para Halbwachs ([1950]2006), a produção de memória coletiva encontra-se condicionada a um determinado contexto social, que ao perpassar por um evidente critério relacional, se confluí com os próprios pares, familiares, grupos religiosos, partidos políticos etc., em um tempo e espaço específicos, nos quais essas relações se materializam. As memórias produzidas em uma configuração grupal, apresentam um real poder de duração, ou seja, o que notadamente se sustenta como um elemento constitutivo de uma memória coletiva

assume a condição de perenidade, conferindo sustentáculo a um conteúdo mnemônico, construído mediante uma experiência coletiva.

A Teoria das Representações Sociais, por sua vez, também advinda da sociologia durkheimiana, apresenta-se com a proposta de pensar uma Psicologia Social caracterizada por uma dimensão sociológica (FARR, 2002). Nesse sentido, Moscovici ([2000]2015) explicita que essa teoria surge como uma crítica à psicologia cognitivista, uma vez que, para esta psicologia os indivíduos reagem uniformemente aos fenômenos sociais e que o processo complexo de compreensão desses fenômenos, se restringe pura e simplesmente em um processamento de informações, desvinculadas de um evidente componente sócio-político-cultural.

Moscovici ([2000]2015), ao conferir um estatuto psicossociológico às representações sociais, estabelece que os grupos sociais apresentam um expressivo potencial para produzirem suas próprias representações, que cimentados em um evidente critério coletivo, tais representações transitam e estão presentes substancialmente em nossa sociedade. Por meio das funções de convencionalização e prescrição, as representações nos tocam o tempo todo, visto que, é justamente por meio dessas funções, que as representações sociais se objetivam em nossas práticas cotidianas, orientando e direcionando até mesmo o gerenciamento de atividades desenvolvidas nos dispositivos de saúde, tal como apresentamos aqui, no que diz respeito à problemática do uso de substâncias psicoativas.

Dessa maneira, no que se refere à terceira seção expusemos a questão das drogas, conceituando-as e classificando-as, destacando também a institucionalização das drogas, enquanto problema social, e de como isso se reverbera na emergência do paradigma proibicionista, o que se coaduna, conseqüentemente, nos modelos de tratamentos e de prevenção ao consumo de substâncias psicoativas, caracterizados solidamente por práticas de abstinência.

É inegável que as drogas estão inseridas há bastante tempo na história da humanidade, correspondendo às necessidades humanas (CARNEIRO, 2002), sejam estas de caráter religioso, terapêutico, social etc. Elas, portanto, são tão antigas quanto a própria humanidade. Nessa perspectiva, Fiore (2013) argumenta que as drogas nem sempre foram caracterizadas como um problema social, nem mesmo revestidas por um caráter bélico e proibicionista como conhecemos hoje, principalmente quando nos referimos às substâncias ilícitas. A emergência do modelo proibicionista para pensar o uso abusivo de drogas está condicionada a elementos morais, religiosos e político-econômicos bem delineados para que algumas drogas fossem

rigorosamente proibidas, ao passo que outras não assumissem a condição da ilicitude (FIORE, 2013; FIORE, 2006).

Indubitavelmente, o proibicionismo não apenas se materializa pela via de uma autoridade jurídica, mas também por meio da supremacia médico-sanitária, que exerceu um papel imprescindível para que esse paradigma predominante se capilarizasse nos serviços de assistência à saúde referentes ao cuidado dos usuários de substâncias psicoativas. Em relação a isso, Bucher (2007) afirma que a abstinência total configura-se como um modelo de tratamento ancorado em um viés repressivo, que preconiza coibir de modo intransigente o uso de drogas. Dessa maneira, esse modo de pensar e materializar o cuidado subverte a ideia de que nem todos os usuários reagem da mesma maneira a determinado tipo de tratamento, o que desperta a necessidade de modelos alternativos e dialógicos de cuidado, como a proposta das práticas de RD.

Desse modo, na quarta seção, explanamos sobre a estratégia da RD, apresentando seu conceito e princípios, que ao historicizá-la, nos remete à Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), ao surgir como um movimento alternativo de repensar os modelos assistenciais em saúde mental, possibilitando a emergência de dispositivos de saúde, como os CAPS AD, reorientando o cuidado dos sujeitos em sofrimento psíquico em uma vertente psicossocial e não mais hospitalocêntrica. Nessa mesma seção, apresentamos o que entendemos por educação em saúde, abordando seus embasamentos teóricos, bem como suas próprias características, tendo em vista a promoção da saúde no campo de álcool e outras drogas.

De acordo com a Associação Internacional de Redução de Danos (2010), tal política surge com uma proposta de cuidado, que tem como objetivo reduzir os danos decorrentes do uso de substâncias psicoativas para aqueles usuários que não querem ou não conseguem romper definitivamente com o consumo abusivo de drogas. Nessa mesma direção, Andrade (2002) nos ajuda a apresentar o conceito de RD quando afirma que esse paradigma terapêutico embora se configure como um objeto, cujo conceito ainda é alvo de dissenso entre a literatura e os técnicos que operacionalizam as práticas redutoras de danos, podemos dizer que essas práticas buscam, mediante uma relação compreensiva e empática, a minimização dos agravos à saúde dos usuários de drogas, mas sempre autenticando o desejo de usá-las.

Os princípios de RD chegam nos dispositivos de saúde mental por meio da discussão apresentada pela RPB, que propõe uma reorientação dos modelos assistenciais das práticas em saúde mental. Essa reorientação assistencial se materializa por uma rede de cuidado, caracterizada pela emergência dos CAPS, inseridos em uma rede de atenção psicossocial.

Dentre os diferentes CAPS, encontramos aqueles que trabalham especificamente com as demandas dos usuários de substâncias psicoativas. Nesses serviços de saúde, dentre outras atividades realizadas, encontramos as práticas de Educação em Saúde, que de acordo com Maciel (2009), referem-se a um novo modo de pensar e problematizar o processo saúde-doença, concebendo o cuidado não mais sustentado por uma vertente curativista e repressiva, mas sim sob uma perspectiva dialógica e psicossocial, tendo em vista a promoção da saúde e a prevenção de agravos.

Na quinta seção, evidenciamos o percurso metodológico dessa pesquisa, que se organiza mediante os seguintes componentes: delineamento qualitativo, visto que trata-se de um problema que perpassa nosso cotidiano, exigindo que os sujeitos apresentem suas próprias teorizações sociais acerca desse problema (MINAYO, 2014); as características do local e os sujeitos participantes da pesquisa, que são usuários de uma unidade do CAPS AD; as técnicas de coleta dos dados foram grupos focais, entrevistas semiestruturadas e observações participantes; e o método de análise dos dados foi Análise de Conteúdo, de Laurence Bardin (1977). Ainda nessa seção apresentamos as características sociodemográficas dos participantes da pesquisa, bem como analisamos as categorias provenientes do processo de análise. Desse modo, analisamos, inicialmente, as memórias e as representações sociais dos usuários de substâncias psicoativas, e em seguida as representações dos profissionais de saúde.

Na sexta seção, apresentamos as implicações das memórias e das representações sociais dos profissionais e usuários do CAPS AD nas práticas de Educação em Saúde apresentadas nos grupos observados, evidenciando que essas práticas têm desdobramentos tanto do conteúdo da representação quanto elementos mnemônicos dos atores sociais que se imbricam nessas práticas educativas em saúde. Por fim, na sétima e última seção, apresentamos nossas percepções sobre os resultados dessa pesquisa, e ao mesmo tempo levantando novos problemas e lacunas que emergem desse estudo diante das análises realizadas.

A pesquisa está de acordo com Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), regulamentadora das pesquisas com seres humanos. Antes de ir ao campo, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice VI) em conformidade com a referida Resolução. Assim, o projeto intitulado “Representações Sociais dos profissionais e usuários do CAPS AD sobre o consumo de drogas e suas implicações nas práticas de educação em saúde” que deu origem a essa

pesquisa, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) sob o CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) com número 56658516.4.0000.0055 e aprovado com o número de protocolo 1.770.134. Ademais, a coleta de dados foi autorizada também pela Assessoria de Planejamento e Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde do município de realização da pesquisa, mediante a aprovação do projeto no referido comitê de ética da UESB.

2 MEMÓRIA COLETIVA E TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: CONFLUÊNCIAS TEÓRICO-CONCEITUAIS

A proposta que sustenta a discussão abordada nessa seção consiste em apresentar alguns aspectos teóricos e conceituais de duas teorias oriundas de diferentes campos disciplinares: Memória Coletiva, termo cunhado pelo sociólogo Maurice Halbwachs (1877-1945) e a Teoria das Representações Sociais, pensada pelo psicólogo social romeno, naturalizado francês, Serge Moscovici (1925-2014), e de que maneira esses dois campos se relacionam.

Organizamos essa discussão a partir da seguinte estrutura na tentativa de otimizar didaticamente o que pretendemos expor. Primeiro apresentamos, brevemente, as contribuições da sociologia durkheimiana para o desenvolvimento dessas duas teorias, a halbwaquiana e a moscovicianiana. Em seguida, preocupamos em abordar o que Halbwachs denomina de Memória Coletiva, seguida por uma exposição do que Moscovici chama de Teoria das Representações Sociais. Por fim, buscamos apresentar em quais pontos esses distintos campos teóricos se aproximam, apontando, dessa forma, suas possíveis confluências teórico-conceituais.

2.1 CONTRIBUIÇÕES DA SOCIOLOGIA DURKHEIMIANA

Os dois campos teóricos abordados, Memória Coletiva e Teoria das Representações Sociais, tomam como fundamento primário os pressupostos teóricos do sociólogo francês Émile Durkheim (1858-1917). A sociologia durkheimiana se preocupa com múltiplos fenômenos sociais (DURKHEIM, [1897]2000; DURKHEIM, [1912]2000a; DURKHEIM, [1925]2008), entre estes cabe destacar as categorias religiosas, que foram analisadas a partir da elaboração conceitual que Durkheim denominou de Representações Coletivas (OLIVEIRA, 2012).

Um dos primeiros trabalhos de Durkheim foi publicado em 1893 intitulado, **Da divisão do trabalho social**, em que esse sociólogo já fazia alusão ao termo representação, emergindo do conceito de consciência coletiva, que ao não usá-lo gratuitamente foi determinante para a cristalização do conceito de Representação Coletiva. De acordo com Durkheim ([1893]1999), entende-se por consciência coletiva ou consciência comum “o conjunto das crenças e dos sentimentos comuns à média dos membros de uma mesma sociedade” (DURKHEIM, [1893]1999, p. 50), que pode constituir-se em um sistema capaz de

autossustentar-se e autogerir-se, cuja dinamicidade se mantém com suas próprias forças vitais. Ademais, a consciência coletiva se difere da consciência particular ou individual. A primeira não depende da situação em que a segunda se encontra, isto é, a consciência coletiva não se sustenta apenas por condições individuais, que estas uma vez intermitentes, apresentam baixa capacidade de se conservar, contrariamente à consciência coletiva que apresenta um potencial de duração capaz de se perpetuar inalteravelmente pelas gerações, transmitindo umas às outras (DURKHEIM, [1893]1999).

Não é fácil ceder ao enfraquecimento daquilo de que se está conscientemente seguro. Não se pode negar a existência de um eminente sofrimento quando o estado de consciência de alguém encontra-se ameaçado, o que não é de se estranhar quando este alguém reage de modo contundente na defesa daquilo em que se acredita comodamente em um sólido estado de consciência. Desse modo, a representação surge como uma das principais manifestações de resistência quando esta é refutada em vez de corroborada. A representação não se configura meramente como um instrumento imagético através do qual enxergamos uma simples imagem da realidade, mas o ato de representar se complexifica na medida em que se apropria de fenômenos, sejam estes de natureza orgânica e/ou mesmo psíquica (DURKHEIM, [1893]1999, p. 71). Nesse sentido:

Do mesmo modo que estados de consciência contrários se enfraquecem reciprocamente, estados de consciência idênticos, intercambiando-se, fortalecem-se uns aos outros. Enquanto os primeiros se subtraem, os segundos se adicionam. Se alguém exprime diante de nós uma idéia que já era nossa, a representação que fazemos dela vem se somar à nossa própria idéia, superpor-se a ela, confundir-se com ela, comunica-lhe o que ela própria tem de vitalidade; dessa fusão sai uma nova idéia, que absorve as precedentes e, em consequência, é mais viva do que cada uma delas consideradas isoladamente.

Não é difícil perceber nessa discussão entre estados de consciência comum e consciência particular a dimensão coletiva da representação. Em uma concepção durkheimiana, representações coletivas e consciência coletiva “são termos intercambiáveis” (OLIVEIRA, 2012, p. 73), que se apresentam sem nenhum prejuízo semântico. O que este teórico problematiza é a relação da consciência particular e representação individual, bem como da consciência comum em sintonia com as representações coletivas. Assim sendo, o clássico **Representações Individuais e Representações Coletivas** ([1924]1970) consiste em um texto-base para se investigar questões teórico-conceituais dessas duas teorias, Memória Coletiva e Teoria Representações Sociais.

Destarte, tanto a vida mental quanto a vida coletiva do indivíduo são constituídas por representações. Não é de se estranhar, portanto, que representações sociais e representações individuais sejam conceitos até um determinado ponto comparáveis, sem esquecer, no entanto, que não se pode reduzir o conhecimento sociológico como um simples desdobramento ou mera implicação da psicologia individual, mas sim que estes dois campos disciplinares se sustentam e se mantêm independentes enquanto distintos saberes científicos (DURKHEIM, [1924]1970). Diante disso, convém explicitar que Representações Coletivas, em uma abordagem durkheimiana, consistem naquilo que o próprio Durkheim ([1895]2007, p. XXIII) sinaliza:

Com efeito, o que as representações coletivas traduzem é o modo como o grupo se pensa em suas relações com os objetos que o afetam. Ora, o grupo não é constituído da mesma maneira que o indivíduo, e as coisas que o afetam são de outra natureza. Representações que não exprimem nem os mesmos sujeitos, nem os mesmos objetos, não poderiam depender das mesmas causas. Para compreender a maneira como a sociedade representa a si mesma e o mundo que a cerca, é a natureza da sociedade, e não a dos particulares, que se deve considerar.

Além disso, as representações coletivas também podem ser oriundas de processos mnemônicos, ou seja, a memória pode se configurar como uma fonte de representações. Quanto a isso, Durkheim ([1924]1970) explicita que, tradicionalmente, se atribuiu à memória um restrito critério orgânico, e não psíquico. A partir desse raciocínio, a representação não é capaz nem de se conservar e muito menos fazer durar imagens e ideias, uma vez que estas não mais existem por não serem conservadas. Nesse contexto, contrário a esse argumento, Durkheim ([1924]1970) defende que a memória não pode ser concebida como algo meramente biológico, mas como um fenômeno que se alia, portanto, à dimensão do vivido e com as experiências vividas.

Desse modo, inserido na corrente sociológica do pensamento de Durkheim, o que despertou em Maurice Halbwachs foi justamente a possibilidade da elaboração de um conceito de memória que potencializasse a condição do fenômeno coletivo. Ao se preocupar de que modo a experiência passada se reverbera nos espaços grupais – famílias, instituições, classes sociais, grupos religiosos – Halbwachs introduz no campo das ciências sociais o conceito de Memória Coletiva (PERALTA, 2007).

2.2 MEMÓRIA COLETIVA: A CONSTITUIÇÃO DA MEMÓRIA GRUPAL ANCORADA EM UMA CONCRETICIDADE

Na condição de discípulo de Durkheim, Maurice Halbwachs destaca-se como um dos mais autênticos durkheimenianos. No entanto, apesar de demonstrar interesse pelas categorias trabalhadas na produção sociológica de Durkheim, a exemplo do suicídio e das classes sociais, o pensamento halbwachiano problematiza elementos de natureza sociológica, que mesmo não ocupando um lugar central na sociologia durkheimeniana esta foi, por meio da ideia de consciência coletiva, condição imprescindível para que esses elementos fossem evocados e problematizados por Halbwachs, principalmente quando este pensa a memória a partir dos quadros ou contextos sociais de referências, que a denominou de Memória Coletiva (DUVIGNAUD, 2006).

De acordo com Peralta (2007) o conceito de Memória Coletiva foi cunhado por Halbwachs em 1925, desenvolvido a partir de suas principais obras: a) Os quadros sociais da memória (1925) [*Les Cadres Sociaux de la Mémoire*], quando organiza toda sua teoria de memória coletiva; b) Topografia legendária dos Evangelhos na Terra Santa (1941) [*La Topographie Légendaire des Évangiles en Terre Sainte: Étude de Mémoire Collective*], cujo estudo se preocupou em saber como os cristãos através das memórias de formação religiosa conseguem situar os espaços sagrados em Jerusalém; e c) A memória coletiva (1950) [*La Mémoire Collective*], obra de natureza póstuma, na qual Halbwachs aplica analiticamente sua teoria da memória coletiva em objetos sociais como a memória da infância e sua percepção relacionada ao tempo e ao espaço.

O ato de recordar se configura como um ato, sobretudo, de natureza pertencente ao indivíduo, o que durante muito tempo fez da memória uma categoria exclusivamente individual. Destacam-se, nesse contexto, as produções no âmbito da filosofia, como se percebe nos escritos de Henri-Louis Bergson (1859-1941), e no âmbito da psicologia nas obras de Sigmund Freud (1856-1939), sendo que ambos não se atentaram para a dimensão social da memória. No entanto, ainda a partir do século XX, entre os anos 20 e 30, o estudo da memória começa ganhar um estatuto que lhe confere uma base social, principalmente advindo do sociólogo de tradição durkheimeniana, Halbwachs, com a já referida teoria da memória coletiva, e do psicólogo social britânico Frederic Charles Bartlett (1886-1969), que inspirado na obra halbwaquiiana, investiga o fenômeno da memória inserido em um microcosmo social no conhecimento da vida cotidiana. Esse último, porém, não será aqui discutido, limitando-

nos apresentar a teoria da memória de Halbwachs, que inaugura um conceito de memória em uma perspectiva coletiva (PERALTA, 2007; SÁ, 2007; FARR, 2002).

Desse modo, em uma concepção halbwachiana, a memória carece do lastro de materialidade, não uma materialidade pura, individual, tal como pensou a filosofia bergsoniana, mas sim uma materialidade relacionada a um determinado contexto social, uma vez que recordar remete sempre a uma relação com algo ou alguém, seja este o outro, o espaço, o tempo etc. A memória, para Halbwachs ([1950]2006), necessita dessa materialidade, que por sinal, é construída socialmente, ao passo que a recordação, nessa perspectiva, sempre nos leva a uma dimensão relacional com um determinado espaço e um determinado tempo. Não é difícil compreender que algumas relações estabelecidas durante a infância por exemplo, permaneçam até hoje em nossas memórias, e que não obstante o passar do tempo, essa memória relacional e afetuosa não desapareceu, ao contrário, se conservou. O próprio Halbwachs ([1950]2006, p. 29) explica isso quando afirma:

Assim, quando voltamos a uma cidade em que já havíamos estado, o que percebemos nos ajuda a reconstituir um quadro de que muitas partes foram esquecidas. Se o que vemos hoje toma como lugar no quadro de referências de nossas lembranças antigas, inversamente essas lembranças se adaptam ao conjunto de nossas percepções do presente. É como se estivéssemos diante de muitos testemunhos. Podemos reconstruir um conjunto de lembranças de maneira a reconhecê-lo porque eles concordam no essencial, apesar de certas divergências.

Halbwachs ([1950]2006) compreende que a memória pode ser desencadeada na relação com outras pessoas, tendo em vista que estas também estão inseridas no meio social, em que os fatos e os acontecimentos ocorrem, à medida que essa relação com outro e com os fatos potencializa a reconstituição ou a reconstrução da recordação. Desse modo, esse teórico ilustra seu raciocínio com o exemplo¹ de uma relação estabelecida entre professor-aluno justamente para destacar que essa modalidade de memória pensada por ele ([1950]2006) – memória coletiva – depende dos grupos e dos contextos sociais em que se vive, bem como do tempo e do espaço em que as relações se desenrolam.

Vale dizer que nesse caso ilustrado por Halbwachs ([1950]2006) fica explícito que a memória do aluno se conservou de uma maneira mais sólida se comparada com a memória do

¹ O exemplo citado por Halbwachs ([1950] 2006) para ilustrar seu pensamento consiste na relação entre um aluno e seu ex-professor, que deu aula durante muito tempo, cerca de uma década ou mais, na escola que este aluno estudou. Ambos ao se reencontrarem, o professor é imediatamente reconhecido pelo aluno, ao passo que este não é recordado pelo professor. Assim, o aluno o tempo todo descreve as características de sua turma, os fatos marcantes que aconteceram naquele ano e comenta sobre seus amigos, mas o professor não consegue lembrar e nem mesmo reconhecê-lo.

professor, exatamente porque as relações estabelecidas entre este e a turma pode se configurar como pouco duradoura do que a relação do aluno com seus próprios pares, grupos e colegas de classe. Assim, notamos que a memória coletiva reporta sempre a um componente afetivo e relacional às vivências, de modo que “esquecer um período da vida é perder o contato com os que então nos rodeavam” (HALBWACHS, [1950]2006, p. 37).

A tessitura conferida à memória por Halbwachs perpassa pelas relações estabelecidas socialmente. Magalhães e Almeida (2011), em consonância com o pensamento halbwaquiano, explicitam que a memória advém não de indivíduos isoladamente, mas sim dos quadros sociais de uma dada sociedade, quando os indivíduos estão inseridos em seus grupos, se interagindo com estes e ocupando um determinado lugar dentro desses grupos sociais. Nesse sentido, mesmo a memória individual, não pode ser despida da qualidade de memória coletiva, na medida em que “cada memória individual é um ponto de vista sobre a memória coletiva, que este ponto de vista muda segundo o lugar que ali ocupo e que esse mesmo lugar muda segundo as relações que mantenho com outros ambientes” (HALBWACHS, [1950]2006, p. 69).

O que talvez apareça como uma inquietação aos interessados em estudar a dimensão coletiva da memória consiste na intrigante tentativa em compreender o que faz uma memória individual se transformar em uma memória coletiva. Nessa discussão, devemos considerar que as recordações compartilhadas socialmente com familiares, amigos de trabalho, grupos religiosos etc., são justamente aquelas recordações consideradas relevantes para estes grupos, que se apresentam com um maior potencial de duração. No entanto, esse pensamento não se restringe somente a estes grupos caracterizados por relações duradouras, mas, também se aplica aos grupos de relações intermitentes ou definidos por configurações efêmeras (FENTRESS; WICKHAM, 1992).

A constituição do que Halbwachs ([1950]2006) entende por Memória Coletiva se materializa na medida em que os indivíduos inseridos em seus grupos sociais são capazes de suspenderem aspectos divergentes nessas relações e, ao mesmo tempo, em que potencializam os elementos que os fortalecem e os unificam, enquanto membros desses determinados grupos. Assim, a concreticidade do conceito de memória coletiva se dá no momento em que componentes unificadores desses grupos se confluem de tal forma, que são capazes de superar as próprias divergências, ao passo que isso mesmo revela uma identidade grupal, embora se perceba a existência de diversos grupos. Por conseguinte, podemos afirmar que a memória

coletiva se configura em uma relação consensual, ou ainda mais, uma relação em que o uno se manifesta no diverso. Halbwachs ([1950]2006, p. 49) deslinda esse argumento quando afirma:

Assim, quando tentamos encontrar no céu duas estrelas que fazem parte de duas constelações diferentes, satisfeitos por termos traçado uma linha imaginária de uma a outra, de bom grado acreditamos que o simples fato de alinhá-las dessa maneira confere a seu conjunto uma espécie de unidade; contudo, cada uma é apenas um elemento compreendido num grupo e, se foi possível encontrá-las, é porque naquele momento nenhuma das constelações estava oculta por uma nuvem. Da mesma forma, pelo fato de dois pensamentos, uma vez comparados, parecerem reforçar um ao outro por constratarem entre si e acreditarmos formarem um todo que existe por si, independentemente dos conjuntos de onde são tirados, não percebemos que na realidade estamos levando em conta os dois grupos ao mesmo tempo – mas cada um do ponto de vista do outro.

Nessa perspectiva, memória coletiva não se configura como uma mera expressão do passado, mas uma (re)construção coletiva desse passado elaborado por indivíduos inseridos em uma coletividade. O processo de construção se concretiza por meio de processos de seleção, nos quais eventos passados, possivelmente ocorridos em determinados grupos, mais duradouros, são conservados, ao passo que eventos que aconteceram em grupos com poucos laços afetivos, podem se perder com o decorrer do tempo. Este, por sua vez, consoante ao pensamento do discípulo durkheimiano, se caracteriza por uma dimensão temporal que se encontra nos quadros sociais da memória, pensados por Halbwachs como objetos sociais, instituições, imagens etc., ao enfatizar a natureza dessas construções em diversos grupos sociais, a exemplo da família e da religião (SANTOS, 2013). Em consonância com o pensamento halbwaquiano em relação a esses quadros sociais da memória, Sá (2007, p. 291) afirma:

O que os quadros sociais identificados por Halbwachs [...] proporcionam ao processo de construção social da memória é sempre uma forma de conhecimento: de fatos, de cronologias, de instituições, de costumes, de leis, da linguagem, ou seja, toda uma gama de recursos de contextualização e significação das experiências pessoais e grupais.

Diante do que foi apresentado e de acordo com a perspectiva de Maurice Halbwachs ([1950]2006), toda memória individual se ancora em uma memória coletiva, levando em conta que o ato de recordar é relacional às vivências que o indivíduo estabelece nos próprios grupos de referências, situados em um tempo e espaço determinados. Cabe aqui considerar que o ato de recordar, para o autor supracitado, demanda um esforço de recompor e recuperar

uma experiência passada, que uma vez lembrada se perpetua no presente por meio dos grupos sociais dos quais os indivíduos fazem parte.

Não obstante algumas críticas direcionadas a Halbwachs tal como fizeram Fentress e Wickham (1992) ao questionar a ênfase coletiva que o sociólogo durkheimiano confere à memória, ao mesmo tempo que relega seu aspecto individual, e por Peralta (2007) quando percebe a ausência da discussão política da memória, apesar do tensionado contexto histórico vivido por Halbwachs², o que nos interessa nesse trabalho é justamente perceber alguns possíveis pontos confluentes entre a teoria da memória coletiva halbwaquiana e a Teoria das Representações Sociais de Moscovici, tendo em vista que alguns teóricos da Psicologia Social, exemplo de Robert Farr (2002), concebem esse último campo teórico, isto é, o da Teoria das Representações Sociais, como uma vertente sociológica de psicologia social.

2.3 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: UM CAMPO EMERGENTE NO CONTEXTO DA PSICOLOGIA SOCIAL MODERNA

O campo da Teoria das Representações Sociais surge como resultado da tese de doutorado de Moscovici ([1961]2012) publicada, originalmente, em 1961, e intitulada *Psychanalyse, Son image et son public*. Esse texto foi parcialmente traduzido para o português em 1975 (GUARESCHI, 2012), e apenas recentemente, em 2012, foi publicado na íntegra com o título: **Psicanálise, sua imagem e seu público**. Como o próprio título da tese sinaliza, o objeto dessa pesquisa de Moscovici refere-se à abordagem psicanalítica, e consiste em saber como a difusão da psicanálise penetra o conhecimento popular dos franceses (DUVEEN, 2015). Porém, antes de adentrarmos propriamente nesse vasto campo das Representações Sociais, convém situarmos brevemente o contexto científico da Psicologia Social em que a teoria moscoviciana emerge.

Assim, podemos apresentar as principais características de duas contrastantes tradições de pesquisa na Psicologia Social Moderna: a tradição norte-americana e a tradição europeia. A primeira tradição pode ser bem representada pelo psicólogo Gordon Willard Allport (1897-1967), que escolheu Auguste Comte (1798-1857) como fundador da Psicologia Social moderna, ao se atentar para o fato de que Comte também é posto como o fundador do positivismo³ e por isso na concepção de Allport nada mais justo o motivo de tal escolha.

² Halbwachs foi assassinado, em 1945, no campo de concentração nazista de Buchenwald (BOSI, 1993), após as tropas nazistas ocuparem Paris.

³ O positivismo se baseia, segundo Santos (1989), em uma concepção sustentada pelos seguintes pressupostos: “a ‘realidade’ enquanto dotada de exterioridade; o conhecimento como representação do real; a aversão à

Assim, ao eleger Comte como um ancestral da Psicologia Social moderna buscava-se legitimar esse campo disciplinar como uma ciência positivista, e conseqüentemente promover uma descontinuidade temporal entre presente e passado, uma vez que desconsidera toda a história da Psicologia Social, enquanto parte do pensamento ocidental, e a percebe como uma ciência experimental em um contexto norte-americano (FARR, 1995). A descontinuidade temporal feita por Allport contraria o argumento de que se é passivamente aceito que a psicologia surge com Wilhelm Wundt (1832-1920) deve-se considerar que a Psicologia Social também daí emerge como um desdobramento dessa Psicologia, e que aquela se configura como caudatário dessa (GUARESCHI, 2012a). Além disso, a principal dificuldade para a emergência de uma psicologia científica em uma concepção comteana era justamente pela inobservância do seu objeto de estudo, isto é, a psiquê, a mente, que escapando da possibilidade de observação, não preenchia os critérios positivistas, ou seja, não era nem observável nem mensurável (FIGUEIREDO; SANTI, 2010).

Por outro lado, e contrariamente à postura de Allport estava Moscovici, que pode ser considerado um dos representantes da tradição europeia de pesquisa na Psicologia Social moderna. Ambos iniciaram seus respectivos trabalhos na mesma época, ou seja, a partir da década de 50, do século XX. Moscovici, da mesma forma que Allport, buscou um ancestral, Émile Durkheim (1858-1917), para fundamentar suas pesquisas, a começar pelo problema abordado em sua tese de doutorado, ou seja, como a sociedade francesa representava a abordagem psicanalítica. No entanto, ao buscar o conceito durkheimiano de representações coletivas, Moscovici confere uma continuidade entre o passado e o presente, pois ao pensar o que denominou de Teoria das Representações Sociais, possivelmente esta pode ser entendida como uma perspectiva sociológica de Psicologia Social, contrariando a tradição norte-americana que privilegia uma visão psicológica desse saber disciplinar. Moscovici visa modernizar a ciência social quando partiu desse conceito durkheimiano e cunhou o termo representações sociais, na tentativa de aproximar a ciência social ao mundo moderno e adequá-la a este. As representações são encontradas tanto na “mente” dos indivíduos quanto no “mundo” destes, e por isso mesmo, apenas convém estudar as representações sociais, quando estas se configuram espalhadas e cristalizadas na cultura na qual se realiza o estudo (FARR, 1995).

metafísica e o caráter parasitário da filosofia em relação à ciência; a dualidade entre factos e valores com a implicação de que o conhecimento empírico é logicamente discrepante do prosseguimento de objetos morais ou da observação de regras éticas; a noção de ‘unidade da ciência’, nos termos da qual as ciências sociais e as ciências naturais partilham a mesma fundamentação lógica e até metodológica”.

A partir disso, faz-se mister apresentar, não somente o que se pode denominar de uma teoria matriz moscoviana, quer dizer, a Teoria das Representações Sociais, mas também as abordagens que desta teoria se desdobraram.

2.3.1 Teoria das Representações Sociais e suas abordagens

Os indivíduos são capazes de construir significados sociais e elaborar teorizações sobre a realidade social, não se limitando ao mero recebimento e processamento da informação. Isso faz surgir dentro da psicologia, seja esta em uma abordagem cognitiva ou social cognitiva, seja no campo da psicologia social de representações sociais, uma preocupação em responder questões dessa natureza, mesmo que percorram para isso diferentes caminhos teóricos e metodológicos (VALA, 2000).

Nesse sentido, Moscovici ([2000]2015) questiona a Psicologia Social de vertente cognitivista, que uma vez lhe conferido o estatuto da cientificidade, essa disciplina busca estudar o sistema cognitivo a partir de dois pressupostos: 1) o de que todas as pessoas, cientistas ou não, respondem aos fenômenos de uma única maneira; e 2) que o ato de compreender se restringe em processar informações. Dessa maneira, os indivíduos percebem o mundo como de fato é, e suas percepções são reflexos dos estímulos oriundos do ambiente em que se vive. Contrariamente a isso, Moscovici ([2000]2015) mostra que alguns elementos fatuais comuns podem subverter esses dois postulados da psicologia social alinhada à vertente cognitivista: o primeiro consiste em não perceber conscientemente, apesar de certa familiaridade, alguns fenômenos, situações e acontecimentos que não deveriam se apresentar tão obscuros, dado que tratam-se de situações óbvias; o segundo elemento refere-se ao processo que não raras vezes aceitamos, sem refutar, nem questionar, alguns fatos que podem se cristalizar solidamente, quando se absorve como verdade o que certamente não existe ou nunca existiu; por fim, o terceiro elemento se sustenta na medida em que os indivíduos reagem condicionados às regras, costumes e cultura das quais estes fazem parte. Em seguida Moscovici ([2000]2015, p. 31-32) evidencia que:

Em cada um desses casos, notamos a intervenção de representações que tanto nos orientam em direção ao que é visível como àquilo a que nós temos de responder; ou que relacionam a aparência à realidade; ou de novo àquilo que define essa realidade. Eu não quero dizer que tais representações não correspondem a algo que nós chamamos o mundo externo. Eu simplesmente percebo que, no que se refere à realidade, essas representações são tudo o que nós temos, aquilo a que nossos sistemas perceptivos, como cognitivos, estão ajustados.

Para o autor ([2000]2015), podemos dizer que as representações possuem basicamente duas funções: a primeira consiste em uma convencionalização dos fenômenos, objetos, pessoas e acontecimentos, que se materializam através das representações. Ao mesmo tempo em que essas representações desenham definitivamente tais fenômenos, podem também localizá-las em determinadas categorias, colocando-as em um modelo passível de ser compartilhado por um grupo de pessoas. A segunda função que esse psicólogo social francês atribui às representações consistem nas características prescritivas das representações, de modo que “elas se impõem sobre nós com uma força irresistível” (MOSCOVICI, [2000]2015, p. 36). Essa força coercitiva, que Moscovici se apropria da sociologia durkheimiana, se constitui a partir de elementos que organizados e sedimentados, antes mesmo de se começar a pensar, mediante a uma tradição que impõe aquilo que os indivíduos devem expressar e representar (MOSCOVICI, [2000]2015).

O conceito psicossociológico moscoviciano conferido às Representações Sociais perpassa pela ideia de que pessoas e grupos criam suas próprias representações a partir de elementos provenientes tanto dos processos comunicacionais quanto operacionais, e que uma vez criadas essas representações, sob âncora da dimensão coletiva, começam a adquirir vida própria, transitam o tempo todo, se atraindo e se repelindo, de modo que enquanto novas representações nascem, outras, bem mais antigas, morrem. Assim, tendo em vista compreender uma determinada representação, faz-se necessário entender as representações que a originaram, o que não significa dizer que se devem considerar aspectos pontuais e determinantes como condição suficiente para se entender essas representações, uma vez que esses aspectos, a exemplo da estrutura social, podem até mesmo ser condicionados por essas representações, ratificando-as, e que sendo compartilhada social e tradicionalmente se enraízam enquanto realidade social (MOSCOVICI, [2000]2015).

Por conseguinte, Moscovici ([2000]2015, p. 41, grifos do autor) assim enfatiza ao se referir às origens das representações:

Quanto mais sua origem é esquecida e sua natureza convencional é ignorada, mais *fossilizada* ela se torna. O que é ideal, gradativamente torna-se materializado. Cessa de ser efêmero, mutável e mortal e torna-se, em vez disso, duradouro, permanente, quase imortal. Ao criar representações, nós somos como o artista, que se inclina diante da estátua que ele esculpiu e a adora como se fosse um deus.

Não obstante algumas críticas direcionadas à Teoria das Representações Sociais no que se refere tanto aos seus principais conceitos e proposições, como se percebe no texto de Soares (2007), quanto ao seu rigor científico por trabalhar com elementos constitutivos do senso comum, a teoria moscoviciana se sobressai para quem se propõe a estudá-la, justamente por fazer emergir, enquanto objeto de estudo científico, elementos que permeiam o tecido social das práticas cotidianas (BERTONI, 2015).

Dessa forma, Bertoni (2015) explicita que as representações sociais, em uma perspectiva moscoviciana, constituem como categorias de conhecimentos que permeiam e se infiltram cotidianamente em nossa maneira de pensar, a exemplo das relações entre os indivíduos e em seus grupos, de modo que ao se relacionar com os demais, origina-se a necessidade de nomear e materializar o que não se configura ainda como familiar. Não se trata de uma tarefa fácil, nem definir nem caracterizar as representações sociais. No entanto, na tentativa de caracterizá-las Wagner (1998, p.16) elenca alguns elementos que ele mesmo denominou de “atributos funcionais e estruturais” caracterizadores das representações sociais: a formação do núcleo central e seus elementos periféricos; uma dimensão metafórica das representações e vinculada ao que se entende por esquema figurativo; configurando, assim, o processo de objetivação; outro elemento consiste no processo de ancoragem; e o seu potencial para se compartilhar as experiências coletivamente. Dentre as características levantadas por Wagner (1998), Moscovici ([2000]2015) já destacava dois principais processos e os legitimam como geradores das representações sociais: a ancoragem e a objetivação, que o próprio Moscovici ([2000]2015, p.61-71, grifos do autor) explica:

- *Ancoragem* – Esse é um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada. [...]. Ancorar é, pois, classificar e dar nome a alguma coisa. Coisas que não são classificadas e que não possuem nome são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras.
[...]
- *Objetivação* – Une a ideia de não familiaridade com a realidade, torna-se a verdadeira essência da realidade. [...]. Objetivar é descobrir a qualidade icônica de uma ideia, ou ser impreciso; é reproduzir um conceito em uma imagem.

Por fim, não se pode esquecer a relação entre dimensão consensual e dimensão reificada que Moscovici ([2000]2015) atribui às representações sociais. Ciência e representações sociais se diferenciam e se complementam simultaneamente, de modo que seria um erro minimizar essas duas formas de conhecimento. Assim, “a ciência era antes

baseada no senso comum e fazia o senso comum menos comum; mas agora senso comum é a ciência tornada comum”, afirma Moscovici ([2000]2015, p. 60).

Apresentamos até o momento algumas proposições originais e alguns conceitos-chave que fundamentam a Teoria das Representações Sociais, em seu amplo sentido. Porém, não se pode esquecer que desta teoria principal surgiram três abordagens teóricas, que não se tensionam, mas se complementam, a saber: a abordagem Cultural, de Denise Jodelet; a abordagem Societal, de Willem Doise; e a abordagem Estrutural, de Jean-Claude Abric (ABRIC, 2001; SÁ, 1998), e que serão apresentadas breve e respectivamente a seguir.

2.3.1.1 Abordagem Cultural

Sá (1998) afirma que a abordagem cultural pensada por Denise Jodelet consiste naquela que mais se afina fielmente com a grande teoria de Moscovici. Na concepção de Sá (1998), Jodelet enfatiza em sua abordagem os suportes através dos quais as representações permeiam as práticas cotidianas. Desse modo, os suportes referidos por Jodelet consistem basicamente nos discursos individuais e grupais que sustentam essas representações, bem como os comportamentos e as práticas sociais em que esses discursos se materializam. Além disso, não se pode esquecer também dos documentos e registros, nos quais as práticas e discursos se solidificam e se fixam institucionalmente; nem as interpretações que tais documentos recebem “nos meios de comunicação de massa, que dessa forma retroalimentam as representações, contribuindo para sua manutenção ou sua transformação” (SÁ, 1998, p. 73-74). Nesse sentido, afirma Jodelet (2001, p. 18):

Na realidade, a observação das representações sociais é algo natural em múltiplas ocasiões. Elas circulam nos discursos, são trazidas pelas palavras e veiculadas em mensagens e imagens midiáticas, cristalizadas em condutas e em organizações materiais e espaciais.

Jodelet (2001), em sua abordagem cultural, enfatiza o postulante ao ofício de pesquisador, que ao adentrar no campo de pesquisa delineado pela noção de representação social é imprescindível considerar três aspectos singulares: 1) **vitalidade**, que reflete o caráter dinâmico da Teoria das Representações Sociais, até mesmo por trazer novamente à tona o conceito de representações sociais, até então perdido ou esquecido pelo campo das ciências sociais, sobretudo da sociologia durkheimiana. Isso possibilitou o surgimento de uma grande corrente de pesquisa dentro da Psicologia Social, que sendo o conceito moscoviciano de representação social em seu viés renovador, surge como um elemento que pode reunificar

as ciências sociais, não desconsiderando que trata-se de um campo psicossociológico; 2) **transversalidade**, cujo aspecto mostra a potencialidade e a diversidade multidisciplinar, que uma vez que transita entre a dimensão psicológica e a dimensão social, a noção de Representação Social interessa a todos os campos disciplinares das Ciências Humanas, perpassando pela Antropologia, História, Sociologia etc., contemplando às representações em um campo psicossociológico uma dimensão transversa, articulando múltiplos campos de pesquisas; e, por fim, 3) **a complexidade**, que se apresenta explicitamente ao se trabalhar com a noção de representação social, tendo em vista sua definição e seu manejo. Isso se justifica à medida em que se percebe que ao se trabalhar com as representações sociais na perspectiva moscoviciana, devemos relacionar articuladamente múltiplos elementos de ordem afetiva, social e mental, que se integram com aspectos cognitivos, linguísticos e comunicacionais, visando, dessa forma, a “consideração das relações sociais, que afetam as representações e a realidade material, social e ideativa sobre a qual elas têm de intervir” (JODELET, 2001, p. 26).

2.3.1.2 Abordagem Societal

De acordo com Almeida (2009), a abordagem societal da Psicologia Social surge na Suíça, e tem como principal líder Willem Doise, que com seu grupo, concebe as representações sociais sob um viés sociológico, entendendo que os indivíduos ao se inserirem socialmente potencializam elementos capazes de gerar uma variação das representações sociais. Ademais, o objetivo dessa abordagem consiste em relacionar a dimensão individual à dimensão coletiva, ou seja, articular aspectos individuais com aspectos sociais, de modo a deixar evidente “que os processos de que os indivíduos dispõem para funcionar em sociedade são orientados por dinâmicas sociais (interacionais, posicionais ou de valores e de crenças gerais)” (ALMEIDA, 2009, p.719).

Dessa forma, a posição social dos indivíduos surge como um fator determinante na constituição das representações sociais destes sujeitos, o que certamente contribui para uma compreensão do processo de ancoragem relacionado aos contextos socioeconômicos e vinculados à classe e ao substrato social, nos quais essas representações emergem (SÁ, 1998).

Doise (2002), em sua abordagem societal, aborda quatro níveis de análise ao se estudar as representações sociais. São eles: 1) O primeiro nível refere-se aos processos intraindividuais, ou seja, interessa as relações dos indivíduos com o meio ambiente; 2) o segundo nível consiste nos processos interindividuais e situacionais, e como o próprio Doise

(2002) elucida “os indivíduos são aqui considerados como intercambiáveis e são seus sistemas de interação que fornecem os princípios explicativos típicos das dinâmicas desse nível.” (DOISE, 2002, p. 28); 3) o terceiro nível, que Almeida (2009) chama de intergrupais, considera tanto os atores sociais em suas diversas posições nos substratos e relações sociais, quanto características de uma dada sociedade, e não se pode perder de vista de que forma tais posições podem modelar os dois primeiros processos; e por fim, 4) o quarto e último nível focaliza os processos sociais, que se configuram a partir de sistemas de crenças, sistemas representacionais e normas sociais. Em outras palavras, os produtos ideológicos-culturais pertencentes a uma determinada sociedade não apenas conferem sentidos às práticas sociais dos sujeitos, mas são criadores e sustentáculos de diferenciações, mediante princípios gerais, que o próprio Doise (2002, p. 28) exemplifica quando diz que: “em nome de uma idéia ingênua de justiça, consideramos que as pessoas têm o destino que merecem.”

2.3.1.3 Abordagem Estrutural

A perspectiva da abordagem estrutural foi pensada por Jean-Claude Abric (2001), e se configura como a única das três abordagens complementares da perspectiva original moscoviana, que estruturou uma teoria. A abordagem estrutural se legitimou, portanto, como criadora de uma teoria própria, isto é, a Teoria do Núcleo Central, que na condição de complementação da teoria matriz moscoviana, enfatiza os elementos cognitivos das representações, concebendo-os não apenas como mera coletânea de ideias, mas como um conjunto de conteúdo estruturado. Assim, a principal contribuição dessa teoria formulada por Abric (2001) se sustenta na proposição de que o conteúdo das representações se estrutura a partir de um sistema central, bem como em um sistema periférico, apresentando, pois, características e funções distintas. Isso se configura como a principal contribuição da Teoria do Núcleo Central (SÁ, 1998). O que ratifica essas ideias referentes à abordagem estrutural pode ser percebido nas palavras de Rouquette e Campos (2003, p. 436):

A abordagem estrutural não concebe as representações como um conjunto de eventos e processos puramente cognitivos; tampouco ela se dedica às tentativas de estabelecer relações de primazia do aspecto cognitivo sobre o afetivo ou vice-versa. A abordagem estrutural tal qual ela é definida por Abric (1994 a, 1994 b, 1998), Flament (1994) e Rouquette e Rateau (1998) estabelece uma representação social como uma organização, uma estrutura que é atravessada por diferentes dimensões.

Além disso, Sá (1998) apresenta circunscritamente que a Teoria do Núcleo Central surge com o propósito de responder, teoricamente, a alguns problemas de ordem empírica, sinalizando que as representações sociais se configuram concomitantemente como características contraditórias, apresentando-se “estáveis e mutáveis, rígidas e flexíveis, consensuais e individualizadas” (SÁ, 1998, p. 77). Diante disso, a abordagem estrutural, através da Teoria do Núcleo Central, propõe como resposta a esse problema uma atribuição aos elementos do núcleo central as características relacionadas aos aspectos rígidos, estáveis e consensuais, enquanto, que por outro lado, atribui a mutabilidade, flexibilidade e um caráter individualizado como pertencentes aos elementos periféricos. Os elementos do núcleo central atribuem o significado geral da representação, em outras palavras, em quais aspectos as representações se ancoram; os elementos periféricos, por sua vez, transitam nas práticas concretas e cotidianas dos indivíduos (SÁ, 1998), com pouca expressividade no significado geral das representações sociais.

2.4 CONVERGÊNCIAS TEÓRICO-CONCEITUAIS ENTRE TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E MEMÓRIA COLETIVA

A partir do que foi apresentado anteriormente podemos perceber que há um fio condutor epistemológico em comum que une a Teoria das Representações Sociais e a da Memória Coletiva, que consiste no conceito de representações coletivas, de Émile Durkheim. Embora esse conceito se legitime originalmente dentro do saber disciplinar da sociologia, a noção de representação coletiva atravessa os limites dos saberes sociológicos, chegando até os aportes teóricos da psicologia social por meio de Moscovici, com a noção de representação social, que contribuiu para consolidar o campo psicossociológico de produção de conhecimento. Além desse ponto confluyente entre Memória Coletiva e Teoria das Representações Sociais, preocupamo-nos em discutir alguns aspectos teórico-conceituais, que aproximam essas duas teorias. No entanto, isso não significa dizer que ambos saberes teóricos não apresentem possíveis e necessárias divergências teóricas e conceituais.

Alba (2014) contextualiza que a necessidade de uma produção científica psicossociológica, que permeia o arcabouço teórico da Memória Coletiva e da Teoria das Representações Sociais, se evidencia explicitamente quando o pensamento durkheimiano se propõe a delinear e fundamentar a criação da sociologia, envolvendo, pois a relação indivíduo e sociedade, sendo aquele pertencente ao âmbito estritamente psicológico e este ao campo sociológico. Em razão disso, essa autora argumenta:

Poderíamos dizer que tanto Moscovici como Halbwachs se colocam no plano dessa disciplina intermediária ao se perguntarem, em primeiro lugar, como se constroem as RS no âmbito de uma psicologia social do final dos anos cinquenta; e, em segundo lugar, como opera a memória coletiva no contexto de sua discussão com Bergson, em vias de ocupar a cadeira de Psicologia Coletiva no *Collège de France*, na primeira metade dos anos quarenta. (ALBA, 2014, p. 526, grifos da autora).

De acordo com Alba (2014), a própria noção de representação pensada por Halbwachs se vincula à dimensão psicológica, capaz de auxiliar na recomposição da memória, e que se afina principalmente com o conceito de representação social moscoviciano, se comparada ao conceito de representação pensado por Durkheim. Isso se justifica pelo fato de que sendo a memória um fenômeno socialmente construído, no qual as representações sociais exercem uma função fundamental, uma vez que tais representações “dotam o sujeito de insumos para ter uma visão do passado que faça sentido para ele e para os grupos em que participa. A memória não se conserva intacta, mas é reconstruída a partir do presente” (ALBA, 2014, p. 554-55). Podemos dizer, portanto, que as representações sociais se configuram como matérias-primas para a constituição da memória coletiva.

Como apresentado acima, para Halbwachs ([1950]2006), o ato de lembrar está condicionado às relações grupais que o sujeito estabelece, de modo que as memórias individuais se configuram como um ponto de vista sobre a memória coletiva e, que de acordo com as posições e lugares que esses sujeitos ocupam, esse mesmo ponto de vista pode sofrer alterações, visto que se trata de uma dimensão relacional ao tempo, ao espaço e aos grupos em que se está inserido. Nesse sentido, convém salientar que o sujeito, na condição de ser social, se configura como uma questão de pré-requisito para a existência da recordação. O ato de rememorar está, portanto, condicionado ao próprio tecido social dos indivíduos (ALBA, 2014), ratificando o pensamento do próprio Halbwachs ([1950]2006, p. 43), quando afirma que:

É difícil encontrar lembranças que nos levem a um momento em que nossas sensações eram apenas reflexos dos objetos exteriores, em que não misturássemos nenhuma das imagens, nenhum dos pensamentos que nos ligavam a outras pessoas e aos grupos que nos rodeavam. Não nos lembramos de nossa primeira infância porque nossas impressões não se ligam a nenhuma base enquanto ainda não nos tornamos um ser social.

Assim, tal como a dimensão social dos sujeitos se configura como uma condição essencial para a composição da memória coletiva de um determinado grupo, também para a

Teoria das Representações Sociais a construção das representações dependem desse caráter social e relacional, que se materializa mediante dois processos: ancoragem e objetivação, já apresentados anteriormente. Nesse ponto, particularmente, interessa-nos o primeiro processo, tendo em vista a possibilidade de relacionar esse processo criador das representações sociais com o que o pensamento halbwaquiano denominou de quadros sociais da memória (ALBA, 2014).

O que Moscovici ([2000]2015) define por ancoragem se sustenta na ideia de que o ato de classificar, nomear e categorizar um determinado objeto ou fenômeno, envolve as categorias pré-existentes em nosso sistema de categorias, provenientes da própria sociedade e de seus grupos, sendo estes imbuídos com seus aspectos culturais e valorativos. Esse processo, gerador das representações sociais, como o próprio termo já sinaliza, se caracteriza como responsável pela ancoragem e enraizamento social da representação, bem como do objeto a ser representado (SÁ, 1993). Nesse sentido, evidenciamos a estreita relação do pensamento moscoviciano com a memória, na medida em que Moscovici ([2000]2015, p. 63) explicita que: “categorizar alguém ou alguma coisa significa escolher um dos paradigmas estocados em nossa memória e estabelecer uma relação positiva ou negativa com ele”. Nesse sentido, Alba (2014, p. 560) estabelece uma relação entre memória e representação social ao dizer que:

As representações sociais criadas, a partir do presente, vão modificando a bagagem do passado no curso das dinâmicas sociais e do próprio desenvolvimento da sociedade em geral (modernidade, tecnologia da vida cotidiana, consumo etc.). A bagagem de conhecimentos em que a representação social se "ancora" é a memória social: por meio do processo de ancoragem, o passado se faz presente.

Desse modo, se insere nessa discussão, aquilo que o pensamento halbwaquiano, com sua teoria da memória, denominou de quadros sociais da memória. Nessa perspectiva, de acordo com Santos (1998), o processo de construção social da memória está condicionado à nossa participação em grupos sociais, que inseridos nessas relações grupais são coercitivamente impulsionados a absorver as convenções socialmente produzidas. Isso, no entanto, por si só ainda não faz emergir o ato de recordar, uma vez que esse ato somente se materializa mediante às lembranças de outras pessoas, situadas em um tempo e um espaço determinado, ou seja, em determinados contextos ou quadros sociais, a exemplo da família, escola, igreja etc., perpassando, pois por elementos culturais e sociais, capazes de potencializar os significados das experiências individuais e coletivas (SANTOS, 1998).

Assim, as similaridades entre os quadros de referência da memória e o processo de ancoragem, se sustentam na medida em que ambos compartilham a necessidade da interação social para a construção das memórias coletivas e das representações sociais, respectivamente. Ademais, na perspectiva moscoviana, as representações sociais são recriadas e difundidas mediante à materialização das práticas cotidianas, enquanto que a memória coletiva consiste em uma recomposição do passado que se dá a partir da relação com os outros, em seu tempo e espaço (ALBA, 2014).

Preocupamos, portanto, em deixar explícita uma relação de confluência teórico-conceitual entre Memória Coletiva e Teoria das Representações Sociais. Para isso foi necessário apresentar sucintamente alguns pressupostos teóricos da sociologia de Émile Durkheim, principalmente o conceito de Representações Coletivas, haja visto que este se consagra como um termo-base para o desenvolvimento das duas teorias aqui apresentadas e interrelacionadas. Demostramos a teoria da memória elaborada por Maurice Halbwachs, originada pelos quadros sociais da memória, que por sua vez, se sustentam por uma dimensão relacional aos grupos e instituições, que os indivíduos estabelecem em um tempo e espaço determinado.

Ademais, foi apresentada a emergência da Teoria das Representações Sociais, de Serge Moscovici, na Psicologia Social moderna, bem como seus principais conceitos teóricos, a exemplo dos processos de objetivação e ancoragem, que ocorrem simultaneamente ao gerar as representações sociais. Percebemos, então, que além a confluência epistemológica, há uma relação de similaridade entre o processo de ancoragem moscoviano com os quadros sociais da memória da teoria da memória halbwachiana, uma vez que ambos dependem de processos interacionais e relacionais, envolvendo ao mesmo tempo categorias e construções sociais, que nos afetam diariamente, que com finalidade ilustrativa podemos pensar, por exemplo, a respeito da questão das drogas no Brasil, bem como seus desdobramentos políticos, econômicos, sociais e sanitários, o que será pontuado na próxima seção.

3 ASPECTOS HISTÓRICO-CONCEITUAIS E PROBLEMATIZAÇÕES CONTEMPORÂNEAS SOBRE DROGAS

Similarmente a tantas outras questões sociais (violência, corrupção etc.) abordadas cotidianamente por diversos meios de comunicação (*internet*, jornais, TV, rádios...), notamos a formação cristalizada de um determinado conceito ou concepção sobre droga, que não raramente se confluem nos variados contextos sociais, implicando também na elaboração de estratégias e políticas de saúde ao emergir o fenômeno das drogas enquanto problema social.

Nesse ínterim pretendemos apresentar alguns aspectos históricos e conceituais sobre o álcool e outras drogas, contextualizando a emergência da problemática da questão social das substâncias psicoativas, e como isso determina a apropriação de um modelo proibicionista para se abordar essa questão. Assim, nesta seção, destacamos ainda as implicações do paradigma proibicionista ao se pensar nas estratégias de prevenção ao uso de drogas e nos modelos de tratamento no que se refere aos sujeitos que fazem um uso nocivo-abusivo de substâncias psicoativas.

3.1 DROGAS: CONCEITOS E CLASSIFICAÇÕES

Ao escrever sobre drogas, inicialmente, devemos levar em consideração que se referem antes de tudo às necessidades humanas (CARNEIRO, 2002), a exemplo da alimentação (açúcar, café, noz-moscada, guaraná, chá-mate etc.); em práticas de rituais religiosos e culturais (a presença do álcool em velórios; o vinho nas celebrações eucarísticas da Igreja Católica; a *ayahuasca*, utilizada em rituais da União do Vegetal; o tabaco em algumas religiões de matriz africana como Candomblé, Umbanda etc.); a utilização de medicamentos (ex.: as anfetaminas), e drogas com finalidade recreativa (maconha, *crack*, álcool etc.). Não se pode ignorar sua presença milenar em praticamente todas as culturas, assumindo posições relevantes nos saberes médicos e religiosos. As drogas se configuram como divinas por diversas sociedades; assim, diferentes tipos de drogas estão presentes em inúmeros rituais, e indispensáveis para a atribuição do sentido de cura e de devoção (CARNEIRO, 2002).

A palavra droga se configura como um termo polissêmico e ambíguo, sendo esta uma das principais razões para o desenvolvimento de um debate público e polêmico a respeito dessa temática. Hoje, há drogas de natureza psicotrópicas ou psicoativas que se caracterizam,

principalmente, quanto à ação no modo do funcionamento cerebral. Dessa forma, as drogas podem ser englobadas tanto dentro de uma vertente farmacológica quanto inseridas em um universo bem mais amplo; ao passo que de modo circunscrito encontramos as substâncias psicoativas, entre estas as denominadas drogas ilícitas (FIORE, 2012).

De acordo com Lapate (2001), o termo droga origina-se do holandês antigo “*droog*” e significa “folha seca”, uma vez que todos os medicamentos eram produzidos à base de vegetais. Podemos falar do ponto de vista científico-médico, que droga consiste em uma “designação genérica de toda substância usada, capaz de modificar a função dos organismos vivos, resultando em modificações psicológicas ou de comportamento” (LAPATE, 2001, p. 27). Nesse sentido, podem ser concebidas como substâncias que os organismos não podem produzir e que são capazes de alterar funções mentais e comportamentais (MACIEL; MELO, 2016).

Nessa mesma direção, Mota (2012), com base na Organização Mundial da Saúde (OMS), estabelece que as drogas podem ser definidas como substâncias tanto naturais quanto artificiais que, por meio do sistema nervoso central (SNC), podem ser capazes de alterar as funções do organismo e provocar mudanças de comportamento, nas sensações, no grau de consciência, bem como nos aspectos emocionais. Essa autora, ainda em consonância com a OMS, classifica as drogas em três tipos: 1) depressoras, responsáveis por diminuir a atividade do SNC, a exemplo do álcool, solvente e opióides; 2) estimulantes, que podem aumentar a atividade do SNC, como cocaína e *crack* e 3) perturbadores, que podem confundir ou mesmo atrapalhar o SNC, a exemplo da maconha e *ecstasy* (MOTA, 2012).

Além disso, as drogas podem também ser classificadas quanto à fonte de origem em: naturais, semissintéticas e sintéticas. As drogas naturais são aquelas que podem ser extraídas da natureza, a exemplo do ópio, maconha e tabaco, que embora sejam de origem natural não podem ser consideradas com menor potencial de prejuízo à saúde dos usuários; as drogas semissintéticas são aquelas obtidas a partir de uma modificação da substância natural, a exemplo da heroína; e as drogas sintéticas são substâncias, cuja origem são os laboratórios, como as anfetaminas (COSTA, 2010).

Lapate (2001, p. 30), também em consonância com a OMS, classifica as drogas de acordo com os padrões de uso: a) Uso na vida: quando se fez uso da droga ao menos uma única vez na vida; b) Uso no ano: quando se fez uso de droga nos últimos doze meses; c) Uso recente: refere-se ao uso da substância psicoativa de no mínimo seis vezes nos últimos trinta dias; d) Uso de risco: quando o uso de drogas ameaça à saúde dos usuários, embora não se

configure em um estágio patológico; e e) Uso prejudicial: refere-se quando o uso de drogas provoca danos à saúde do usuário.

Há também uma classificação quanto à frequência do uso de drogas, sendo que: o não usuário, trata-se do sujeito que nunca utilizou drogas; usuário leve, aquela pessoa que fez uso da substância no último mês, no entanto, o uso foi inferior a uma vez na semana; usuário moderado, quem faz uso da substância semanalmente, mas não todos os dias, levando em consideração o último mês; e usuário pesado, que utiliza drogas todos dos dias do mês (LAPATE, 2001).

Vale lembrar que a classificação das drogas refere-se, ainda, quanto à sua comercialização, tendo em vista que aquelas que são legalmente comercializáveis consistem nas denominadas drogas lícitas, enquanto que as que não podem ser comercializáveis de maneira legal no mercado convencional, mas sim ilegalmente em um “mercado paralelo” a este mercado legal são chamadas drogas ilícitas. Apesar desse tipo de classificação, as drogas nem sempre se configuraram dessa maneira, haja vista que algumas drogas que outrora eram liberadas, atualmente são proibidas (MOTA, 2012), ao se pensar, por exemplo, na maconha no contexto brasileiro.

Lapate (2001) salienta que embora se perceba essa classificação como substâncias psicoativas lícitas ou ilícitas (legais ou ilegais), não se pode entendê-las como drogas de natureza leve ou pesada, e que o fato de serem caracterizadas como não-proibidas ou proibidas, não significa dizer que estas, por serem comercializadas ilegalmente, oferecem potencialmente mais danos e prejuízos à saúde se comparadas com as demais drogas, ou seja, com aquelas que não são proibidas. Assim, o que se percebe não é a existência de drogas leves ou pesadas, mas sim de uso leve ou pesado de determinadas substâncias psicoativas. O álcool, nesse sentido, pode se configurar como uma substância considerada pesada para um sujeito alcoolista⁴, ao passo que para outras pessoas, a exemplo de quem faz uso esporádico do álcool, e que dificilmente se tornará um dependente, pode conceber o álcool como uma droga de natureza leve (SILVEIRA; SILVEIRA, 1999; LAPATE, 2001).

Diante disso, convém apresentar também o que se entende por dependência e seus respectivos tipos, existentes no contexto de álcool e outras drogas, bem como a classificação

⁴ O termo “alcoolista” começou a ser utilizado como substituição à palavra “alcoólatra”, visto que esse último termo se sustenta por um viés de natureza moralista, que culpabiliza o sujeito pela própria condição de usuário abusivo do álcool, sugerindo que ele ao ser acometido por uma “alcoolatria”, fazia uma espécie de adoração ao álcool. Contrariamente a isso foi proposto que a doença se definisse, então, como alcoolismo, ao passo que o alcoolista consiste em quem por ela encontra-se acometido (KERR-CORRÊA, 2004). Assim, uma pessoa alcoolista pode ser considerada aquela que é dependente (quem faz uso frequente ou constantemente para obter prazer) do álcool (LAPATE, 2001).

do uso de drogas. Assim, define-se dependência como “o impulso que leva a pessoa a usar uma droga de forma contínua (sempre) ou periódica (frequentemente) para obter prazer” (SILVEIRA; SILVEIRA, 1999, p. 14), e pode-se utilizar constantemente uma droga como uma estratégia de relaxamento, para aliviar tensão, medos, situações ansiogênicas ou mesmo para coibir sensações desagradáveis. A dependência se caracteriza quando o indivíduo não consegue controlar o uso de drogas, o que o faz agir compulsivo e repetitivamente. No tocante à classificação, a dependência pode ser dividida em dois tipos: 1) dependência física, caracterizada pela presença de sintomas e sinais, que aparecem à medida que os indivíduos interrompem bruscamente o uso de qualquer droga, ou seja, os efeitos da síndrome de abstinência; e 2) dependência psicológica, que se caracteriza por um estado de mal-estar ao interromper o uso de drogas, provocando sintomas, como ansiedade e dificuldades de concentração (SILVEIRA; SILVEIRA, 1999).

Ademais, faz-se necessário classificar os diversos tipos de usuários de drogas, a saber: o experimentador, aquele usuário que fez uso da substância psicoativa eventualmente, seja por curiosidade, seja por desejar novas experiências, não consumindo a droga continuamente; o usuário ocasional faz uso da substância esporadicamente, dependendo de duas variáveis, tanto a disponibilidade das drogas, quanto o contexto/ambiente que o usuário se encontra; usuário habitual, que frequentemente faz uso de substâncias psicoativas, apresentando possíveis danos nas relações sociais, afetivas, familiares e profissionais; usuário dependente, ou seja, o sujeito que vive em função da substância psicoativa, de modo que não consegue parar de usá-la, e rompe com os vínculos familiares e afetivos; por fim, o poliusuário, que consiste naquele usuário que mesmo elegendo uma droga predileta faz uso dos mais diversos tipos de substâncias (LAPATE, 2001).

Não obstante essa variedade dos tipos de usuários de drogas, o efeito de uma determinada substância não é o mesmo para todos os usuários, mesmo para aqueles que apresentam o mesmo padrão de uso. Os efeitos de uma droga dependem, portanto, de três fatores: 1) a droga, uma vez que cada tipo de substância psicoativa com suas respectivas propriedades químicas, pode produzir efeitos diferentes no organismo de cada pessoa, levando em consideração também a maneira de como essa droga é produzida e consumida; 2) o usuário, tendo em vista que cada indivíduo com suas particularidades biológicas e psicológicas podem responder de modo diferente ao fazer uso de uma substância psicoativa; e 3) o meio ambiente, que também pode se configurar como um fator determinante para

influenciar uma reação, oriunda do consumo de drogas (SILVEIRA; SILVEIRA, 1999; LAPATE, 2001).

A preocupação em se estudar as drogas e a sua história, principalmente no contexto brasileiro, tem aumentado nos últimos anos⁵. Embora o interesse por essa temática tenha se destacado na literatura internacional notamos avanços na bibliografia brasileira no tocante à produção de trabalhos sobre drogas (ADIALA, 2011). Aliada ao crescimento do número de pesquisas sobre a temática das drogas, essa problemática no Brasil se delineia como uma grave questão de saúde pública (CRUZ; MARQUES, 2000) que pode onerar financeiramente o Sistema Único de Saúde (SUS), como conclui o relatório intitulado Acidentes de Trânsito nas Rodovias Federais Brasileiras: caracterização, tendências e custos para a sociedade (IPEA, 2015), bem como provoca prejuízos sociais e afetivos aos indivíduos e à sociedade, envolvendo não apenas as substâncias psicoativas ilícitas (*crack*, maconha...), mas também as drogas lícitas (tabaco, álcool...), uma vez que segundo Lapate (2001, p. 133): “o Brasil é o maior produtor de destilados do mundo. É o quarto maior mercado mundial em produção de cerveja, perdendo apenas para EUA, China e Alemanha, com o agravante de destinar 90% da produção ao mercado interno”.

Em matéria de álcool, cabe aqui uma evidência, ao se levar em conta que nem sempre essa substância é enquadrada cotidianamente na categoria droga. No contexto brasileiro, o álcool, no entanto, ao assumir a condição de droga lícita, é facilmente encontrado em diferentes tipos de fermentados e destilados, variando tanto no preço quanto no tipo de bebidas, que não raramente estão presentes em praticamente quase todos os contextos sociais (BERTONI, 2015).

Não menos ofensiva se comparado com os demais tipos de drogas, o álcool pode trazer inúmeros problemas para os sujeitos alcoolistas e suas respectivas famílias, a exemplo de situações agravantes à saúde e suas consequências orgânicas, como a Síndrome de Abstinência do Álcool (SSA), que em alguns casos pode provocar a morte do indivíduo alcoolista, aliado a outros problemas de ordem familiares, em que os laços afetivos e sociais com as famílias são fragmentados ou em alguns casos totalmente rompidos; o uso abusivo do álcool pode também comprometer relacionamentos sociais, tal como aos vínculos profissionais (OLIVEIRA; LUCHESI, 2010) e toda uma rede de suporte e apoio torna-se

⁵ De acordo com o banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) em 2000 foram publicadas 347 pesquisas, cujo objeto de pesquisa envolve a categoria “droga”, ao passo que em 2015 foram publicadas 1157 pesquisas.

fragilizada, destacando a necessidade de um cuidado integral na tentativa de reinserir esse sujeito à sociedade.

Para Fiore (2013), os trabalhos que abordam a temática das drogas, enquanto objeto de estudo, comumente consideram sua ocorrência histórica milenar, basta ver que elas marcam presença na história da humanidade há muito tempo, envolvendo questões socioculturais, que não se configuram com a problemática das drogas tal como se concebe hoje. Certamente, essa preocupação em enfatizar a dimensão do uso milenar das drogas se justifica por um cuidado em deixar evidente que a questão das drogas, enquanto problemática social, é bem mais recente do que esse uso milenar, com pouco mais de um século, de modo que não se pode “confundir o fenômeno da alteração voluntária e sistemática da percepção por meio de plantas e substâncias químicas com o problema (ou questão) das drogas” (FIORE, 2013, p.01), tal como é discutido hoje, enquanto substância psicoativa, que na concepção de Fiore (2013, p. 01) pode ser definida como:

[...] o termo científico contemporâneo mais consensual para definir os compostos, extratos, plantas, pílulas, bebidas, pós, gases, enfim, qualquer excipiente que contenha moléculas às quais são atribuídas a propriedade de alterar o funcionamento neural, o sistema nervoso, a percepção ou a consciência humana.

Fiore (2013) explicita que todas essas substâncias foram denominadas e consumidas de diferentes formas, até o momento em que algumas delas começaram a chamar atenção do Estado, visto que emergiu a questão do problema social que tais substâncias começaram a provocar, chegando a ser caracterizadas de “proscritas, perseguidas, elogiadas, divinizadas e inventadas” (FIORE, 2013, p. 01). Dessa forma, se convencionou utilizar o termo drogas para nomear tais substâncias, uma vez que esse termo se apresenta com um determinado grau de eficácia, apesar de ser pouco preciso (FIORE, 2013).

3.2 ASPECTOS HISTÓRICOS DA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA DROGA COMO PROBLEMA SOCIAL

Diante do que foi apresentado, o fenômeno das drogas começa a assumir uma condição de questão social. Vargas (1998) explicita que as sociedades modernas não apenas se apropriaram do consumo de drogas, mas também contribuíram para a efetivação do que hoje se entende como o problema das drogas e isso aconteceu por meio de duas principais vias, a saber: 1) a medicalização e 2) a criminalização pelo consumo do que até então ainda

não eram concebidas como drogas. É notório, portanto, um processo de construção e “invenção social recente e muito bem datada” (VARGAS, 1998, p. 124). Essas duas vias supramencionadas se configuram como balizas motivadoras fundamentais para que ocorresse uma institucionalização do que contemporaneamente se convencionou colocar as drogas como um problema social, e isso se reverbera até hoje no ocidente quando se refere à problemática das drogas. Ao mencionar essas duas vias propostas por Vargas (1998), não podemos, entretanto, esquecer de uma terceira não menos relevante: o discurso moral. Enquanto a criminalização se sustenta em preocupações de ordem sanitária e a medicalização se define por questões de segurança pública, a terceira via corresponde e se explica por um discurso moral, sustentado ou não por aspectos religiosos (FIORE, 2006).

A partir de Escotado (1998) podemos considerar que a origem do paradigma proibicionista e de combate às drogas, criminalizando-as, surgiu nos EUA, sendo proveniente tanto da medicina e da farmacologia, quanto de um modelo jurídico instituído. Nesse sentido, explicita a subserviência ao saber médico e farmacológico ao dizer que:

Contemplando com olhar de um pássaro, poderia se dizer que a liberação das ideias teve como contrapartida uma monopolização das terapias: ao mesmo tempo em que o homem foi admitindo o livre exame para os assuntos de Estado e de consciência foi admitindo não ser capaz de cuidar de forma autônoma de sua saúde; em outras palavras, foi aprendendo a sentir um tipo de respeito pela medicina e pela farmácia “científicas” que antes reservava à religião “verdadeira”. (ESCOHOTADO, 1998, p. 131, tradução nossa).⁶

Os EUA se configuram como pioneiros a enquadrarem as drogas como questão social, ao mesmo tempo em que incitam diversos países, principalmente do mundo ocidental, a tomarem essa posição como verdade. Convém elencar alguns pontos relevantes que podem justificar esse enquadramento da droga enquanto problema na sociedade estadunidense, embora devamos considerar que não são pontos que se materializaram ou se efetivaram exclusivamente nos EUA: o primeiro ponto consiste em uma intervenção cristã ao repudiar qualquer uso de substância que pudessem despertar um estado alterado de consciência; o segundo está relacionado com certa preocupação econômica e política por parte da elite em não se admitir a ascensão das classes/raças consideradas como inferiores e perigosas; e o terceiro ponto aborda um interesse econômico por determinadas substâncias psicoativas em

⁶ *Contemplándolo a vista de pájaro, se diría que la liberalización de las ideas tuvo como contrapartida una monopolización de las terapias: al mismo ritmo en que el hombre fue admitiendo el libre examen para los asuntos de Estado y de conciencia fue admitiendo no ser capaz de cuidar autónomamente su salud; en otras palabras, fue aprendiendo a sentir un tipo de respeto por la medicina y la farmacia “científicas” que antes reservaba a la religión “verdadera” (ESCOHOTADO, 1998, p. 131).*

detrimento de outras. Esses e outros fatores se caracterizaram como critérios potencializadores de um debate público sobre o uso de droga na segunda metade do século XIX a respeito de algumas substâncias psicoativas e suas propriedades farmacológicas (FIORE, 2006).

Nos EUA, o lastro moralista presente no século XIX surge com mais força ainda no início do século XX, se destacando por influenciar importantes setores da política norte-americana. A corrente proibicionista se originou principalmente em função das negociações e acordos diplomáticos, e não devido ao ambiente político estadunidense, apesar da ascensão dos movimentos proibicionistas nos EUA nesse período (RODRIGUES, 2002).

Outro fator determinante para que o estado norte-americano se destacasse na instituição de uma política repressiva do controle de drogas consiste na influência do puritanismo estadunidense, que conseguiu assumir instâncias e segmentos representativos. Por outro lado, nesse mesmo contexto, o governo dos EUA se preocupou em impulsionar o controle social por meio de práticas disciplinadoras de conduta e do monitoramento dos hábitos (RODRIGUES, 2002).

Para Escohotado (1996), há uma íntima relação entre o puritanismo e o terapeutismo, que se materializa em leis, visto que se encontra alinhado com o expansionismo estadunidense sobre o mundo. Uma dessas leis consiste na denominada “Lei Seca”⁷, que vigorou entre os anos de 1920 e 1933, principalmente quando o consumo do álcool foi progressivamente assumindo produção em larga escala com a chegada da industrialização, o que fez com que os preços se popularizassem e, conseqüentemente, ocorresse um maior nível de consumo dessa substância. Assim, alguns problemas são evocados, como a presença do alcoolista no meio social, emergindo a necessidade de ações controladoras e proibitivas, a exemplo da referida lei nos EUA que, contrariamente à proposta inicial, não surtiu o efeito desejado, despertando ainda mais o uso do álcool nos habitantes desse país (BERTONI, 2006).

A relação puritanismo/terapeutismo foi impulsionada, principalmente, pelo trabalho de três pessoas influentes: a primeira se refere ao reverendo W. S. Crafts, que na Conferência Missionária Mundial (1900) propõe celebrar o início do segundo milênio cristão com uma cruzada civilizatória em uma escala internacional contra as drogas; a segunda pessoa foi o bispo de Manila, Charles Henry Brent, que tinha como principal meta extinguir o uso do ópio

⁷ A “Lei Seca” estadunidense, no início do século XX, foi uma tentativa frustrada para coibir o uso abusivo do álcool, quando o governo dos Estados Unidos decidiu proibir a venda de bebidas alcóolicas. Ao contrário do que se esperava, as conseqüências decorrentes dessa lei foram, entres outras, o aumento do comércio clandestino do álcool, sonegação de impostos, e elevado consumo dessa substância nunca antes visto no país (BERTONI, 2015).

na Ásia; a terceira e última refere-se a H. Wright, um jovem com notável ambição política, com sérios problemas relacionados ao alcoolismo, que não o impediu de ser um dos principais defensores da proibição do ópio e da cocaína nos EUA (ESCOHOTADO, 1996).

No texto **Americanismo e Fordismo**, Gramsci (2011) aborda uma relação entre proibicionismo e puritanismo revestida por um expressivo interesse econômico. Para ele, a luta travada pelo Estado contra o álcool leva em conta que este se configura como um elemento prejudicial para as forças de trabalho. Ao discutir, também sobre o puritanismo nos aspectos da sexualidade, Gramsci (2011) diferencia tais aspectos da questão puritanista do álcool, ao considerar que o abuso das funções sexuais consiste, logo depois do alcoolismo, como o principal inimigo das “energias nervosas” (GRAMSCI, 2011, p. 69), dado que um determinado grau de obsessividade pelo trabalho desperta comportamentos depravadores associados ao álcool e à sexualidade.

No começo do século XX, os Estados Unidos começaram a convocar reuniões internacionais para obter êxito no controle de drogas. A primeira reunião aconteceu em Xangai, em 1909, em que 12 países compareceram para discutir mesmo que incipientemente sobre o controle de drogas amplamente utilizadas na América, Europa e Ásia: o ópio e seus derivados. Essa reunião, no entanto, não impôs regras severas para os países participantes, que para manter relações comerciais com indústrias farmacêuticas, apresentavam expressivo interesse pelo comércio do ópio. Apesar de não conseguir nessa reunião uma aplicabilidade considerável foi a partir desse momento que o Estado americano assumiu o controle de drogas em escala mundial (RODRIGUES, 2002; RODRIGUES, 2004).

A próxima reunião, em dimensão internacional, foi a Conferência de Haia, Holanda, que aconteceu no final de 1911, quando os Estados Unidos apresentaram mais claramente a proposta de regulação e produção do comércio da cocaína e opiáceos, de modo a obter o controle do uso não médico do ópio. Convém salientar, no entanto, que os Estados Unidos ao internacionalizar o debate sobre controle dessa substância, visavam principalmente utilizar esses acordos como instrumentos para efetivar uma lei nacional internamente. Desse modo, concomitantemente à assinatura do Tratado de Haia em 1912, tramitava no congresso estadunidense um projeto de lei com o objetivo de estabelecer definitivamente a proibição dos opiáceos e cocaína, não apenas a fiscalização (RODRIGUES, 2002; RODRIGUES, 2004).

Destarte, Fiore (2012, p. 09) alerta que:

É preciso ressaltar que não se “explica” o empreendimento proibicionista por uma única motivação histórica. Sua realização se deu numa conjunção de fatores, que incluem a radicalização política do puritanismo norte-

americano, o interesse da nascente indústria médico-farmacêutica pela monopolização da produção de drogas, os novos conflitos geopolíticos do século XX e o clamor das elites assustadas com a desordem urbana.

Neste sentido, esse paradigma de concepção de problema das drogas, paulatinamente, foi se expandindo e se internacionalizando, sob apoio da Organização das Nações Unidas (ONU). Isso contribuiu para o fortalecimento desse modo de pensar em grande parte do mundo, inclusive no Brasil, que também progressivamente assumiu uma postura de repressão e ilegalidade das drogas, impulsionado pelo discurso médico instalado por um projeto de modernização e idealização da sociedade brasileira (TRAD, 2009).

Não obstante o apontamento do controle sobre a venda e o consumo da maconha por determinação da Câmara Municipal do Rio de Janeiro, em 1830, como primeira prática legal de natureza proibitiva do uso de drogas no Brasil, bem como o país pioneiro na proibição do uso da maconha no mundo ocidental (MACRAE; SIMÕES, 2004), vale considerar que essa não consistiu em uma preocupação prioritária do Estado para que pudesse promover um debate público, nem mesmo investir consistentemente no controle repressivo contra as drogas (FIORE, 2006). Esse controle, entretanto, segundo Fiore (2006) se efetivou dentro da conjuntura política do Primeiro Império (1822-1831), cuja capital encontrava-se a “maior concentração urbana de escravos do Novo Mundo” (ALENCASTRO, 1988, p. 40).

Para Fiore (2006), nesse período histórico do governo imperial, a proibição do uso da maconha não se sustentou simplesmente por uma preocupação em função das propriedades da planta, mas se relacionou solidamente com uma questão étnico-social, na tentativa de controlar práticas associadas à população negra, que eram classificadas com um determinado grau de periculosidade, principalmente no início do século XX quando passou-se a apontar o uso da maconha em decorrência das aglomerações urbanas como práticas “propícias para o desregramento, a doença e o vício” (FIORE, 2006, p. 28).

A maconha ainda não era concebida como uma questão de saúde pública, o que aconteceu apenas no decorrer do século XX. Já nessa época, assim como acontece nos dias de hoje, a maconha estava estritamente vinculada às classes baixas, de modo que “começou a cristalizar-se, entre autoridades médicas e policiais brasileiras, a associação ‘pobre — preto — maconheiro — marginal — bandido’” (MACRAE; SIMÕES, 2004, p. 20). Podemos afirmar, portanto, que o vínculo socialmente estabelecido do uso da maconha com a cultura da população negra se configurou como uma das principais vias para a definitiva proibição do uso dessa substância (FIORE, 2006), em 1932, no Brasil, antes mesmo dos Estados Unidos,

em 1937, quatro anos após revogar a proibição do álcool (SAAD, 2013; BURGIERMAN, 2011).

Desse modo, o Brasil, assíduo participante das reuniões internacionais incitadas pelos Estados Unidos, toma como referência para suas reformas legais as determinações discutidas e acordadas nesses encontros (RODRIGUES, 2002). Embora, cronologicamente, esses dois países tenham se afinado no controle das drogas, isso não aconteceu no tocante às discussões e movimentações políticas sobre essa temática. Contrariamente aos Estados Unidos, que promoveram intensos debates políticos com objetivo de fazer com o Estado controlasse e coibisse o uso de várias substâncias, inclusive do álcool, no Brasil até o início do século XX, não se pode afirmar da existência de um debate sobre drogas, até mesmo por parte da medicina brasileira. Abre-se, no entanto, uma exceção quanto às bebidas alcoólicas, que durante o século XIX devido ao uso mais habitual dessa substância detinha um determinado grau de preocupação no meio médico. Vale mencionar que essa preocupação se sustentou majoritariamente por um viés moralista, visto que o abuso do consumo de álcool, geralmente atribuído às camadas populares, estava relacionado a questões sociais, morais e raciais, e não como um problema de saúde pública, capaz de motivar intervenções públicas por parte dos médicos (FIORE, 2006).

A partir do século XX, todo esse cenário foi transformado na medida em que as aglomerações urbanas foram vinculadas como práticas predispostas para comportamentos associados ao vício e ao desregramento, enquanto potencializadores das doenças venéreas, prostituição, vadiagem e alcoolismo, sendo que estes já significam, nesse contexto, elementos inibidores de se construir uma sociedade brasileira sadia e civilizada. Assim, a saúde pública foi se interessando pela temática das drogas na medida em que estas começaram a ter destaque, impulsionada principalmente por discursos do próprio campo médico, legitimando-as como um problema que não deveria ser abordado fora do âmbito sanitário. Concomitantemente, foi se efetivando ainda uma preocupação pelas autoridades policiais e sanitárias, devido ao consumo de cocaína, geralmente consumida por jovens de famílias ricas, e a maconha pelas classes baixas (FIORE, 2006).

Trad (2009) afirma que, já na Era Vargas (1930-1945) houve uma classificação entre droga lícita e ilícita, sendo a primeira, alvo de controle e de intervenção, e a segunda de repressão e punição. Nesse período, destacamos o Decreto-Lei n. 891/38 (BRASIL, 1938) que, em sintonia com acordos internacionais, determina a base para uma política de caráter repressivo no Brasil, principalmente quanto à produção, ao tráfico e ao consumo de drogas.

Esse decreto-lei estabelece ainda dois modos distintos de criminalizar: 1) aos toxicômanos⁸ (usuários) que são concebidos como doentes e por isso devem ser internados em clínicas médico-psiquiátrica; e aos 2) traficantes que ao serem colocados na condição de criminosos devem ser encarcerados. Ademais, a chamada Lei dos Tóxicos de n. 6.368/76 (BRASIL, 1976), além de cristalizar a ideia do dependente enquanto doente que, para se reinserir socialmente, deve se submeter a um tratamento, essa norma elencou questões relacionadas tanto com o tráfico e a repressão ao uso de drogas quanto às campanhas de prevenção, sendo que o próprio termo “combate” às drogas, que começou a ser utilizado a partir do decreto-lei de n. 5.726/71 (BRASIL, 1971), foi substituído por “prevenção” e “repressão”, na tentativa de se atribuir imparcialidade e isenção técnica ao texto normativo (RODRIGUES, 2004).

Na década de 1980, em um cenário de redemocratização política do país, com efeitos do movimento da contracultura surgem discursos preventivos sobre as drogas em contraste com a política repressiva do governo ditatorial. O paradigma proibicionista passa ser problematizado tanto pelas ciências humanas, quanto pela ciência médica redirecionando para uma nova abordagem à problemática das drogas no Brasil (TRAD, 2009).

Nesse contexto, evoca-se um necessário rompimento com o paradigma proibicionista. As razões de base que impulsionam esse rompimento consistem nas práticas de censura e repressão, que ao alimentar o discurso de “guerra às drogas”, sustenta esse paradigma, tal como sinaliza Karam (2008, p. 117):

A própria expressão “guerra às drogas”, que dá a tônica do proibicionismo voltado contra as selecionadas substâncias psicoativas e matérias-primas para sua produção qualificadas de drogas ilícitas, já revela a incorporação ao controle social exercido através do sistema penal de estratégias e práticas que identificam o anunciado enfrentamento de condutas criminalizadas à guerra tornada preventiva ou ao combate a dissidentes políticos nos remanescentes Estados totalitários.

Dessa forma, o proibicionismo caracteriza-se por um modelo de prevenção e atenção à saúde baseado em uma política proibitiva, que se configura como uma forma verticalizada de lidar com a problemática do uso e abuso de substâncias psicoativas, assumindo, assim, um discurso de combate às drogas que impõe “a abstinência como pré-condição para o ingresso em um programa de tratamento” (BOARINI; MACHADO, 2013, p. 582).

⁸ Rodrigues (2004, p. 144) esclarece que “tanto a intoxicação habitual quanto a efêmera de drogas controladas são classificadas como ‘toxicomania’, doenças físicas, psíquicas e sociais que devem ser compulsoriamente notificadas (‘doença de notificação compulsória’ – art. n. 27) às autoridades sanitárias e policiais”.

Apesar de emergir um discurso que tem como proposta romper com o paradigma proibicionista nas últimas décadas do século XX, as duas leis brasileiras em relação às drogas no novo século (XXI), ou seja, as leis 10.409/02 (BRASIL, 2002) e 11.343/06 (BRASIL, 2006), a primeira revogada pela segunda, sendo esta também conhecida como a nova Lei de Drogas, pouco se avançou sobre a temática. Ambas ratificaram essa histórica postura repressiva e criminalizadora. A atual Lei de Drogas não traz alterações substanciais sobre a questão, dado que continua seguindo as diretrizes proibicionistas recomendada pelos acordos internacionais, o que se evidencia no aumento da pena mínima para crimes relacionados ao tráfico, que passou de três para cinco anos. Essa lei, apesar de estabelecer penas não privativas para usuários de drogas, isto é, para pessoas que portam a droga para uso pessoal, isso não pode ser confundido como uma descriminalização ou até mesmo uma despenalização para esse tipo de crime, uma vez que ainda se mantém na atual legislação em referência aos usuários de drogas ilícitas no Brasil (KARAM, 2008).

Notamos que a atual legislação brasileira sobre drogas se sustenta pela lógica do proibicionismo, e sinaliza continuar nessa direção, conforme o estudo realizado por Silva e Delduque (2015), ao analisar os Projetos de Lei (PL) apresentados no Congresso Nacional entre os anos 2007 e 2010. Nesse estudo, os autores concluíram que não foi encontrado “nenhum PL de conteúdo despenalizador entre os anos de 2007 e 2010” (DELDUQUE; SILVA, 2015, p. 245), de modo que corrobora para uma legislação que privilegia a penalização e patologização do usuário de drogas ilícitas, bem como criminaliza quem as distribui (SILVA; DELDUQUE, 2015).

Por essa razão, emerge a necessidade de se problematizar o atual modelo de abordagem às drogas no Brasil, quando se evidencia que o paradigma proibicionista de "guerra às drogas" torna-se insustentável. De acordo com o 27º Relatório global publicado recentemente pelo *Human Rights Watch* (HRW, 2017) a promulgação da atual Lei de Drogas, em 2006, no Brasil, contribuiu substancialmente para o aumento da população carcerária, incidindo em problemas de superlotação e violência. Nesse sentido, o referido relatório constatou que no ano de 2005, 9% das prisões foram decorrentes de crimes envolvendo drogas, enquanto que, em 2014, esse número chegou a 28%.

Desse modo, enquanto não se pensar e se institucionalizar um novo modelo de abordarmos a questão das drogas no Brasil, modelo esse em que a pessoa não seja confundida com a própria substância, em nome de um combate às drogas, muitas vidas ainda serão belicamente massacradas, como nos revela o referido relatório.

Em 2015, 393 policiais foram mortos no Brasil, segundo os dados mais recentes disponíveis até o momento da elaboração deste relatório. Policiais, incluindo aqueles fora de serviço, mataram 3.345 pessoas em 2015, de acordo com dados oficiais compilados pela organização não-governamental (ONG) Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Isso representa um aumento de 6 por cento em relação a 2014 e um aumento de 52 por cento frente a 2013. (HRW 2017, p.01-02).

Nesse contexto, é mister institucionalizar um novo modo de se pensar a problemática das drogas no Brasil, abordando-a não mais sob um viés repressivo e criminalizador revestido com um aparato bélico-policial, mas, a partir de um contrato ético e de cuidado com os usuários de substâncias psicoativas, conceber a questão das drogas como um problema de ordem política e de saúde pública. Devemos, pois, a partir de um debate público com toda a sociedade, em uma perspectiva intersetorial, apostar doravante, em uma clínica ampliada do cuidado, bem como fortalecer os dispositivos de atenção psicossocial, aparelhando-os com instrumentos e tecnologias de cuidado que legitimem o desejo dos usuários de drogas, a exemplo das salas de consumo assistido. Estas salas são estabelecimentos que fornecem condições necessárias para um consumo de drogas mais seguro, tendo em vista amenizar ou não potencializar os agravos à saúde dos usuários de substâncias psicoativas.

Mediante esse breve panorama histórico-conceitual sobre as drogas, não é justo se eximir dos impactos provocados pelo percurso que a discussão dessa temática se enveredou, se sustentando ainda hoje até certo ponto, principalmente, quando se refere à questão da criminalização/medicalização das drogas e suas implicações na aquisição dos modelos de cuidado à saúde dos dependentes de substâncias psicoativas e nos direcionamentos políticos das campanhas preventivas ao uso de drogas.

3.3 PARADIGMA PROIBICIONISTA DE TRATAMENTO E PREVENÇÃO AO CONSUMO DE DROGAS

A partir do que foi apresentado, diferentes modelos de se abordar as drogas foram surgindo. De um lado, encontramos a linha de cuidado baseada na repressão e proibição, a abstinência, que será discutida um pouco mais adiante. Por outro lado, encontramos a RD, uma abordagem em que se releva a autonomia do sujeito no processo de cuidado, também apresentada posteriormente (TRAD, 2010). Essas duas vertentes de prevenção ao uso de drogas visam à diminuição ou tentam até mesmo a extinção da oferta de drogas, cujo público-alvo principal são os jovens. Na primeira vertente, as drogas são concebidas como um terrível

mal que assola toda a sociedade, trazidas por aqueles que produzem e traficam, responsáveis pelos malefícios que possivelmente são provocados pelo uso de drogas. Na segunda vertente, as drogas não são abordadas como as piores mazelas sociais a serem belicamente combatidas, considerando que existem outras questões sociais mais emergentes, a exemplo da miséria e das desigualdades sociais (BUCHER, 2007).

O modelo de prevenção às drogas, de caráter repressivo, se coaduna com a valorização de práticas relacionadas à abstinência, e se fundamenta no paradigma proibicionista de combate às drogas. A repressão concebe as drogas como maléficas e perigosas, capazes de potencializar dependências de um modo devastador. Outrossim, os usuários de drogas, nessa perspectiva, são concebidos como vítimas de uma autodestruição ou como infratores, que não sendo percebidos pela sociedade como pessoas, sujeitos de direitos, são primeiramente representados como toxicômanos, maconheiro, cachaceiro, “sacizeiro”⁹ etc. As pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, não raras vezes, são confundidas com tais substâncias, e isso encontra-se constantemente sustentado por discursos de natureza emocional, moralista e sensacionalista, contribuindo para que se efetive uma “pedagogia do terror” quanto ao controle de drogas (BUCHER, 2007).

As práticas de cuidado e tratamento em saúde no contexto de álcool e outras drogas correm um risco eminente de se configurarem como um modo iatrogênico de produção de cuidado em saúde, quando se alimentam da concepção de que os usos de substâncias psicoativas devem ser abordados por uma práxis de caráter repressivo, vertical e biomedicalizador. O campo da saúde, apesar do surgimento de novos modelos de cuidado e de assistência para pensarmos uma nova abordagem da questão das drogas no Brasil, a exemplo da RD, é evidente a reprodução de práticas terapêuticas, pedagógicas e educativas alinhadas a um fazer punitivo e correccional (NERY FILHO; FLACH, 2017).

Nesse sentido, Karam (2017) explicita que abordar uma questão de saúde pública pelo viés do paradigma proibicionista, sustentado por um sistema penal que materializa uma “guerra às drogas”, em nada contribui para a amenizar o problema das drogas, mas contrariamente a isso serve para agravá-lo ainda mais. Isso evidencia uma irracional mentalidade de que as substâncias psicoativas (ilícitas) serão um dia extintas e que a “caça” a tais substâncias está revestida por preocupações sanitárias, mesmo quando se denota que “a proibição causa maiores riscos e danos à mesma saúde que enganosamente anuncia pretender proteger” (KARAM, 2017, p. 221-22).

⁹ Sacizeiro é um termo popularmente conhecido na Bahia, sobretudo em Salvador (BA), para se referir a alguém que faz uso do *crack*.

Bucher (2007) elenca algumas ideias presentes na literatura que caracterizam o modelo de prevenção de natureza repressiva, entre as quais se destaca: a) uma concepção de substância psicoativa sustentada por um discurso moralista e religioso, entendendo a droga como um mal diabólico, que pode corromper a alma e a sociedade; b) a tentativa de se construir uma sociedade sem drogas por meio de ações proibitivas, desconsiderando os determinantes históricos e sociais do consumo de drogas; c) o grande mal a ser combatido são as drogas denominadas ilícitas, enquanto que as lícitas, apesar de não apresentarem menor grau de nocividade são mal controladas ou até mesmo nem chegam a ser enquadradas na categoria droga, a exemplo do álcool; e d) conceber o consumo de drogas a partir de uma visão dualista e reducionista, em que o mal, representado pelos usuários de drogas, geralmente ilícitas, precisa ser vencido pelas pessoas do bem, não dependentes de nenhuma droga, a menos que esta seja permitida.

Além disso, o autor supracitado, ao exemplificar medidas consideradas preventivas pelo modelo proibicionista, faz alusão a uma “pedagogia do terror” na tentativa de coibir o uso de drogas, principalmente por parte dos jovens, que são inibidos pelo medo aterrorizante das informações transmitidas para que evitem seu consumo. As principais medidas apresentadas foram apontadas como: 1) palestras nas quais se apresentam fetos, cujas mortes foram provocadas por abortos decorrentes do uso de drogas pelas gestantes; 2) argumentos de que o uso da maconha pode provocar impotência sexual e esterilidade, tal como se fez com a prática da masturbação; 3) discursos que sustentam o consumo de drogas como a condição suficiente para que as pessoas se tornem violentas, criminosas e todas as demais categorias que englobam os denominados “fora da lei”; e 4) o combate amedrontador do uso de drogas, intentando extinguir completamente com o uso de determinadas substâncias psicoativas. Assim sendo, diante dessas recomendações extremamente repressivas, convém se questionar em que dimensão ética se sustenta essa lógica de prevenção, o que faz Bucher (2007, p. 120) afirmar:

Eis a questão muito séria a ser respondida, por se tratar de empreendimentos sociais de mais alta envergadura e responsabilidade. Mal encaminhados à base de subterfúgios, alegações inverídicas e interesses escusos, eles mal atingem a população-alvo (ou nela suscitam efeitos duvidosos), por desconhecer (e desrespeitar) suas características sócio-culturais e por emitir mensagens inoperantes, tanto pelo teor manifestado quanto pelos objetivos mal confessados.

Nessa perspectiva, as atitudes e campanhas preventivas encontram-se condicionadas por um viés repressivo e de combate às drogas que, contrariamente ao esperado, podem

provocar efeitos adversos, aumentando ainda mais o consumo de drogas (MACRAE; SIMÕES, 2004). É imprescindível, portanto, considerar em um planejamento de prevenção os determinantes sociais e culturais dos usos de drogas (MACRAE, 2003), em vez de serem terrivelmente criminalizados e a duras penas reprimidos como se percebe em algumas instituições, a exemplo de comunidades terapêuticas¹⁰, que elegem a abstinência total em isolamento como único modelo de tratamento (FIORE, 2012). Embora priorizem a abstinência como modelo de cuidado para casos de dependência do álcool e outras drogas não se pode optar por um modelo engessado, único e ideal para todos os dependentes que apresentem problemas com drogas, dado que sob um enfoque médico não se pode desconsiderar um adequado diagnóstico e uma rigorosa avaliação (LARANJEIRA et al, 2000).

A abstinência, enquanto estratégia de intervenção inserida em um modelo de atenção à saúde¹¹ no cuidado dos usuários de substâncias psicoativas, configura-se como uma prática não muito difícil de ser encontrada, tendo em vista que algumas pessoas respondem melhor, terapeuticamente falando, ao assumir a condição de abstinente se comparado a um outro método de tratamento, principalmente quando se refere a casos de dependência alcoólica.

Nem todos os dependentes químicos, entre estes os alcoolistas, apresentam problemas quando estão abstinentes, a exemplo da Síndrome de Abstinência Alcoólica (SAA)¹². Alguns mesmo apresentando um grau mediano de dependência podem não apresentar sintomas severos oriundos da abstinência e um outro grupo pode ficar incomodado com alguns sintomas, sendo que para apenas um número menor de pessoas a abstinência pode significar um risco de vida (EDWARDS; MARSHALL; COOK, 2005). No entanto, o problema se torna evidente quando se tem a intenção de padronizar e consagrar a abstinência como uma via de mão única em um projeto terapêutico direcionado para todos dependentes químicos dando margem atualmente para uma ampla discussão.

¹⁰ Comunidades Terapêuticas são instituições privadas, geralmente administradas por grupos ou líderes religiosos, que colocam a abstinência como condição necessária para que o usuário de substâncias psicoativas se “liberte” da dependência das drogas. Não é raro encontrar relatos de diversos tipos de violências: castigos, posturas proselitistas, intolerância religiosa e sexual, humilhações e até mesmo práticas de torturas em internos. Para obter informações mais detalhadas ver: 4º Relatório Nacional de Inspeção de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas”. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

¹¹ O termo “Modelo de atenção à saúde” refere-se a maneira que os serviços de saúde se organizam, bem como de que modo se configuram as práticas desses serviços (TEIXEIRA E SOLLA, 2006).

¹² Para Laranjeira (2000, p. 62) “pessoas que bebem de forma excessiva, quando diminuem o consumo ou se abstêm completamente, podem apresentar um conjunto de sintomas e sinais, denominados Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA). Alguns sintomas, como tremores, são típicos da SAA”.

A abstinência se traduz como uma estratégia de intervenção que pode ser demasiadamente exigente para alguns usuários de substâncias psicoativas. Assim, não é muito raro que os serviços que apresentam a abstinência como um modelo ideal de tratamento estabeleçam verticalmente uma postura de intolerância, censura e recriminação diante das recaídas e/ou reincidências ao uso de drogas, ratificando o quanto a lógica proibicionista se afina com práticas terapêuticas vinculadas ao modelo de cuidado característico da abstinência (ALVES, 2009).

Os intensos e polêmicos debates sobre a questão das drogas comumente se limitam a discutir a tradicional dicotomia “contra” *versus* “a favor” ao se referir tanto à abstinência quanto à legalização das drogas, demonstrando baixo potencial de resolutividade, bem como não se permitindo em pensar em uma via intermediária para abordar essa questão, a exemplo da abordagem denominada RD (SOUZA, 2013).

O relatório intitulado **Crack: Reduzir Danos - Lições Brasileiras de Saúde, Segurança e Cidadania** (2017), lançado recentemente pela *Open Society Foundations* (OSF)¹³ apresentou uma avaliação de três projetos que têm como objetivo atender à demanda de usuários de *crack* em situação de rua, a saber: 1) Aproximação – A cena de drogas da Rua Flávia Farnese, no Rio de Janeiro; 2) Programa De Braços Abertos, em São Paulo e 3) Programa Atitude, em Pernambuco. Após a realização dessas pesquisas, o referido documento traz algumas conclusões que põem em xeque a concepção messiânica de uma única abordagem de tratamento. Notamos, portanto, que colocar a abstinência como um único critério para se aderir a um programa assistencial se configura como medida ineficaz e com baixo potencial de adesão dos usuários aos programas.

Tradicionalmente, os governos têm respondido à presença de pessoas em situação de rua que usam drogas com encarceramento e violência, ou internações e remoções forçadas em nome de um tipo de “ajuda” que aprofunda problemas de saúde pública e marginaliza ainda mais esses cidadãos. Quando um usuário escapa à criminalização do Estado e busca acesso à moradia e tratamentos de saúde, encontra obstáculos ou é obrigado a provar abstinência como pré-condição para obter auxílio. (OSF, 2017, p. 03).

Outrossim, esse relatório também apontou que a obrigatoriedade de internamento dos usuários tal como foi feito, em 2013, pelo governo Estado de São Paulo, não traz bons

¹³ Essa organização “trabalha para construir sociedades vibrantes e tolerantes cujos governos sejam responsáveis por seus cidadãos. Atuando junto às comunidades locais em mais de 100 países, a *Open Society Foundations* apoia a justiça e os direitos humanos, a liberdade de expressão e o acesso à saúde e educação públicas” (OSF, 2017, p. 01).

resultados. A internação compulsória consiste em uma medida que desconsidera o usuário de substância enquanto sujeito ativo e autônomo no processo terapêutico que, além de não resolver nem minimamente a questão, se revela como um método repressor e desumano. Os serviços terapêuticos devem, portanto, reconhecer a necessidade de se reconfigurarem e se reinventarem diante da complexidade que a questão exige, e se diversificando para atender às necessidades dos usuários, principalmente aqueles que ainda não estão suficientemente disponíveis ou dispostos para aderirem a um projeto terapêutico (OSF, 2017).

Um contexto no qual os serviços ofertados geralmente desprezam evidências científicas enquanto impõem orações e castigos como forma de tratamento, a intervenção involuntária ou compulsória em comunidades terapêuticas é ineficaz para a maioria e viola os direitos humanos de todos os usuários. Muitos dos residentes da Cracolândia internados compulsoriamente estavam de volta às ruas e ao abuso do *crack* pouco tempo após sua soltura. (OSF, 2017, p.20).

Aqui, buscamos apresentar sucintamente o conceito do termo droga, enquanto um termo polissêmico com acentuada influência do saber médico-científico, suas diversas classificações e categorias. Abordamos também que a institucionalização da droga, enquanto problema social, cristaliza o proibicionismo como principal viés de se abordar a problemática das drogas no mundo ocidental, inclusive no Brasil. Este país, torna-se um ferrenho promotor das práticas proibicionistas, de modo que com o decorrer do tempo tais práticas foram se delineando e se implicando nos textos legislativos e nas políticas de saúde. Dessa forma, aqueles se referem aos aspectos da criminalização e proibição do uso, produção e repasse de drogas, enquanto que estas dizem respeito à medicalização e aos modelos de cuidado que correm o risco de colocar a abstinência como única e principal intervenção clínica, minimizando outras estratégias de cuidado à saúde dos usuários de drogas, a exemplo da política de RD, que será abordada na próxima seção.

4 REDUÇÃO DE DANOS, REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Como apresentado anteriormente, um modelo de cuidado como a abstinência total, ao se abordar a problemática do uso de substâncias psicoativas, pode funcionar muito bem para alguns usuários, de modo que estes respondam positivamente ao processo terapêutico. No entanto, o que não se pode pensar ou, ao menos nem se deveria cogitar, é que a abstinência se configura como a principal, única e melhor maneira para se planejar um projeto terapêutico que contemple as necessidades de todos os usuários de drogas, desconsiderando as particularidades de cada sujeito, o que faz emergir outros modos de se pensar a problemática das drogas.

Preocupamos em apresentar nessa seção o que se entende por RD, como política pública no contexto de álcool e outras drogas, demonstrando seu percurso histórico no panorama internacional e no contexto brasileiro, bem como suas implicações nas práticas e nos dispositivos de saúde (mental), em consonância com os pressupostos da RPB, cuja preocupação consiste em reorientar a assistência à saúde dos sujeitos com sofrimento psíquico. Assim, além de conceituar, historicizar e caracterizar a RPB, preocupamos também em apresentar em que consiste o CAPS AD, como espaço de cuidado dos usuários de substâncias psicoativas, em seu processo terapêutico e não esquecendo também de apresentar, nessa seção, o campo teórico-prático denominado Educação em Saúde, categoria elementar nessa pesquisa.

4.1 REDUÇÃO DE DANOS: UM MODELO ALTERNATIVO DE CUIDADO EM ABORDAGEM À QUESTÃO DAS DROGAS

4.1.1 Redução de Danos: conceito e princípios

De acordo com Andrade (2002), a RD não se configura como um paradigma recente de abordagem às drogas, nem mesmo uma prática nova. Isso se justifica tendo em vista que embora se tenha destacado nos anos 80 do século XX como uma estratégia de prevenção aos casos de AIDS e hepatite no contexto dos usuários de drogas injetáveis (UDI), em alguns países da Europa, a exemplo da Holanda, nos Estados Unidos e Austrália, as primeiras práticas dessa abordagem datam de 1926, na Inglaterra.

As primeiras aplicações da abordagem de RD, portanto, se deu no contexto inglês, a partir das sugestões do Relatório *Rolleston*¹⁴, quando se propôs ao governo inglês que os profissionais de saúde prescrevessem opiáceos aos usuários dessa substância, cujo objetivo consistia em “ajuda-los a levar uma vida mais estável e socialmente útil” (ANDRADE, 2002, p. 83). Tal como se percebe hoje em grande parte do ocidente, a sociedade britânica conservava um pensamento que privilegiava os modelos de cuidado alinhados à abstinência total, pressupondo uma interrupção brusca e imediata de todo o consumo de opiáceos, entre estes a heroína. Ao se problematizar esse pensamento, é notório que o uso de opiáceos se afinava com as próprias características e modo de vida dos usuários, de modo que o uso recomendado e autenticado pelo saber médico, poderia se configurar como uma estratégia de minimização dos danos que os opiáceos poderiam provocar aos britânicos (QUEIROZ, 2001).

Para a Associação Internacional de Redução de Danos (2010, p.01) o paradigma de RD se configura como “um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas”. Nesse sentido, podemos afirmar que o modelo de cuidado em saúde sustentado pela política de RD não consiste em priorizar uma lógica curativista e repressiva, mas sim enfatizar aspectos preventivos dos danos provocados pelas drogas. Nessa perspectiva, o sujeito usuário de drogas se sobrepõe ao próprio uso de substâncias psicoativas, tendo em vista que as práticas e programas redutores de danos preocupam-se em reduzir as consequências e os agravos decorrentes do uso de drogas, e não necessariamente o uso destas. De acordo com esse raciocínio Andrade (2002, p. 83) explicita que:

A Redução de Danos não é um conceito de consenso na literatura ou entre os técnicos que o operacionalizam; entretanto, é de fácil definição a partir de suas práticas: trata-se de ações que visam minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica provocados ou secundários ao uso/abuso de drogas sem necessariamente requerer a redução de consumo de tais substâncias

Além disso, esse autor apresenta três princípios que embasam e orientam as ações da RD: pragmatismo, tolerância e diversidade. A seguir, apresentaremos cada um desses princípios.

¹⁴ Esse relatório consiste em apresentar “recomendações de uma comissão interministerial, presidida pelo Secretário de Saúde da Inglaterra, Sir Humphrey Rolleston, segundo as quais os médicos ingleses poderiam prescrever opiáceos aos pacientes adictos de heroína, quando demonstrado que os benefícios dessa administração seriam maiores que os riscos potenciais da síndrome de abstinência” (PEREIRA, 2007, p. 25).

A RD caracteriza-se por um princípio pragmático, tendo em vista que se configura como uma prática que se apresenta com objetivos bem definidos, como por exemplo, promover, entre usuários de drogas injetáveis (UDI), ações que visam conter a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), por meio do fornecimento aos usuários de material para uso minimamente seguro dessa droga, a exemplo de agulhas esterilizadas, evitando, desse modo, o compartilhamento dessas seringas e, conseqüentemente, a contaminação pelo vírus (ANDRADE, 2002).

Dessa mesma maneira, podemos pensar com relação aos usuários de *crack*, quando na ausência do cachimbo, estes usuários podem utilizar-se de outros objetos, tais como, uma pequena parte de um cano de PVC (policloreto de polivinila), copos descartáveis, o uso também pode ser em latas que, geralmente, são adquiridas nas ruas ou em lixo, apresentando um potencial risco de contaminação e infecção. Assim, na tentativa de se reduzir ou mesmo evitar que esses danos aconteçam, torna-se pertinente possibilitar que cada usuário de *crack* faça uso da substância psicoativa com o seu próprio cachimbo, considerando que o uso inadequado das drogas ou em condições insalubres se configura também como um agravo à saúde dos usuários.

Em consonância com esse princípio pragmático, a prática da RD se sustenta como uma política de Saúde Pública, sobrepondo-se aos discursos reacionários e estigmatizantes oriundos da religião e da moral, ao passo que prioriza, principalmente, a saúde dos usuários de substâncias psicoativas que, às vezes, por livre vontade não desejam se abster das substâncias, ou mesmo quando desejam, não conseguem ficar sem usá-las, visto que não respondem satisfatoriamente bem aos recursos e modelos tradicionais de tratamento (ANDRADE, 2002).

O segundo princípio consiste na tolerância. Para Andrade (2002), este consiste em um princípio basilar para a RD, na medida em que respeita o desejo e o direito dos sujeitos em fazer uso de drogas. No entanto, não é incomum o surgimento de discursos repressivos, alinhados à estratégia de “guerra às drogas”, mesmo situados em um contexto social, cuja legislação, a exemplo da legislação brasileira da Nova Lei de Drogas (BRASIL, 2006) apresenta um abrandamento para usuários que adquirem pequena quantidade de drogas ilícitas para uso pessoal.

O terceiro princípio apresentado por Andrade (2002) é o da diversidade. De acordo com esse princípio, o conceito e as práticas de RD se configuram de um modo bem mais amplo do que se é frequentemente apresentado. Associamos às práticas de RD como

estratégias de prevenção aos agravos decorrentes do uso e abuso de drogas, mas devemos considerar também que não há um modelo único, enrijecido e estático ao se trabalhar com RD. Isso se evidencia quando se percebe a existência de uma pluralidade de possibilidades no desenvolvimento dessas práticas, tendo em vista um conjunto de três aspectos: diversidade da população-usuária; a disponibilidade dos recursos técnicos disponíveis e os diferentes tipos de drogas, bem como os seus múltiplos usos. Dessa forma, podemos apresentar a materialização das práticas de RD da seguinte forma:

[...] as práticas de RD incluem troca de seringas usadas por novas, uso de hipoclorito de sódio para limpeza de agulhas e seringas usadas, ações dos agentes comunitários de saúde ou redutores de danos, como são chamados no Brasil, salas de tolerância (espaços onde o uso de droga é permitido e se fazem os cuidados de prevenção) terapia de substituição de uma droga por outra com menos conseqüências negativas para a saúde, e a prescrição da própria droga de consumo, em serviços públicos que, além de oferecer a droga de forma gratuita – o que evita a intermediação do tráfico e todas as suas conseqüências – propicia condições seguras e protegidas de uso. Estes são serviços que por sua natureza se constituem num meio de educação para autocuidados com a saúde. Outros exemplos de ações de RD são as medidas de segurança diante do consumo de bebidas alcoólicas, como a utilização de bebidas com menores teores de álcool, a inclusão, entre os passageiros de um mesmo veículo, de alguém que não beba e possa dirigir em segurança, nas ocasiões em que o consumo de álcool habitualmente acontece, e também o uso de substitutos de cigarros, como os adesivos de nicotina. O próprio uso do cinto de segurança nos automóveis é um bom exemplo de RD, cujo objetivo é preservar a vida e minimizar traumatismos durante os acidentes automobilísticos, os quais, na maioria das vezes, decorrem do fato de se dirigir de forma perigosa (ANDRADE, 2002, p. 83).

Diante do que foi apresentado sobre o paradigma da RD e a partir dos seus princípios podemos afirmar que não se deve concebê-la como uma prática que privilegia e determina uma única forma de cuidado para todos os usuários de substâncias psicoativas. Ademais, ao mesmo tempo em que respeita, pela via da tolerância, o desejo do outro consumir drogas, propõe também o desenvolvimento de intervenções práticas que possam minimizar os danos que o uso de drogas pode provocar, concebendo a problemática das drogas e seus agravos como uma questão de Saúde Pública. Após essa breve exposição conceitual a respeito da RD, faz-se necessário apresentar o seu contexto histórico e sua inserção nos dispositivos de saúde do Brasil.

4.1.2 Aspectos históricos da Redução de Danos

Como foi apresentado anteriormente, a RD surgiu na Inglaterra, configurando-se como uma alternativa aos outros modelos de tratamento destinados aos usuários de heroína, que não respondiam, de maneira satisfatória, aos tratamentos tradicionais como a abstinência e uso de medicamentos. Assim, já nos meados da década de 1920, essa abordagem de RD consiste em uma referência no tocante aos modelos de cuidado para com os usuários de substâncias psicoativas (FONSECA, 2005).

A partir disso, a estratégia de RD paulatinamente começa a chamar atenção para uso/abuso de drogas em outros contextos sociais e culturais, na medida em que se preocupa, mediante uma nova configuração dessa abordagem, na tentativa de se pensar em condições possíveis de minimização dos mais diversos danos causados pelo uso de substâncias psicoativas. Nesse sentido, as drogas e seus respectivos usos começam, também, a ser redefinidos. O uso de drogas, portanto, começa a ser pensado não mais pelas vias morais e jurídicas, mas se configura como uma preocupação de saúde pública, legitimando a decisão e a vontade do usuário em utilizar a substância psicoativa que desejar. Nessa perspectiva, vários países começaram a se reorientar no que se refere à assistência e ao cuidado dos sujeitos usuários de drogas, concebendo-os não mais por um discurso repressivo, mas sim sob um novo olhar, a partir da dimensão dos direitos humanos e da promoção da cidadania (FONSECA, 2005).

Essa abordagem que busca minimizar os danos provocados pelo uso de drogas passou por um momento de esquecimento até quando alguns países começaram a resgatá-la nos anos finais do século XX com o crescimento do índice de casos de HIV/AIDS (MACIEL; VARGAS, 2015).

Um desses primeiros países a aderir à abordagem de RD foi a Holanda por volta dos anos 1970, quando começou a problematizar a questão do uso de drogas aliada à política proibicionista de combate e guerra às drogas. No entanto, foi a partir de 1980, com a criação da Liga de Dependentes ou a também denominada *Junkiebond*, que os usuários ao se organizarem politicamente começam a exigir do governo holandês políticas públicas promotoras de projetos que priorizem questões de saúde dos usuários de substâncias psicoativas, o que fez surgir em Amsterdã, no ano de 1984, o primeiro Programa de Troca de Seringas (PTS) como estratégia para conter os avanços de infecção do HIV entre usuários de drogas injetáveis (MARLATT, 1999).

Desse modo, nesse país, as práticas de RD se originaram como um movimento oriundo dos próprios usuários de drogas injetáveis (UDIs) como uma reação também ao crescimento epidêmico dos casos de hepatite B (FONSECA, 2005), o que significa dizer que essa política não foi imposta e implantada de forma verticalizada. Nesse contexto, a política de drogas direcionada para as práticas de RD partiu da inquietação dos usuários em criar mecanismos e dispositivos para conciliar o uso de drogas com técnicas pragmáticas de cuidado à saúde (SOUZA, 2013). Assim, a partir desse cenário holandês podemos concordar que:

[...] inaugurou novas possibilidades de se falar sobre as drogas e sobre os usuários de drogas. Usuários que queriam se cuidar para continuar vivos e usando drogas iniciaram a construção de um novo plano discursivo sobre si e suas experiências, antes silenciado e posto na invisibilidade. (SOUZA, 2013, p. 17).

No que se refere ao contexto brasileiro, a RD deu seus primeiros passos na cidade de Santos (SP) em 1989, quando os profissionais de saúde após perceberem elevados números de contaminação do HIV adquirido intravenosamente, começaram a pensar na limpeza de seringas e agulhas como uma possível alternativa para esse problema, uma vez que o fornecimento de seringas poderia levar estes profissionais a responderem a processos judiciais, justificando por ir de encontro com a Lei 6.368/76 sustentada pelo paradigma proibicionista (SAMPAIO; FREITAS, 2010).

Não obstante essa dificuldade em implementar práticas redutoras de danos, surgiu, em 1993, ainda no contexto santista, o primeiro projeto que instituiu os redutores de danos como articuladores na busca da prevenção de agravos e da promoção em saúde. No entanto, foi em 1994, na cidade de Salvador (BA), que foi implantado o primeiro programa de RD do Brasil, através de trocas de seringas. Esse projeto pioneiro estimulou outros lugares a pensarem, também, em diversos projetos e práticas de RD, de modo a ensaiar uma concretização desse paradigma de cuidado e atenção aos usuários de drogas no Brasil. Além disso, essas articulações pioneiras foram fortalecidas quando o Ministério da Saúde ao criar a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, em 2003, reconfigura o cuidado à saúde dos usuários de substâncias por meio da RD. Esse cuidado, sob uma perspectiva horizontalizada e integral do ato de cuidar, amplia a rede de assistência para além dos programas e projetos preocupados em reduzir danos, chegando até os serviços de saúde mental, contemplando, desse modo, os ideários da RPB (ONG VIVA RIO, 2011).

4.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA (RPB): UMA REORIENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE MENTAL

A Política de Saúde Mental adotada pelo Ministério da Saúde, nos últimos anos, caracteriza-se pela criação e ampliação de uma rede de cuidado à saúde de base comunitária e territorial. Por meio dessa política, pretende-se uma assistência à saúde às pessoas que estão em sofrimento psíquico e que, concomitantemente, se aglutina aos vários determinantes sociais, a exemplo da violência, vulnerabilidade social e desemprego, emergindo dessa forma, a necessidade de um cuidado ampliado na promoção da saúde e na prevenção de agravos, de modo a não desconsiderar aspectos potencializadores de cidadania, autonomia e reinserção social (BRASIL, 2005; SOUZA et al, 2007).

Nesse sentido, o desafio de se estabelecerem as mudanças de um modelo de cuidado nos dispositivos de saúde mental, acompanhado pela defesa dos direitos dos usuários desses dispositivos, se configura como a principal preocupação do processo político e social denominado de Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Esse processo se contrapõe ao modelo biomédico e psiquiatrizante da concepção de cuidado, que legitima os manicômios e os hospitais psiquiátricos como os espaços de cuidado por excelência dentro do campo da saúde mental (ASSIS; BARREIROS; CONCEIÇÃO, 2013).

O processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica no Brasil foi influenciado pela experiência da Psiquiatria Democrática Italiana, que se desenvolveu, principalmente, nos anos 1970, em um hospital psiquiátrico, por meio dos trabalhos do psiquiatra Franco Basaglia (1924-1980) em Trieste, cidade de médio porte, localizada no norte da Itália. Essa experiência possibilitou o fechamento dos hospitais psiquiátricos e, ao mesmo tempo, o surgimento de centros de saúde mental como serviços substitutivos ao modelo manicomial. A denominação de serviços substitutivos surge, portanto, com a proposta de extinguir as clássicas instituições psiquiátricas, sinalizando para que ambos os modelos de assistência não se operacionalizassem simultaneamente e/ou alternativamente. Essa rica e radical experiência impulsionou outras experiências, como aconteceu em Santos (SP), entre as décadas 1980 e 90, que se configura como o principal eixo no processo de concretização da RPB (AMARANTE, 2015a).

Amarante (2015a), ao pensar sobre as mudanças no modelo de atenção dentro do campo da saúde mental e psicossocial, aborda que se deve conceber as propostas da Reforma Psiquiátrica como um processo, como algo que está sempre em movimento, sempre se reinventando, e jamais como um modelo engessado e estático como acontece em um sistema

fechado em única forma de cuidado de vertente hospitalocêntrica. Nessa concepção, as experiências da Reforma Psiquiátrica não podem limitar-se a uma mera reestruturação dos serviços, que são extremamente necessários, mas convém ressaltar que esta reestruturação não consiste como finalidade última e definitiva da reforma. A transformação radical do modelo manicomial dos serviços de atenção à saúde mental surge como consequência de um complexo processo político e social.

Diante disso, Yasui (2006, p. 185) explicita que:

Assim, podemos considerar que desde o final dos anos setenta, de modo mais intenso e claro, com as primeiras críticas radicais ao manicômio, ao totalitarismo das instituições psiquiátricas, passando pelos anos oitenta com a invenção de novas instituições, de novas formas de produzir o cuidado em saúde mental, afirmando-se como movimento social, consolidando-se nos anos noventa como uma política pública nacional de saúde, temos uma diversidade de ações, que se prolongam neste tempo. Temos um processo. Processo que não se restringe apenas ao sub-setor da saúde mental, mas amplia-se para outros setores da saúde. Abrange, implica e estabelece alianças com outros segmentos da sociedade, o que coloca em cena muitos e diferentes atores sociais envolvidos com proposições e interesses que entram em conflito, exigem negociação, superação, mudança.

Nesse sentido, Amarante (2015a) sistematiza didaticamente esse processo em quatro dimensões. A primeira consiste na dimensão teórico-conceitual, que planeja as intervenções a partir de um olhar não mais enviesado pelas ciências naturais tal como o saber psiquiátrico fundamenta o conhecimento sobre o fenômeno da loucura e sobre o sujeito em sofrimento psíquico. A dimensão teórico-conceitual no contexto da Reforma Psiquiátrica é sustentada por planejamentos e intervenções que extrapolam o plano científico. Devemos considerar, portanto, aspectos não somente científicos, mas também ideológicos, políticos e éticos. O saber psiquiátrico colocou em evidência a doença e não os sujeitos e suas potencialidades, enquanto que contrariamente, a proposta da reforma psiquiátrica basagliana deu ênfase às experiências e às vivências dos sujeitos, destronando a ênfase na doença. Isso pode ser concebido com uma ordem epistêmica, que contrapõe teórica e conceitualmente com a psiquiatria clássica (AMARANTE, 2015a).

A partir dessa primeira dimensão, o cuidado em saúde mental deve tomar uma nova roupagem, dado que uma vez sustentado por um arcabouço teórico político-ideológico, problematiza uma assistência em saúde mental medicalizadora e estigmatizante. Nesse contexto, para Jorge et al (2008, p. 136), “a mudança da noção de doença para saúde mental

implica a socialização do sofrimento mental, e passa a vê-lo como detentor da dimensão social, cultural e política, além da biológica”

A segunda refere-se ao técnico-assistencial, cuja dimensão estabelece que os serviços não devem ser baseados em regimes de controle, repressão e exclusão, mas sim como dispositivos de cuidado por meios das trocas sociais e da autonomia dos sujeitos. Esses serviços assumem a responsabilidade de substituir progressivamente os hospitais psiquiátricos, tendo em vista que devem, também, configurar-se como espaço de produção de subjetividades (AMARANTE, 2015a).

A terceira dimensão, a jurídico-político, que problematiza sobre o imaginário social da loucura, foi fortemente influenciada pela psiquiatria, contribuindo para uma concepção do louco aliada à periculosidade e irracionalidade, entre outros preconceitos. Dessa forma, a própria legislação, o código civil, bem como o código penal pode, enviesado por esse imaginário social, apresentar-se recheada de dificuldades para a concretização dos direitos das pessoas com sofrimento mental, obstruindo, assim, a participação social e o exercício pleno da cidadania (AMARANTE, 2015a).

Ao falar sobre essa dimensão da RPB, Yasui (2006) a caracteriza como uma dimensão política, propondo um destaque na problematização dos aspectos políticos, com seus conflitos e tensionamentos no processo de reorientação das práticas de cuidado em saúde mental, e de que forma suas implicações foram discutidas e problematizadas entre o Estado e sociedade civil, em um cenário de debate público. A materialização dos pressupostos da RPB, enquanto prática de cuidado ancorada na autonomia do sujeito e em uma clínica psicossocial, não depende apenas de mudanças jurídicas, mas sim de um engajamento político, articulando dispositivos e atores sociais que devem se configurar como agentes de transformação social.

Por fim, a quarta dimensão denomina-se sociocultural, refere-se sobre a relevância da produção artística e cultural dos próprios usuários e seus familiares no processo de desinstitucionalização da loucura, ao despertar discussões no imaginário social a respeito dos sujeitos em sofrimento psíquico, do hospital psiquiátrico e a presença do louco na sociedade. Diante disso, instituiu-se o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, celebrado no dia 18 de maio, em todo Brasil. Nesse dia, são realizados atos culturais, políticos, acadêmicos e esportivos, tendo em vista a discussão e a participação social acerca da proposta da Reforma Psiquiátrica (AMARANTE, 2015a).

A RPB começa a surgir concretamente diante do impulso pela redemocratização do país nos anos finais da década de 1970. Inicialmente, este movimento se fundamenta basicamente

em tecer críticas ao gerenciamento da assistência à saúde mental, bem como à estrutura das instituições manicomiais e ao saber da psiquiatria clássica, considerando toda a realidade do processo político do Brasil (AMARANTE, 2015b). Assim, Rotelli e Amarante (1992, p. 49) explicitam que:

Com a nova conjuntura nacional surge em primeiro plano o espaço de trabalho territorial, principalmente no âmbito das cidades, que começam a ser redescobertas como espaço de eleição para a luta política. A prioridade passa a ser construir e consolidar trabalhos voltados a uma concepção territorial.

Foram pensados ou reinventados, portanto, novos dispositivos e serviços de saúde mental que contemplem um novo modelo de assistência aos sujeitos com sofrimento psíquico. Nesse sentido, os profissionais de saúde mental por meio do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) ao assumirem o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, se estruturaram e organizaram politicamente colaborando para a aprovação do PL de nº 08/91 de autoria do deputado Paulo Delgado, uma vez que esse projeto estabelecia como proposta a ideia de que os hospitais psiquiátricos deveriam ser progressivamente extintos (ROTELLI; AMARANTE, 1992).

O projeto de lei supramencionado deu origem à denominada Lei da Reforma Psiquiátrica, de número 10.216, de 6 de abril de 2001, dispondo proteger as pessoas em sofrimento psíquico e seus direitos, bem como determinar uma reorientação do modelo de cuidado em saúde mental. Na concepção de Delgado (2011), o contexto histórico antecedente em que se trabalham as bases para que se possibilitasse emergir a necessidade de uma reorientação na produção do cuidado em saúde mental consiste em um período esperançoso, não obstante o tensionamento político no tocante às dificuldades no processo de reconstrução da democracia brasileira. Vale lembrar, também, que, nesse mesmo contexto, estavam se desenvolvendo simultaneamente duas reformas relacionadas à saúde no Brasil: a Reforma Psiquiátrica, mais específica ao campo da Saúde Mental; e a Reforma Sanitária Brasileira, que compartilharam, enquanto processos políticos de transformação, os mesmos anseios por uma mudança do modelo de assistência à saúde, de modo a humanizar e horizontalizar as práticas de cuidado em saúde (PITTA, 2011).

Além disso, Delgado (2011) argumenta ainda que com o advento de um PL apresentado ao congresso nacional surge um elemento imprescindível na reconstrução e reorganização da assistência psiquiátrica no Brasil: a pessoa que apresenta alguma patologia mental começa a ser concebida como um sujeito político-social, como alguém ativo no próprio processo de

cuidado, e não mais como paciente que deve obedecer religiosamente o que ele pode ou não fazer, ou seja, quando outras pessoas, revestidas de um poder hospitalocêntrico e centrado nos saberes médicos ditam verticalmente o que o sujeito em sofrimento psíquico precisa fazer em um processo terapêutico, de modo que “tudo se fazia em nome dele, para seu bem, sempre o que parecia ser melhor para ele. Mas, ele nunca estava presente para dizer o que pensava a respeito” (DELGADO, 2011, p. 116).

Desse modo, aqueles que outrora aceitavam acriticamente se colocar na condição de passividade do processo de cuidado e em assumir o lugar de pacientes que obedecem prontamente às ordens de outrem, começam, a partir da década de 1990, a tomar e a conduzir com autonomia a própria produção do cuidado em saúde mental, se reconhecendo não mais como pacientes, tal como o modelo biomédico deixa resquícios ainda hoje, mas sim como usuários dos serviços de saúde mental, que podem ser coparticipantes no processo de construção e gerenciamento das políticas de saúde destinadas aos usuários de assistência à saúde mental (DELGADO, 2011).

O que ilustra muito bem essa participação dos usuários, nesse processo de construção das políticas de saúde, são as Conferências Nacionais de Saúde Mental. A primeira conferência que aconteceu em 1987, no Rio de Janeiro, se configurou de maneira tutelada e centralizada, que se concretizou com o trabalho de alguns setores do governo, aqueles não hegemônicos, mas ainda sem a presença dos usuários, familiares e trabalhadores do campo da saúde mental. A partir disso, ao perceber a necessidade de uma discussão democrática nesse processo de pensar um novo modelo de cuidado em saúde mental, ficou decidido nessa I Conferência que as conferências subsequentes deveriam ser construídas e sustentadas mediante os anseios da sociedade civil (PITTA, 2011). Assim, foi somente a partir da II e III Conferências que a participação popular mostrou-se expressivamente para debater os desafios e as necessidades de se construir uma nova política de saúde mental, como sinaliza Delgado (2011, p. 116):

Pois lá estavam os pacientes, que se autodenominavam usuários dos serviços de saúde mental, como delegados formais à II Conferência Nacional de Saúde Mental, de 1992, depois de participarem de centenas de conferências municipais pelo país afora. Não saíram mais da cena da política, como protagonistas. Na III Conferência Nacional, em 2001, foram mais numerosos, mais organizados, mais implicados na grave responsabilidade de que estavam investidos, como cidadãos que estavam “criando”, no sentido de Castoriadis, em diálogo com os profissionais e o Estado, as bases consensuais para a construção e consolidação da política pública de saúde mental.

Após aprovação da referida Lei da Reforma Psiquiátrica e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, ambas em 2001, começaram a ser implantados em um cenário auspicioso, mas também desafiador, os dispositivos de saúde mental com a proposta de substituir de forma progressiva os hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços de natureza comunitária, que consistem na rede CAPS, tendo em vista a desinstitucionalização da loucura e reinserção do sujeito com sofrimento psíquico no seio da sociedade. Trata-se de um contexto esperançoso dado que começam a surgir novos caminhos de produção de cuidado em saúde mental, enquanto política pública e assistência, mas ao mesmo tempo desafiador e complexo diante do “enfrentamento do estigma; reorientação do modelo assistencial com garantia de qualidade de acesso; direitos e cidadania com prioridade para a formulação de políticas que fomentem a autonomia dos sujeitos; expansão do financiamento e controle social” (PITTA, 2011, p. 4587).

Assim, a portaria ministerial nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, estabelece que os CAPS se configuram mediante três modalidades: CAPS I, dispositivo de atenção psicossocial destinado para atender à demanda de municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; CAPS II, que deve ser estruturado em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes; e CAPS III, cuja população necessária para instalação desse tipo de serviço deve ser maior que 200.000 habitantes. Essa última modalidade caracteriza-se por oferecer assistência 24h, incluídos sábados, domingos e feriados (BRASIL, 2002a).

Além desse tipo de classificação no tocante à abrangência populacional, os CAPS também se organizam mediante as necessidades de um público-alvo específico, a saber: CAPSi II, serviço psicossocial destinado a atender crianças e adolescente; e CAPS AD II, serviço que atende usuários com algum transtorno mental decorrente do uso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2002a). Enfim, no ano de 2011 por meio da Portaria nº 3.088 foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial direcionada ao cuidado dos sujeitos com sofrimento mental e com necessidades oriundas do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Essa portaria contempla os denominados CAPS AD III, dispositivos que também atendem à demanda de usuários de substâncias psicoativas, mas em regime de 24h para uma população superior a 200.000 habitantes (BRASIL, 2011).

4.3 CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPS AD)

Antes de apresentarmos, especificamente, as características do CAPS AD faz-se necessário deixar explícito em qual concepção de clínica as práticas desses dispositivos de saúde mental se embasam, concebendo-os em seu amplo sentido, bem como apresentando, desse modo, os elementos comuns que caracterizam a rede CAPS.

Além disso, convém dizer ainda que os CAPS, enquanto serviços de referência em saúde mental, compõem juntamente com outros dispositivos de saúde, uma rede de cuidado denominada de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Dessa maneira, a RAPS consiste em uma rede de atenção com a finalidade de organizar pontos ou dispositivos de atenção à saúde, tendo em vista a produção de cuidado para pessoas em sofrimento psíquico e aos usuários de substâncias psicoativas (BRASIL, 2011).

Os demais componentes da RAPS, com alguns de seus respectivos pontos de atenção, consistem nos seguintes dispositivos: atenção básica à saúde (unidade básica de saúde, equipes de atenção com populações específicas, a exemplo da equipe do Consultório na Rua, e centros de convivências); atenção psicossocial especializada (os CAPS em suas diversas modalidades); atenção de urgência e emergência (SAMU, UPA 24 horas, entre outros); atenção residencial transitório (unidades de recolhimento, atenção hospitalar, etc.); estratégias de desinstitucionalização (serviços residenciais terapêuticos e reabilitação psicossocial) (BRASIL, 2011).

O surgimento de uma rede de cuidado em saúde (mental), fundamentada em uma lógica psicossocial, se justifica na medida em que se percebe uma insustentabilidade de um modelo de assistência pautado em uma estrutura asilar com práticas manicomial e tratamentos iatrogênicos. Nesse contexto, instituiu-se uma rede de atenção capaz de gerenciar a produção do cuidado que se afine substancialmente com os ideários da RPB, de modo que esta rede seja suficientemente autêntica em oferecer um processo terapêutico integral e humanizado aos sujeitos com sofrimento psíquico (SILVA; DIMENSTEIN, 2014).

Ademais, apesar de não estar previsto na portaria nº 3.088/11, a rede de atenção pode configurar-se, a depender do município, como uma RAPS ampliada, dado que além de ser constituída por serviços que integram a rede de saúde mental - Consultório na Rua, CAPS II, CAPSia (Infantil e Adolescente), CAPS AD III – a RAPS pode se relacionar também com serviços de outros setores, a exemplo da Assistência Social, envolvendo o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e Centro de Referência da Assistência Social (CRAS).

Apesar de serem regulamentados pela Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, alguns CAPS já existiam antes dessa regulamentação. O primeiro CAPS surgiu em 1987, em São Paulo-SP, com o nome de Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira. Assim, a necessidade em se propor um novo modelo de atenção aos sujeitos com sofrimento psíquico motivou os trabalhadores de saúde mental a se engajarem politicamente, tendo em vista uma concepção de cuidado antimanicomial, na medida em que os hospitais psiquiátricos, como única referência de assistência em saúde mental, caracterizavam-se por exercer práticas incompatíveis com um cuidado humanizado e horizontal (BRASIL, 2004).

Consoante Rabelo et al (2006), os CAPS surgem, portanto, como uma nova clínica, ou seja, uma clínica psicossocial, que se fundamenta a partir de alguns conceitos chaves, que apresentaremos a seguir:

O primeiro consiste na ideia de **Sujeito**. Este se configura como o principal conceito da clínica proposta pelo CAPS, uma vez que a partir dele emanam todos os outros conceitos. Com base nesse conceito, concebem-se os usuários dos CAPS não mais do ponto de vista tradicional clínico-interventivo, engessado e verticalizado, mas sim potencializa a dimensão da liberdade e do desejo, legitimando o próprio usuário como determinante no processo terapêutico (RABELO et al, 2006).

O conceito de sujeito que se faz presente em uma configuração de clínica psicossocial nos remete à ideia de que a pessoa com sofrimento psíquico busque um fazer autônomo em seu processo terapêutico e que não precise viver, obrigatoriamente, tutelado aos dispositivos de saúde, ouvindo sempre como deve ou não viver, anulando, dessa forma os próprios desejos, e a até mesmo, a manifestação dos próprios aspectos subjetivos. Esses dispositivos, por sua vez, devem funcionar como canais e mecanismos de potencialização de autonomia desses usuários, tendo em vista a não dar margem a uma iatrogenia proveniente das práticas de cuidado em saúde mental, reforçando ainda mais o modelo asilar de assistência nesse campo da saúde (SANTOS et al; 2000).

O segundo conceito diz respeito ao **Território**. Refere-se ao lugar em que o sujeito vive e no qual constitui as relações cotidianas com seus afetos e tensionamentos. É no território que a vida acontece e se materializa. O conceito de território, aqui entendido, não fica limitado à dimensão geográfica, ao considerar que o CAPS se configura como um serviço inserido na comunidade, rompendo com os muros e com as práticas das instituições tradicionais da assistência em saúde mental. Assim, o que se propõe a partir desse conceito consiste em “um novo paradigma de cuidado em saúde, por acudir o cidadão, dentro do

possível, em tempo-real, dos seus sofrimentos e no contexto das relações sociais onde se apresenta o sofrimento” (RABELO et al, 2006, p. 24);

O território potencializa novos processos terapêuticos, com o agenciamento de uma clínica de encontros e de afetos, exercendo práticas de cuidado em saúde de natureza antipsiquiatrizante e antimanicomial. O território se configura, portanto, em uma lógica psicossocial, como um lugar em que se efetive um novo modo de pensar e fazer clínica, na qual o cuidado contemple as singularidades das pessoas que estão em sofrimento mental, uma vez que o modelo asilar anula qualquer possibilidade de produção de subjetividades (SILVA; PINHO; 2015).

A **Reabilitação Psicossocial** denota o terceiro conceito dessa clínica proposta pelo CAPS. Diante da necessária reinserção social dos sujeitos com sofrimento psíquico faz-se necessário trazer conceitos das ciências sociais e da antropologia para pensar as políticas e as práticas de cuidado em saúde mental. Nesse conceito, fica evidente que não se trata apenas de uma mera “adaptação” do sujeito ao meio social, se reinserindo e se ressocializando na comunidade, mas também diz respeito à necessidade de que a própria comunidade esteja disposta a se despir dos medos e dos olhares estigmatizantes acerca da pessoa em sofrimento mental (RABELO et al, 2006). Aliado a isso, a **Clínica Psicossocial** se configura como o quarto conceito que caracteriza o modelo de cuidado da rede CAPS. Percebemos que não obstante à proposta de reorientação do modelo assistencial, associam-se elementos do paradigma hegemônico de cuidado a saúde, tal como o próprio conceito de clínica (*Klínos* = leito), conservando características da clínica tradicional, a exemplo das práticas da escuta e observação, mas ao mesmo tempo em que a clínica psicossocial ou clínica do território, busca romper com procedimentos não afinados com os princípios da Reforma Psiquiátrica e associados com posturas unilaterais e verticais do ato de cuidar (RABELO et al, 2006). Nessa perspectiva clínica convém enfatizarmos que:

O foco clínico é aqui reorientado para o sujeito/usuário, singular e social, situado na prática de cuidados em rede social, em relação de poder contratual. Nossa análise clínica psicossocial se desloca do eixo no “transtorno” para focar o sujeito/usuário em sua experiência de sofrimento/adoecimento nos itinerários terapêuticos que percorre. (VIEIRA FILHO; ROSA, 2011, p. 399).

O quinto conceito caracterizador da rede CAPS consiste no aspecto **Coletivo** das práticas desenvolvidas nesse dispositivo de saúde. Por meio dessas práticas que, geralmente, são grupos operativos, educativos e terapêuticos, oficinas, atividades desenvolvidas na

comunidade (ex. Dia da Luta Antimanicomial), assembleias etc., o CAPS pode concretizar seu papel socializante dos sujeitos inseridos nesse serviço. As ações coletivas desenvolvidas no CAPS exercem uma função basilar no processo de minimização de práticas excludentes, segregadoras e estigmatizantes dos sujeitos usuários de sua rede (RABELO et al, 2006). Apesar dessa dimensão coletiva no processo terapêutico faz-se necessário ressaltar a existência de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), que consiste em “um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar” (BRASIL, 2008, p. 40). É imprescindível destacar, no entanto, que o PTS deve ser construído em conjunto, envolvendo a equipe interdisciplinar, o profissional de referência¹⁵ do usuário e o próprio usuário, a partir das suas necessidades e desejos, uma vez que este deve se corresponsabilizar ativamente no processo terapêutico (BRASIL, 2013).

Os dois últimos conceitos abordados por Rabelo et al (2006) são os conceitos de **Alta** e **Profissionalização**, que estão associados. O termo alta, originário da clínica do saber médico tradicional, não se sustenta dessa maneira em uma clínica psicossocial, visto que os trabalhos do CAPS devem ser de base territorial, e não apenas dentro da estrutura física da instituição. Desse modo, substitui-se a terminologia “alta” por um cuidado contínuo, ao se pensar por exemplo, quando o usuário do serviço necessita passar por um processo de profissionalização. O CAPS se preocupa, assim, com a geração de renda dos usuários e se responsabiliza em criar alternativas para que estas pessoas, que estão inseridas no CAPS possam ter acesso e direito ao trabalho (RABELO et al, 2006). Estes conceitos apresentados se constituem como caracterizadores de natureza clínica da rede CAPS, não somente os serviços com um público específico, mas também aqueles serviços especializados, como é o caso do CAPS AD.

Como já foi aludido aqui, os CAPS AD atendem psicossocialmente uma população de sujeitos que apresentam sofrimento psíquico decorrente do uso de substâncias psicoativas, sendo que estes serviços começaram a surgir no ano de 2002 por meio da referida Portaria Ministerial nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Essa portaria faz referência ao CAPS AD II, devendo este serviço prestar assistência aos usuários através de atividades como: atendimento individual (medicação, psicoterapia e orientação); atividades grupais (grupos terapêuticos,

¹⁵ “O dispositivo do técnico de referência é fundamental na organização do cuidado de casos complexos em saúde mental. Esta posição geralmente é assumida pelo trabalhador que estabelece maior vínculo com a pessoa em sofrimento. O técnico de referência tem a responsabilidade de coordenar o PTS, suas tarefas, metas e prazos por meio do acompanhamento, articulação, negociação pactuada e reavaliação do processo com a pessoa, seus familiares, a equipe de Saúde e outras instâncias que sejam necessárias” (BRASIL, 2013, p.57).

operativos e de suporte social); grupos de oficinas terapêuticas; visitas domiciliares e familiares; atividades desenvolvidas na comunidade, destacando a necessidade de reinserção social e familiar dos usuários deste dispositivo de saúde mental (BRASIL, 2002a).

Ademais, os atendimentos podem ser classificados ainda como intensivos, semi-intensivos e não-intensivos. O primeiro trata-se de um atendimento quando os usuários devem ser acompanhados diariamente pelo CAPS; o atendimento semi-intensivo se configura quando o usuário necessita de um atendimento mais frequente, no entanto, sem a necessidade de uma presença diária no CAPS e o atendimento não-intensivo acontece quando o quadro clínico do usuário exige uma menor frequência deste no serviço (BRASIL, 2002a). Além disso, os CAPS AD se afirmam como um dos principais dispositivos de saúde ao se redefinir e ampliar, em 2004, o cuidado integral à saúde dos usuários de álcool e outras drogas, devendo oferecer aos usuários de substâncias psicoativas, bem como aos familiares, um cuidado de natureza integral, contemplando práticas terapêuticas, preventivas e educativas em saúde (BRASIL, 2004a).

Em 2011, ao se instituir a RAPS, direcionada para os sujeitos com sofrimento psíquico e para aquelas pessoas que, devido ao uso de substâncias psicoativas, necessitam de cuidado à saúde, ficam explícitas duas modalidades de CAPS AD:

CAPS AD: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário, indicado para Municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes; (BRASIL, 2011, p. 04).

[...]

CAPS AD III: atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para Municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes [...] (BRASIL, 2011, p. 04).

No que concerne à modalidade CAPS AD III, a Portaria nº 130, de 26 de Janeiro de 2012 (BRASIL, 2012a), redefine este dispositivo, esclarecendo que trata-se de um serviço especializado responsável por atender de modo integral e contínuo os sujeitos-usuários de álcool e outras drogas, podendo atender conjuntamente ou não, adultos e crianças/adolescentes. Dentre as principais características da funcionalidade desse tipo de CAPS convém destacar que: trata-se de um serviço de caráter comunitário e territorial, fornecendo atendimento à população-alvo em tempo integral; configura-se como uma

referência de cuidado para os usuários e seus familiares, principalmente em situações de crises, envolvendo recaídas, abstinência ou em outras situações de risco mais iminente, como uma ameaça de morte; e deve orientar-se pela lógica da RD. Tendo em vista um cuidado integral aos usuários espera-se que o CAPS AD III também promova uma reabilitação psicossocial dos usuários, de modo a legitimá-los como cidadãos e sujeitos de direitos, não esquecendo de protagonizá-los no desenvolvimento de atividades de participação e controle social, a exemplo das assembleias dos usuários, que devem ocorrer semanalmente (BRASIL, 2012a).

Outrossim, os CAPS AD contemplam os usuários de substâncias psicoativas, potencializando a dimensão política e cidadã desses usuários, tendo em vista um aperfeiçoamento qualitativo das atividades desenvolvidas nesse serviço, a exemplo dos atendimentos individuais, realização de oficinas, grupos terapêuticos e de educação em saúde, enquanto práticas de promoção do cuidado.

4.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO PSICOSSOCIAL DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Para se compreender o que se entende por Educação em Saúde, faz-se necessário explicitar brevemente em qual conceito de educação e em qual concepção de saúde esse campo teórico-prático se ancora. Ademais, em um contexto de atenção psicossocial dos usuários de substâncias psicoativas cabe, também, apresentar de que forma as práticas de Educação em Saúde se sustentam no que se refere à promoção da saúde em interface com a problemática das drogas. Assim, a imbricação das categorias educação, saúde e drogas, perpassam e circulam por questões-problema que nos afetam cotidianamente.

4.4.1 Educação: “bancária” *versus* problematizadora

De acordo com Brandão (1981) não se pode falar de um único modelo de educação, de a modo a enrijecê-la a tal ponto que educar seja sinônimo de escolarizar alguém, cujo lugar legítimo e consagrado para a operacionalização das práticas educativas seja a escola, o que nem sempre é verdade. Dessa forma, o conceito de educação extrapola o ensino escolar, e os processos de aprendizagens não se limitam a uma relação formal entre o profissional professor e aluno. Notamos, assim, a emergência de um conceito ampliado de educação, que se reverbera em outros contextos sociais e culturais com uma diversidade de saberes.

Saviani (2011), ao discutir uma pedagogia histórico-crítica, também, nos ajuda a pensar criticamente um novo conceito de educação. Para este autor, o saber escolar se materializa por meio de uma institucionalização e sistematização do saber, argumento que ele mesmo esclarece quando afirma que:

Vê-se, assim, que para existir a escola não basta a existência do saber sistematizado. É necessário viabilizar as condições de sua transmissão e assimilação. Isso implica dosá-lo e sequenciá-lo de modo que a criança passe gradativamente do seu não domínio ao seu domínio. Ora, o saber dosado e sequenciado para efeitos de sua transmissão-assimilação no espaço escolar, ao longo de um tempo determinado, é o que nós convenciamos chamar de “saber escolar”. (SAVIANI, 2011, p. 17).

Não obstante a emergência desse conceito ampliado de educação, relacionado ao contexto não-escolar, mas às próprias necessidades da vida, do trabalho e das relações familiares, não se pode eximir em destacar o advento da escola, enquanto espaço instituído de aprendizagem, no qual se justifica a necessidade de saber, mostrando, passo a passo, de que maneira e como saber, na medida em que a educação se transforma como sinônimo de ensinamento (BRANDÃO, 1981), e na qual se manifesta uma relação verticalizada entre educador e educando. Esse tipo de relação se sustenta, na concepção de Freire (1994), por uma “dimensão dissertadora e narradora” da educação. Ou seja, uma relação que pressupõe a existência de um narrador, aquele que se imbuí da função de educar, o educador; e do outro lado, a presença daquele que ostensivamente se propõe a escutar, os educandos, que quanto mais e melhor absorverem o conteúdo narrado, melhor o educando exerce seu papel de passividade no processo de ensino-aprendizagem.

Ainda a partir da concepção pedagógica freireana, o ato de educar não pode ser concebido como um depósito de conhecimento, em que os educandos recebem o conteúdo depositado por um educador, este que detém todo o conhecimento a ser depositado, transferido e transmitido coercitivamente (FREIRE, 1994). Isso consiste no que Freire (1994) denominou de “educação bancária”, ou seja, uma relação de poder entre educando e educador, em que o saber deste se sobrepõe ao não-saber daquele. Nessa relação, portanto, o primeiro assume a condição de depositário de um determinado saber, enquanto que o segundo, a condição de depositante desse saber, na medida em que o educador não confere ao educando a possibilidade de um pensar crítico e autêntico. Podemos afirmar, portanto, que “na visão

‘bancária’ da educação, o ‘saber’ é uma doação dos que se julgam sábios aos que julgam nada saber” (FREIRE, 1994, p. 33).

Saviani (2013, p. 231), nesse sentido, contextualiza que um novo modo de pensar a educação brasileira se deu mediante uma “crítica à pedagogia tradicional (pedagogia bancária) caracterizada pela passividade, transmissão de conteúdos, memorização, verbalismo, etc. e advoga-se uma pedagogia ativa, centrada na iniciativa dos alunos, no diálogo (relação dialógica), na troca de conhecimentos”.

Desse modo, surge a necessidade de pensar não mais em uma educação dissertadora e narradora, mas sim uma educação problematizadora, contrapondo-se à ideia de transferência e transmissão de conteúdo, bem como a relação vertical entre educando e educador. No entanto, para se manter essa contradição e essa educação verticalizada, a educação narradora se pauta em uma concepção antidialógica, não-empática e unilateral, enquanto que a educação problematizadora se fundamenta mediante a dialogicidade, concebendo o processo de aprendizagem como uma via de mão dupla, na medida em que se aprende ao ensinar e se ensina ao aprender. Nessa perspectiva, o educador, ao assumir a condição de problematizador, se coloca todo o tempo em uma postura de reavaliar e refazer sua prática cognoscente, ao passo que o educando, também imbuído do estatuto e da autonomia de problematizar, se preocupa em não mais se conformar como frágeis depositários do conteúdo, mas ao contrário, ser um coparticipante em seu processo de ensino-aprendizagem (FREIRE, 1994).

Nessa relação entre “educação bancária” e educação problematizadora, percebemos ainda diferentes concepções de sujeitos: enquanto a primeira desconsidera a dimensão histórica dos indivíduos, não os reconhecendo como seres em sua condição histórica, a segunda, diferentemente, toma como fundamento justamente o lastro da historicidade e a dimensão histórica dos sujeitos. Nesse sentido, mediante o reconhecimento desse caráter histórico, podemos chegar à conclusão de que os sujeitos, ao assumirem a posição de seres históricos, se configuram como sujeitos inacabados e incompletos. Isso, certamente, se reverbera na materialização de uma realidade, também histórica e, portanto, inconclusa, manifestando-se, ao mesmo tempo nesse aspecto, as próprias raízes da educação, ou seja, o caráter de incompletude dos sujeitos e a consciência que se tem dessa impossibilidade de nunca se fazer por completo, feito e acabado (FREIRE, 1994).

Para Brandão (1981), a partir da ideia de se reinventar a educação proposta pela pedagogia freireana, o saber não se limita ao conhecimento formal, institucionalizado e escolarizado. O saber, então, permeia a realidade, o cotidiano e as práticas dos sujeitos, não

deixando ser domado por um único setor ou campo de conhecimento, de maneira rígida e cristalizada.

Sendo assim, a educação se configura como uma categoria intersetorial, presente em diversos setores e diversas práticas sociais, a exemplo do setor saúde com suas práticas de educação em saúde, que serão discutidas, posteriormente. No entanto, cabe apresentar brevemente em qual conceito de saúde esse campo teórico-prático de Educação em Saúde se sustenta.

4.4.2 Saúde: um conceito ampliado de cuidado

O conceito de saúde, tal como o de educação, não consiste em algo simples e fácil de se elaborar satisfatoriamente, tendo em vista a multiplicidade de vertentes e dimensões para se abordar essa categoria.

Almeida Filho (2011) ratifica essa afirmação inicial ao explorar, criticamente, uma variedade de facetas dos conceitos de saúde: em primeiro lugar, aborda a saúde como fenômeno, embasado em duas concepções: uma negativa, em que pensa a saúde como ausência de doenças, riscos e agravos, e outra positiva, na qual a saúde é compreendida como aptidão, desempenho e capacidades; a segunda vertente concebe a saúde enquanto metáfora, ou seja, compreendida como construção cultural e produção simbólica; na terceira vertente, o autor expõe a saúde como medida, em que se é possível avaliar o estado de saúde, através dos indicadores demográficos e epidemiológicos, por exemplo; a quarta consiste em uma compreensão de saúde como um valor, perpassando tanto por um viés mercadológico dos serviços e práticas de saúde, quanto um bem comum, e por isso um direito social; a quinta e última vertente diz respeito a uma compreensão de saúde enquanto prática, ou seja, como uma estruturação de serviços de saúde, organizados em campos e subcampos, constituídos de saberes e práticas. Não obstante essa diversidade de facetas e concepções da saúde, será aqui apresentado o conceito como fenômeno, enquanto ausência de doença; posteriormente, a saúde como um direito, e a concepção de saúde como prática e ato social.

De acordo com Batistella (2007), a saúde entendida como ausência de doença encontra-se difundida tanto no conhecimento do senso comum, quanto no desenvolvimento de pesquisa e da produção tecnológica em saúde, principalmente, no tocante ao crescimento do campo de diagnóstico. O paradigma que sustenta a ideia de saúde como a ausência de doença, proposta pelo filósofo Christopher Boorse, professor da Universidade de Delaware (EUA), consiste em um modelo biomédico do cuidado, que privilegia e autentica o saber do

profissional médico como determinante nos cuidados e orientação à saúde. Além disso, esse modelo centrado em uma concepção médica caracteriza-se por enfatizar aspectos biológicos, fisiológicos e individuais, ao passo que minimiza outras dimensões determinantes do processo saúde-doença, relacionadas a questões sociais, culturais e econômicas (ALMEIDA FILHO; JUCÁ, 2002; BATISTELLA, 2007).

Nesse sentido, o paradigma hegemônico de cuidado em saúde se coaduna com esse modelo biomédico, em que se percebe antes de tudo o doente, não a pessoa em suas particularidades, e necessidades humanas e sociais. Notamos uma racionalidade médica, que verticaliza de tal modo a relação médico e “paciente”, sendo este concebido como um sujeito doente, ou melhor, como um portador de doenças, que quanto mais excluído, melhor será analisado, de acordo com o ponto de vista médico-científico (BRASIL, 2005). Nesse modelo de saúde, portanto, evidenciamos a passividade do sujeito diante do seu processo de cuidado e não assume um papel de coparticipação em seu processo terapêutico. Diante disso, é evidente, também, a necessidade de um novo paradigma ou uma reinvenção do conceito de saúde, definindo-a não como ausência de doença, mas em uma concepção ampliada de saúde, e em uma dimensão político-social, ou seja, como um direito social, que Almeida Filho (2011) apresenta como um dos conceitos de saúde.

Batistella (2007) explicita que um conceito de saúde, em seu amplo sentido, se contrapõe ao modelo biomédico, mecanicista e hospitalocêntrico. Esse conceito surgiu a partir das discussões na histórica VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), em 1986, problematizado no contexto de redemocratização do Brasil, como resposta ao regime ditatorial e à crise do sistema público de saúde, caracterizado como centralizador, injusto e corrupto, uma vez que, anterior a 1988, o acesso aos serviços de saúde se limitavam aos trabalhadores com carteira assinada e com pagamento em dia à previdência social (PAIM, 2009).

O conceito de saúde se amplia, na medida em que começa a se pensar a produção do cuidado em saúde a partir da dimensão político-social, visto que “a compreensão de que a saúde da população é resultante da forma com que a sociedade se organiza, considerando as suas dimensões econômica, política e cultural, estimulava a pensar propostas menos parciais para os problemas e necessidades de saúde” (PAIM, 2001, p. 02). Assim, começa se pensar, segundo Paim (2001), além de um Sistema Único de Saúde (SUS), como um serviço descentralizado, integral e de participação popular, em uma re-orientação das práticas de saúde e de intervenções sociais, enquanto potencializadoras de produção do cuidado e de

diminuição dos agravos e riscos, se coadunando com o que Almeida Filho (2011) expõe como a vertente prática do conceito de saúde.

A partir dessa vertente, a saúde pode ser percebida como um campo de práticas, em seus diferentes paradigmas e modelos (ALMEIDA FILHO, 2011). O que interessa aqui, no entanto, é a ideia de saúde enquanto modelos de práticas de cuidado, tendo em vista um conceito ampliado de saúde ao se pensar os determinantes sociais do processo saúde-doença, em uma perspectiva de promoção da saúde. Nesse sentido, Buss (1999, p. 179) afirma que a proposta da promoção da saúde consiste em articular “saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, de diversos setores, para o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde e seus determinantes”.

Em suma, é notório o reconhecimento de algumas ferramentas que podem contribuir para a operacionalização das atividades de promoção de saúde, a exemplo de processos informacionais, comunicacionais e educacionais. Entre estes podemos pensar a concepção de promoção de saúde na perspectiva das práticas educativas em saúde, tendo em vista as mudanças de estilos de vida e fatores comportamentais (BUSS, 1999).

4.4.3 Educação em Saúde: um campo teórico-prático de promoção da saúde e a problemática do uso e abuso de drogas

A Educação em Saúde pode ser entendida como um campo de conhecimento teórico-prático de natureza interdisciplinar e intersetorial que articula embasamentos tanto do setor saúde quanto da educação. Por meio da Educação em Saúde, usuários, profissionais e gestores dos dispositivos/serviços de saúde buscam ampliar o olhar sobre as práticas de orientação e prevenção nos processos de cuidado, bem como problematiza a complexa dimensão do processo saúde-doença (MEIDEIROS; SILVEIRA, 2007; REIS, 2006). Ademais, Silva et al (2007, p. 701) definem a Educação em Saúde como:

[...] um conjunto de saberes e práticas voltadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Um recurso no qual o conhecimento científico produzido na área da saúde pelos profissionais que ali atuam atinge a vida cotidiana das pessoas por meio da compreensão dos fatores condicionantes do processo saúde-doença, oferecendo subsídios para a adoção de novos hábitos a saúde.

Ao pensar a Educação em Saúde como um processo teórico-prático, Reis (2006) esclarece que esse processo deve legitimar as diversas formas de produção do saber, seja do ponto de vista “científico, popular e do senso comum” (REIS, 2006, p.19), de modo que os

atores sociais envolvidos assumam criticamente um lugar de autonomia e de co-participação na produção do cuidado em saúde.

Reis (2006) esquematiza os aspectos históricos e as concepções acerca da Educação em Saúde em quatro abordagens: 1) Educação Sanitária; 2) Educação para a Saúde; 3) Educação em Saúde e 4) Perspectivas atuais.

Na abordagem classificada como **Educação Sanitária**, que ocorreu do século XIX até a metade do século XX, caracteriza-se por uma ênfase no homem em relação ao meio ambiente, bem como por um cuidado higienista (REIS, 2006). Nesse contexto, segundo Maciel (2009), surge como uma necessidade do Estado brasileiro em controlar os efeitos das epidemias provocadas pelas doenças infecto-contagiosas, a exemplo da sífilis, varíola e tuberculose, o que naquele momento histórico, ou seja, o período da República Velha (1889-1930), representava uma incipiente ameaça à economia agroexportadora do Brasil. Cabe destacar que essas doenças estavam, geralmente, associadas às condições sanitárias e sócio-econômicas da população daquela época.

Diante disso, há a necessidade do surgimento de serviços e programas de saúde, que eram de caráter centralizador, repressivo e biomédico, cujo maior expoente foi o médico Oswaldo Cruz (1872-1917) que, em meio das chamadas “campanhas sanitárias” realizava intervenções individuais e sociais. Essas ações se caracterizavam como “intervencionistas e disciplinadoras dos comportamentos e hábitos que poderiam comprometer o controle das epidemias e outras doenças infecciosas e parasitárias” (REIS, 2006, p. 20).

A Educação Sanitária não problematiza os aspectos determinantes do processo saúde-doença em sua dimensão política e social. Essa abordagem, portanto, se restringe a apresentar em cartazes, livros, catálogos e panfletos que, em uma posição unilateral, ensinavam aquilo que se deveria ou não fazer (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004).

Na abordagem denominada **Educação para a Saúde**, é notória uma ênfase de orientação por meio de medidas preventivas as quais os sujeitos deveriam adotá-las e internalizá-las nas práticas cotidianas, considerando a possibilidade ou risco do adoecimento. Caso contrário, os próprios sujeitos eram considerados os principais responsáveis pelo processo de adoecer, enfatizando a dimensão individual dessa abordagem (REIS, 2006). Dessa forma, salienta esse autor:

Assim é que nesta abordagem da educação em saúde, questões ligadas aos contextos social, econômico e cultural não eram consideradas, sendo, então a saúde interpretada como de responsabilidade individual. Nessa situação, todos os indivíduos que, após serem informados sobre as medidas de promoção à saúde, optassem por “atitudes não saudáveis” eram

responsabilizados pelos agravos à sua saúde ou tidos como “rebeldes”. (REIS, 2006, p. 20).

No final do século XX, a partir dos anos 70, começa a surgir a terceira abordagem, a **Educação em Saúde**, caracterizada pela participação e contextualização social, bem como influenciada pelo processo da Reforma Sanitária Brasileira¹⁶ e pela pedagogia de Paulo Freire (1921-1997), que se contrapõe a uma “educação bancária”. É justamente a partir dessa perspectiva que esse trabalho busca aprofundar a conceito de Educação em Saúde. Assim, nessa abordagem notamos uma mudança no modelo de se pensar a promoção à saúde, associada aos aspectos comportamentais que, através desses, produziram mudanças no comportamento dos sujeitos a partir das informações recebidas, para um modelo baseado em ações de natureza educativa e participativa. Essa abordagem busca o planejamento de práticas e ações embasadas tanto no saber científico quanto nos saberes popular e do senso comum, tendo em vista melhores condições sanitárias. Não obstante o surgimento desse novo paradigma, percebemos uma reprodução prioritária de práticas pautadas somente no saber científico, direcionando para os sujeitos aquelas ações consideradas como saudáveis e desejáveis (REIS, 2006).

Para Renovato e Bagnato (2012), as mudanças de nomenclaturas, que fazem gerar novas terminologias no que diz respeito às práticas educativas no campo da saúde, não visam, meramente, a estabelecer alterações vazias e desprovidas de uma preocupação pragmática no desenvolvimento das atividades educativas em saúde, mas estas devem se materializar ricas de significados, principalmente articulando a produção do cuidado em saúde com outros setores sociais, a exemplo, da educação, política, economia, cultura, assistência social etc.

A quarta e última abordagem mencionada por Reis (2006) consiste no que denominou de **Perspectivas Atuais** da Educação em Saúde, que data entre final do século XX e início do século XXI, caracterizada por uma interação entre os saberes e apresenta uma visão multidimensional dos sujeitos, valorizando a autonomia destes no processo de cuidado, bem como fortalecendo o controle social na gestão do SUS.

Há uma dificuldade na materialização no campo prático dessa nova concepção da educação em saúde, dado o predomínio de ações que ainda caracterizam o modelo hegemônico, fundamentado na aquisição de novos comportamentos, como por exemplo o parar de fumar, abster-se do álcool, vacinar-se etc. Isso corrobora para reforçar o modelo e

¹⁶A Reforma Sanitária Brasileira consiste em “um processo modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político-institucional e político-operativo para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como direito universal e suportada por um Sistema Único de Saúde [...]” (MENDES, 1999, p. 42).

teoria da psicologia comportamental, e que se evidencie uma clara divergência entre teoria e prática (GAZZINELLI; PENNA, 2006). Diante disso, afirmam essas autoras:

Cabe às pessoas informadas sobre os riscos de adoecimento a responsabilidade de adotar um novo estilo de vida mais saudável. Desconsidera-se que no processo educativo lida-se com histórias de vida, um conjunto de crenças e valores, a própria subjetividade do sujeito que requer soluções sustentadas socioculturalmente. (GAZZINELLI; PENNA, 2006, pp. 25-26).

A Educação em Saúde, por conseguinte, surge como um novo modelo de se pensar o conceito de saúde e o processo saúde-doença. Assim, emerge uma concepção de saúde que está associada às condições de vida dos sujeitos, em um determinado território, que são influenciadas por fatores sociais, políticos e econômicos, com ênfase na promoção à saúde e não apenas em uma ação curativista e hospitalocêntrica (MACIEL, 2009).

Para entender o surgimento da Educação em Saúde, Gazzinelli e Penna (2006) apresentam cinco axiomas que fundamentam o desenvolvimento dessa abordagem.

O primeiro axioma consiste em uma incorrespondência entre aquilo que está instituído, enquanto teoria, e aquilo que se materializa, enquanto prática, que objetiva uma mudança de comportamento. Isso, certamente, provém de uma riqueza de sentimentos, das representações sociais e simbólicas, bem como de diferentes concepções sobre o determinado fenômeno, permeado por relações de poder que complexificam uma possível mudança de comportamentos e hábitos em saúde, através da aquisição de novos conhecimentos. Desse modo, os aspectos culturais e subjetivos assumem um relevante lugar na compreensão do processo saúde-doença (GAZZINELLI; PENNA, 2006).

Nesse sentido, ao propor uma prática educativa em saúde devemos considerar as representações sociais dos sujeitos envolvidos que, em uma perspectiva moscoviana, consistem em uma maneira de construção de pensamentos a partir de experiências passadas e que, geralmente, são experiências coletivas, ao se reverberar nas práticas sociais e nas micro-relações da vida cotidiana (MOSCOVICI, [1961]2012; GAZZINELLI; PENNA, 2006). Esses autores reconhecem, portanto, que a prática educativa em saúde não deve ser planejada, levando em conta somente o saber científico, mas também os saberes oriundos das representações sociais dos sujeitos e do senso comum acerca do próprio processo de adoecimento. Isso reflete uma relação dialógica entre o usuário do dispositivo de saúde e o profissional de saúde, e se evidencia no momento que o profissional confere legitimidade ao conhecimento do outro, e não somente o conhecimento científico e normativo.

O segundo axioma da Educação em Saúde, de acordo com Gazzinelli e Penna (2006, p. 28), busca identificar as “representações dos sujeitos sobre a doença, de modo a propiciar espaço para a ascensão dessas representações ao saber instituído”. Assim, devemos ter cuidado para que as representações sociais não sejam concebidas como compreensões equivocadas sobre determinado fenômeno, a exemplo da saúde, doença, drogas, e fazendo surgir no lugar destas representações conhecimentos já produzidos previamente. Com isso, as representações correm o risco de assumir um mero caráter instrumental, enquanto que por outro lado, as práticas educativas assumem uma posição de desconstruir as possíveis incorreções dessas representações (GAZZINELLI; PENNA, 2006, p. 28).

Nessa perspectiva, podemos pensar no gerenciamento das práticas de Educação em Saúde pelos profissionais, tendo em vista que, em tais práticas, podem surgir tanto as representações dos usuários do serviço de saúde como também dos próprios profissionais. Embora não seja possível uma absoluta neutralidade científica, convém questionar de que modo uma formação sustentada pelo discurso médico, com ênfase em questões patológicas e medicalizadora, pode influenciar o desenvolvimento dos grupos nos quais são desenvolvidas as práticas de educação em saúde e os desdobramentos dessas representações no processo terapêutico dos usuários (VILLA, 2006).

O terceiro axioma da Educação em Saúde destaca que as representações sociais devem ser consideradas no desenvolvimento das práticas educativas. Do contrário, os grupos de educação em saúde que desconsideram as percepções dos sujeitos sobre determinado objeto são considerados como conservadores, atendendo a um suposto verdadeiro processo de conhecimento. No entanto, é notória uma dificuldade de como utilizar as representações sociais dos sujeitos, de modo que corroborem para emergir “uma experiência educativa” (GAZZINELLI; PENNA, 2006, p. 29).

No desenvolvimento das práticas de educação em saúde, podemos evidenciar, também, alguns elementos do processo de formação dos profissionais, a exemplo da concepção de saúde/doença, o que pode se configurar como um obstáculo para um desenvolvimento qualitativo dos grupos e atividades nos dispositivos de saúde. Nessa direção, convém afirmar em consonância com Villa (2006) que, uma vez sustentada por uma compartimentação dos conteúdos curriculares em seus cursos de formação, os profissionais objetivam em sua prática profissional uma fragmentação das pessoas que utilizam os serviços de saúde, robotizando-as, em um tratamento único e exclusivamente dos aspectos físicos e

biologicistas, e concomitantemente se desvencilhando de uma verdadeira relação terapêutica dialógica e educativa.

No quarto axioma, Gazzinelli e Penna (2006) problematizam a relação entre as representações sociais e as mudanças de práticas. Nesse axioma, portanto, as representações são tanto responsáveis pela definição das práticas, quanto as próprias práticas podem gerar novas representações. Assim, as representações sociais não consistem mais na condição de únicas orientadoras das práticas, de modo que “o que se pensa tem papel preponderante sobre o que se faz” (GAZZINELLI; PENNA, 2006, p. 29).

Além disso, nesse contexto, Alves e Rabelo (1998, p. 108) afirmam que a problematização entre representação e prática perpassa pela afirmativa de que há:

[...] uma nítida relação de determinação das representações sobre as práticas, de tal forma que essas últimas são vistas como passíveis de ser deduzidas do sistema construído de representações. Assim as práticas em saúde e doença são tomadas como emanando de uma estrutura de significados subjacente (que, como não poderia deixar de ser, o investigador constrói a partir do contato com práticas temporal e espacialmente circunscritas).

O quinto e último axioma se fundamenta no argumento de que as representações se configuram como um tipo de condição das práticas, e estas, por sua vez, assumem um lugar de transformação de tais representações. Não há, então, uma relação “determinística e linear” (GAZZINELLI; PENNA, 2006, p. 30) entre prática e representações sociais. Gazzinelli e Penna (2006) trazem a noção de experiência para pensar essa relação entre representação e prática. Dessa forma, esclarecem que:

Ora, se as práticas dos sujeitos não constituem expressão final das suas representações, mas essas constituem uma condição das práticas, torna-se importante indagar acerca de quais elementos entrariam em jogo aqui, influenciando, determinando e ou condicionando as suas ações e seus modelos de pensamento. É no âmbito da noção de experiência que se pode responder a essa indagação. Experiência entendida aqui como campo onde se entrecruzam representações e práticas; subjetividade e objetividade; pensamento e ação; corpo e mente. (DEWEY, 1971 apud GAZZINELLI; PENNA, 2006, p. 30)

A noção de experiência permeada por uma relação entre representações e práticas possibilita o entendimento da doença como um fenômeno construído culturalmente. Dessa maneira, a Educação em Saúde não pode se eximir em ter como ponto de partida uma relação entre representação social e a experiência de adoecimento, experiência essa que pode ser tanto de natureza individual quanto coletiva (GAZZINELLI; PENNA, 2006). A partir disso

podemos pensar, por exemplo, as experiências do adoecer vinculadas à problemática do álcool e outras drogas, e como essas experiências são abordadas pelas práticas de Educação em Saúde.

Com o advento desse novo conceito de saúde surge também a necessidade em repensar as práticas de cuidado e de assistência à saúde dos sujeitos usuários de substâncias psicoativas, que devem estar aliadas não a um único paradigma de tratamento, com um projeto terapêutico, cuja sustentação se dá pela abstinência total, mas deve também se flexibilizar perante as singularidades e idiosincrasias de cada usuário em seu processo terapêutico, propondo outras alternativas de cuidado, a exemplo da RD, apresentada anteriormente. Ademais, ao conceber a saúde não como mera ausência de doença, mas sim a partir dos seus determinantes sociais e econômicos, convém abordar a problemática das substâncias psicoativas por meio de ações de promoção à saúde e de prevenção de agravos, em vez de uma abordagem medicalizante, repressiva e moralista (PRATTA; SANTOS, 2009).

Ao pensar sobre as práticas de promoção e educação em saúde no contexto dos usuários de substâncias psicoativas, devemos planejar estratégias potencializadoras de transformação social, bem como compartilhar informações, em uma relação dialógica e de horizontalidade, que possibilitem aos indivíduos pensarem criticamente a realidade em que vivem, ao mesmo tempo em que podem assumir uma postura de corresponsabilização em seu processo terapêutico. Ademais, as práticas de educação em saúde não devem minimizar a relevância dos familiares dos usuários de substâncias psicoativas, de modo que estes se percebam também como responsáveis pelo projeto terapêutico destes usuários, uma vez que a família “tem um papel preventivo relevante, bem como um papel significativo na adesão ao tratamento quando existe uma dependência já diagnosticada” (PRATTA; SANTOS, 2009, p.210).

Nesse sentido, convém ressaltar que as práticas de natureza preventivas em relação ao uso de álcool e outras drogas devem considerar ao mesmo tempo, a diminuição da influência dos fatores de risco, ou seja, condições que podem provocar o uso de substâncias psicoativas; como também devem reforçar os denominados fatores de proteção, isto é, contextos e situações que podem inibir ou mesmo que impossibilitam o uso de drogas (BRASIL, 2003). Em relação a isso, a Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003, p. 33) afirma:

O planejamento de ações preventivas e relativas ao uso de álcool e drogas deve obrigatoriamente considerar a mudança de relação na proporção de ocorrência entre buscar minimizar a influência de fatores de risco sobre a

vulnerabilidade dos indivíduos para tal uso; sinergicamente, também deve considerar o reforço dos fatores de proteção. Neste ponto, é fundamental perceber a importância da educação em saúde como estratégia fundamental para a prevenção.

Em suma, o modelo de assistência à saúde em relação ao uso e abuso do álcool e outras drogas no Brasil, se ancora sob a ótica de um cuidado psicossocial. A reorientação da atenção à saúde mental dos sujeitos usuários de substâncias psicoativas tem por base os princípios da RD, o que permite visualizar os sujeitos com suas potencialidades e desejos, ou seja, se desprendendo de um olhar moralizante e repressivo. Certamente, o que colaborou para a adesão dessa estratégia de reduzir danos foi o movimento da RPB ao propor, em consonância com a psiquiatria basagliana, sustentar o discurso de cuidado humanizado em saúde mental, por meio da extinção dos hospitais psiquiátricos e propondo outros dispositivos de cuidado, a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), onde também são desenvolvidas práticas de educação em saúde.

Dessa maneira, para conhecermos as práticas educativas realizadas no CAPS AD e, possivelmente, de que maneira as memórias e as representações sociais dos participantes (usuários do serviço e profissionais) implicam no desenvolvimento dessas práticas, faz-se necessário emergirmos no próprio campo de trabalho no qual as atividades são realizadas, como veremos na próxima seção desse estudo que será apresentada a seguir.

5 ITINERÁRIO METODOLÓGICO E SUAS EVIDÊNCIAS ANALÍTICAS: MEMÓRIAS, REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E CONSUMO DE DROGAS

No que concerne à metodologia desse estudo convém apresentar os aspectos relevantes do itinerário metodológico, tendo em vista contemplar os objetivos propostos previamente. Assim, começamos apresentando o delineamento dessa pesquisa, que se configura de natureza qualitativa, seguido pela caracterização do campo de pesquisa e dos participantes, sinalizando para os critérios de inclusão amostral. Apresentamos, também, as técnicas de coleta de dados, que consistem na utilização de grupos focais com os usuários do serviço e entrevistas semiestruturadas com os profissionais que os atendem, não esquecendo da aplicação de um questionário sociodemográfico para cada participante. Utilizamos a observação participante como técnica para complementar essa importante etapa no desenvolvimento de qualquer pesquisa.

Além disso, para a análise dos dados coletados, nos apropriamos da Análise de Conteúdo do tipo temática (BARDIN, 1977) e utilizamos como suporte analítico a esse método de análise, um *software* denominado IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), fazendo uso desse recurso analítico, que possibilita, entre outras funções, criar nuvens de palavras sobre um determinado *corpus* textual, com o intuito de gerar novas categorias de análise ou mesmo corroborar aquelas que emergiram da análise de conteúdo (CAMARGO; JUSTO, 2013). Por fim, apresentamos nessa seção algumas análises dos resultados que surgiram desse processo metodológico. Para isso, organizamos as categorias em eixos temáticos, tendo em vista explicitar o que será discutido no processo de interpretação dos dados emergentes.

A produção científica se materializa pelo imbricamento do elemento teórico que se articula com a realidade social, de modo que, por meio de um percurso metodológico, possa responder às questões que sustentam o problema de pesquisa abordado pelo pesquisador, elaborado e apresentado anteriormente (MINAYO, 2014).

Em conformidade com Minayo e Sanches (1993), a pesquisa qualitativa se sustenta em aspectos de natureza subjetiva e simbólica, caracterizando-se por valorizar uma relação estreita e familiar entre sujeito e objeto, tendo em vista que ambos se relacionam. Esse delineamento se caracteriza ainda como qualitativo na medida em que “se envolve com empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas” (MINAYO; SANCHES, 1993, p. 244).

Ademais, o método qualitativo, na concepção de Minayo (2014), apresenta como campo de investigação os fenômenos e aspectos que perpassam o cotidiano dos sujeitos, sendo que estes podem interpretá-los mediante suas próprias vivências do senso comum. O delineamento qualitativo consiste naquele em que:

[...] se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. [...] as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos. (MINAYO, 2014, p. 57).

Na perspectiva da pesquisa qualitativa, portanto, o pesquisador deve entender que o mais relevante diante do fenômeno pesquisado não é o processo de mensuração e quantificação, mas sim o de compreensão de significados diante de uma realidade complexa e humana experienciada social e coletivamente (FRASER; GONDIM, 2004).

Para Bauer, Gaskell e Allum (2002, p. 33), o pesquisador que se propõe a trabalhar com a pesquisa qualitativa, enquanto uma abordagem que potencializa uma dimensão crítica de pesquisa, deve se preocupar em compreender as percepções de mundo que os sujeitos apresentam, considerando que são essas mesmas percepções as responsáveis por modelar “o próprio mundo social”, enquanto espaço de relações sociais e produção simbólica e cultural.

Dessa forma, um exemplo utilizado por Turato (2005) pode ilustrar o que significa realizar uma investigação científica através do delineamento de pesquisa qualitativa, principalmente dentro do âmbito de álcool e outras drogas, ao afirmar que, alguns pesquisadores, ao estudarem a problemática das drogas, utilizam-se de abordagens compreensivas, ou seja, métodos de natureza qualitativa para entenderem o significado da dependência química na vida do usuário de drogas ou mesmo que lugar as drogas assumem na vida desse sujeito. Assim, podemos afirmar que a principal função de qualquer pesquisa que se aproprie da abordagem qualitativa consiste em compreender os dados que emergem da realidade empírica para, em seguida, serem interpretados de maneira crítica e contextualizada.

5.1 LOCAL DO ESTUDO

A presente pesquisa foi realizada em uma unidade do CAPS AD de um município que compõe a Macrorregião de Saúde do Sudoeste do Estado da Bahia¹⁷, em consonância com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) desse estado (BAHIA, 2007). A elaboração do plano de regionalização se faz necessária tendo em vista a concretização do processo de regionalização da gestão do cuidado em saúde, que se materializa por meio da descentralização das ações e dos serviços de saúde em uma determinada região, uma vez que este plano tem como objetivo “a garantia do acesso, a promoção da equidade, a garantia da integralidade da atenção, a qualificação do processo de descentralização e a racionalização de gastos e otimização de recursos” (BRASIL, 2006a, p. 18).

Como já foi apresentado, o CAPS AD consiste em um dispositivo de saúde mental que oferta atendimento à população usuária de álcool, *crack* e outras drogas, realizando o acompanhamento psicossocial, com ênfase em um cuidado humanizado, territorial e horizontal, bem como valorizando o processo de corresponsabilização tanto dos próprios usuários de substâncias psicoativas, quanto o apoio familiar e comunitário.

5.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram escolhidos não pela sua representatividade numérica, mas sim pelo potencial em fornecer dados para possíveis respostas que essa pesquisa busca responder. Desse modo, preocupamos “menos com a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão, seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação” (MINAYO, 2014, p. 196-97).

Fizeram parte dessa pesquisa 22 (vinte e dois) usuários do CAPS AD e 06 (seis) profissionais desse mesmo serviço. Os critérios de inclusão amostral para participar da pesquisa consistem nos seguintes: a) apresentar idade maior ou igual a 18 anos; b) ter frequentado/trabalhado no CAPS AD por um período mínimo de 03 meses, tendo em vista que nesse período tanto os usuários do serviço como os profissionais podem falar com mais

¹⁷ Convém reiterar que o projeto que originou essa pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB, por meio do qual o pesquisador se comprometeu a garantir o anonimato dos participantes, e por essa razão, não identificamos a cidade e o local exato de realização desse estudo.

propriedade das características desse dispositivo de saúde¹⁸; e c) no caso dos usuários, apresentar um quadro emocionalmente estável e sem uso de substância psicoativa para não comprometer o momento de coleta dos dados e a qualidade do material coletado.

5.3 COLETA DOS DADOS

As técnicas de coleta de dados que foram utilizadas para obtenção do material empírico consistem na realização de grupos focais com os usuários do serviço, entrevistas semiestruturadas com os profissionais e observação participante dos grupos desenvolvidos nesse dispositivo de saúde. Convém ressaltar que, além dessas técnicas, foi aplicado o questionário sociodemográfico, já apresentado anteriormente, para cada usuário (Apêndice III) e cada profissional (Apêndice IV) do serviço que participou dessa pesquisa.

Como se pode constatar anteriormente, o referido questionário foi utilizado com o objetivo de traçar o perfil sociodemográfico da população participante da pesquisa, tendo em vista identificar: quais são as características desses sujeitos e de onde eles falam, ou seja, em que configuração e contexto social tais sujeitos estão inseridos. Dessa forma, traçar e conhecer o perfil sociodemográfico dos participantes pode também auxiliar no planejamento de um projeto terapêutico capaz de potencializar um olhar integral das necessidades dos usuários do serviço, qualificando, assim, a produção do cuidado em saúde mental (CAPISTRANO et al, 2013). A coleta dos dados dessa pesquisa foi realizada no período de 17 de outubro a 13 de dezembro de 2016.

a) Grupo Focal

Após a aplicação do questionário foram realizados os grupos focais. Estes podem ser definidos como uma modalidade de entrevista grupal, de modo que, visando ao surgimento de dados, potencializam a comunicação e a interação entre os sujeitos participantes da pesquisa. O pesquisador estimula os sujeitos a falarem uns com os outros, compartilhando histórias, experiências, vivências e diferentes concepções sobre um determinado fenômeno ou objeto de estudo (KITZINGER, 2009).

No entanto, consoante Barbour (2009) devemos ter cuidado para não confundir as práticas de grupos focais, que se configuram como discussões e problematizações em grupo,

¹⁸ Esse critério nem sempre foi possível alcançá-lo no que se refere aos usuários, tendo em vista a própria dinâmica e rotatividade da presença destes em alguns grupos do serviço.

com meras entrevistas realizadas em grupo, em que se fazem perguntas a cada participante do grupo separadamente, perdendo a característica de interação e discussão inerentes aos grupos focais.

Além disso, os grupos focais constituem em uma técnica de coleta de dados que possibilita ao pesquisador avaliar as percepções, ideias, e mensagens dos sujeitos sobre o fenômeno estudado, nesse caso, as memórias e as representações sociais sobre o consumo de substâncias psicoativas, bem como pode analisar a compreensão dos sujeitos no que concerne aos fatores relacionados doença e a saúde, no contexto do álcool e outras drogas, por exemplo (KITZINGER, 2009). De acordo com essa autora, a utilização dos grupos focais, enquanto técnica de pesquisa, auxilia os sujeitos a melhor apresentar e explorar suas ideias dentro de um processo grupal, o que seria mais difícil em uma entrevista tradicional. Ao realizar um grupo focal, o pesquisador deve proporcionar uma relação agradável com os participantes do grupo. O número de participantes pode variar de quatro a oito sujeitos e as sessões podem durar em torno de uma a duas horas. O pesquisador, ao facilitar um grupo focal, deve dizer o objetivo deste, e estimular que os participantes falem de modo a se interajam com todos do grupo e não apenas com o pesquisador (KITZINGER, 2009). Nesse sentido:

[...] a discussão em grupo é particularmente adequada quando o entrevistador possui uma série de perguntas abertas e deseja estimular os participantes a explorar os aspectos importantes para eles, com seu próprio vocabulário, gerando suas próprias perguntas e estabelecendo suas próprias prioridades (KITZINGER, 2009, p. 34).

Nesse estudo, foram realizados três grupos focais com uma participação média de 7 sujeitos em cada grupo, totalizando uma amostra de 22 participantes. Antes de ir a campo, para iniciar a realização dos grupos, foi elaborado um roteiro norteador para as discussões dos grupos (Apêndice I). Preocupamo-nos, ainda, em realizar algumas observações participantes, tendo em vista o estabelecimento de um *rappor*t, isto é, uma relação de confiança e empatia com os participantes da pesquisa. Ademais, os grupos foram realizados em dias diferentes, e antes de começar cada grupo, foi explicado brevemente o objetivo do grupo focal, que embora fosse o mesmo objetivo para três grupos realizados, estes foram compostos por sujeitos diferentes. Foram explicitadas também as regras, atentando-se, principalmente, ao respeito pela opinião do outro, não sendo permitido ofender, julgar e desrespeitar o pensamento de quaisquer participantes da pesquisa.

Quando começamos a realizar os grupos focais, essa etapa caracterizou-se como uma experiência desafiadora, tendo em vista a delicadeza do tema a ser discutido, apesar de já ter

estabelecido um laço de confiança por parte dos participantes. Foram feitas, em média, 4 observações em cada grupo, como técnica de coleta de dados, mas também já preparando o terreno para os grupos focais, ou seja, constituindo um determinado grau de confiança por parte dos participantes para com o pesquisador. Essa é uma questão extremamente importante quando se refere ao papel do pesquisador na etapa de coleta de dados.

Antes de serem realizados os grupos focais, o pesquisador sempre solicitava e explicava que os profissionais não poderiam fazer parte do grupo juntamente com os participantes. Do contrário, isso poderia inibi-los no fornecimento dos dados ou até mesmo manipulá-los. Possivelmente, a pesquisa correria vários riscos de contaminação. O que foi compreendido e aceito pelos profissionais.

Cada grupo focal teve uma duração média de uma hora e trinta minutos. Todos foram gravados com um recurso de captação de áudio e o material coletado foi, posteriormente, transcrito.

b) Entrevista Semiestruturada

Inicialmente, cogitamos realizar um grupo focal com os profissionais, no entanto, devido às peculiaridades do funcionamento do serviço preferimos trabalhar com entrevistas semiestruturadas ou semiabertas, tendo em vista não atrapalhar, de modo algum, a dinâmica de assistência aos usuários do CAPS AD. Dessa forma, foram selecionados seis profissionais. Foi escolhida essa quantidade de sujeitos por ser o número médio de pessoas que participariam do grupo focal. As entrevistas foram agendadas previamente com cada profissional, de acordo com a disponibilidade de cada um e foram realizadas no próprio serviço. Cada entrevista teve um tempo médio de 23 minutos de duração. As entrevistas, também, foram gravadas com um recurso de captação de áudio e, em seguida, transcritas.

Podemos afirmar que realizar entrevistas não consiste em um processo simples, visto que devemos considerar os objetivos da pesquisa, mas sobretudo os sujeitos entrevistados, respeitando-os e legitimando-os em suas crenças, ideias e discursos. O entrevistador, deve, portanto, suspender no momento de realização das entrevistas suas percepções de mundo e compreensão acerca do fenômeno investigado, dando voz e autoridade às pessoas entrevistadas.

Minayo (2014) define a entrevista, de modo geral, como uma interação que se caracteriza com um propósito específico e delimitado, que pode se configurar de diferentes tipos: entrevista estruturada; entrevista aberta; entrevista focalizada e entrevista

semiestruturada, que foi a modalidade de entrevista escolhida como uma das técnicas de coleta de dados nesse estudo. Dessa maneira, convém evidenciar que as entrevistas semiestruturadas consistem em um tipo de técnica que:

[...] obedece a um roteiro que é apropriado fisicamente e utilizado pelo pesquisador. Por ter um apoio claro na sequência das questões, a entrevista semi-aberta facilita a abordagem e assegura, sobretudo aos investigadores menos experientes, que suas hipóteses ou seus pressupostos serão cobertos na conversa. No entanto, os pouco experientes, na hora da análise, correm sério risco pela tendência que têm de apenas analisar os temas previamente estabelecidos, sem ter o cuidado de explorar as estruturas de relevância dos entrevistados, trazidas do campo. (MINAYO, 2014, p. 267).

Embora as entrevistas semiestruturadas utilizem um roteiro já elaborado previamente, este se configura como um instrumento que serve para nortear o pesquisador na condução da entrevista (Apêndice II). Assim, com o desenvolvimento do processo de coleta dos dados, podem surgir dúvidas por parte do pesquisador, necessitando que este elabore novas perguntas, que não havia pensado antes.

c) Observação Participante

Além das duas técnicas de coleta apresentadas anteriormente foi escolhida também a observação participante. A escolha dessa técnica de coleta de dados se justifica por permitir ao pesquisador melhor investigar a forma como as pessoas pensam e agem no cotidiano nos grupos em que são desenvolvidas as práticas educativas de um CAPS AD. Desse modo, a observação participante possibilita visualizar os aspectos que permeiam o cotidiano dos sujeitos *in loco*, ou mesmo, um *modus operandi* específico de funcionamento nesses grupos, que só poderá ser concretizada se o pesquisador-observador “puder imergir e se tornar um membro do grupo social investigado” (FRASER; GONDIM, 2004, p. 141), tornando possível “compreender a relação entre o cotidiano e os significados atribuídos por este grupo (FRASER; GONDIM, 2004, p. 141).

A observação participante consiste em um tipo de observação frequentemente utilizada em pesquisas em diferentes campos disciplinares das ciências humanas e sociais, que diferentemente da observação sistemática, não preza por uma objetivação rígida, controlada e inflexível do fenômeno observado. Além disso, a observação participante propicia uma aproximação entre o observador e o fenômeno a ser observado, considerando a inexistência de

uma neutralidade científica absoluta perante o objeto de pesquisa (FRASER; GONDIM, 2004). Desse modo, podemos considerar que:

A observação-participante assume importância capital quando se pretende examinar um grupo enquanto coletividade. É a observação mediante a participação do observador na vida da comunidade ou do grupo, visando a obter informações sobre os padrões culturais e comportamentais aí existentes. (COUTINHO; CUNHA, 2004, p. 105).

Para Coutinho e Cunha (2014), essa modalidade de observação pode ser feita de forma ativa ou passiva. Nessa pesquisa, preferimos trabalhar com a observação participante ativa, que se caracteriza pela inserção de um observador-participante, que é externo ao grupo, “do qual se torna membro para poder observar” (COUTINHO; CUNHA, 2004, p. 105).

Em cada grupo, realizamos 04 observações com duração de uma hora, tempo médio de cada grupo realizado. Embora se trate de uma pesquisa qualitativa com observação participante e não sistemática, isso não significa dizer que não se tenha um roteiro de observação. Assim, o pesquisador fez uso de um roteiro para que pudesse norteá-lo na observação dos grupos (Apêndice V).

Vale ressaltar que quando começamos o período de observação dos grupos, sempre esperávamos juntamente com os usuários do serviço que a (o) profissional facilitadora (o) chamasse todos os participantes para realização das atividades. Dessa maneira, durante esses momentos de espera, aproveitamos para estabelecer breves encontros informais com os participantes do serviço, mas sem se apresentar, nesses momentos, como pesquisador nem como psicólogo. Do contrário, isso poderia comprometer todo o processo de coleta de dados, principalmente na realização dos grupos focais.

5.4 TÉCNICA DE ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados coletados foi realizada à luz dos pressupostos teóricos da Análise de Conteúdo, do tipo temática. Esse método de análise, segundo Bardin (1977), consiste em:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 1977, 42).

Consoante Minayo (2014), o surgimento do termo “Análise de Conteúdo” se deu no setor acadêmico de jornalismo da Universidade de Colúmbia nos Estados Unidos no contexto da Primeira Guerra Mundial (1914-1918), com destaque para trabalho do estudioso estadunidense Harold Laswell (1902-1978), ao realizar os seus estudos de análise de propagandas e de materiais relacionados à imprensa. Nesse momento, priorizava-se como um modelo de ciência um rigoroso conhecimento matemático na produção científica, o que fez com que a Análise de Conteúdo se originasse a partir de uma objetividade de números e medidas.

Praticamente duas décadas depois, no contexto da Segunda Guerra Mundial (1939-1944), ao passo que Laswell continuava trabalhando, ele atraiu estudiosos de outros campos disciplinares a exemplo da sociologia, psicologia etc., o que não impediu que a vertente matemática, objetiva e sistemática se solidificasse por meio de técnicas quantitativas contrapondo, desse modo, outros modelos de produção de conhecimento como as escolas interacionistas. Posteriormente, no entanto, esses próprios estudiosos que trabalhavam com análise de conteúdo em uma vertente quantitativa começaram a questionar e a se desencantar com os trabalhos por eles realizados, colocando a análise de conteúdo em declínio nesse período (MINAYO, 2014).

Em meados no século XX, por volta dos anos 1950 e 1960, há um ressurgimento dos estudos com análise de conteúdo, agora de um modo bem mais amplo, abarcando não somente os jornalistas, mas também os psicanalistas que se aliam aos psicólogos e sociólogos na apropriação da análise de conteúdo, destacando questões que antes não eram levantadas e discutidas. Nesse contexto, evidencia-se, epistemologicamente falando, uma disputa entre duas maneiras de se entender o processo comunicativo: a primeira pensa que a comunicação pode ser concebida por meio daquilo que a mensagem expressa em seu conteúdo, ressaltando a quantificação das palavras; por outro lado para a segunda maneira, o que realmente importa não é o conteúdo das mensagens em si, mas o que delas se pode extrair, tendo em vista o contexto em que surgem. Assim, os pesquisadores que aderem à segunda maneira de se pensar a comunicação, visam compreender os significados das falas em seu contexto, que por meio da inferência, busca uma interpretação aprofundada, e não uma mera descrição (MINAYO, 2014).

Em uma perspectiva prática, a análise de conteúdo pode ser operacionalizada em diferentes tipos¹⁹, no entanto, nessa pesquisa optamos por trabalhar com a Análise de Conteúdo Temática, que melhor se afina aos objetivos da pesquisa, tendo em vista a emergência de temas, que possivelmente se coadunam aos aportes teóricos apresentados nessa pesquisa. Nesse sentido, Bardin (1977, p. 105) define tema como uma “unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. O texto pode ser recortado em ideias constituintes, em enunciados e em proposições portadores de significações isoláveis”.

Nessa modalidade de se analisar o conteúdo coletado na presente pesquisa, os dados foram sistematizados da seguinte maneira: 1) Organização das informações a serem analisadas; 2) Unitarização, quando o pesquisador deve transformar o material organizado em unidade de registro ou de significado; 3) Categorização, quando o pesquisador categoriza ou classifica as unidades de registro, transformando-as em categorias; 4) Descrição das categorias e/ou subcategorias encontradas, e por fim, a 5) Interpretação dos dados (MORAES, 1999; BARDIN, 1977; CAMPOS, 2004).

A primeira etapa da análise, ou seja, na preparação dos dados, realizamos uma pré-exploração dos dados por meio de leituras flutuantes do material empírico coletado. Foram realizadas várias leituras sem uma preocupação em sistematizar as informações, mas sim para que o pesquisador pudesse captar de um modo geral os significados que emergem desse material (CAMPOS, 2004). Essa etapa inicial caracteriza-se por um envolvimento do pesquisador com o material coletado, que deve considerar os objetivos da pesquisa, ao entrar em contato intenso com o material, tendo em vista a constituição do *corpus* a ser analisado (MINAYO, 2014). Nessa etapa também foi realizada uma codificação de cada material a ser analisado. Cada documento recebeu um código numérico, visando facilitar as etapas posteriores (MORAES, 1999).

Após a preparação dos dados, na segunda etapa da análise, definimos após uma releitura atenta do material empírico as unidades de análise, caracterizando um processo de unitarização, que também deve considerar os objetivos e problema da pesquisa. Preferimos que as análises fossem agrupadas por temas, de acordo com os interesses da pesquisa, bem como cada unidade analítica foi também codificada numericamente, que deve se enquadrar em um dos códigos previamente já estabelecidos, assumindo a condição de subcódigos dos

¹⁹ Segundo Minayo (2014) há diversos tipos de se trabalhar com Análise de Conteúdo: análise lexical; análise da expressão; análise de relações; análise de avaliação ou representacional; análise da enunciação; e análise temática.

documentos amostrais codificados. Além disso, as unidades de análises foram reescritas isoladamente de modo a serem compreendidas independentemente do *corpus* de origem em que se encontra. Foi necessário ainda estabelecer as unidades de contexto, que possibilitam uma compreensão mais profunda do fenômeno estudado, visto que as unidades de contexto fixam determinados “limites contextuais” para que as unidades de análises sejam interpretadas em profundidade (MORAES, 1999, p.06).

Em seguida, a terceira etapa consiste no processo de categorização das unidades de análises. Esse processo se concretiza ao “agrupar dados considerando a parte comum existente entre eles” (MORAES, 1999, p. 06). Nessa pesquisa, as categorias foram definidas, segundo os critérios de significados, dando origem às categorias temáticas. No entanto, em qualquer modalidade de categorização, a análise de conteúdo visa sintetizar uma determinada comunicação elegendo os elementos mais importantes a serem interpretados. As categorias devem também obedecer alguns critérios básicos: a) devem ser válidas, quando as categorias respondem satisfatoriamente bem aos objetivos da pesquisa; b) exaustivas, quer dizer que todos os dados relevantes e significativos para a pesquisa devem ser contemplados; c) homogêneas, que significa afirmar que uma determinada categoria se forma mediante uma coesão em uma dimensão analítica; d) exclusividade, isto é, cada elemento de análise pertence a uma categoria formada, e e) a consistência, que se sustenta em todo do processo analítico, quando as categorias se apresentam de forma objetiva, bem como o processo de classificação se materializa claramente (MORAES, 1999).

Consoante Moraes (1999), a descrição consiste na quarta etapa da análise de conteúdo. Esse é o momento em que o pesquisador começa a comunicar os resultados da pesquisa. Nessa etapa o pesquisador, inserido em uma perspectiva qualitativa de pesquisa, deve escrever sinteticamente os significados que emergem desse trabalho, justificando os elementos trazidos nos resultados com algumas citações do *corpus* da pesquisa. Por fim, temos a interpretação dos resultados. Nessa etapa, procuramos compreender não apenas os “conteúdos manifestos pelos autores, como também sobre os latentes, sejam eles ocultados consciente ou inconscientemente pelos autores” (MORAES, 1999, p. 09).

Destarte, após todo esse processo de coleta de dados por meio dos grupos focais e entrevistas, fizemos uma transcrição rigorosa desses dados. Em seguida, aplicamos essa técnica da análise de conteúdo que descrevemos acima e obtivemos os seguintes eixos temáticos com suas respectivas categorias, conforme mostramos no Quadro 01.

Ademais, como ferramenta de suporte à análise de conteúdo, utilizamos o *software* IRAMUTEQ. Essa ferramenta, de acordo com Camargo e Justo (2013), consiste em um *software* disponibilizado gratuitamente, e que tem como função realizar análises textuais sobre um determinado *corpus*. Dentre as diversas análises realizadas pelo IRAMUTEQ, podemos citar a Nuvem de Palavras, que se configura como um tipo de análise que reúne graficamente as palavras-chaves dos dados textuais, levando em conta a frequência com que essas palavras aparecem (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Quadro 01: Eixos temáticos e categorias que emergiram do processo de análise de conteúdo, em um município da Macrorregião de Saúde do Sudoeste da Bahia, 2017

Eixos temáticos	Categorias
I Memórias e representações sociais dos usuários do CAPS	<ul style="list-style-type: none"> a) Concepções sobre os tipos de drogas: as ilícitas e sua “demonização” b) As drogas como potencializadoras de prejuízos sociais e afetivos c) Proibição das drogas: uma solução possível? d) As drogas e seus inegáveis prazeres e) O consumo de drogas e seus grupos de referência
II Representações Sociais dos profissionais do CAPS	<ul style="list-style-type: none"> a) Droga: um olhar dos profissionais do CAPS AD b) Legalização <i>versus</i> criminalização das drogas: o que os profissionais de saúde mental têm a dizer? c) Modelos de tratamento: Redução de Danos e a abstinência
III Dimensões das representações sociais dos usuários e profissionais que se implicam nas práticas de Educação em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> a) Dimensão medicalizada e verticalizada do cuidado em saúde no contexto de álcool e outras drogas b) Dimensão classificatória dos tipos de drogas e sua vertente moralizante c) Dimensão de cuidado alinhada à abstinência: um modelo assistencial para todos? d) Dimensão religiosa como estratégia de enfrentamento aos problemas relacionados às drogas e) Dimensão relacional dos usos de substâncias psicoativas: tempo, espaço e relação grupal

Fonte: Elaboração própria.

Assim, o Eixo I refere-se às memórias e às representações sociais dos usuários do CAPS, que emergiram dos grupos focais realizados com esses usuários; o Eixo II, por sua vez, diz respeito às categorias oriundas das representações sociais dos profissionais desse

serviço de saúde, que surgiram das entrevistas realizadas. Por fim, no Eixo III apresentamos as dimensões das representações sociais tanto dos usuários como dos profissionais, que se implicam no desenvolvimento das práticas de Educação em Saúde. Esse terceiro e último eixo decorre das observações participantes que realizamos nesse dispositivo de saúde mental.

Convém corroborar que o projeto que originou essa pesquisa, em consonância com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UESB, sendo aprovado com o parecer de nº 1.770.134.

5.5 CARACTERIZAÇÃO DOS USUÁRIOS

É notório que a população desse estudo é composta majoritariamente por sujeitos do público masculino, sendo 20 homens e apenas 02 mulheres (Tabela 01). Isso não só reflete uma maior frequência dos homens nos grupos observados, mas nesse dispositivo de saúde de modo geral, ao menos durante o período de realização de coleta de dados dessa pesquisa. Este dado nos provoca a pensar a respeito do pequeno número de mulheres que compõe a população desse estudo, o que a princípio pode nos levar a pensar, ingenuamente, que mulheres não consomem substâncias psicoativas tal qual os homens consomem ou mesmo que elas não chegam a um nível de dependência química em que necessitem procurar um serviço de saúde como o CAPS AD.

Tabela 01: Distribuição dos dados sociodemográficos dos usuários do CAPS AD (gênero, idade, etnia e religião), em um município da Macrorregião de Saúde do Sudoeste da Bahia, 2017

Gênero	n.	Idade	n.	Etnia	n.	Religião	n.
Mas.	20	18-36	00	Parda	14	Católica	10
Fem.	02	37-59	15	Branca	04	Cristã	02
		60 ou +	07	Amarela	02	Evangélica	02
				Preta	01	Espírita	01
				Morena	01	S/ religião	01
						Não respondeu	06
Total (n.): 22 usuários							

Fonte: Elaboração própria.

O que, possivelmente, pode desencadear uma resistência das mulheres usuárias de substâncias psicoativas em procurar um dispositivo de saúde, consiste em uma série de representações que ainda permeiam o imaginário social a respeito do consumo de drogas. Embora se evidencie a inserção da mulher no contexto da drogadição, o qual se caracteriza

(nas representações sociais, de modo geral) como um universo tipicamente considerado como masculino, denota ainda um estranhamento social quando a mulher se isenta dos papéis sociais historicamente construídos, referentes à condição de cuidadora esposa, de uma maternidade coercitiva, integral e incondicional, bem como de uma obediente dona de casa, e se coloca na condição de dependente de substâncias psicoativas (MEDEIROS, 2014).

Nessa perspectiva, Oliveira (2008, p. 39) argumenta que:

Considerando que mulheres usuárias de droga não constituem um grupo homogêneo e que a cultura demanda peculiaridades para as mulheres e para o consumo de drogas, especificidades em relação às mulheres e a grupos de mulheres que fazem uso de substâncias começam a ser apontadas em diferentes regiões do mundo. Dentre essas especificidades, destacam-se: as barreiras enfrentadas na busca e permanência no tratamento do uso de drogas, a idade, as drogas utilizadas e os agravos de saúde, decorrentes da conduta adotada.

Dessa maneira, embora a problemática do uso abusivo de drogas em interface com as questões de gênero não ter sido aqui aprofundada, visto que esta não se configura como uma questão-chave dessa pesquisa, convém explicitar que todas essas características culturalmente sustentadas acerca da figura feminina podem se configurar como obstáculos para a inserção e consequente adesão desse público feminino nos dispositivos de saúde (mental), cuja política se implica na gestão de um cuidado terapêutico, ético e humanizado das/dos usuárias/usuários das usuárias de drogas, respeitando suas necessidades, desejos e peculiaridades.

No que concerne à faixa-etária dos participantes, percebemos uma população sem a presença do público adulto-jovem, aqui compreendida entre 18 e 29 anos. Nesse estudo, portanto, há um predomínio, da população adulta (entre 30 e 59 anos), seguida por um número significativo de idosos (60 anos ou mais), de acordo com a tabela 01. Um dado relevante entre estes participantes da pesquisa, consiste em uma ausência de usuários jovens, ao passo que surge uma população idosa considerável nesse dispositivo de saúde mental e isso também nos põe a pensar sobre dois aspectos, que devem ser analisados com cuidado, principalmente nesse estudo, cujo objetivo não visa trabalhar especificamente com os perfis dos usuários de drogas desse serviço, mas devemos considerar, tendo em vista que são questões que tangenciam, de certa forma, os problemas de pesquisa que trabalham com a temática do uso abusivo de substâncias psicoativas.

O primeiro aspecto reflete que, embora a literatura científica brasileira aponte para uma escassez de estudo a respeito do uso de drogas em idosos assistidos pelo CAPS AD²⁰, não podemos desconsiderar que junto ao crescimento populacional dessa faixa-etária, pode surgir também um elevado número de idosos que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, principalmente álcool e medicamentos, como afirmam Pillon et al (2010), ao mesmo tempo que destacam, que tanto as percepções dos idosos sobre o uso de drogas, que podem se materializar por meio da vergonha e do medo em dizer que são usuários de drogas, quanto as próprias representações dos profissionais de saúde quando pensam que os problemas da dependência química pertencem única e exclusivamente ao universo dos não-idosos, são fatores que podem comprometer a qualidade da assistência e da gestão do cuidado em saúde direcionado para esse público-alvo.

O segundo aspecto corrobora o que diversos estudos (OLIVEIRA et al, 2017; MACAGNAN; MENETRIER; BORTOLOTTI, 2014; MONTEIRO et al, 2011; PEIXOTO et al, 2010; FARIA; SCHNEIDER, 2009) já têm apontado em seus dados empíricos, quando buscam o perfil sociodemográfico dos usuários de algum CAPS AD: uma tendência desse serviço em absorver majoritariamente um público adulto, ou para ser mais específico, um público menos jovem, mesmo diante de uma alta prevalência do uso de substâncias entre os mais jovens (PILLON et al, 2010), o que pode nos provocar um duplo questionamento: ou estes dispositivos de saúde não conseguem sensibilizar a população jovem, a fim que este público tenha uma adesão representativa nesses serviços ou ainda que estes jovens optam por frequentar outros espaços e serviços, os quais também ofertam tratamento aos usuários de substâncias psicoativas (Alcoólicos Anônimos; Narcóticos Anônimos; Comunidades Terapêuticas; centros de recuperação e similares).

Quando foi questionado a respeito de como os sujeitos se autodeclaravam em relação ao critério cor/etnia obtivemos como resultado uma população que se identifica predominantemente como parda em contraposição com uma minoria que se autoafirma como negra (Tabela 01). Isso possivelmente pode evidenciar uma forma de resistência de uma parte expressiva dos usuários em não se aceitar a condição do ser negro, explicitando uma representação estereotipada e imbuída por um moralismo, que perpassa e tem raízes em uma dimensão histórico-político-social, embora devemos sim respeitar, veementemente, a

²⁰ Fizemos uma breve busca em duas bases de dados, a *Scientific Electronic Library Online (Scielo)* e a dos Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC) utilizando os descritores: Drogas, Idosos e CAPS AD e não encontramos nenhum artigo. Embora isso não permita dizer que não há estudos que convergem esses descritores, isso já denota, no entanto, uma insuficiência dessa temática na produção científica brasileira, envolvendo o processo de envelhecimento em conexão com uso drogas entre os usuários dos CAPS AD.

autodeclaração étnica-racial dos participantes da pesquisa. Ademais, a construção desse pensamento também se justifica quando um dos participantes insere mais um quesito para definir sua cor/etnia: a categoria “morena”.

Historicamente, sobretudo a partir do início do século XIX, os negros foram associados com uso de substâncias psicoativas, como o álcool e a maconha, sendo esta última caracterizada como um hábito ou um “vício” deixado pelos negros e com isso surge uma disseminação de crenças, ideias e representações de que a maconha pode potencializar prejuízos à saúde humana, bem como danos sociais aos seus usuários e à sociedade. Dessa forma, aqueles que fazem uso dessa substância, podem se configurar, nesse contexto, como um sujeito agressivo, preguiçoso, que incita atos de desordem, bandidagem e comportamentos depravados, associando tais práticas não só com a população negra, mas toda camada social com baixo poder aquisitivo (MACRAE; SIMÕES, 2004).

A religiosidade consiste também uma importante característica social quando se refere à questão das drogas, dado que a influência puritanista-cristã foi determinante para a materialização do proibicionismo, e para este se sustentar como verdade irrefutável dentro de uma soberania jurídica ocidental. Na segunda metade século XIX e início do século seguinte, há uma emergência de movimentos religiosos, por meio dos quais o puritanismo estadunidense, contrário à ideia de livre alteração do estado de consciência, que conseqüentemente pode provocar a corrupção da alma, se configura como um instrumento de decisão política, operacionalizando-se em favor de uma guerra às drogas instaurada até os dias atuais (RODRIGUES, 2004).

Notamos, então, na população participante da pesquisa, que a maioria (15 usuários) disse ser cristão, compreendendo as religiões católica, evangélica e espírita, conforme também mostra a Tabela 01. Nesse sentido, por meio da religião se pode canalizar e instituir representações sociais acerca do uso de substâncias psicoativas, demonizando as práticas e os usuários de drogas, ao passo que aqueles que estão “puros” e “limpos” dos usos das substâncias são exemplos a serem seguidos, imitados e reverenciados, de modo a eleger uma única maneira de pensar a questão, que se corresponde à abstinência total, ao passo que aqueles que não conseguem mantê-la, são fracos de fé e de espírito, desconsiderando, assim, as idiossincrasias de cada pessoa que faz uso das substâncias psicoativas.

De acordo com a Tabela 02, fica explícito no grupo participante da pesquisa um predomínio de pessoas solteiras, que junto com um único participante que assumiu a condição de divorciado, contabiliza a metade do número total de participantes. Esse dado pode reiterar

o que outras pesquisas (OLIVEIRA et al, 2017; CAPISTRANO et al, 2013; SOUZA; OLIVEIRA, 2009) já têm demonstrado, isto é, que o uso de drogas compromete o estabelecimento de vínculos afetivos/amorosos/familiares ou tensiona os relacionamentos existentes, uma vez que o consumo de substâncias psicoativas exerce uma funcionalidade na vida dos usuários, assumindo, assim, um lugar central na vida deles, que pode gerar a ideia de que sem elas não se pode viver, substituindo o tempo e os momentos dedicados à família pelo uso e abuso de drogas, o que dificulta a manutenção dos vínculos afetivos (NIMTZ et al, 2014).

Tabela 02: Distribuição dos dados sociodemográficos dos usuários do CAPS AD (estado civil, filhos, escolaridade, profissão e renda familiar – em salários mínimos (sm)), em um município da Macrorregião de Saúde do Sudoeste da Bahia, 2017

Estado civil	Filhos/usuário		Escolaridade		Profissão		Renda		
n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.		
Solteiro(a)	10	01-02	07	Até a 4º ano	09	Aposentado	04	< 1	07
Casado(a)	07	03-05	07	Até o 9º ano	06	Pedreiro	03	1-2	11
União Estável	03	06 ou +	04	Ensino Médio Incompleto	01	Lavrador	03	3-4	02
Viúvo (a)	01	Não têm filhos	04	Ensino Médio Completo	02	Vigilante	02	5 ≥	02
Divorciado(a)	01			Superior Completo	01	Motorista	02		
				Nunca frequentou escola	03	Aux. De produção	01		
						Cozinheiro	01		
						Funcionário Público	01		
						Ajudante de pedreiro	01		
						Comerciante	01		
						Repres. Comercial	01		
						Não respondeu	02		
Total (n.): 22 usuários									

Fonte: Elaboração própria.

No que se refere ao número de filhos, percebemos que entre os sujeitos participantes apenas 04 disseram não ter nenhum filho, ao passo que os demais afirmaram ter no mínimo 01 e no máximo 06 filhos (Tabela 02). Embora maioria dos participantes (18 usuários) afirme ter filhos, em diversos casos de relações familiares, não necessariamente contemplando as pessoas que fizeram parte dessa pesquisa, mas que também envolvem problemas com

dependência química, a convivência em familiar pode se caracterizar como turbulenta e conflituosa entre pais e filhos, principalmente quando o problema da drogadição desencadeia sucessivos episódios de violência familiar, separações e divórcios. Em algumas situações, quando os filhos são crianças ou adolescentes, e os pais se enquadram na condição de dependentes de substâncias psicoativas, estes perdem judicialmente a guarda dos filhos (VECTORE; CARVALHO, 2008), à medida em que estes se tornam motivos para a própria justiça barganhar com os pais entre a aceitação do tratamento do uso abusivo de substâncias psicoativas e a guarda definitiva dos filhos.

No que diz respeito à escolaridade, convém destacar que trata-se de uma característica cara à nossa pesquisa, visto que trabalhamos com o conceito de Educação em Saúde, enquanto um campo teórico-prático e um tipo de educação não-formal, no contexto do uso e abuso de drogas, de acordo com as memórias e as representações sociais dos usuários de substâncias psicoativas. Ao considerar que as práticas de Educação em Saúde desenvolvidas nos dispositivos de saúde extrapolam a ideia de uma educação escolar, instituída como uma educação formal, o desenvolvimento dessas práticas deve, pois tomar cuidado para não verticalizar a relação entre usuários do serviço e profissional de saúde; subestimando o conhecimento da vida desses sujeitos em função de uma suposta supremacia do saber científico como fonte de verdade inquestionável.

A tabela 02 evidencia que somente 01 participante tem ensino superior e apenas 02 concluíram o ensino médio. No entanto, 15 usuários não concluíram a Educação Básica, que consoante a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (1996) compreende a educação infantil ao ensino médio, sendo que desse total, 09 participantes não concluíram o 4º ano, ao passo que 06 não terminaram o 9º ano, e também 03 usuários nunca frequentaram a escola.

Diante desses dados, é notório que os participantes desse estudo se caracterizam praticamente como semianalfabetos e, isso também, reflete tanto na condição de dependentes de substância psicoativas, bem como na criação das representações do uso de drogas, suas políticas de prevenção e no tratamento terapêutico em um *setting* direcionado aos usuários de substâncias psicoativas.

Nesse sentido, outros estudos afirmam que há uma associação entre dependência química e baixa escolaridade (MONTEIRO et al., 2011; MARTINS; SANTOS; PILLON, 2008; CAPISTRANO et al, 2013), dando margem para uma problematização no sentido de que o consumo e o conseqüente abuso de drogas pode se configurar como um fator de risco para a evasão escolar e suas conseqüências sociais e econômicas, principalmente em relação à

qualificação profissional e renda familiar, que implica na qualidade de vida dessas pessoas e suas respectivas famílias.

Assim, a Tabela 02 mostra também as profissões e a renda familiar dos participantes da pesquisa e evidencia que as profissões se configuram como atividades subvalorizadas socialmente, que necessitam de esforço mecânico, repetitivo e braçal com pouco estímulo criativo e baixa exigência intelectual. Além disso, entre aqueles que dizem ser aposentados, destacam-se profissões como pedreiro, lavrador, vigilante e motorista, mas também em número um pouco menor há participantes com outras ocupações, a exemplo de ajudante de pedreiro e auxiliar de produção, o que acarreta em uma baixa renda familiar (Tabela 02). Notamos que, dentre os participantes, a metade tem renda entre 01 e 02 salários mínimos, e enquanto que para 07 pessoas a renda familiar não chega nem mesmo a 01 salário, apenas 02 participantes têm renda superior ou igual a 05 salários mínimos, revelando, pois, uma disparidade socioeconômica entre os usuários desse serviço.

Não são poucos os estudos que sinalizam para uma alta correlação entre a dependência de drogas e contextos familiares caracterizados por densa precarização socioeconômica, envolvendo não só as substâncias lícitas, com destaque para o uso de bebidas alcoólicas, bem como as drogas ilícitas, principalmente o *crack* (GUIMARÃES et al, 2015; MARTINS; SANTOS; PILLON, 2008; SÁ et al 2013; FIGLIE et al, 2004; OLIVEIRA, et al, 2017).

Por conseguinte, embora não possa conceber como algo de natureza determinista e linear, podemos cogitar que a associação entre baixa escolaridade e o exercício de profissões socialmente desvalorizadas, que incide diretamente na baixa renda financeira da família, pode se configurar como um fator de risco para o consumo de substâncias psicoativas e, conseqüentemente, sua possível dependência, agravando substancialmente a conjuntura de vulnerabilidade social e econômica na dinâmica familiar, o que pode eclodir outros casos de usos abusivos/nocivos de substâncias psicoativas, especialmente na relação entre álcool e juventude.

Além disso, no que se refere à vida pregressa das pessoas que participaram da pesquisa em relação ao consumo de drogas, notamos que a substância mais consumida foi o álcool, seguido do tabaco; ao passo que, atualmente, os usuários, em maior número, são aqueles que fazem uso dessa última substância. As drogas foram mencionadas espontaneamente pelos participantes, sem nenhuma interferência dos pesquisadores no tocante ao que deve ou não ser concebido como droga. Assim, surpreendentemente, um usuário incluiu o café como um tipo droga, associando-a ao tabaco, fato que não é muito

comum de se manifestar, visto que o café por estar imerso na cultura brasileira, geralmente não é concebida como uma substância psicoativa. Vale ressaltar, ainda, que os consumidores de drogas ilícitas apareceram em menor número nesse grupo, evidenciando, possivelmente, uma dificuldade desse serviço de saúde em absorver usuários de substância que se encontram no campo da ilicitude (Tabela 03).

Tabela 03: Distribuição dos dados sociodemográficos dos usuários do CAPS AD sobre os tipos de drogas consumidas, em um município da Macrorregião de Saúde do Sudoeste da Bahia, 2017

Consumo de drogas			
Pregresso	n.	Atual	n.
Álcool	09	Tabaco	06
Álcool e tabaco	02	Tabaco e café	01
Crack e maconha	01	Álcool	05
Tabaco	04	Crack, álcool e cocaína	01
Crack	01	Nenhuma	09
Maconha	01		
Não respondeu	04		
Total (n.): 22 usuários			

Fonte: Elaboração própria.

Ao analisarmos a Tabela 04, em relação ao tempo de consumo de drogas, quando comparada com os dados da Tabela 01, que apresenta a faixa etária dos participantes da pesquisa, nos deparamos com um dado também interessante. Desse modo, observamos que na Tabela 01 a faixa etária entre os participantes varia entre 37 e 59 anos, enquanto que o tempo de uso das substâncias majoritariamente compreende o intervalo entre 34 e 44 anos, referindo-se aos participantes que fizeram uso das drogas de 45 anos ou mais referente às drogas ainda em uso. Isso nos permite falar de uma possibilidade real de que o uso de drogas pode ter iniciado ainda no início da adolescência de alguns participantes.

A fase do desenvolvimento humano que compreendemos por adolescência não pode, de modo algum, ser negligenciada ou tangenciada, tendo em vista a problemática aqui apresentada. O adolescente não somente experiência alterações físicas e biológicas, mas também se depara com delicadas alterações sociais e psicológicas que repercutem nas relações familiares, com seus pares e consigo mesmo. Nesse período, o adolescente busca constantemente a afirmação da própria identidade por meio de intensas interações grupais, o

que para alguns desses grupos o uso de substâncias psicoativas pode ser um pré-requisito ou até mesmo funcionar como um ritual de entrada e de pertencimento, incentivando o uso de substâncias psicoativas desde cedo, que implicará posteriormente em danos sociais e suas mais severas consequências decorrentes do uso abusivo de drogas (CAVALCANTE; ALVES; BARROSO, 2008).

Tabela 04: Distribuição dos dados sociodemográficos dos usuários do CAPS AD sobre o tempo de consumo de drogas, em um município da Macrorregião de Saúde do Sudoeste da Bahia, 2017

Tempo de uso			
Usou (anos)	n.	Usa (anos)	n.
00-11	02	12-22	01
23-33	03	23-33	05
34-44	07	34-44	03
45 ou +	04	45 ou +	04
Em uso	04	Nenhuma	09
Não sabe	02		
Total (n.): 22 usuários			

Fonte: Elaboração própria.

Em uma pesquisa realizada por Lopes et al (2013), envolvendo estudantes do ensino médio, os pesquisadores constataram que o primeiro contato com algum tipo de substância psicoativa dos adolescentes ocorre pelo álcool e tabaco, corroborando com os dados da nossa pesquisa como de maior tempo de uso dos participantes. Esse uso ainda se potencializa mediante os mais diversos contextos sociais, a exemplo do grupo de pares dos adolescentes, familiares e escolas. Nesse contexto, convém pensar de que forma os dispositivos de saúde, políticas e tecnologias de cuidado, a exemplo das práticas de educação em saúde, têm se preocupado em abordar esse tema em outros espaços e setores sociais em que a promoção da saúde se faz necessária.

Em relação ao tempo que os participantes frequentam o CAPS, estes majoritariamente participam das atividades desse serviço em um tempo que varia de alguns meses a 01 ano, enquanto que apenas 04 possuem tempo igual ou superior a oito anos, mesmo número dos participantes que frequentam o serviço de 02 a 03 anos, conforme mostra a Tabela 05. Ainda nessa tabela, percebemos que os principais motivos que levaram os sujeitos procurarem o CAPS, consistem basicamente em dois principais pontos: a) 10 afirmaram que foram

motivados por amigos e familiares a procurarem ajuda; e b) 09 disseram que procuraram o serviço por vontade própria.

Tabela 05: Distribuição dos dados sociodemográficos dos usuários do CAPS AD sobre o tempo (em anos) de CAPS, motivo de procura do serviço e quem foi o acompanhante no primeiro atendimento, em um município da Macrorregião de Saúde do Sudoeste da Bahia, 2017

Tempo de CAPS		Procura pelo serviço		Acompanhante no 1º Atendimento	
Anos	Usuários (n.)	Motivos	Usuários (n.)	Acompanhante	Usuários (n.)
00-01	13	Vontade própria	09	Sozinho (a)	09
02-03	04	Outros motivos*	10	Família**	10
06-07	01	Exigência judicial	01	Vizinho (a)/amigo(a)	03
08 ou mais	04	Indicação profissional	01		
		TV	01		
Total (n.): 22 Usuários					

* Entre estes motivos encontram-se: amigos e familiares.

** Dentre dez participantes, oito (todos homens) foram acompanhados por mulheres. Entre estas encontram-se: filhas (03), irmãs (02), mães (02), sobrinha (01).

Fonte: Elaboração própria.

Como já foi antes apresentado, o perfil etário dos participantes, se caracteriza preferencialmente como uma população adulta, seguida por um grupo de sujeitos idosos. Esse dado, curiosamente, se conflui também quanto a qualidade da adesão ao processo terapêutico realizado nesse serviço. Estudos (CAPISTRANO et al, 2013; PEIXOTO et al, 2010; GUIMARÃES et al, 2008) mostraram que nos dispositivos de saúde mental, como os CAPS e hospitais psiquiátricos, destinados aos dependentes de substâncias psicoativas, há uma tendência de alta adesão dos usuários com idade um pouco mais avançada se comparados com os mais jovens. Isso, possivelmente se justifica haja vista o uso prolongado das substâncias, os sofrimentos e os demais prejuízos (afetivos, sociais, financeiros...) decorrentes do uso abusivo das drogas. Nessa mesma direção, pessoas idosas ou mesmo na emergência do envelhecimento, podem ainda justificar a necessidade de um suporte terapêutico, ao dar conta da finitude da vida, que pode ser antecipada em função do uso abusivo/nocivo de substâncias psicoativas.

Ademais, surgiram também dados a respeito dos acompanhantes dos usuários quando estes foram atendidos pela primeira vez nesse serviço. Notamos que 10 pessoas disseram que foram acompanhadas por um membro familiar (majoritariamente mulheres) e 09 afirmaram ter chegado ao serviço sozinhos (Tabela 05). Diante disso, podemos afirmar que esse dado

corroborar para cristalizar a representação social de que a mulher deve ser, por natureza, a pessoa que cuida, conforta e aconselha. É frequente a presença do público feminino em espaços pertencentes aos setores sanitários e judiciários, como por exemplo, o tratamento de dependência química e o cumprimento de medidas socioeducativas, o que também se conflui com a responsabilidade de ser chefes de famílias e custear financeiramente as necessidades da casa (MARTINS; SANTOS; PILLON, 2008).

5.6 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

No que se refere às características dos profissionais do CAPS AD, podemos constatar que o grupo de profissionais participantes dessa pesquisa foi composto por 06 sujeitos, sendo 05 mulheres e apenas 01 homem, de acordo com a Tabela 06. Esse dado corrobora algumas informações que já havíamos discutido anteriormente quando tratamos da presença do público feminino como figura de cuidado, o que se depara, contrariamente, com o baixo número de mulheres sendo assistidas por esse serviço, ao menos na população selecionada para esse estudo.

Tabela 06: Distribuição dos dados sociodemográficos dos profissionais do CAPS AD (gênero, idade, religião e cor), em um município da Macrorregião de Saúde do Sudoeste da Bahia, 2017

Gênero	n.	Idade	n.	Cor	n.	Religião	n.
Mas.	01	26-28	03	Parda	05	Protestante	04
Fem.	05	29-36	03	Branca	01	Evangélica	01
						Ateu	01
Total (n.): 06 profissionais							

Fonte: Elaboração própria.

Os profissionais de saúde, de modo geral, perpassam todos tipos de atenção, sejam estes primário, secundário e terciário, e contemplam uma massiva presença feminina nos dispositivos de saúde, o que tanto se evidencia na população dessa pesquisa, bem como esses achados podem ser validados por outros estudos realizados anteriormente a respeito de uma predominância feminina no campo da saúde (COTTA, et al, 2006; ATHAYDE, 2011; CUNHA, 2007). A mulher, inserida nos serviços de saúde, sinaliza e corrobora mais uma vez que a representação social conferida à figura feminina como serviçal e materna se sustenta em uma construção socialmente estabelecida de que a mulher deve ser delicada, cuidadosa e paciente, associando tais características de natureza intrinsecamente feminina (FRIZOLA;

MILIONI; PAVARINI, 2008). Por outro lado, podemos afirmar também que a majoritária presença feminina nesse dispositivo de saúde revela uma postura de emancipação da mulher ao assumir um papel de destaque na operacionalização do cuidado em saúde mental no contexto do uso abusivo de substâncias psicoativas.

No que se refere à idade dos profissionais, três destes apresentaram no momento da coleta de dados uma faixa etária entre 26 e 28 anos, ao passo que os demais relataram ter entre 29 e 36 anos (Tabela 06). Essa informação consiste em um dado relevante ao pensarmos no perfil de profissional que a prática psicossocial exige. Possivelmente, se não todos, mas grande parte desses profissionais concluíram o curso superior após a promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001), que em 06 de abril de 2017 completou 16 anos. Diante disso, o que se espera dessa geração de profissionais pós-Reforma Psiquiátrica consiste em uma reorientação da assistência no cuidado em saúde mental, contrapondo aos modelos de cuidado que reforcem práticas manicomial e verticalizadas, revestidas por um discurso ancorado em uma lógica biomédica e hospitalocêntrica.

Vale ressaltar que a promulgação de uma lei não implica na mudança imediata do pensamento e das práticas profissionais. Porém, espera-se que os profissionais de saúde devem atualizar o *modus operandi* de sua prática clínica por meio de uma avaliação das tecnologias de cuidado, tendo em vista que o processo do cuidado em saúde deve se materializar em uma perspectiva humanizada e integral. Quanto a isso Merhy e Franco (2003) abordam que o trabalho em saúde deve sempre ser baseado em uma dimensão relacional, uma vez que este se realiza por meio do Trabalho Vivo (TV) em ato, ou seja, nas relações cotidianas entre profissionais e usuários nos dispositivos de saúde, quando o cuidado em si mesmo se faz presente por meio das tecnologias leves. Essas tecnologias, que, na concepção desses autores, sustentam o trabalho vivo, se caracterizam consistentemente por uma relação de acolhimento, vínculo e corresponsabilização, bem como por considerar o sujeito dentro de uma determinada ordem social, não perdendo de vista seus determinantes econômicos, políticos e sociais. Contrariamente a esse trabalho vivo em ato, encontramos o Trabalho Morto (TM), quando a relação profissional-usuário se sustenta unicamente pelas tecnologias duras, ou seja, quando refletem e realçam o caráter instrumentalizador, burocrático e invasivo, sem o mínimo de empatia e sensibilidade mediante a dor, o sofrimento e até mesmo do desejo do usuário (MERHY; FRANCO, 2003).

Os profissionais de saúde mental, inseridos em uma clínica de abordagem psicossocial, principalmente no contexto de álcool e outras drogas, não podem, de modo

algum, se eximir desse olhar cuidadoso sobre o desejo do outro. Esse olhar deve, portanto, extrapolar as práticas punitivas, que podem perfeitamente se infiltrar nos dispositivos de saúde (mental), quando os profissionais não demonstram o mínimo de respeito pelas práticas desejantes dos sujeitos, e nesse estudo especificamente, dos usuários de substâncias psicoativas, impondo sobre estes um único e doutrinário modo de perceber e experienciar o mundo.

Quanto à religiosidade, os profissionais se apresentaram como predominantemente evangélica/protestante, portanto, todos cristãos, ao passo que apenas 01 profissional confessou ser ateu (Tabela 06). Quando falamos em substâncias psicoativas e sua proibição, especificamente em uma institucionalização da problemática das drogas, inevitavelmente surge o fator da religiosidade. Isso se justifica, dado que o cristianismo teve relevância no processo da instauração do proibicionismo na cultura ocidental, com a ascensão do puritanismo estadunidense. Embora a influência da religiosidade possa não se evidenciar nas práticas dos profissionais que se dizem cristãos, não podemos descartar completamente a possibilidade de um direcionamento na assistência em saúde mental, especialmente quando se refere ao desejo dos usuários em alterar voluntariamente a própria consciência como expressão de sua vontade em experienciar outro modo de ser e estar no mundo, que não se coaduna com os princípios do cristianismo.

Em relação ao estado civil dos profissionais que participaram dessa pesquisa, 05 deles assumiram a condição de casados e apenas 01 profissional está em uma união estável. Quanto ao número de filhos, 02 profissionais disseram que não têm filhos, ao passo que os demais profissionais afirmaram ter 01 ou 02 filhos (Tabela 07). Ainda de acordo com a Tabela 07, quase todos profissionais possuem pós-graduação, com um quadro de profissões bem diversificado, bem como, em sua maioria, com renda familiar entre 03 e 04 salários mínimos.

O que notamos nos dados apresentados na Tabela 07 consiste na diversidade de categorias profissionais que, tradicionalmente, não se inseriram no campo da saúde, mas que recentemente, mediante uma nova concepção de saúde e de compressão do processo saúde-doença, estas profissões adentram e ocupam seu lugar nesse campo de atuação, tendo em vista que a produção do cuidado em saúde (mental) perpassa por um viés multiprofissional e interdisciplinar, o que materializa um cuidado produzido coletivamente. Notamos, assim, que o grupo de profissionais que foi selecionado foi composto por: assistentes sociais (02), pedagoga (01), psicóloga/o (02), e enfermeira (01).

Tabela 07: Distribuição dos dados sociodemográficos dos profissionais do CAPS AD (estado civil, nº de filhos por profissionais, escolaridade, profissão, renda familiar – em salários mínimos (sm)), em um município da Macrorregião de Saúde do Sudoeste da Bahia, 2017

Estado Civil	Filhos/ profis.		Escolaridade		Profissão		Renda familiar (s.m.)		
	n.	n.	n.	n.	n.	n.	n.		
Casado (a)	05	01-02	04	Pós-graduação	05	Pedagoga	01	3-4	04
União Estável	01	Nenhum	02	Superior Completo	01	Assistente Social	02	5 ou mais	02
						Psicólogo (a)	02		
						Enfermeira	01		
Total (n): 06 profissionais									

Fonte: Elaboração própria.

Diante disso, podemos pensar em qual conceito de saúde o cuidado ofertado pelo CAPS se sustenta. A produção do cuidado em saúde mental, sob o ponto de vista de uma abordagem psicossocial, se concretiza em novos contratos e agenciamentos terapêuticos capazes de potencializar uma práxis antimanicomial. Isso se ancora nos ideários da RPB, que visam uma desinstitucionalização dos sujeitos em sofrimento mental, dado que o modelo asilar se configura em constante problematização. Destarte, fez-se necessária uma nova concepção de clínica, uma clínica ampliada, com múltiplos olhares, em que a saúde não pode mais ser concebida como mera ausência de doença. Os CAPS, portanto, devem promover, em sua prática clínica, um projeto terapêutico que contemple uma articulação entre diversos saberes e práticas, tendo em vista uma produção de cuidado que levem em conta os determinantes sociais dos usuários desse dispositivo.

De acordo com a Tabela 08, que concerne quanto ao uso de substâncias psicoativas por parte dos profissionais, percebemos que mais da metade desse grupo afirmou já ter consumido álcool. Isso ilustra que o uso de drogas não está restrito a uma única classe social e a grupos específicos, mas encontra-se presente em diversos segmentos sociais. Um estudo quantitativo realizado com 111 profissionais de saúde, sendo em sua maioria enfermeiros, constatou que o álcool consiste no tipo de substância mais consumida por estes profissionais, considerando que por ser tão difundido culturalmente, chegou até mesmo não ser classificada como drogas por alguns profissionais desse estudo (ROCHA; DAVID, 2015). No entanto, notamos que dentre os profissionais selecionados para nossa pesquisa nenhum deles afirmou fazer uso de tabaco e de nenhuma substância psicoativa ilícita.

Tabela 08: Distribuição dos dados sociodemográficos dos profissionais do CAPS AD sobre o consumo de drogas (atual e progresso) e tempo que trabalha nesse serviço, em um município da Macrorregião de Saúde do Sudoeste da Bahia, 2017

Drogas que usa/usou	Tempo que usa/usou	Tempo que trabalha no CAPS
Usa: Medicamento	03 anos	08 anos
Usa: Não Usou: Álcool	Usou: Uma única vez	2 anos e 6 meses
Usa: Não Usou: Álcool	Usou: 01 ano	02 anos e 04 meses
Usa: Álcool	Uso: social	2 anos e 06 meses
Usa: Álcool	Usa: Cinco vezes por ano	3 anos e 06 meses
Usa: Cafeína Usou: Álcool	Não especificou Não especificou	02 anos

Fonte: Elaboração própria.

Consoante Rocha e David (2015), os profissionais de saúde, sobretudo, enfermeiros e médicos, se configuram como categorias que estão em um iminente risco de dependência das substâncias psicotrópicas, principalmente por eles terem acesso as essas substâncias e também por serem responsáveis para armazená-las e administrá-las. Embora esse fator não seja determinante para o uso abusivo dessas substâncias, a dependência pode se desencadear quando aliada com alguns fatores de risco que comprometem a qualidade de vida desses profissionais, a exemplo da má condição de trabalho, bem como situações que geram estresse, tensão e longas jornadas de trabalho.

Entre os profissionais que relataram consumir algum tipo de substância psicoativa, estes apresentaram períodos de uso bem diversificados: 03 anos (01); uso social (01); 5 vezes por ano (01) e não especificou (01) (Tabela 08). Apesar de que esses dados não nos possibilitam inferir sobre uma efetiva dependência psicoativa de nenhum desses profissionais, o uso abusivo-nocivo dessas substâncias não é tão incomum entre profissionais de saúde quanto se possa imaginar, como problematiza alguns estudos nessa área, principalmente entre os profissionais da enfermagem (ROCHA; DAVID, 2015; BARROS; GRIEP; ROTENBERG; 2009; ZEFERINO et al, 2006).

Em referência ao tempo de trabalho dos profissionais no CAPS AD, ficou evidente que a maioria deles trabalha em um período entre 02 e 03 anos (05 profissionais), ao passo que apenas 01 profissional trabalha nesse serviço por um tempo igual ou superior a 06 anos (Tabela 08); além disso, faz-se necessário mencionar que todos os profissionais desse dispositivo são concursados. Essas duas características a respeito do tempo que os

profissionais estão no serviço e a natureza do vínculo trabalhista podem ser determinantes para a qualidade e para a produção do cuidado no serviço ofertado, especialmente quando pensamos a respeito do vínculo afetivo e terapêutico estabelecido entre usuários e profissionais, e como isso conseqüentemente pode refletir na adesão dos usuários ao tratamento.

Nessa perspectiva, não podemos falar sobre o tempo de trabalho dos profissionais no CAPS AD nem mesmo dos seus vínculos trabalhistas sem mencionar a relação estabelecida entre estes e os usuários desse serviço, e como isso afeta o processo terapêutico dos usuários. Dessa maneira, fatores como condições precárias de trabalho e vínculos trabalhistas instáveis não colaboram para a continuidade da produção do cuidado em saúde (mental). Isso se justifica quando os contratos (não-concursados) são rompidos e obrigatoriamente quebra-se também todo o vínculo estabelecido entre profissional e usuário, necessitando dessa maneira de um novo contrato ético e terapêutico, o que certamente demorará a acontecer ou poderá até mesmo não ocorrer, comprometendo todo o processo terapêutico desse sujeito.

Apresentamos circunscritamente algumas características dos usuários e profissionais do CAPS AD com o objetivo de conhecermos qual o perfil sociodemográfico do grupo selecionado para participar da nossa pesquisa. Outrossim, as características aqui apresentadas também nos possibilitam pensar e problematizar de que maneira tais características podem influenciar na evocação das memórias e na produção das representações sociais desses participantes e como isso se implica nas práticas de educação em saúde desenvolvidas nesse serviço.

5.7 EIXO TEMÁTICO I: MEMÓRIAS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS USUÁRIOS DO CAPS AD

Nesse primeiro eixo temático preocupamos em analisar as categorias que surgiram da realização dos grupos focais realizados com os usuários do CAPS AD, apresentando as memórias e as representações sociais desses usuários sobre as substâncias psicoativas e seus usos.

a) Concepções sobre os tipos de drogas: as ilícitas e sua “demonização”

Os usuários do CAPS AD que participaram dos grupos focais apontaram que as drogas denominadas ilícitas consistem naquelas consideradas como as mais perigosas e que

provocam mais danos aos indivíduos e à sociedade, ao passo que as drogas classificadas como lícitas, às vezes, nem chegam a ser enquadradas e classificadas como drogas, quando alguns participantes concordam que: “Tinha dinheiro nesse tempo, né, dinheiro e fazia farra, bebida. Agora droga nunca usei, droga nenhuma. Só droga que eu usava era só álcool e cigarro” (GF 02). As representações sociais dos usuários desse dispositivo de saúde acerca das substâncias psicoativas emergem pura e simplesmente como aquelas substâncias que se encontram na ilicitude, revelando que estas são potencialmente mais “pesadas” e “perigosas” se comparadas com as drogas que não são ilícitas.

Notamos, então, que os participantes dos grupos focais se confluem ao representar as drogas em uma espécie de hierarquização de um suposto e inevitável malefício, de acordo com seus diferentes tipos e classificações, de modo a justificar que algumas substâncias são mais destrutivas do que outras, a exemplo do *crack* e cocaína. Nesse modo de pensar, isso acontece obrigatoriamente em todas as pessoas que fazem uso de tais substâncias, sem considerar, no entanto, as particularidades de cada usuário e que os diferentes tipos de drogas podem ter reações diferentes em cada pessoa, gerando a ideia de que o uso de drogas implica em um determinismo e uma padronização dos efeitos dessas substâncias.

Acho que a pior droga que existe é o *crack*. A pior. A pior que existe [...] É a pior que existe é o tal do *crack*. E ela não tá me fazendo bem mais não. (GF 01).

Mais isso nós falamos, estamos falando aqui da droga legal que é o álcool, mas têm as outras que leva a pessoa, né, ao fundo do poço, como o *crack*, que hoje é a peste no Brasil é o *crack*, que desfaz famílias, que desfaz tudo [...] É o que eu entendo de droga é isso. (GF 02).

Muitos jovens têm morrido por causa da droga. Porque o começo é o cigarro. O que leva a... eu não vou dizer no nosso caso, né, que nós temos mais uma consciência, mas o jovem hoje começa fumando um cigarrinho, quando pensa que não, eles estão na droga, outros partem pro *crack*, né, que essa pra mim não tem volta porque [diz o nome do médico] sempre dizia pra mim: oh dona [fulana] essa é a pior, não tem volta. Essa mata, essa mata mesmo. Lá na minha cidade eu vejo a ruma de rapazinho que tão morrendo. (GF 03).

O álcool e cigarro são drogas. Só que são chamadas drogas legalizadas, né?” (GF 02); “É mais leve, né?” (GF 03).

De acordo com Lapate (2001), apesar de classificarmos os diferentes tipos de substâncias psicoativas como lícitas ou ilícitas, isso não nos autoriza falar da existência de drogas leves ou pesadas, mas sim de usos leves ou pesados de uma determinada substância, que por sua vez, poderão ter reações diferentes, em pessoas diferentes, ilustrando que não há

um viés determinista, que nos faz pensar em uma espécie de automatismo ou mesmo uma robotização, no sentido de que as drogas desencadearão as mesmas respostas para todas as pessoas que utilizá-las. Mesmo diante de relatos dentro do próprio grupo focal no tocante às diversas reações sobre o consumo de drogas, o que prevaleceu foi o argumento taxativo de que todos usuários reagem uniformemente a todo e qualquer tipo de droga.

— Dizem que se você usar uma vez só já vicia. Eu já usei *crack* três vezes. Já usei cocaína por um ano e não sou viciado nisso aí. Por exemplo, têm seis anos que eu usei. Não tenho vontade. (GF 01).

— Então você chegou a ser um dependente químico. Você usou cocaína por um ano, dependente químico, um ano é dependência, né? (GF 01).

— Se você usar maconha misturada com cachaça aí agora você fica doído. (GF 01).

As representações sociais que produzimos a respeito dos múltiplos e complexos fenômenos como é o caso das drogas com seus diversos contextos sociais de usos, nos faz pensar a respeito do caráter convencional e prescritivo dessas representações. Consoante Moscovici ([2000]2015), o nosso modo de pensar pode estar condicionado tanto socialmente como naturalmente, de modo que este pensamento se objetiva mediante uma convencionalização dos fatos, pessoas e objetos. Em uma linguagem moscoviciano, a convencionalização, enquanto função das representações sociais, se caracteriza quando “elas lhes dão uma forma definitiva, as localizam em uma determinada categoria e gradualmente as colocam como um modelo de determinado tipo, distinto e partilhado por um grupo de pessoas” (MOSCOVICI, [2000]2015, p. 34). Desse modo, nossas representações acerca de um determinado fenômeno perpassam por questões culturais, políticas e econômicas que estão solidamente cristalizadas, que em razão disso nos faz acreditar em verdades, cautelosamente, instituídas e sedimentadas.

Nessa direção, para Moscovici ([2000]2015), a segunda função das representações sociais, consiste em uma capacidade prescritiva dessas representações. Isso quer dizer que antes mesmo de produzirmos nossas representações, elas já estão determinadas em uma atmosfera socialmente construída que circula sobre nós e nos impõe um determinado modo de pensar, não isento de ideologias e bem menos ainda de interesses político-econômicos. As produções de nossas representações não são verdadeiramente nossas, mas sim disseminadas e compartilhadas socialmente, o que se justifica quando o próprio Moscovici ([2000]2015, p. 37) deslinda que: “enquanto essas representações, que são partilhadas por tantos penetram e

influenciam a mente de cada um, elas não são pensadas por eles; melhor, para sermos mais precisos, elas são re-pensadas, re-citadas e re-apresentadas”.

Ao falar sobre drogas, os participantes desconsideram toda a história cultural e terapêutica dos usos de substâncias psicoativas como nos apresenta Carneiro (2002), limitando-se a percebê-las sob uma ótica inventada e uma perspectiva moralista, não tendo condições de se questionar a respeito do surgimento das drogas e dos seus diversos usos. Isso corrobora uma visão convencionalizada e prescritiva no que diz respeito às drogas, sinalizando que todas as substâncias psicoativas, principalmente as proibidas, se constituem como os principais males da sociedade, chegando ao ponto de até mesmo demonizá-las, não percebendo a existência de outras questões, de ordem econômica e política, que implicam na permissividade de algumas substâncias e na relação bélica que se trava com outras para serem cada vez mais reprimidas.

Desse modo, a partir dessas funções das representações sociais, os participantes dos grupos focais objetivam seus conceitos e percepções sobre as drogas, que podemos ilustrar com as seguintes afirmativas:

Ela [a maconha] é tão venenosa quanto qualquer outra droga talvez até seja talvez até pior. Eu acho que um dos grandes males hoje da humanidade é a droga, né. (GF 03).

Eu acho o seguinte: que a pior droga, dos usuários de drogas de todos, independente, do *crack* é difícil. Não consegue parar não. Infelizmente não. Nunca vi ninguém parar não. São dois caminhos...ou cadeia...ou morte. Cadeia ou morte. Eu nunca vi: Ah...eu fui pra igreja e parei. Eu nunca vi. É o CC: cadeia ou caixão. (GF 01).

O *crack* ele é tão desgraçado que você fuma ele, aí fuma, fuma, fuma, depois você abre ele, raspa ele todinho, tira aquela raspa dele todinho, que fica mais concentrado, aí você fuma de novo. Pra você ter uma ideia como é o *crack*. Reaproveita de novo. É, você raspa o cachimbo todinho, raspa ele bem raspadinho, raspa , tira aquela raspa todinha, aí ele rende, aí você bota cinza, aí você fuma como se tivesse fumando ele novamente, de novo, aí você torna fumar de novo. (GF 01).

Agora tu pense bem que é a chamada bebida que é chamada droga legalizada agora tu pense bem nessas: maconha, heroína, *crack*, ópio... que tá... o *crack* tá acabando com o Brasil. (GF 02).

Além disso, apesar dos participantes dos grupos focais também conceberem algumas drogas lícitas, a exemplo do álcool e do cigarro com elevado grau de nocividade à saúde, de modo a hierarquizá-las de acordo com esse grau, ainda assim, a representação acerca do uso

de drogas no tocante à periculosidade social restringe ao uso de drogas que permeiam a zona da ilicitude, dando margem para uma leitura que corrobora o modelo proibicionista.

Até hoje eu não fumo cigarro nenhum, já a maconha, já a maconha por causa da bebida eu misturava, eu misturava os dois. Mas depois que eu completei os quarenta e cinco anos eu parei todo tipo de cigarro, eu parei com tudo... parei mesmo, não quero saber mais não. Mas, mas essa semana mesmo... meu problema é a bebida e aí passei no bar de um conhecido meu aí, na política, o povo tava tudo brigando lá, aquele negócio. Resultado: aí eu sentei lá no bar, aí pronto, aí agora acabou o homem, acabou o homem, fundei na cachaça mais a turma... fundei na cachaça mais a turma moço, aí pronto, eu cheguei quase eu morro. (01).

— O álcool e cigarro são drogas. Só que são chamadas drogas legalizadas, né.

— Álcool e droga.

— É mais leve, né?!

— A bebida prejudica a família, os amigos, conhecidos, né.

— Não. Ela é mais leve quanto as outras.

— Né, não?

— O cigarro não. Já prejudica mais ou menos. (GF 02).

Um dia vai eu passando e uns molequinhos: “ó a vea drogando, ó a vea drogando” [sic] e era cigarro que fumava tipo y, quando eu tinha como comprar um cigarrinho mais fraquinho, aquilo ali vai... e a gente é mãe de família. Não é por aí. (GF 03).

Percebemos, também, que a constituição das nossas representações não são meros produtos de esquemas cognitivos individuais, mas perpassa por imposições que são a nós submetidas, a partir de sucessivas e diversas mudanças que ocorrem no decorrer de um tempo e possivelmente de inúmeras gerações (MOSCOVICI, [2000]2015). Isso nos remete ao que Bertoni (2015), com base nas ideias e na teoria das representações sociais, afirma que nossas representações não são, pois produções de um indivíduo isolado, mas que para entendermos a criação dessas representações somos instigados a descobrir quando e de que maneira elas foram instituídas.

Para Moscovici ([2000]2015), nossas ideias e experiências que outrora constituímos não são elementos mortos e intactos, mas eles nos impactam e retroalimentam nossos pensamentos e nossas relações o tempo todo, o que nos faz corroborar com a ideia de que nosso passado chega às vezes ser mais concreto que o próprio presente. Nesse contexto, a teoria moscoviciano se conflui com o pensamento de Halbwachs ([1950]2006, p. 98) quando ele diz que:

Para que a memória dos outros venha assim a reforçar e completar a nossa [...] é preciso que as lembranças desses grupos não deixem de ter alguma

relação com os acontecimentos que constituem meu passado. Cada um de nós pertence ao mesmo tempo a muitos grupos, mais ou menos amplos. (HALBWACHS, [1950]2006, p. 98).

Assim, tanto nossas representações sociais quanto nossas memórias produzidas coletivamente se configuram como elementos de natureza concreta e material, que se implicam em nossas relações cotidianas. As questões relacionais que envolvem os usuários de substâncias psicoativas, bem como as próprias substâncias, também não estão isentas de paradigmas socialmente determinados, que tangenciam toda a problemática das drogas que foi transnacional e historicamente institucionalizada.

b) As drogas como potencializadoras de prejuízos sociais e afetivos

Nessa segunda categoria, os grupos focais apontaram, como um elemento representativo, a compreensão das drogas como geradoras e potencializadoras de prejuízos sociais, afetivos e à saúde, aliando o uso de substâncias psicoativas, sejam estas lícitas ou ilícitas, aos motivos de degradação das relações familiares e sociais, bem como às perdas de oportunidades de se equilibrar financeiramente, justificando que as dificuldades financeiras são provenientes do uso abusivo-nocivo das substâncias psicoativas.

Os problemas decorrentes do uso abusivo de drogas, tal como foram abordados pelos participantes dos grupos focais, sinalizam que todas as consequências desse uso provém de ações pontuais e de natureza individualista, como que se eles tivessem toda a culpa por todos os males que com eles acontecem ou aconteceram. Notamos que os participantes não tiveram condições, nesse contexto, de realizar uma análise mesmo que incipiente sobre a problemática dos usos e abusos de drogas em uma dimensão macrosocial, crítica e contextualizada. Isso, então, não apenas propicia um terreno fértil para a culpabilização de um único e exclusivo sujeito, o usuário de drogas, por suas condições de perdas e prejuízos sociais, ao mesmo tempo em que eximem como co-elaboradores na potencialização desses prejuízos toda uma estrutura socialmente arquitetada, que insiste acreditar em um viés moral e meritocrático de abordagem às drogas a pensar em políticas públicas de atenção à saúde, cujos serviços percebam o cuidado como possibilidade de autonomia e de integralidade, tendo em vista também o pensamento crítico a respeito do uso abusivo de drogas. Nessa direção, Macrae (2013, p. 49) afirma nesse contexto que “a gente vê muitos aspectos da hipocrisia que existe na sociedade a respeito das drogas. Bota-se a culpa na droga e não se quer atentar para a questão social”.

Rapaz, quando eu cheguei pro Caps aqui. Eu era empresário. Eu tinha funcionários, seis filhos, eu tinha esposa. Meu pai morava mais eu, minha irmã morava mais eu. Consegui dar uma casa pra minha mãe. Tinha três carros na garagem. Tinha uma moto, quando eu cheguei pro Caps usando drogas e tentando buscar ajuda, que eu já sabia que tava me prejudicando. [...]. Pra mim é só miséria, destruição, miséria, depressão. Moço, eu perdi tudo que eu tinha. Muita coisa eu perdi por causa da droga. (GF 01).

Aí quando eu comecei a perder bons empregos, perdi uma carreira, entendeu? Um trabalho de professor no Estado e tal, tudo por causa da bebida, mas mesmo assim fui em frente com a droga, infelizmente. (GF 02).

Por causa disso eu perdi esposa, perdi bom serviço que eu tinha [...]. Depois disso tudo vendi terreno, casa, tudo pra jogar na bebida. Quando eu já não tinha mais nada saí voando, rodando, feito um idiota por esse país a fora: Acre, Rondônia, Rio Grande do Sul e não consegui nada porque quando eu conseguia arrumar emprego a primeira coisa que eu fazia era encher o botijão. E hoje pra dizer a verdade eu não tenho nada. Sou aposentado, vivo do que eu ganho como aposentado, porque todas condições eu tive, eu joguei fora. Foi a droga que acabou comigo [...]. Perdi muitas coisas, carro...até fogo em carro eu botava. (GF 02).

O quanto eu lutei pra tirar esse cigarro da minha vida. Eu faço tratamento já com pneumologista [diz o nome do médico] há nove anos. Várias vezes eu vim pra ele com crises assim...sérias de asma. Fiz o tratamento com ele, mas fiquei com enfisema. (GF 03).

O mecanismo de culpabilização foi problematizado por Guareschi (2014) como um recurso que endossa e concede ainda mais legitimidade ao processo de exclusão social. Desse modo, surge imperativamente a necessidade de desmistificação desse mecanismo, dado que por trás de práticas estratégicas de culpabilização alimenta-se um padrão de indivíduo pré-moldado, delineado por um conjunto de valores que ratificam e fundamentam essas práticas. Guareschi (2014), ao citar Robert Farr (1991), reconhece que este último obtém como resultados de suas pesquisas que geralmente os sucessos ou os fracassos de alguém são atribuídos a questões individuais, subestimando por completo a dimensão histórica e social.

Os usuários assumem a condição de culpabilizar as drogas e seus usos, bem como suas múltiplas consequências sociais e afetivas, tendo em vista toda uma arquitetura social que sustenta o discurso de culpa, e que se materializa nas representações sociais não apenas dos próprios usuários de drogas, mas também se infiltram em um tecido social bem mais amplo. Diante disso, não podemos negar que nossas representações possuem um lastro de situações que experienciamos, e que se confluem concomitantemente às produções de uma memória que não são só nossas, mas sim de um grupo, que sempre consultamos para refutar ou confirmar nossas percepções sobre os problemas que nos aparecem. Nessa lógica, Halbwachs

([1950]2006, p. 29) assinala que “recorremos a testemunhos para reforçar ou enfraquecer e também para completar o que sabemos de um evento sobre o qual já tivemos alguma informação, embora muitas inconstâncias a ele relativas permaneçam obscuras para nós”.

De acordo com Schenker e Minayo (2005) os usos de substâncias psicoativas estão associados a diversos fatores de riscos que se desdobram em vários aspectos psicossociais, a exemplo da dimensão familiar, do envolvimento grupal/pares e do papel da mídia. Embora isso não se cristalize como uma regra universal e dogmática para todas as pessoas que fazem uso de drogas, nesse último aspecto especificamente, isto é, os meios de comunicação, eles se configuram amiúde como um canal de propagação da cultura de massa, associando o consumo de bebidas alcólicas como fontes de felicidade, prazer (sexual), fama e um idealizado êxito na vida.

Nesse sentido, Bertoni (2015), também, explicita que a indústria do consumo de drogas, principalmente de bebidas alcoólicas, encontra nas propagandas televisivas um meio cada de vez mais profícuo para difundir a ideia de que não é possível se divertir sem ingerir bebidas alcólicas, que, por sua vez se apresenta como como um fator conjugado à virilidade e à eterna juventude. Esse aspecto midiático surge como um elemento de rememoração em um dos grupos focais como podemos constatar no seguinte excerto:

Eu quando tinha 18 anos. Naquele tempo com 16, 17 anos o cara era tímido, né. Então, o que ia fazer? Fumava um cigarro. Então tinha o copo numa mão e o cigarro na outra. Aí encostava na parede, tinha aquelas músicas lentas, né, era da nossa época. Aí eu tinha aquela timidez pra chegar na menina né, hoje não, hoje as coisas que virou o contrário. Tem hora que elas que querem na própria pessoa mesmo. (GF 01).

Outrossim, as pessoas que participaram dos grupos focais também abordaram em sintonia com a representação de culpabilização das drogas e de seus usos, que esta ao permear as dificuldades e os prejuízos supramencionados, faz incidir como consequência do uso abusivo de drogas, principalmente a droga etílica, talvez por ser a substância de uso predominante entre os participantes, um elemento que se destacou de modo preponderante no conteúdo das falas dos grupos, a questão moral, que se evidencia nas seguintes falas:

Perdi um casamento, uma moça pra casar, uma moça de [nome do município] uma moça bonita, de família, de futuro, a moça que gostava de mim, acabou... acabou, só pra me destruir, porque ô moço qual é a moça que vai dar ousadia namorar com um alcoólatra, um bêbado? Não tem nenhuma. Nenhuma na face da terra. Não vai arrumar nenhuma namorada. (GF 01).

[...] ela ficou tão doida, que ela aprontou tanto que ela nem sabe, ela perdeu a consciência, a moral nem lhe falo, porque quem bebe não tem moral nem de um cachorro. A verdade é essa. Cai no meio da rua. O povo tenta te ajudar. Eu conheço um professor, já imaginou um professor, um professor de Educação Física ser carregado nas mãos de gente de feira, ser carregado na galiota no meio da rua, um professor e outra o filho dele, o filho mais novo, imagina um professor de Educação Física, ser carregado numa galiota. (GF 01).

Elas [as drogas] nos prejudicam, o álcool mesmo no meu caso eu que fui viciado em álcool fui prejudicado demais por droga. (GF 02).

As materialidades dessas representações encontram-se ancoradas até determinado ponto em aspectos histórico-culturais tão bem contextualizados por Fiore (2006). Esse autor argumenta que o Estado brasileiro demorou para promover um debate público a respeito dos usos de substâncias psicoativas, com exceção do álcool que consistia uma preocupação dos médicos do século XIX, não por uma questão de saúde pública, mas sim porque “tratava-se, substancialmente, do consumo ‘desregrado, imoral e degenerante’ que ocorria principalmente, segundo eles, entre as camadas mais baixas da população” (FIORE, 2006, p. 27). Embora não convém afirmar que alguns fatos e contextos históricos circunscritamente localizados são responsáveis por representações sociais solidamente enraizadas, eles tanto podem ser produtos dessas representações quanto podem se configurar como elementos ratificadores dessas práticas representacionais. Nessa perspectiva Moscovici ([2000]2015, p. 41, grifos do autor) explicita:

[...] para se compreender e explicar uma representação, é necessário começar com aquela ou aquelas, das quais ela nasceu. Não é suficiente começar diretamente de tal ou tal aspecto, seja do comportamento, seja da estrutura social. Longe de refletir, seja o comportamento ou a estrutura social, uma representação muitas vezes condiciona ou até mesmo responde a elas. Isso é assim, não porque ela possui uma origem coletiva, ou porque se refere a um objeto coletivo, mas porque, como tal, sendo compartilhada por todos e reforçada pela tradição, ela constitui uma realidade social *sui generis*.

A teoria psicossociológica elaborada por Moscovici ([2000]2015) nos ajuda a perceber que a configuração de aspectos sociais e políticos da nossa sociedade estão, pois sustentadas por elaborações representacionais, ao mesmo tempo que somos condicionados a pensar de acordo com essas representações, chegando ao ponto desse mesmo teórico afirmar que “quanto menos pensamos nelas, quanto menos conscientes somos delas, maior se torna sua influência” (MOSCOVICI, [2000] 2015, p. 42).

Além disso, nos grupos focais, emergiram como um componente consistente nas representações sociais dos usuários de substâncias psicoativas, os tensionamentos que se condensam nas relações familiares predominantemente caracterizadas por perdas e prejuízos afetivos e que são apontadas como decorrentes do uso abusivo de drogas.

Pra mim, a droga representou e continua representando os malefícios, a tristeza de ter jogado fora que eu possuía...saúde; a tristeza de saber que minha mãe há dois anos morreu, mas não morreu contente por saber que eu fiz as coisas erradas que não deveria ter feito e tal. A droga é o atraso de tudo...da sociedade. Quando fala da família, a droga é a decadência da sociedade. (GF 02).

Eu perdi meu filho. Até hoje eu sem achar por causa da droga. Saiu de casa aí, é a droga. Depois eu fui saber que [ele] tava usando droga, menino de quatorze anos né?! E agora tô aí morrendo aos poucos. Porque eu não sei onde tá. Se tá vivo, se tá morto. Quem tá morrendo é eu aos poucos, né? Fui em todas as repartições pra ver e nada. Não tem endereço de nada. Fui no conselheiro, já fui na promotoria, já fui num bocado de lugar e ninguém nunca deu resposta de nada e é a droga. (GF 02).

Eu olhava pra minha família, não sou de família de berço de ouro, mas também não é berço furado. Aí entre quinze irmãos, eu, a fumante. Então, eu me sinto triste. Eu me sentia triste porque quando reunia assim na casa de minha mãe todo mundo aqui conversando eu saía, ia lá pra fora: [Fulana] venha cá, porque eu sou a terceira filha. Têm as mais novas, têm as mais velhas. Então tudo era pra [Fulana] participar, mas [Fulana] não participava por causa do cigarro (GF 03).

A comunidade familiar se configura de praxe como o primeiro ambiente de socialização da sociedade ocidental com o qual conseguimos nos comunicar, e que quase sempre se encarrega de uma obrigação naturalizada na transmissão de regras comportamentais normativas, morais e culturais. Ademais, não raras vezes, esse ambiente primário nos condiciona a ver o mundo, envolto com suas problemáticas, entre estas o consumo de drogas, consoante as concepções hegemônicas e de cultura de massa (SCHENKER; MINAYO, 2005). Cabe ressaltar aqui que a Educação em Saúde, enquanto campo teórico-prático, deve por meio de um planejamento das práticas de cuidado em rede abarcar diversos dispositivos de saúde, especialmente da articulação entre a atenção básica e a rede de atenção psicossocial, destacando em uma perspectiva dialógica os fatores de risco que potencializam a dependência química e suas possíveis consequências.

Nesse contexto, as relações familiares, constituindo-se como promotoras de representações, e ao mesmo tempo de elaborações mnemônicas acerca dos fenômenos sociais, conferem autenticidade à família, que uma perspectiva halbwaquiiana, se configura como um

dos quadros sociais da memória (SANTOS, 1998) dado que a concepção que elaboramos sobre as drogas e seus usos não se materializam como elaborações próprias, individuais, mas sim como paradigmas coletivamente construídos.

c) Proibição das drogas: uma solução possível?

Os participantes dos grupos também apontaram, de modo condensado, que o modelo proibicionista consiste como o único e principal meio para a solução da problemática das drogas. Ainda assim, não obstante o predomínio da lógica proibicionista para se pensar a questão das drogas, notamos argumentos favoráveis à legalização da maconha para fins terapêuticos e medicinais, o que não deixa de ratificar a ideia de que a proibição consiste como via principal de abordagem da problemática do uso/distribuição das drogas, uma vez que autoriza o discurso médico como determinante no que deve ou não ser concebido como droga “perigosa”, sem abrir margem para a discussão nos demais contextos sociais, quando pensamos, por exemplo, na correlação entre o modelo proibicionista de combate as drogas, sistema prisional e o encarceramento em massa no Brasil.

O conteúdo evocado pelos grupos focais, no que diz respeito à política proibicionista para se pensar a questão das drogas, se conflui com representações que colocam as substâncias psicoativas em si mesmas como geradas das mazelas sociais, justificando, consoante essas representações, que as drogas devem ser terrivelmente combatidas, mesmo que isso custe o esfacelamento de inúmeras vidas, quase sempre vidas bem jovens.

O exército brasileiro que tem trezentos mil homens. Esses caras ficam dentro dos quartéis sem fazer nada, pega esses caras põem nessas divisas, nesses limites com os países aí, pra tu ver se droga vai entrar fácil. [...]. Se legalizasse aqui ó, se legalizar ali, quem tá ali no meio de feira, tem comércio. Se legalizar aquilo ali, aquilo ali parece um terror, moço. Eu vou falar a verdade: eu sou contra, sou contra, qualquer tipo de droga. (GF 01).

Eu acho que um dos grandes males hoje da humanidade é a droga né. Seja ela o cigarro, seja ela outros tipos de entorpecentes, mas é o grande mal desse novo milênio, né. Se você for ver hoje em dia a maioria das chacinas das mortes que acontecem em [...] estão todas relacionadas às drogas. (GF 03).

Eu vou falar a verdade. Eu perdi um sobrinho, ele ia fazer dezesseis anos. Um colega dele e mais três, com ele quatro. Foi lá e o cara já dá o dinheiro trocado, aí vende a pedra lá de 50, aí foi tirar onda com a cara do cara. Levou dez contos aí o cara...ele vendeu, mas também depois que ele saiu, o

cara tava na esquina esperando ele, matou ele, o cara ficou tirando onda com a cara dele...lá já compra com o dinheiro já trocado. (GF 01).

É eu acho que o Brasil sem droga seria como uns países... tem gente aí que deixa a porta aberta noite e dia. Eu queria morar na Noruega. [...] mas aqui pra nós antigamente, vinte anos atrás era bem calmo, não tinha essas coisas, de vinte anos pra cá, eu não sei o quê que trouxe o país ficar essa violência, o povo violento, não sei. (GF 03).

A história das drogas, segundo Karam (2017), encontra-se contígua à própria história da humanidade, uma vez o uso de substâncias psicoativas não se configura como um fenômeno recente, mas sim um fenômeno presente massivamente em toda a parte do mundo e em diversas culturas, perpassando por rituais e tradições religiosas. Essas drogas, além de desencadarem estados alterados de consciência, elas também estão associadas ao uso recreativo e aos momentos de prazerosos entretenimentos, que fertilizam o surgimento de concepções moralistas a respeito da produção, consumo e distribuição de drogas, principalmente quando se instituiu nas primeiras décadas do século XX a política proibicionista, e quando se convencionou que algumas drogas fossem consideradas como perigosas, e por isso deveriam ser reprimidas, ao passo que outras poderiam ser comercializadas e utilizadas livremente. Anos mais tarde, em 1971, o presidente estadunidense Richard Nixon (1913-1994) declarou oficialmente uma “guerra às drogas”, engrossando o caldo do paradigma proibicionista de combate a determinadas substâncias psicoativas, que de modo transnacional se globalizou tomando dimensão internacional.

Karam (2017) questiona o modelo proibicionista no que concerne aos critérios que esse modelo se utilizou para apartar binariamente algumas drogas concebidas como ilícitas (*crack*, cocaína, maconha, heroína, etc) e outras como lícitas (álcool, tabaco, cafeína, entre outras), dado que todas essas substâncias são drogas que podem provocar alterações psíquicas, dependência e quadros de saúde severos em decorrência do uso abusivo, o que faz de todas elas potencialmente danosas ao ser humano, e não apenas algumas delas.

O que cabe destacar é justamente a curiosidade em saber como se sustentou e por quais motivações se efetivou a transição de uma configuração social em que o uso de substâncias psicoativas se caracterizava como uma prática de natureza recôndita, situada em uma vertente íntima e familiar, para se transformar em um problema de ordem pública socialmente edificado e institucionalizado (RODRIGUES, 2004). Nesse sentido, Fiore (2006) explicita que o paradigma proibicionista se materializou perante três principais vias, dentre outras: a) a influência cristã com a emergência do puritanismo estadunidense, que defende

uma não permissividade do desejo do sujeito em alterar voluntariamente sua própria consciência, como se houvesse um único modo de ver e pensar a realidade; b) a dimensão política e social quando as elites se preocupam “com os ‘excessos’ das classes e/ou raças vistas como inferiores e potencialmente ‘perigosas’” (FIORE, 2006, p. 23) e c) o fator econômico, quando se estimula o uso de determinadas substâncias, e se justifica a proibição de outras, tendo sempre em vista bons resultados financeiros. Nessa direção, as falas dos grupos focais ilustram essas três vias, quando afirmam:

Aí quando foi no último trago senti meu coração fazer assim, palpitou, aí eu parei, parei, deixei passar aquela reação, quando passou aquela reação, aí parece que foi Deus, foi a mão de Deus mesmo, falou: pega isso aí vai lá no vaso e joga na privada. Falei: pera aí, eu sou um pedreiro, tenho carteira registrada, todo mundo fala que eu sou um bom pedreiro e tu que tá me matando é? Fui lá peguei joguei no vaso e dei descarga. (GF 01).

A maconha eu acho, no meu ponto de vista, meu Deus se eu tiver pecando o Senhor me perdoa, Pai, eu acho que deveria liberar pra acabar, que pra mim o pior que tá acabando com os jovens é o *crack*. (GF 03).

E esse negócio quando a justiça não libera tem hora que a polícia pega pesado em pobre, em rico não, passa-se a mão na cabeça. Eu tô falando da minha cidade, eu não tô falando de outra cidade. Porque eu observo lá em [...] o tratamento como tem diferença de um pro outro: daqueles que tão lá usando e não são pegos e daqueles que por qualquer coisinha estão lá na cadeia. (GF 03).

Porque você chega no bar você toma de qualquer jeito. Com menos com um real você toma uma. E o problema é esse: o dono do bar tem comércio. O dono do bar se você fica devendo a ele, ele não manda matar você por causa de uma pinga, que você ficar bebendo lá. Mas, já os outros tipos de drogas se você ficar devendo uma pedra o cara lhe mata, a pessoa e mata sua família. Não pode não moço, eu sou contra. (GF 01).

As representações sociais têm como condição de existência uma relação entre sujeitos e objetos, ou seja, o ato de representar está condicionado a uma dimensão relacional de como um sujeito se refere a um determinado objeto. Assim, as representações sociais se configuram como fenômenos de natureza complexa, que estão sempre ativados de modo que eles circulam o tempo todo na nossa esfera social. Ao assumir o estatuto de fenômenos, as representações sociais se materializam no universo das crenças, opiniões, ideologias, imagens, valores, atitudes etc (JODELET, 2001).

Em consonância com esse pensamento, Spink (1995) reconhece o reduto consensual entre os pesquisadores que trabalham com representações sociais quando concordam que a produção de qualquer representação apresenta como um elemento pré-condicional dessa

produtividade a imersão no próprio campo e configurações sociais que as produziram. É justamente esse contexto de produção que nos possibilita “compreender as construções que dele emanam e nesse processo transformam” (SPINK, 1995, p. 121).

Jodelet (2001), enquanto pensadora e colaboradora do campo psicossociológico, no qual a teoria das representações sociais se situa, ao definir em que consistem as representações sociais, essa autora as explica de tal modo, que nos permite analisar que a concepção que hoje temos a respeito das drogas e de sua história, rigorosamente marcada por um lastro moral, repressivo e criminalizador, se conflui com aspectos que outrora foi social e convencionalmente instituídos, face os interesses político-econômicos bem demarcados, deliberando que o fardo pesado da lei incida sobre algumas classes étnicas e sociais bem circunscritas.

Nesse interim, Jodelet (2001, p. 22) apresenta as representações sociais como:

[...] uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber de senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, essa forma de conhecimento é diferenciada, entre outras, do conhecimento científico. Entretanto, é tida como um objeto de estudo tão legítimo quanto este, devido à sua importância na vida social e à elucidação possibilitadora dos processos cognitivos e das interações sociais.

As falas dos participantes nos grupos focais reiteram que nem a descriminalização da produção e distribuição das substâncias psicoativas ilícitas, nem mesmo a despenalização de seu uso não devem se materializar. Isso mais do que se ancorar em questões de ordem estritamente consensuais, evidencia uma expressiva dose de pânico moral acerca dos usos de drogas, sobretudo as drogas ilícitas (ALVES, 2015), o que fornece recursos para a consubstancialização de uma lógica de punição, que, por sua vez, se apresenta como principal e única saída para a resolutividade da problemática das drogas.

Tudo piorou no Brasil depois da nova constituição de mil novecentos e oitenta e oito. Aí você vai: inventaram a constituição, fizeram as novas leis, de você não poder reclamar o seu filho “de menor”. Aí vem lá Direitos Humanos, né? Conselho Tutelar...aí você não pode dar um tapa. Eu tenho um sobrinho que o pai dele foi dar e ele falou: você me dá um tapa e eu [...], sabe quantos anos ele tem? 14 anos. Aí você vai ver o seguinte: você chega num país como a Inglaterra, chamado país de Primeiro Mundo, aluno na Inglaterra apanha, aqui não pode. (GF 02).

Não é liberar dizendo pra comunidade que é uma coisa boa, por isso está liberando. Não. É liberar dizendo isso faz mal, isso mata, mas você vai pelo

menos descobrindo e podendo ajudar quem quer, quem quer se libertar. Por que muitas vezes quem tá numa situação dessa, ela vive no fim do mundo e ela se esconde. Então, na medida em que essas pessoas elas colocassem dispostos você poderia até ajuda-las, entendeu? Agora a sociedade ela tem que, não vamos dizer que vai descriminalizar a droga né, você vai descriminalizar a droga, você tem que ter também todo o cuidado pra não, de qualquer forma, você não transformar ela como uma coisa lícita e aceita pela sociedade como coisa boa. (GF 03).

Conforme Fiore (2012), o Estado para sustentar eternamente a centenária “guerra às drogas”, busca garantir legitimidade à política proibicionista por meio de um severo e bélico controle tendo sempre em vista impedir a distribuição e o uso das drogas que transitam pelas vias da ilicitude. Diante disso, ao longo dos anos, se naturalizou que o modelo proibicionista se consagrasse como uma condição necessária e suficiente para se abordar esse problema socialmente instituído, que é a questão dos usos de substâncias psicoativas.

Nessa conjuntura, podemos afirmar que afluiu-se sumariamente, sem a mínima consistência de um debate público, que o ato de consumir ou não determinado tipo droga perpassa por um viés moral, dando margem para a elaboração de leis repressivas, tal qual a atual Lei de Drogas n. 11.343/06 (BRASIL, 2006), cujo texto demonstra fragilidades em não deixar explícito, em termo de critérios caracterizadores se a quantidade da droga apreendida se enquadra como tráfico ou se esta será destinada para consumo próprio, deixando que a implantação do inquérito fique a cargo da interpretação policial. Não podemos considerar como um fenômeno de ínfima natureza, o corte socioeconômico que condiciona a aplicação dessa legislação, quando se evidencia uma seletividade penal, criminalizando facilmente os usuários das camadas mais pobres da sociedade (FIORE, 2012), que não raras vezes se configura como práticas de violência policial.

E eu vou lhe dizer porque: tinha um tempo na minha casa que tinha um vereador [...] ele é da civil e ele dizia pra mim que eles cansavam de armar, por exemplo, se eles quisessem prender você por raiva eles levavam a droga e colocavam dentro do seu carro pra fazer a prisão. Então, eu ouvi da boca de um policial que hoje é um homem já de seus setenta anos. Então pra mim se liberasse era melhor. (GF 03).

Aí quando chegou lá, tá eles fazendo o boletim de ocorrência eu sentado alí, naquele banco e tal, algemado assim, disse: “ô policial por que você me trouxe pra cá?”. Ele já tinha me dado um tapa na cara. Tanto na cara minha, quanto na cara do outro. Eu falei: “por que você me trouxe pra cá se você me falou que eu podia ir embora? Você me deu um tapa na cara, por quê? (GF 01).

Além disso, as representações produzidas pelos participantes, que legitimam o paradigma proibicionista, também se reverberam nos modelos de cuidado em saúde no contexto de álcool e outras drogas. Os grupos focais elucidam que todo processo terapêutico para evidenciar bons resultados e ser minimamente eficaz deve basear-se na prática da abstinência total, sem negociação com outro modelo assistencial, a exemplo das práticas de RD. Isso não apenas consubstancializa aspectos morais, revestidos por questões de natureza religiosa, mas também relativiza o argumento de que cada usuário de substâncias psicoativas responde de modo idiossincrásico a determinado projeto terapêutico, tendo como referência o saber médico, principalmente quando se trata da legalização da maconha para fins medicinais, como se os medicamentos também não se classificassem como drogas.

A Cannabis em certos países funciona como remédio. Pra remédio tudo bem. Não vou dizer nada. Medicação. Só que a bebida mesmo, a droga, o crack, a cocaína. Isso aí não. Isso não devia ser legalizada, não. (GF 01).

Mas, tá fazendo efeito em pessoas que dão convulsão. Ela [a maconha] tá fazendo efeito. Crianças que davam oitenta, cem crises... ontem eu peguei uma reportagem, diminuiu. Vieram pra cinquenta. A maconha eu acho, no meu ponto de vista, meu Deus se eu tiver pecando o Senhor me perdoa, Pai, eu acho que deveria liberar pra acabar, que pra mim o pior que tá acabando com os jovens é o crack. A danada da pedra do crack... eu tive, um dos meus filhos já trabalhou na delegacia como escrivão e ele me dizia, tinha um medo quando ele trabalhava... ele dizia assim pra mim: mas mãe, mas chega gente com negócio de crack viu. Então, eu tenho mais medo do crack do que da cocaína, da maconha...agora aí tem as ecstasy. (GF 03).

A criminóloga venezuelana Rosa Del Olmo (1990) contextualiza, no panorama latino-americano, a emergência de uma soberania médico-sanitária, que ao fundir com o modelo ético-jurídico, norteou os rumos das políticas e da abordagem às drogas, principalmente na segunda metade do século XX, instituindo a droga como um problema de saúde pública, que sob a égide de um discurso austero concebe de modo unilateral alguns usuários de determinados tipos de drogas na condição de doentes e “viciados”, ao passo que outros fossem denominados como criminosos e delinquentes, sem trazer à tona os determinantes econômicos, políticos e sociais, que incidem sobre essa questão.

Outrossim, Fiore (2006), em seu estudo sobre uso de drogas, no qual destaca as controvérsias médicas sobre essa questão, explicita que as autoridades médicas e jurídicas se afinam em relação ao consumo de drogas, no que tange em refutar o uso das substâncias psicoativas, que para a primeira autoridade configura-se um agravo à saúde, e para a segunda um crime, pelo qual o usuário deve ser punido. Apesar disso, não podemos negligenciar

diferenças de abordagens dentro da própria prática médica. Assim, alguns médicos estão mais afinados com uma vertente desmedicalizadora, alinhada com a política de RD, enquanto que outros sustentam um modelo médico-centrado, e priorizam aspectos orgânicos, legitimando práticas de cuidados baseadas em uma lógica repressiva, tal qual a abstinência, que para algumas pessoas podem provocar mais sofrimento, se comparado com o próprio uso das substâncias.

A interrupção abrupta do uso das substâncias psicoativas pode desenvolver uma série de sintomas, que se caracterizam como síndrome de abstinência, entre os quais podemos citar: insônia, alucinações visuais ou auditivas, ansiedade, entre outros. Esses sintomas podem se apresentar de maneira um pouco mais suave, enquanto que para outros podem gerar um elevado grau de sofrimento (LARANJEIRA et al, 2000).

Ela [a abstinência] vem? Vem. Entendeu. Mas, os seis primeiros dias parece que queimava por dentro aqui. Eu não tinha, olha, parece que minha vida não teria mais sentido, entendeu? É como se a graça de viver tinha terminado. Era mais ou menos... a sensação era essa, né? Não tem mais graça. Perdeu a graça, né. E a vontade e aquela coisa...só dava sentido a sua existência se você tivesse com o cigarro na mão. (GF 03).

Porque é uma falta. Você acha que você tá perdida...eu me procurava. Eu não tava me encontrando. Eu me procurava dentro de casa e eu dizia para mim mesmo: “ [Fulana], o que tu ainda quer? Fuma.” Comecei a tremer e fiquei trêmula porque bole no teu ego que eu vou te contar. Pense num danado. (GF 03).

No meu caso mesmo no início da abstinência...não foi brincadeira não. Eu tentei várias vezes. Por que? A minha reação foi muito forte [...]. Eu fiquei cinco noites sem dormir. Cinco noites na cama, rolando, rolando e depois das cinco noites sem dormir, comecei ver bichos. Tudo quanto é bicho que eu nunca vi na minha vida. Eu vou te contar é um sofrimento tão grande...cinco noites sem dormir. Mas, os bichos fizeram eu desistir da ideia, de novo. Eu quero saber disso o quê? É agonizante...pra conseguir entrar na abstinência. Aí quando eu retornei, já retornei mais reforçado. É ruim. Agora aqui pra nós que bebe essa, imagine quem usa aquela outra. Imagine. O que que esses caras não sentem. *Crack*, cocaína... (GF 02).

Vocês sabem que no catolicismo tem a questão da penitência. Então, se você fuma, você recebe uma penitência, ou... se você peca, você recebe uma penitência, não é isso? E o malefício do cigarro é como se fosse aquela penitência, né. Olha, “tô pagando, tô passando por isso, né, por quê? Porque eu fumei. Então, é mais ou menos isso se você quiser buscar uma metáfora para explicar essa situação, ela é mais ou menos isso: olha, você tá pagando os seus pecados nesse sentido. Então, você tá pagando agora a penitência: a penitência é essa. E eu achava que não ia passar nunca, né. Aquela dor, aquela sensação, aquele mal-estar...(GF 03).

Um planejamento terapêutico que se estruture exclusivamente na abstinência como modelo de tratamento se ancora em um discurso jurídico e repressivo, na tentativa de impedir qualquer padrão ou tipo de uso, não se preocupando em observar aspectos singulares de cada pessoa, da relação que ela estabeleceu com as drogas e nem mesmo perceber que alguns usuários não conseguem responder qualitativamente bem a esse modelo de tratamento. Diante de uma má adaptação ou da possibilidade em não aceitar esse tipo de tratamento, os usuários são vistos como “fracos”, “incapazes” ou até mesmo se percebem como pessoas que não têm a mínima condição de se “potencializar” para decidir em não mais fazer uso de substâncias psicoativas que, geralmente, se configura como um uso abusivo-nocivo (ACSELRAD, 2017).

Os participantes dos grupos focais, possivelmente alimentados por essa visão binária em usar ou não usar determinadas substâncias, e viesados por uma questão estritamente moral, priorizam a abstinência total como única possibilidade de cuidado, em matéria de dependência de substâncias psicoativas.

Muito doloroso [abstinência]. Mas, o que me dava alento era eu ver meu corpo limpo, era eu respirar, sentir o ar tá mais puro. (GF 03).

Eu frequentei o AA durante vinte e cinco anos. Foi o único lugar que eu posso dizer que me salvou mesmo foi o AA. Que na época que eu entrei no AA eu não calçava sapato que meus pés eram inchados, meu corpo aqui, o rosto era tudo manchado, aquelas manchas. (GF 02).

Quando têm as que dizem assim: “Ah, eu fumo três, quatro cigarros, tô achando que tô deixando”. Elas acham que...eu acho que não. Ou tu deixa de uma vez ou então, eu... Tem gente aqui que fica até com vergonha de dizer pra gente: “Ah eu fumo ainda três, quatro cigarros por dia. (GF 03).

Ademais, com o objetivo de instalar a abstinência em usuários de substâncias psicoativas, os participantes abordaram também que algumas instituições, ao se imbuírem de um discurso moral e repressivo, acreditam em práticas desprovidas de nenhuma finalidade terapêutica, com expressivo conteúdo punitivo. Essas práticas, sob uma perspectiva aterrorizadora, se configuram como possibilidade de se prevenir o uso de drogas, que em nada se coaduna com a proposta dialógica e horizontal que propõe o campo teórico-prático da Educação em Saúde.

Um dia esse policial falou: “olha vou te levar pra tu ir no [...] vê um fumante. Rapaz, eu vi eu assombrei. Mas eu pensei que eu ia sair de lá com uma outra mente. Aí é que eu fui fumar, porque eu fiquei preocupada de ver o pulmão do fumante. Por que tinha uns corpos lá: aqui fuma, esse não fuma. Eu falei: vem cá esse aqui já tá preto desse jeito. Olha, tu dá como perdida

tua vida. Eu já estava dando como perdida. Eu dava minha vida como perdida. Eu chorava muito. Eu tive uma depressão grande. (GF 03).

Mas o negócio era meio pesado, não tava acostumado com aquilo. Qualquer vacilo que a gente dava qual era o castigo: abrir um buraco de todo tamanho e depois encher de novo. Aquilo eu não tava acostumado com aquilo. Meu trabalho era leve. Eu trabalhava em gráfica, mexia mais com papel, impressão essas coisas, mas eu falei: como é que eu vou me sair dessa? (GF 02).

As práticas educativas, diante de um possível descuido dos profissionais de saúde, também podem se materializar como espaços no qual se reverberam as representações sociais tanto dos profissionais como dos próprios usuários, sendo que tais representações correm o risco de serem anexadas no processo terapêutico sem passar por nenhuma preocupação de análise crítica e de problematização.

Para Gazzinelli et al (2005), a proposta da Educação em Saúde visa desconstruir concepções de cuidado embasadas em uma relação vertical, que considera o sujeito como principal responsável pelos agravos à própria saúde, não reconhecendo que no processo educativo “lida-se com histórias de vida, um conjunto de crenças e valores, a própria subjetividade do sujeito que requer soluções sustentadas sócio-culturalmente” (GAZZINELLI et al, 2005, p. 201), e não apenas um elemento externo que deve ser assustadoramente combatido, a exemplo do uso de drogas.

d) As drogas e seus inegáveis prazeres

Não obstante as concepções apresentadas anteriormente, os participantes dos grupos focais dessa pesquisa não omitiram os prazeres que as substâncias psicoativas proporcionam. Embora as drogas sejam apresentadas com um potencial de perdas sociais, materiais e de destruição dos laços afetivos, elas são concebidas como fontes de prazer e entretenimento, capazes até mesmo de oportunizar a sensação de liberdade, o que diverge do discurso habitual de que as drogas se configuram como um suplício que conduz instantaneamente para a morte.

Acho que é a sensação de liberdade. Por exemplo: eu não posso chegar em casa, com a bebida em casa, porque minha mãe pega e joga fora. O que é que eu faço? Eu boto aqui embaixo o carotinho²¹, escondo quando ela me proíbe de alguma coisa aí me dá vontade. Quando me proíbe e quando me faz passar raiva. Raiva me dar vontade de beber mesmo. (GF 01).

²¹ Refere-se ao corote que consiste em um recipiente pequeno utilizado para guardar e transportar bebidas, geralmente, cachaça.

É gostoso... dá um prazer danado não é seu [Fulano]? Fala a verdade. Você tomar um cafezinho. Eu falava assim pros meninos [...] o menino: mãe vai tomar banho pra depois do banho tornar voltar a fumar... ó faz parte do meu show. (GF 03).

Eu não fico assim, doidão, lombrado. Aquela coisa toda, não. Me dá, me dá alucinação assim de sexo, o paladar é a mesma coisa da nicotina do cigarro, entendeu? É o mesmo prazer da nicotina do cigarro. É o prazer de tragar alí, você tá tragando aquela substância alí, entendeu? Eu é desse jeito. Eu não tenho prazer de falar: “Ah...porque eu fumei fiquei doido. Depois eu paro. Vou beber cachaça, aí fico doido”. (GF 01).

Mas, você tava aqui na mesa, tava na mesa com os filhos, mas aquela vontade era de sair logo da mesa porque depois do almoço, o danado do cigarro é gostoso. De manhã cedo, né, o de manhã e o do depois do almoço é uma delícia. [...] olha, a droga é uma substância prazerosa se não fosse ninguém usava, né. (GF 03).

Apesar dessa centenária guerra às drogas, implantada no início do século passado, que reluta o tempo todo em impor religiosamente a ideia que as drogas são ruins, completamente maléficas, e que não apresenta nada de prazeroso, não faz o menor sentido para alguns usuários. Essa visão não se conflui com as falas de pessoas que utilizam ou já utilizaram substâncias psicoativas, sejam elas ilícitas ou lícitas, uma vez que “a droga tanto aumenta o prazer quanto diminui a sensibilidade ao desprazer. E se oferece como meio para atingir um alto grau de independência do mundo externo e da realidade, proporcionando refúgio em um mundo próprio” (PACHECO FILHO, 2007, p. 31).

Os promotores desse modelo bélico de se abordar a questão das drogas, querem a todo custo, suprimir a ideia de que as drogas não oferecem nenhuma dose de prazer e satisfação, chegando até mesmo a produzir materiais educativos, que na maioria das vezes são endereçados aos jovens e aos adolescentes, que ao apresentar esta falácia, expõe de modo unilateral essa inverdade que os jovens não digerem com facilidade, e talvez por isso, essa metodologia de trabalho educativo não tenha obtido efeito desejado, que é coibir o consumo de drogas ilícitas.

De acordo com Bucher (2007), todo modelo de prevenção às drogas está condicionado por um viés ideológico, ora associado ao paradigma médico-jurídico-repressor, ora direcionado para o planejamento e desenvolvimento de práticas educativas dialógicas, considerando nesse processo os aspectos socioculturais dos sujeitos. O primeiro modelo se caracteriza por perceber os usuários de substâncias psicoativas como infratores, que devem ser abordados como condenados ou até mesmo sorrateiramente eliminados; o segundo modelo consiste em uma abordagem que privilegia a ética da prevenção, que nessa perspectiva, as

peessoas devem conhecer com transparência os efeitos que as drogas provocam, sem mentiras, demagogias e terror, mas devemos apresentar as substâncias psicoativas delimitando-as em contexto sociopolítico. Ademais, Bucher (2007) explicita, respectivamente, cada um desses modelos ao dizer:

Quando decorrente de propósitos ideológicos inconfessos – como manipulações da população ou de certas camadas, imposições de cunho econômico, interesses diversos vinculados a “lobbies” ou a hegemonias de poder – ela se torna propriamente uma ética perversa, pela discrepância entre os objetivos declarados e aqueles realmente almejados.

[...]

Para que a prevenção seja vinculada a uma ética não perversa, mas verídica, isto é, baseada em informações enunciadas com clareza e com conteúdos de veracidade, visando a objetivos transparentes, precisa-se de uma série de pressupostos no que tange ao conhecimento da realidade na qual se pretende intervir. (BUCHER, 2007, p. 117).

Nesse sentido, o segundo paradigma de prevenção se conflui com o modelo das práticas de Educação em Saúde, principalmente quando desenvolvemos essas práticas em sintonia com os direcionamentos de cuidado sustentados pela política de RD. Os princípios que embasam essa política de assistência no contexto de álcool e outras drogas, não menosprezam os desejos que emergem dos usuários, desejos estes que quase sempre aparecem no processo terapêutico, e quando percebemos que vivemos em uma sociedade consumista, “tendo o desejo como mola mestra desse processo que não sobrevive sem a continuada reinvenção do desejo e o incitamento à busca de sua satisfação. As substâncias tidas como drogas podem ser vistas como mais um produto para aquela satisfação, além de tamponamento para a insatisfação” (CAMPOS; SIQUEIRA, 2003, p. 392).

— Na hora que eu cheguei tinha um senhorzinho lá fora fumando, um idoso, mas tava com um cigarro tão...

— Gostoso.

— Tão gostoso.

— Olha, você lembrou hein?

— Não...gostei.

— Prazeroso, que o tal do cigarro é prazeroso. Eu nunca esqueço daquilo. (GF 03).

Porque se houvesse droga sem malefício eu acho que todo mundo usaria. O grande problema dela é justamente o que causa, as consequências que vêm e que ela traz. A droga como [Fulano] colocou, ela dá essa sensação de bem estar né e ao mesmo tempo você termina se acostumando a isso, né tornando a droga um amigo ou algo como que a bengala que você a partir dali não consegue mais conviver sem ela entendeu?! (GF 03).

Nessa perspectiva, as abordagens terapêuticas e de estratégias de prevenção à saúde, inseridas em um fazer clínico no campo das substâncias psicoativas, não devem pois aviltar os desejos dos usuários de qualquer tipo de droga, mas sim acolhê-los mediante um olhar compreensivo e integral. O cuidado deve materializar-se a partir de uma dimensão holística, conceber a pessoa em sua complexidade, incluindo seus anseios, desejos e o motivos que os sustentam.

e) O consumo de drogas e seus grupos de referência

Os grupos deixaram evidente que o uso de drogas encontra-se relacionado às experiências vivenciadas no âmbito familiar e nos grupos de amigos, o que nos permitem identificar elementos que compõem a elaboração de memórias produzidas coletivamente no que diz respeito aos usos de drogas e, concomitantemente a isso, emergem imbricadas nesse material mnemônico as produções representacionais dessas pessoas a respeito desses usos. O consumo de substâncias psicoativas, para alguns usuários, necessita de um critério relacional com os outros, sejam estes os familiares, os pares etc., bem como de um pertencimento, que se estabelece em um determinado grupo e em um determinado espaço. Nesse sentido, Halbwachs ([1950]2006, p. 41) afirma:

Talvez seja possível admitir que um número enorme de lembranças reapareça porque o outros nos fazem recordá-las; também se há de convir que, mesmo não estando esses outros materialmente presentes se pode falar de memória coletiva quando evocamos um fato que tivesse um lugar na vida de nosso grupo e que víamos, que vemos ainda agora no momento em que o recordamos, do ponto de vista desse grupo.

A constituição da memória coletiva de um determinado grupo a respeito de um objeto ou acontecimento está condicionada às relações que os indivíduos estabelecem dentro dessa configuração grupal. Dificilmente, nossas recordações são meros reflexos de elementos do mundo exterior que nos atinge, sem que isso nos afetasse de modo que “o uno não se manifestasse no diverso”, impossibilidade uma construção mnemônica de natureza coletiva. As produções de nossas memórias exigem intermitentemente um lastro de sociabilidade que nos marca sem o qual a nossa capacidade de recordação não seria viável (HALBWACHS, [1950]2006). Percebemos, então, que os usuários de substâncias psicoativas inseridos em uma dinâmica grupal, associam o consumo de drogas a um componente relacional, isto é, o grupo

de amigos que compartilham das mesmas experiências de uso, que possivelmente sem a vivência experienciada nesse grupo essa lembrança não seria possível.

— Já eu não tenho vontade de beber um carotinho sozinho. Eu tenho vontade de beber com amigos, com dois, três.

— É. Eu também.

— Eu não gosto de beber sozinho.

— Eu também não.

— Sozinho se eu comprar um carotinho fica lá o tempo todinho lá. E eu não bebo. (GF 01).

Porque eu tinha amigo [...] chegava lá de manhã já tava assim de gente, aí era bebida pra todo mundo. Na hora de pagar, quem pagava? O idiota aqui pagava. No outro dia tal, se tinha um churrasco, quem preparava o churrasco, comprava as coisas? Eu. Eu passei a frequentar aqui...noventa por cento deles não conversa mais comigo. Tá me olhando atravessado. (GF 02).

Tanto eu bebo quanto eu pago para os outros. Vou falar a verdade. Tanto eu bebo quanto eu pago para os outros. Tem hora que tomo dinheiro emprestado pra pagar para o outro, assim. Eu trabalhando no meio da turma lá, tem todo tipo de profissionais que você imagina. (GF 01).

Como já apresentamos, anteriormente, memória coletiva e representações sociais apresentam aproximações teóricas, tendo em vista a base sociológica de orientação durkheimiana, embora existam necessárias divergências conceituais. Desse modo, Sá (1996), ao apresentar a Teoria do Núcleo Central, elaborada por Abric (2001), reconhece o caráter durador e perenal que caracteriza a emergência da memória coletiva.

Desse modo, Sá (1996) aborda que os pressupostos teóricos que embasam a Teoria do Núcleo Central se confluem com os da memória coletiva, quando ele explicita os elementos caracterizadores do sistema central que integra essa teoria: o núcleo central de uma representação se caracteriza pela presença de aspectos sociais e históricos, ao contemplar aspectos valorativos de natureza grupal; o grupo solidifica as próprias representações, a partir de um universo consensual em comum para todos os componentes do grupo; as representações sociais cristalizam a tal ponto que torna-se difícil estabelecer o mínimo grau de maleabilidade, devido à consistência, que sustenta a continuidade do conteúdo representacional; além de uma insensibilidade aos contextos sociais nos quais emergem a representação.

Em relação a isso, o próprio Abric (2001) afirma que toda representação se organiza ao redor de um núcleo central, dado que este se configura como um elemento fundamental da representação, tendo em vista que ela é a responsável pela organização e significação do material representacional. Nesse sentido, para Halbwachs ([1950]2006), a memória coletiva

se materializa quando os membros de um determinado grupo são capazes de suspenderem, mesmo que uma condição intermitente, seus aspectos distintos e fortalecem aqueles que os unificam, como por exemplo, as relações familiares e usos de substâncias psicoativas.

A minha [abstinência] é muito pesada, a minha é forte . Eu segurando o *reggae* aí: “não, eu vou ficar um mês, eu vou ficar um mês”. Mainha toda alegre, mainha toda alegre. Meu Deus do céu, como mainha vai ver isso aqui? Aí quando passou um mês eu fui e usei, aí foi aquela decepção pra ela né? [...]. Depois meu pai me empurrando no cigarro, aí pronto. (GF 01).

O pessoal, nem minha mãe, nem minhas irmãs, ninguém conversava comigo. Já tava todo mundo por aqui, né...chateado. Dava desgosto, né? Porque uma das coisas do cara que usa droga é ele se prejudicar e prejudicar a família e os amigos. É mesmo. Daí é que começa. [...] e quando o pessoal viu que eu não tava bebendo mais passaram a conversar pouco comigo lá dentro de casa. (GF 02).

Não, as amizades não, eu acho o seguinte, no meu caso: é quando eu passo raiva e quando quer me proibir, por exemplo, às vezes eu já cansei de levar um negócio lá pra casa, tô lá com a bebida lá, eu mesmo pegar e jogar fora, mas quando minha mãe vai lá e quer me proibir aí eu quero tomar dobrado [...]. Mas eu vou só porque minha mãe... ela joga fora só por causa disso é que eu tomo, mas se não eu não ia tomar não. (GF 01).

E meu irmão não podia ficar no hospital. Eu tive que ficar no hospital, minha mãe não podia fica no hospital e aí eu tive que ficar com ele [pai] lá. Quando ele morreu, uma hora que ele morreu, o médico me chamou e disse que ele deu um infarto fulminante. Eu já tava cheirando já. [...]. No velório do meu pai eu tava bebendo cachaça e cheirando cocaína. (GF 01).

Aqui se evidencia a presença da figura materna como autoridade no âmbito familiar, embora a faixa-etária dos usuários participantes se caracterize, majoritariamente, por pessoas adultas; ao mesmo tempo em que o vínculo familiar entre o usuário e a família, por vezes, se configure por tensionamentos devido ao uso abusivo de drogas e suas consequências ao longo do tempo. Assim, as mães exercem e instituem em suas relações familiares uma postura de poder, que converge para solidificar a figura materna como uma referência que tem legitimidade para corrigir e dizer aquilo que deve ser feito e o que não deve.

Vale ressaltar, entretanto, que essa conduta materna em se apresentar como modelo para seus filhos ou até mesmo outras pessoas fazem abuso de substâncias psicoativas, pode se configurar como um entrave para elas mesmas, quando, porventura, necessitem aderir a um tratamento de saúde decorrente do uso abusivo de drogas. A posição de referência, que muitas vezes se conflui com a função da mãe no ambiente familiar, pode comprometer negativamente a adesão da figura materna em um programa ou projeto terapêutico, justamente

Em relação a essas substâncias, por sua vez, os participantes dos grupos sempre faziam questão de enfatizá-las: CIGARRO, BEBIDA e ÁLCOOL, possivelmente com receio de que fossem confundidos com usuários de drogas ilícitas, cujos nomes aparecem em uma localização periférica de significado nessa nuvem de palavras. Em nenhum momento dos grupos focais, apareceu o termo “redução de danos”, mas surgiu várias vezes a palavra ABSTINÊNCIA quando se referiram ao principal modelo de tratamento, o que nos faz inferir que as práticas de cuidado podem estar pautadas especialmente nesse tradicional modelo de assistência, minimizando outras formas de tratamento, como por exemplo, a RD.

É sabido que a proposta sustentada pela rede CAPS e preconizada pela RPB, não visa sacramentar uma única prática assistencial em saúde mental. Desse modo, quando se propõe traçar um projeto terapêutico pautado na lógica psicossocial, devemos respeitar as necessidades, limites e particularidades de cada usuário de substância psicoativa, bem como a relação estabelecida com elas para propormos juntos um PTS não apenas fundamentado na abstinência, mas também em práticas redutoras de danos, menos coercitivas e mais compreensivas.

5.8 EIXO TEMÁTICO II: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DO CAPS AD SOBRE DROGAS

Nesse eixo temático, analisamos as categorias referentes às representações sociais dos profissionais do CAPS AD, que emergiram das entrevistas, após a realização das etapas da Análise de Conteúdo. Começamos apresentando nesse eixo o que os profissionais de saúde mental pensam sobre as drogas; em seguida o que eles têm a dizer sobre a legalização/criminalização das drogas e, por fim, de que maneira as representações sociais sobre drogas se refletem nos modelos de tratamento do CAPS AD.

a) Drogas: um olhar dos profissionais do CAPS AD

Os profissionais concebem as drogas mediante um conceito já solidificado na literatura científica (LAPATE, 2001; LARANJEIRA et al;2000; FIORE, 2013; CARLINI et al, 2001; OMS, 2006; KARAM, 2017), que define as substâncias psicoativas como aquelas que afetam o SNC, podendo provocar alterações no estado de consciência, bem como nos aspectos comportamentais, de modo que potencializam o desenvolvimento de uma dependência. No entanto, emergiu, também, nas falas de alguns profissionais uma concepção

de natureza moralista que se conflui, nesse aspecto, com as representações sociais dos participantes dos grupos focais acerca das drogas e de seus múltiplos usos.

Os profissionais entrevistados desconsideram o contexto sociocultural em que as drogas são consumidas e sustentam um conceito reificado sobre as drogas definindo-as apenas por uma perspectiva médico-farmacológica ao enfatizarem que as substâncias provocam mudanças biológicas, psíquicas e comportamentais, com possíveis riscos de dependência. O próprio conceito parte da realidade global, ancorando-se em uma literatura médica, o que se justifica quando percebemos uma soberania desse conceito em documentos produzidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006).

Rapaz, assim, o que vem à cabeça hoje sobre a droga é mais o conceito vamos dizer assim mais teórico mesmo da coisa, né?! Aquele conceito-chave, né, chave, que a gente fala, né: qualquer substância capaz de alterar a função de organismos vivos, né. (P4).

Eu concordo com aquele conceito que diz que é toda substância que pode interferir no comportamento de alguém, né. Seja medicação, seja droga lícita ou ilícita, substâncias encontradas em algum alimento também, mas que age no sistema nervoso alterando comportamento, formas de pensar, formas de agir e que pode causar uma dependência. (P6).

Droga: qualquer substância química que altere, né, a questão do sentido da sua vida daquilo que você achou que não faria e faria. Tem algum tipo de alteração psíquica e física, eu acho. (P3).

Na verdade, a minha visão de droga era uma antes de eu entrar aqui e acabou se tornando outra depois de todos os estudos que a gente faz, né. Então, droga pra mim hoje é toda substância que altera o seu estado de consciência, de percepção, que afeta o seu sistema nervoso central e que faz você sair daquele estado de, digamos entre aspas, normalidade que você estava anteriormente. (P2).

Em relação a esse conceito previamente elaborado pelos profissionais de saúde, Olmo (1990) elucida que trata-se de um conceito encontrado em diversos textos de especialistas da área, mas sem maiores aprofundamentos teóricos, embora essa definição não se configure enquanto tal, de maneira satisfatória e convincente, além de partir de uma realidade universal e descontextualizada. Isso, indubitavelmente, ratifica a ideia de que trata-se de uma simples conceituação, uma vez que não define muito bem, colocando o entendimento de substâncias psicoativas em uma nítida imprecisão, o que contribui, de certa forma, para obnubilar um real significado que emerge das drogas e para colocar discursos descabidos em seu lugar.

Nesse sentido, a autora supracitada salienta, em relação a uma gama de escritos sobre essa definição das substâncias psicoativas:

Sua grande popularidade gerou um excesso de informações muitas vezes distorcidas, que levaram a uma lamentável confusão, com suas respectivas conseqüências. Basta rever a proliferação, nos últimos anos, de livros, artigos e entrevistas sobre a droga, cheios de preconceitos morais, dados falsos e sensacionalistas, onde se mistura a realidade com a fantasia, o que só contribuiu para que a droga fosse assimilada à literatura fantástica, para que a droga se associasse ao desconhecido e proibido, e, em particular, ao temido. Isto é, à difusão e concretização posterior do terror. Converte-se desta maneira na “responsável” por todos os males que afligem o mundo contemporâneo porque a própria palavra está funcionando como estereótipo, mais do que como conceito; como crença, mais do que como descoberta científica pesquisada. É o bode expiatório por excelência. (OLMO, 1990, p. 21-22).

Em uma perspectiva moscoviana, todos as classificações, imagens e descrições, até mesmo as reconhecidas por seu caráter científico, que transitam o tempo todo dentro da sociedade, só se materializam devido a um conhecimento elaborado anteriormente que se ancora em uma memória compartilhada coletivamente e do potencial reprodutivo que se encontra na linguagem, o que desata os nós dos conhecimentos do tempo presente (MOSCOVICI, [2000]2015).

Nesta acepção, outro elemento significativo no sistema representacional dos profissionais entrevistados, reflete essa característica imprecisa de uma definição “consagrada” a respeito das drogas, deixando evidente a dimensão moral que este objeto consensualmente está acometido, o que faz recair sobre ele as dificuldades de natureza socioeconômica e ordem política, que em vez de serem problematizadas macrossocialmente, são meramente justificadas sob uma análise moral, chegando até mesmo associar a dependência química com o termo pejorativo denominado “vício”.

É toda e qualquer substância, né, que a gente traz pra vida da gente que gera dependência. Então pra mim tudo isso é droga, né. O que gera um vício, uma dependência [...]. Então assim o mundo das drogas... a gente vê muito pessoas sem expectativas, a gente vê muitas pessoas sem objetivos de vida, né, então geralmente essas pessoas elas tão mais propícias, ou seja, não têm uma... muitas das vezes as pessoas elas não têm uma rotina, elas não têm uma visão do que elas querem para o futuro, então assim, elas acabam se fechando mesmo, né, e muitas vezes isso aí faz parte, a rotina delas é essa. Então é essa a questão de o mundo das drogas, então são na maioria das vezes as pessoas, é mais por questão de cultura mesmo, de uma expectativa de vida, da falta de expectativa de vida e tal. Então é, pra mim é isso. (P1).

É. Eu já tolero mais o uso, até das ilegais, consideradas ilegais, principalmente da maconha. Já o *crack* e a cocaína eu não acho que sejam drogas que dá pra ficar só no uso, que nada vai acontecer de ruim, né, de dano. Não, sinceramente, não acho. A maconha eu acho que dá pra ainda ter

um controle melhor de si, né, você com o uso da substância. Eu acho que as outras já têm uma interferência ... muito mais complexas do que... sei lá interfere na vida, na questão financeira, não é? A galera não aguenta, isso interfere na vida da pessoa. Então o físico, né, não acho que dá pra usar assim ... somente ... não sei, não acredito nisso não [...]. Eu acho que é pela potência de cada uma. Eu me pego na potência. A maconha ela tem...o que se provou, têm os estudos, que usa dessa forma, acontece isso. Tinha até o paciente que faleceu esses dias, ele sentia muitas dores. Ele é usuário da maconha, meu Deus do céu, esse homem usava uma maconha péssima. Porque ele não tinha nenhum de tipo...um relaxante pra questão de dor não funcionavam, mas eu acho que o *crack* e a cocaína tem uma potencialização diferente. Não sei. Talvez seja um engano meu. Mas, eu acho que tem. Não é a mesma coisa não. (P3).

Alves (2015), em sua pesquisa sobre o contexto social dos usuários de *crack*, envolvendo suas características e significados a respeito dos usos dessa substância, aponta a existência de um pânico moral sobre o *crack* e os craqueiros. Nas falas dos entrevistados para esta pesquisa ilustra-se uma dose desse conteúdo moral, quando percebemos uma tolerância para outras drogas, incluindo entre estas a maconha, mas o *crack* e a cocaína são definitivamente intoleráveis, insuportáveis, como se o uso em si desencadeasse uma desgraça tamanha capaz de desvirtualizar todas as qualidades e potencialidades dos usuários.

Diante disso, não podemos, de modo algum, nos eximir em reconhecer que há uma função coercitiva que elabora esse pânico moral a respeito dos usos do *crack* e da cocaína, que pode sim existir em relação a outras drogas, no entanto, de forma bem mais suave. Por compor uma determinada sociedade e em um determinado tempo, somos impelidos coercitivamente a pensar e representar os objetos sociais da nossa era, o que Moscovici ([1988]2011, p. 46) explica com as seguintes palavras: “você reconhecem o fato social na coerção que se exerce de fora sobre a nossa vida e marca nossos gestos, nossos pensamentos e nossos sentimentos. Sob muitos aspectos, ela se assemelha a uma outra coerção que sofremos: a do mundo físico”.

b) Legalização versus criminalização das drogas: o que os profissionais de saúde mental têm a dizer?

As entrevistas evidenciaram que os profissionais do CAPS AD não possuem uma posição sedimentada sobre a questão da legalização /criminalização das substâncias psicoativas. No entanto, estes profissionais, abordam que o contexto social brasileiro não está suficientemente maduro, no sentido de que não estamos preparados para acolher e vivenciar a legalização das substâncias psicoativas (hoje, ilícitas); ao mesmo tempo que reconhecem a

necessidade de repensar uma nova política de drogas, dada a evidência de um paradigma proibicionista falido.

Para Boiteux (2017) há vários modelos de controle de substâncias psicoativas, perpassando do modelo proibicionista ao modelo legalizador. O primeiro modelo busca uma interdição e criminalização das drogas, incluindo desde a sua produção, distribuição, posse e uso, justificando que somente por meio desse viés o uso de drogas e suas possíveis consequências poderão ser evitadas; ao passo que o modelo legalizador, contrariando o modelo anterior, propõe uma nova abordagem de se perceber o fenômeno do uso abusivo de substâncias psicoativas. Esse segundo modelo considera que apenas a descriminalização dos usuários não responde satisfatoriamente bem a questão que se alinhavou a respeito do uso de drogas, e se sistematiza em quatro tipos: a) liberação total das drogas; b) legalização liberal: caracterizada pelo controle do mercado, mas que pode dar margem para alguns controles por parte do estado; c) legalização estatizante: controle total pelo Estado e d) legalização controlada, que se configura como um modelo de natureza intermediária. Dessa forma, preocupamos em deixar explícito que quando tratamos de legalização, não nos referimos a uma única modalidade específica do modelo legalizador, mas sim como uma proposta alternativa para pensarmos um novo modo de abordagem às drogas, que diverge da lógica repressiva do proibicionismo clássico.

Embora essa questão não possa ser discutida levemente, não podemos nos eximir em pensar que tanto a decisão de tomar partido sobre uma determinada questão, mesmo sem militância, quanto o não tomar uma posição, ambos sempre partem de um conjunto de crenças, convicções e pensamentos, que formam nosso sistema representacional, e que uma vez ancorados em argumentos consensualmente cristalizados, se objetivam em nossas práticas cotidianas, materializando-se como elementos consubstanciados, a partir de produções de memórias produzidas coletivamente. Isso não deixa de explicitar também os processos de formação desses profissionais, principalmente, em uma perspectiva de formação continuada a respeito das substâncias psicoativas e suas problemáticas.

Com algumas coisas, eu concordo com a corrente proibicionista e com outras coisas eu concordo com a corrente antiproibicionista. Então eu fico numa situação pra mim muito incômoda que eu fico quase em cima do muro. (P2).

Bom. Eu ainda não tenho opinião formada sobre isso. [...]. Só que eu não sei se o Brasil está preparado pra isso, pra legalização das drogas, né, porque...a gente tem experiências em outros países, mas olha o tamanho dos outros países e olha o tamanho do nosso, né. Então assim: eu não sei. (P5).

Não sei, ainda. Eu ainda não sei. É uma coisa que eu penso, mas ainda não sei se liberar assim, né? Talvez eu ainda tenha esse pensamento de senso comum, mas eu não acho que uma pessoa que faz uso, é uma coisa assim, não vai voltar pra sua rotina. (P3).

O proibicionismo tá ruim e a legalização eu tenho algumas ressalvas ainda, na verdade eu estou em cima do muro, bem em cima do muro ainda com essa questão. Não sei se é um certo conservadorismo assim de [...], mas estou um pouco ainda em cima do muro, assim, conceder a legalização da droga, talvez seja algo até meu mesmo assim, talvez eu também não tenha um embasamento porque eu não sou a favor da legalização talvez seja até interessante mesmo. (P4).

Acsehrad (2017) reconhece a necessidade de se buscar cada vez mais uma formação alinhada com os direitos humanos, tanto para os profissionais do campo da saúde quanto para os profissionais da educação, uma formação que se contraponha àquela formação predominante, ou seja, alimentada pelo modelo proibicionista. Não é difícil perceber que, apesar de algumas políticas alternativas à essa abordagem predominante, tal como a RD, é possível notar fortes e evidentes vestígios de uma formação ainda verticalizadora ao se tratar das substâncias psicoativas, que implica em uma verticalização de práticas sociais de natureza educativa e preventiva.

Nesse sentido, a ilegalidade das drogas, legitimada por esse modelo de formação predominante, propicia condições de um péssimo uso das substâncias, tanto das drogas em si mesmas, por serem de má qualidade, sem nenhum controle nesse sentido, quanto das próprias condições de uso, que se configuram como fator de risco que potencializa agravos à saúde dos usuários de substâncias psicoativas. A proibição, também, pode provocar um determinado grau de isolamento por parte dos jovens e adolescente usuários em relação aos grupos que podem fornecer informações e esclarecimentos, dificultando relações proximais entre os usuários e os educadores, por exemplo (KARAM, 2017).

Os profissionais do CAPS AD, ainda que tenham evidenciado uma posição não muito bem delineada a respeito da legalização/criminalização das drogas, sinalizam um discurso que não diverge daquele que está consensualmente condensado nas relações do senso comum, que consiste em uma suposta imaturidade dos brasileiros em relação à legalização das substâncias psicoativas ilícitas, ou melhor, que sociedade brasileira deve se preparar para absorver a legalização das drogas que atualmente são proibidas.

Só que eu não sei se o Brasil está preparado pra isso, pra legalização das drogas. (P5).

Eu acho que o Brasil ele ainda é muito imaturo ele ainda não tem, na minha concepção, com todos os meus valores e as minhas crenças e meu contexto, eu acho que ele ainda não tem maturidade suficiente para exercer a fiscalização que existe em outros países que legalizaram, onde você tem um controle maior desse uso que é permitido a uma certa parcela da sociedade, né, com fiscalização, a partir de x idade, x quantidade durante o mês. Eu não vejo o Brasil tendo esse tipo de maturidade dessa responsabilidade. (P2).

Eu tenho medo porque esse negócio da legalização em si, a gente vive em um país tão difícil, não sei se a gente tem maturidade para legalizar as coisas não, de uma maneira administrativa, política, econômica mesmo, não sei se o nosso país tem maturidade pra isso não. (P3).

De acordo com Acselrad (2017), o que ela denomina de uma formação de caráter dominante ao se infiltrar e fundamentar toda uma legislação globalmente instituída, se sustenta por meio de uma configuração bélica em praticamente todas as partes do mundo, ao passo que modelos alternativos e horizontalizados, dificilmente são compreendidos e concebidos como vias de possibilidade de mudanças para se pensar um novo modelo que aborde esse problema intencionalmente produzido. Nessa direção, a autora afirma que:

O primeiro tipo de formação ganha o senso comum, sendo comuns as afirmações de “prefiro morrer a usar drogas” – não seria melhor estar vivo e se cuidar? Ou ainda, “não estamos preparados para a legalização, a mudança traria aumento brutal do consumo” – experiências locais registram aumento moderado, redução das mortes por overdose, aumento da busca por orientação e atendimento. (CATTACIN; LUCAS; VETTER, 1995) O segundo tipo de formação ganhou credibilidade com a proposta de Redução de Danos: se nem todos que usam drogas querem, podem e conseguem interromper o uso, melhor é diversificar e construir alternativas para que essas pessoas não fiquem à margem de orientação e ajuda. (ACSELRAD, 2017, p.125).

Nossos pensamentos e posicionamentos sobre os problemas que nos cercam, perpassam pelas experiências pelas quais passamos previamente. Isso nos possibilita dizer que sempre recorreremos às nossas memórias e, conseqüentemente, às nossas representações, que uma vez que solidificadas não são facilmente manipuláveis e moldadas. Nossas memórias, das quais dependem nossas representações, se condensam de tal modo que são capazes de condicionar e materializar nossas práticas (MOSCOVICI, [2000]2015).

Os profissionais, apesar de afirmarem que não possuem uma concepção formada sobre a legalização/criminalização das drogas, eles reconhecem a necessidade de uma mudança nos direcionamentos políticos no tocante à problemática das drogas, e chegam até mesmo a

sinalizar que a legalização pode se desenhar como um caminho viável para repensar a configuração da política de drogas.

Acho que alguma coisa tem que ser mudado nele, do jeito que tá... se for a legalização eu acho pode ser válido uma tentativa, mas eu não sou da linha assim totalmente otimista: vamos legalizar vai resolver, que os traficantes vão perder espaço, que vai ficar tudo... eu não sou tão otimista assim não [...]. Então, eu acho que já tá fadado assim, já mostrou, tem um tempo já isso aí e não tá dando resultado, pelo contrário a coisa tá é piorando, né, assim tá matando mais, tá morrendo mais e não tá tendo, vamos dizer assim, respaldo para manter. Não tem argumento hoje que você usa pra manter essa política aí, né. (P4).

Não. Acho que sim, acho que daria pra ser legalizado, né. Claro que com toda uma normatização, né, referente a controle de qualidade, de quantidade, idade, esses critérios assim. Algo que tenha um regimento, um certo controle, uma padronização. (P6).

Diante disso, o que nos chama atenção é um cuidado ou uma preocupação em se posicionar, enquanto profissionais de saúde mental, bem como em expressar um pensamento não muito convencional de modo que é necessário justificar e colocar de uma maneira bem circunscrita em quais condições e situações convém tomar uma posição. Isso até certo ponto é interessante, mas não nos convém somente perceber que o proibicionismo trata-se uma política falida, e alimentá-la microssocialmente todos os dias em nossas relações, ratificando a ideia de que não obstante há falhas nessa política, não se tem alternativas para abordar a problemática do uso abusivo de drogas. Dessa forma, justifica afirmarmos que não podemos esperar nenhuma mudança, se repetimos os mesmos e velhos erros (KARAM, 2017).

c) Modelos de tratamento: Redução de Danos e a abstinência

As práticas alinhadas à política de RD foram apresentadas como necessárias, justificando uma mudança na assistência à saúde no âmbito do cuidado de álcool e outras drogas, mas os profissionais revelaram dificuldades do ponto de vista prático tanto para eles mesmos quanto para os usuários. Estes últimos, de acordo com os profissionais, geralmente, chegam ao serviço com objetivo de parar definitivamente com o uso de substância psicoativa e não para reduzir os danos, o que também condiciona a prática profissional.

É sabido que a abstinência total ainda se configura como o principal modelo de assistência para usuários dependentes de substâncias psicoativas em dispositivos de saúde mental, principalmente, em estabelecimentos como as comunidades terapêuticas (CTs) que algumas delas recentemente passaram a ser financiadas com recursos do SUS (BRASIL,

2011), sendo alvo de discussão no campo da saúde mental. No entanto, esse modelo de abordagem só faz sentido quando parte da própria pessoa, que faz uso das substâncias, um desejo explícito em interromper definitivamente com o uso (ACSELRAD, 2017), o que comumente ocorre com os sujeitos que buscam assistência do cuidado no CAPS AD, mesmo que este serviço ofereça uma alternativa de cuidado, que é a RD, conforme relato dos profissionais.

Mas, para todos aqueles que perceberam: “ó pra mim reduzir não dá. Pra mim eu tenho que ficar abstinente”. E têm algumas substâncias que elas são muito...a dependência delas é muito severa, que fica difícil a pessoa reduzir. É assim: ou abstinência ou retorno ao uso. Então pra essas pessoas, a abstinência. O sucesso, entre aspas, do tratamento vai ser se manter abstinente. E pra outras que não têm o intuito de parar com o uso total agora, se a gente conseguiu reduzir dano, eu acho que já foi benéfico e já foi válido. (P2).

Então, tudo isso faz parte, né, numa questão de Redução de Danos e aí eu acho interessante, mas na maioria das vezes isso não é uma...os usuários que vêm eles não vêm querendo reduzir danos, assim, ou seja, reduzir danos no sentido de diminuir quantidade de uso e tal. A maioria dos usuários eles já vêm: “Não, eu quero abstinência. Eu quero parar”. Então, mas maioria das vezes o serviço trabalha com o que os usuários querem e ele chega querendo abstinência. (P1).

Talvez ele não esteja no momento, se sentindo preparado pra abstinência ou não queira, simplesmente não queira, né. Então, eu vou trabalhar com Redução de Danos. Mesmo que ele mantenha o uso, porém tentando minimizar os danos deste uso e melhorar sua qualidade de vida como um todo e esse mesmo usuário mais na frente, ele mesmo pode desejar, né, abstinência. Abstinência total. (P6).

Dessa forma, a RD, da mesma maneira que a abstinência, não pode se universalizar se colocando como um único modelo de tratamento para todas pessoas que fazem uso abusivo de drogas. Há indivíduos que respondem bem ao processo terapêutico sustentado pelo paradigma da RD, enquanto que outros não. Para a inserção nos dispositivos de saúde mental, como os CAPS, a oferta do cuidado por meio da RD, não exige unilateralmente, a presença obrigatória das práticas de abstinência, mas estas podem vir a ser uma consequência dessa prática humanista e tolerante. No entanto, não se pode desconsiderar também que optar pela abstinência total pode ser um desdobramento de um aspecto moral, cuja intenção é buscar a “completa limpeza” do corpo, mesmo que esse itinerário terapêutico trilhado por algumas pessoas, seja muito mais doloroso, e quiçá, ineficaz. Isso, obviamente, pode ser oriundo do conteúdo das nossas representações sociais, que não raras vezes estão ancoradas em preceitos

religiosos e fundamentadas em uma perspectiva moralista, concebendo os princípios de RD, não como práticas de cuidado, mas como alusão e incentivo ao uso de drogas.

Para Moscovici ([2000]2015), quando não nos apropriamos dos conhecimentos científicos para analisarmos um determinado fenômeno, como por exemplo, o consumo de drogas e seus desdobramentos, corremos o risco de percebê-los de maneira uniforme e consensual, não se perguntando o que sustenta a objetivação dessas práticas sociais, e isso, de certo modo, contribui para um fortalecimento desse pensamento comum. É notório, então, que a proposta da RD, não se materializa com evidente substancialidade nos dispositivos de saúde mental, justamente porque a representação social presente consiste naquela de que é por meio da abstinência que todos dependentes se “libertarão” das drogas, e não pela redução dos seus possíveis danos.

Os profissionais desse serviço de saúde reconheceram as potencialidades da política de RD, destacando aspectos relevantes que emergem dessa estratégia de cuidado como uma alternativa às práticas hegemônicas de abstinência. Reduzir danos não pode, de modo algum, ser confundido como uma apologia ou incentivo ao uso abusivo de drogas como pode ser, consensualmente, pensado pelos próprios usuários e até mesmo por alguns profissionais. Quando algumas pessoas decidem e desejam usar algumas substâncias, principalmente se estas estiverem em um quadro de dependência química, o fato de ofertar ou não alguns objetos para que eles façam um uso seguro das drogas, não se configura como um fator que iniba ou estimule o uso.

Ela quer fazer uso, mas você colabora para redução do dano que esse uso vai fazer. Então o quê que é pior: é a pessoa pegar e fazer um cachimbo arcaico num pedaço de latinha, numa latinha ou num copo de água ou num pedaço de cano usado e compartilhar aquilo ali com geral ou ela ter o seu cachimbo específico, único, individual? E aí ela não se submeter a uma doença, de que o uso, uma DST ou uma doença que uso compartilhado pode provocar isso. Então, o uso reduziu o dano? Reduziu. (P2).

Tem que existir, tem que ser difundida. Tem que ter muito diálogo com relação a isso. Abrir a cabeça de muitas instituições, que a Redução de Danos ao contrário do que muitos pensam não é incentivo a uso. “Ah, poxa, você vai lá...”, aquela conversa: “...você vai dar cachimbo pro cara, você vai dar isso pro cara, você tá incentivando o cara usar e tal”. Ele vai usar sem você dar nada. Ele vai usar e vai usar com o que for, com o que ele achar. Não é porque você tá dando uma coisinha ou outra aqui pra ajudar ele não pegar uma doença sexualmente transmissível, que vai fazer ele usar ou não usar a droga. Então, é válido demais. (P4).

Eu acho legal a política de Redução de Danos, porque mesmo que o camarada não esteja disposto a abandonar aquele uso, né, ele ainda, ele vê vantagens ou não consegue deixar as substâncias, mas ele não é só a pessoa

que usa droga. Ele é um camarada que ele precisa ser enxergado de forma holística, né. (P6).

A lógica da RD, consoante Vallim (2017), se preocupa em reduzir os prejuízos provocados pelo uso abusivo-nocivo, tendo como foco principal o cuidado com a pessoa usuária de drogas, bem como respeitando o desejo manifestado por esta em fazer uso das substâncias, e jamais repreendê-la ou julgá-lo por isso. Nesse sentido, Queiroz (2001), ao discutir sobre a RD explícita que essa estratégia não se fundamenta meramente, em uma questão ideológica, visto que é evidente que a RD, se configura como uma abordagem que além de ser humanizada, possui um baixo custo financeiro se comparada com outras abordagens convencionais.

Nessa direção, os profissionais do CAPS AD sinalizam que este serviço potencializa uma produção de cuidado integral, na medida em que os usuários que dele participa são acolhidos de forma empática e não-punitiva, de modo a construir em configuração coletiva, por meio do trabalho em equipe e em conjunto com o usuário, um projeto terapêutico singular, de acordo com as possibilidades e necessidades do sujeito.

Então, aqui eu acho um espaço onde possibilita ele ainda ter voz ativa, ser participativo, ser respeitado, né, ser acolhido, não ter nenhum tipo de julgamento de questão moral, esses critérios do acolhimento, que a gente conhece, né. Aquela escuta não punitiva, que a gente fala, né. (P4).

Porque cada indivíduo...por isso se chama de singular. O tratamento, o PTS é um Projeto Terapêutico Singular. É de cada um. Então, eu procuro nos grupos que eu trabalho eu procuro fazer, trabalhar sempre a motivação. Mostrar pra eles o quanto eles têm potencial. Quando a gente quer fazer, a gente consegue. Por mais que a gente tenha muitas dificuldades. Talvez a gente não consiga e aí essa questão que a gente falou da Redução de Danos. (P1).

Então, eu acho que quando a pessoa ela geralmente, quando ela vem, né, trazida por alguém, trazida por um familiar também, vai variar muito do momento do usuário, do desejo dele. Eu vejo que dá mais certo quando a gente percebe que tem um desejo dele de alguma mudança de atitude. Tem muito essa questão. (P6).

Mas a redução de danos ela pensa o seguinte: a pessoa tem o direito de escolha? Sim, ela tem. Então, você começa a agir com conjunto de atitudes, um conjunto de estratégias que uma vez que a pessoa faça o uso, o impacto no corpo dela seja reduzido, aí é que tá, redução do dano. (P2).

Para Paiva e Costa (2017), a análise da problemática do uso abusivo de drogas não pode se esquivar de contextualizar essa questão em uma perspectiva socioeconômica e de ordem política, possibilitando a emergência de seres sociais e politicamente ativos, e

A palavra DROGA se configura como o objeto em torno do qual as entrevistas deram ênfase, sendo abordada pela perspectiva de que a PESSOA, e não meramente o usuário de drogas, deve ser concebida com suas demandas e suas potencialidades. Outrossim, os profissionais se referiram à prática de REDUZIR o DANO como modelo de tratamento que pode potencializar um cuidado integral, respeitando sempre o desejo da pessoa em usar ou não a substância psicoativa.

Embora os profissionais afirmem a necessidade de uma estratégia de cuidado baseada na RD, eles reconhecem que têm dificuldades em trabalhar com essa estratégia, considerando que muitos usuários que procuram o serviço não têm intenção de reduzir o dano, mas sim de interromper bruscamente o uso de drogas, mesmo que o processo de abstinência desencadeie momentos dolorosos. Além disso, notamos uma dificuldade de natureza pragmática por parte dos profissionais de saúde em operacionalizar um cuidado sustentado por essa abordagem redutora de danos, o que pode ser ilustrado nas seguintes falas:

Pois é. Pra mim a política de Redução de Danos ela não tem...a gente trabalha muito com a abstinência. Existe a política de Redução de Danos, mas ela não é...não se trabalha tanto, ela não é...não tem uma visão ainda...a gente vê que a Redução de Danos, a maioria das pessoas que vem ao serviço elas querem parar, né. Elas procuram o serviço porque elas querem parar. (P1).

Aqui mesmo a gente tenta com algumas pessoas e até mesmo a gente só acredita na tentativa, né. Ela não é palpável. Ela não é visível, às vezes. Então ela é mais difícil da gente acreditar, da gente propor e da gente embarcar nisso junto. Mas, é uma coisa nova que mexe com a gente bastante, a questão da Redução de Danos. (P3).

Porque às vezes a pessoa chega, a gente por mais que a gente trabalhe pra redução de danos, a gente na maioria das vezes, a gente quer que as pessoas parem de usar. (P5).

Possivelmente as dificuldades encontradas pelos profissionais em trabalhar com a RD, não apenas se materializam como consequências da demanda de usuários que desejam a abstinência como único e principal tratamento, mas também podem ser produtos da nossa própria referência e daquilo que representamos como prática de cuidado, principalmente, em se tratando de uso abusivo de drogas. Nessa perspectiva, para Lima Junior et al (2017) há uma morosidade por parte de muitos profissionais em perceber que a RD foi incorporada, em 2011, como uma política do Ministério da Saúde, o que faz persistir uma representação de que a RD se configura como uma estratégia que propicie ou facilite o uso de drogas.

Diante disso, é perceptível nas falas dos profissionais, a evidente necessidade de uma formação permanente sobre RD, tendo em vista uma melhor compreensão dessa prática de cuidado, o que pode implicar em uma assistência de qualidade para aquelas pessoas que não respondem a um projeto terapêutico pautado na abstinência ou mesmo não desejam abandonar o uso de drogas. Esses profissionais podem também pensar em projetos terapêuticos que conciliem ambas abordagens de cuidado, dado que as práticas de RD e de abstinência não se excluem, mas podem se complementar.

Acho que a saúde...se a gente tivesse capacitação mais contínua de recursos humanos pra coisas como essas de Redução de Danos, a gente fazer melhor, né, ou entender de outra forma. Uma coisa contínua. Então eu acho que são duas coisas que poderiam nos ajudar bem mais. Deixava a gente melhor. (P3).

Quem tá na saúde mental voltado a esse público que faz uso de álcool e outras drogas, até dentro desse público, a redução de danos ainda é algo que precisa ser muito estudado e muito debatido. (P2).

A minha única questão com relação à Redução de Danos é que, talvez eu não sei nem se eu vou conseguir explicar, mas é que ela, às vezes, acomoda o profissional. O que que eu quero dizer com isso? Às vezes, a gente, não sei se é porque eu acabo exigindo muito de mim, pode ser coisa minha também, mas eu acho que às vezes a gente se contenta muito com pouco. A gente corre o risco de ficar numa armadilha de se contentar com pouco, o tempo todo, né. Então assim: você faz uma ação, você vai fazendo, vai fazendo, vai fazendo não tem resultado nenhum. Aí você cai em uma de falar assim: “ah mas pelo menos a gente tá oferecendo isso aí pra ele, né”. O cara não teve melhora nenhuma. Nada. Não mudou nada. (P4).

A formação acadêmica dos profissionais de saúde, no Brasil, ainda apresenta deficiências no que diz respeito à abordagem da temática das drogas, principalmente sob a ótica da RD e dos direitos humanos. A produção do cuidado em saúde não pode se sustentar, simplesmente, como consequências de procedimentos técnicos-assistenciais e desdenhar indispensáveis aspectos éticos, sociais e políticos, os quais já devem ser discutidos nas matrizes curriculares dos cursos de graduação da área da saúde. Isso, seguramente, possibilitará que os profissionais egressos desses cursos compreendam que a qualidade da assistência nesse campo de cuidado perpassa tanto por questões subjetivas, bem como ações objetivas, o que faz denotar a dinamicidade e diversidade desse campo de cuidado (LIMA JUNIOR et al, 2017).

Destarte, procuramos analisar as memórias e as representações sociais dos usuários do CAPS AD, bem como as representações sociais dos profissionais desse serviço. As primeiras, pertencentes aos usuários, predominam elementos representativos que ratificam as drogas

como ativadoras de prejuízos sociais, econômicos e afetivos, o que para os usuários, justifica a sua demonização e a política proibicionista como possibilidade de se resolver todos os problemas relacionados às drogas. Ademais, analisamos as representações sociais dos profissionais sobre as drogas e seus aspectos, evidenciando que esses profissionais revelaram dificuldades em trabalhar com a abordagem da RD, e não apresentam uma posição consolidada a respeito da legalização e criminalização das drogas, às vezes se ancorando em proposições do senso comum. Diante disso, o que nos chama atenção consiste em saber de que maneira essas memórias e representações se implicam nas práticas de educação em saúde, o que analisaremos na próxima seção.

6 MEMÓRIAS E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE OS USOS DE DROGAS NAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Ao apresentarmos, na seção anterior, o conteúdo das representações sociais e das memórias que são coletivamente construídas, provenientes tanto dos profissionais de saúde quanto dos usuários de drogas, convém explicitarmos, nessa seção, como esses conteúdos representações e mnemônicos corroboram ou divergem para um cuidado em saúde mental consoante a proposta de atenção psicossocial e compreensiva do CAPS AD.

6.1 EIXO TEMÁTICO III: DIMENSÕES DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS QUE SE IMPLICAM NAS PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Nesse último eixo temático, aprofundamos as memórias e as representações sociais dos usuários e profissionais do CAPS AD ao analisarmos de que maneira essas memórias e representações estão presentes nas práticas de educação em saúde, bem como, de que modo seus desdobramentos refletem na produção do cuidado em um campo de assistência destinado aos usuários de substâncias psicoativas. Os dados apresentados nessa seção emergiram das observações participantes realizadas nos grupos desenvolvidos no CAPS AD. Assim, após organizarmos os dados coletados nessas observações submetemos ao processo de Análise do Conteúdo, originando as categorias aqui apresentadas e analisadas.

a) Dimensão medicalizada e verticalizada do cuidado em saúde no contexto de álcool e outras drogas

Nessa categoria, visualizamos a emergência de um conceito de saúde pautado na lógica biomédica, embora a proposta da rede CAPS seja um modelo biopsicossocial do cuidado. Como um elemento que justifica o argumento anterior, ao participarmos de um dos grupos, pudemos observar que uma participante falou sobre o desejo de tomar algum medicamento, desconsiderando que este também trata-se de uma droga, tendo como único objetivo fazê-la parar de fumar: “O remédio vai entrar...e eu vou parar de fumar”, disse a participante.

Diante desse cenário, não é difícil perceber que uma evidente representação social acerca das substâncias psicoativas consiste em não conceber que os medicamentos também se configuram como drogas. Segundo Escohotado (1998), a emergência de uma farmacologia

médico-científica, no decorrer da história, foi aos poucos se legitimando e elegendo a terapia farmacológica como a principal via de acesso à saúde, menosprezando, assim, os modelos não-médicos e tradicionais de pensar o cuidado. Essa representação de que o medicamento é desprovido do conceito de droga revela um desconhecimento que o autor supracitado sinaliza quando refere-se ao “facto de a palavra grega para droga ser *phármakon*” (ESCOHOTADO, 2004, p. 11, grifos do autor), ou seja, é notório que etimologicamente os termos, fármacos e drogas, se confluem.

Além disso, o modelo psicossocial do cuidado em saúde mental deve ofertar uma prática assistencial que realce o cuidado integral dos usuários dos serviços de saúde, ultrapassando uma vertente medicalizadora, que enfatiza os fármacos como principal abordagem terapêutica. Desse modo, Costa-Rosa (2000, p. 152) afirma que:

Pouca ou nenhuma consideração da existência do sujeito (como subjetividade desejante), o que implica que não se invista na sua mobilização como participante do tratamento (no máximo chega-se a recorrer ao indivíduo), está-se ainda com a hipótese de que quem trabalha basicamente é o remédio. Numa outra dimensão se pode dizer que não é sequer o corpo mas sim o organismo o destinatário principal das ações.

Em outro momento, essa mesma participante relatou também que o médico até sugeriu que ela usasse um adesivo, mas relutou quando diz que: “não quis o adesivo, quis o medicamento”. Nesses aspectos destacados, de uma supervalorização do modelo biomédico, identificamos a representação de que o único fator que possibilitará uma resposta terapêutica consiste no poder prescritivo do médico, ou melhor, que o medicamento possui todas as respostas para todos os problemas e que nenhum outro recurso poderá desencadear uma resposta positiva em um processo terapêutico.

A crítica que surge em relação ao poderio médico, ou mesmo ao próprio processo de medicalização em si, surge como um repúdio ao pensamento de que a medicina tinha como principal função “a manutenção do equilíbrio social e correção de desvios que colocassem em questão a ordem capitalista” (CARVALHO et al, 2015, p. 1254). Dessa forma, fez-se necessário pensar em novos arranjos assistenciais e paradigmas de cuidado em saúde, cujos saberes não se restringissem aos cuidados médicos, dado o surgimento de problemas sanitários, de ordem social complexa, que só o conhecimento médico não seria suficiente para problematizá-los e propor as intervenções necessárias (CARVALHO, 2004).

Além desse aspecto, mesmo em um contexto psicossocial, alguns grupos apresentaram apenas os aspectos físicos dos usos e abusos de substâncias psicoativas, minimizando ou, em

alguns casos, desconsiderando completamente a condição político-social da saúde e seus determinantes sociais que perpassam o contexto dos usuários de drogas. Nesse sentido, foram destacadas pelos profissionais, em um dos grupos, algumas consequências que o abuso do álcool provoca: 1) Hepatite alcoólica; 2) Esteatose alcoólica; 3) Cirrose alcoólica, enfatizando os aspectos orgânicos da saúde, sem realizar um debate crítico sobre os usos de substâncias psicoativas.

Nesse aspecto, pode emergir a concepção de saúde que pode estar sustentando o cuidado nesse CAPS AD que, possivelmente, se conflui com uma abordagem biomédica e medicalizadora, isto é, tudo parte do olhar médico para pensar o gerenciamento da prática de cuidado em saúde. De acordo com Almeida Filho (2011), há várias vertentes do conceito de saúde, perpassando pela dimensão política e social do cuidado. No entanto, percebemos que o conceito que emerge nas práticas de educação em saúde, aqui apresentadas, se conflui com um modelo de saúde que se caracteriza, simplesmente, como ausência de doença, sem problematizar aspectos sociais e políticos, que podem interferir diretamente na saúde dos sujeitos.

De acordo com a VIII Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986), o conceito de saúde deve ser concebido em sua dimensão ampliada, a saúde como produto de direitos sociais e não a partir de uma visão mecanicista e biologicista. Assim:

Em sentido amplo, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986, p. 4).

Diante do que apresentamos, não é difícil perceber que até mesmo o conceito de saúde não se esvai de uma construção social, historicamente delimitada e com interesses econômicos bem demarcados (CARVALHO et al, 2015), cuja finalidade serviu para cristalizar um campo de natureza biomédica, e cujas características nos deparamos até hoje. Associar estritamente um campo de conhecimento e de assistência ao cuidado em saúde a uma única prática, a do profissional médico, tanto restringe a capacidade de um cuidado integral, como fortalece uma soberania médica, que também foi inventada, agindo coercitivamente em nosso modo de operacionalizar os cuidados em saúde.

Moscovici ([1988]2011), no primeiro capítulo do seu texto **A invenção da sociedade**, concebe a sociedade como uma máquina capaz de construir deuses, justamente pela força

coercitiva estabelecida em nossas relações cotidianas, que se consubstancializam tanto pelas convenções e acordos socialmente estabelecidos quanto “pela dominação que nela o homem exerce sobre o homem, pela troca dos bens e assim por diante” (MOSCOVICI, [1988]2011, p. 46).

Além disso, alguns elementos, durante as realização dos grupos nos chamaram atenção, evidenciando uma relação verticalizada nas práticas de Educação em Saúde entre profissionais e os usuários desse dispositivo, principalmente ao perceber que “as informações são passadas em grupo” (profissional) e ao notarmos as seguintes características: a) no espaço de realização dos grupos as cadeiras estavam colocadas em sua maioria enfileiradas e algumas postas lateralmente, até mesmo devido ao tamanho limitado da sala; b) os profissionais, por sua vez, se colocaram em frente aos usuários do serviço e apresentaram o conteúdo proposto; c) a ferramenta metodológica que eles utilizaram foi uma apresentação por meio de *slides* em um *data show*, se assemelhando a uma aula, o que se justifica também quando um dos profissionais sempre perguntava se eles tinham alguma dúvida ou questionamento em relação ao que foi apresentado, bem como quando uma participante do grupo nos falou, inicialmente: “Você vai gostar da aula”.

O gerenciamento dos grupos educativos, ao rememorar nos participantes uma configuração escolar, como se os profissionais fossem dar lições aos usuários do serviço, nos remete à ideia de que essa condição estabelece uma relação de poder entre os profissionais de saúde, que vão ensinar, ao passo que os participantes são aqueles que devem aprender o conteúdo apresentado. Isso, além de correr o risco de não produzir o efeito desejado, nem mesmo contribuir para a adesão dos usuários no processo terapêutico proposto pelo CAPS AD, pode também criar uma relação vertical a tal ponto de afastar os usuários desse serviço, visto que ao menos o grupo participante desse estudo, se caracteriza, majoritariamente, com baixo nível de escolaridade.

Assim, podemos afirmar que essas características não apenas podem corroborar para a materialização de uma relação verticalizada e reacionária nas práticas educativas e do processo de cuidado, cristalizando uma formação em uma perspectiva unilateral, como pode também ao mesmo tempo, subverter completamente a proposta dialógica como preconiza o campo teórico-prático da Educação em Saúde, visando à promoção da saúde e à prevenção de agravos.

A proposta da Educação em Saúde, conforme mencionamos anteriormente, está relacionada a um processo de aprendizagem, pelo qual se deve focar aspectos

potencializadores e promotores da saúde, tendo em vista atingir uma melhor qualidade de vida para as pessoas, bem como despertar questionamentos de ordem pragmática, política e social a respeito do processo saúde-doença, partindo da própria realidade dos sujeitos, de modo que estes se percebam como agentes dentro desse contexto social, onde surgem os afetos e desafetos, implicados no processo de adoecimento (OLIVEIRA; GONÇALVES, 2004).

b) Dimensão classificatória dos tipos de drogas e sua vertente moralizante

Os participantes dos grupos observados apresentaram os conceitos e as classificações dos tipos de drogas, de acordo com suas próprias concepções, e hierarquizando os diferentes tipos de substâncias. Assim, um participante ao contar histórias da sua vida, quando experienciou situações de extremas vulnerabilidades sociais, chegando até mesmo a dormir na rua, ao se perceber nessa condição, verbalizou:

Vou parar de usar *crack* e usar cocaína. Cocaína é pra barão, o *crack* é pra pobre. O nome “craqueiro” é mais pesado. Nesse dia tava só com cinco reais no bolso, aí gritaram: “hoje tem de cinco, da boa”. Pedra de cinco reais e eu comprei. Dessa pedra só foi minha derrota... e eu café. (Participante).

Atualmente, o *crack* tem sido posto como bode expiatório de todas as mazelas sociais, que ao ser, diariamente e o tempo todo, concebido como aquela droga que mata, toda possibilidade de não mais usá-la é quase sempre inexistente, resultando inevitavelmente na destruição da vida dos usuários dessa substância. Ademais, a ideia de que o *crack* se materializa como “droga de pobre” está visivelmente solidificado, como podemos ver no excerto supracitado. Mas, se analisarmos com cuidado, podemos perceber que essa representação estarrecedora da destruição provocada pelo *crack*, associando esse último aos usuários de classes baixas e cocaína àqueles que têm alto poder aquisitivo está cimentado em aspectos estritamente morais, como afirma Medeiros (2014, p. 108):

O *crack* é resultante de cocaína mesclada com diferentes tipos de solventes em um processo simples de mistura e sem a exigência de mão de obra especializada. Isso possibilita sua comercialização a baixo custo e de forma dispersa, podendo ser, inclusive, produzido pelo próprio consumidor. Essa característica é determinante para dar acesso ao consumo, além de outras classes sociais, à população de baixo poder aquisitivo, que vive na periferia das cidades, em zonas marginalizadas, que dificilmente teriam acesso à cocaína. Por essa razão, no discurso popular, as imagens criadas sobre o *crack* e sobre seu usuário são imediatamente associadas à parte perigosa ou marginal da cidade, onde vivem os grupos que devem ser evitados por seu caráter provocador das balbúrdias urbanas.

Notamos entre os próprios usuários do serviço, uma diferenciação com relação aos tipos de drogas, geralmente ancorado em um viés moralista. Como material ilustrativo, podemos dizer que uma profissional do CAPS AD confirmou esse dado quando revelou que os grupos que se caracterizam e se direcionam aos usuários de drogas múltiplas, geram às vezes uma resistência por parte dos usuários de drogas lícitas perante os usuários de drogas ilícitas, argumentos que se objetivam em frases do tipo: “Eu não vou ficar com esses trombadinhas, não”. Nesse mesmo sentido, os profissionais ressaltaram que os usuários de drogas lícitas “se sentem a ‘nata’...e eles não queriam nem esperar na recepção”, de modo a evitar serem confundidos, em algum momento, como usuários de drogas ilícitas. Apesar disso, essa questão não se restringe apenas aos usuários de drogas ilícitas, mas também entre usuários de drogas legalizadas, quando disseram que: a) “Mas antes tivesse o vício da bebida e não tivesse do cigarro. Porque o bicho é retado”; b) “o cigarro é o grande vilão” (Profissional); c) “Eu fumo *crack*, entendeu?” (Participante); que foi seguido de um d) “Vixe” de um outro participante.

Nesse contexto, emergem elementos de natureza moral, que condicionam os usuários de drogas lícitas a se imbuírem de um ar de importância e superioridade diante dos usuários de drogas ilícitas. É notório, portanto, que o proibicionismo mais uma vez surge como um fator representativo, quando nos referimos aos diferentes usos de drogas, ao mesmo tempo em que se traduz como um fio condutor para os sujeitos que se denominam usuários de álcool e tabaco agirem intransigentemente não apenas contra as drogas ilícitas, mas principalmente contra os usuários. Diante dessa questão, Valério e Nascimento (2017, p. 178) ressaltam que: “não é possível esquecer que o conservadorismo, o moralismo e o proibicionismo do uso de drogas também são mais um complicador tanto para que o usuário busque tratamento e assistência, quanto no acolhimento do usuário de drogas nos serviços de saúde”.

c) Dimensão de cuidado alinhada à abstinência: um modelo assistencial para todos?

Nessa dimensão analítica a respeito das representações sociais sobre o consumo de drogas e suas implicações nas práticas de Educação em Saúde, podemos afirmar que, diante dos grupos observados predominam no CAPS AD, práticas pautadas em um modelo de cuidado que priorizam a abstinência. Embora se perceba nas entrevistas, a necessidade de uma mudança no modelo assistencial por meio da RD, evidenciamos a materialização de um planejamento de atividades que valoriza a condição de abstinência dos sujeitos, ao passo que

pouco se trabalha com estratégias que possibilitam uma redução dos danos e agravos provocados pelo uso abusivo de drogas, principalmente para aquelas pessoas que não respondem bem ao tratamento tradicional, ou seja, vinculado à abstinência.

Nessa direção, em um dos grupos observados um participante ao relatar que fuma apenas 01 cigarro por dia, foi imediatamente retrucado pela profissional, como podemos perceber no seguinte diálogo que ela estabeleceu com esse participante dentro de uma configuração grupal:

Participante: — Estou fumando 01 cigarro por dia.
Profissional: — Tá esperando o quê para parar de fumar?
Participante: — Eu preciso de ajuda. Não é fácil assim.
Profissional: — Quem fuma 01 cigarro depende dele mesmo.

Após esse diálogo, evidentemente, caracterizado por uma incompatibilidade com os pressupostos de uma abordagem psicossocial de aceitação compreensiva e não-punitiva, se sucedeu uma relação que corrobora ainda mais essa incongruência, quando um participante brevemente afirmou “Eu decidi parar de fumar. Dessa vez estou determinado” e, em seguida, os profissionais solicitaram que todos ali presentes batessem palmas para ele, deixando explícito que o modelo de assistência por excelência consiste naquele pautado pela abstinência total, desconstruindo alguns discursos que emergiram durante as entrevistas ou mesmo objetivando as dificuldades em trabalhar com abordagens alternativas de cuidado.

A proposta psicossocial do cuidado em saúde mental, dentro da qual se insere o fazer clínico do CAPS AD, se sustenta, em consonância com Alves e Francisco (2009), em intervenções que valorizam a potencialização dos sujeitos, de modo a fazê-los reconhecer como autônomo em seu processo de cuidado, capaz ao mesmo tempo de identificar as dificuldades encontradas nesse processo, e elaborar, conjuntamente, estratégias viáveis para reinventar outras maneiras de ser e estar no mundo.

Na concepção de Alves e Francisco (2009), uma intervenção psicossocial, no contexto de saúde mental direcionado aos usuários de substâncias psicoativas se embasa por uma relação de caráter dialógico e compreensivo e, a partir disso, busca evidenciar as produções de sentidos para a vida dos sujeitos, tendo em vista que “o princípio dialógico indica a possibilidade de expressão dos atores envolvidos, rejeita formas de opressão e de ‘coisificação’ do ser em detrimento do ter” (ALVES; FRANCISCO, 2009, p. 777). Em um processo psicossocial, os profissionais imbuídos de um olhar humanizado e holístico devem

respeitar, integralmente, o desejo dos usuários, e jamais impor o que este deve ou não fazer, como uma determinação de natureza normativa, coercitiva e unilateral.

Outro elemento que nos chamou atenção durante a observação dos grupos foi quando os participantes se referiam à necessidade de parar de fumar. Assim, um deles, na condição de pessoa idosa, afirmou que a necessidade em aderir a um projeto terapêutico “é como se fosse o trem passando e o último vagão. Ou eu paro de vez ou eu nunca vou conseguir parar. Como eu gostaria de estar desde terça-feira limpo”, ao se comparar com um participante que disse que está vivendo de abstinência, verbalizou um “sentimento de impotência em não conseguir deixar” o uso da substância.

Os idosos, como vimos em outro momento desse texto, apareceram em proporção significativa entre os participantes dessa pesquisa. Desse modo, alguns elementos característicos dessa população emergiram durante o desenvolvimento dos grupos. A ideia elaborada pelo participante ao dizer da urgência de se inserir em um tratamento nos faz pensar que o “trem que passa” se assemelha com a própria vida da pessoa, e que não pode perder essa oportunidade de se cuidar, ou seja, “o último vagão”. Há uma consciência de finitude da vida e dos prejuízos que o uso abusivo de drogas pode provocar, assim, para não mais perder tempo e beneficiar a saúde, opta-se por interromper bruscamente com o uso da substância, única possibilidade de “salvação”.

Alguns participantes acreditam na ideia que se deve “evitar o primeiro gole”, ao mesmo tempo que uma facilitadora do grupo confirma essa necessidade citando que no AA (Alcoólicos Anônimos) “um dos primeiros passos é evitar o primeiro gole”, sem propor nem mencionar outra modalidade de tratamento. É notório, então, que a prática da abstinência se configura como o modelo de assistência desejado por todos, ratificado tanto pelos participantes como pelas profissionais que conduziram os grupos, mais uma vez ilustrado nas seguintes falas dos profissionais:

[...] evitem o primeiro cigarro e vocês evitarão todos os outros [...]. Não se testem, não se testem [...] é como futucasse um leão com vara curta [...]. Depois de superar os sintomas da abstinência vocês vão se sentir “super poderosos”. (Profissionais).

Os dados publicizados nessa pesquisa evidenciam que as práticas educativas, nesse caso, inseridas no contexto da saúde (mental) não estão isentas dos vestígios das nossas representações, construídas e cristalizadas socialmente, que se consubstanciam em nosso cotidiano.

Em uma clínica psicossocial, para se inserir a abstinência total em um projeto terapêutico, deve-se pensar conjuntamente um planejamento entre profissional e usuário, e não de acordo com nossas representações, nem nossas crenças e valores pessoais. O ponto de partida deve ser sempre o desejo da pessoa que procura o serviço, e não nosso ponto de vista e nossa vontade. A materialidade de uma consagração da abstinência como modelo de assistência universal tem como fundamento o próprio modelo proibicionista, que reveste de um poderio bélico, capaz de propor e concretizar “medidas de alta exigência, ações baseadas no medo à repressão, na persuasão moral e na intolerância ao uso de drogas” (MACHADO; BOARINI, 2013, p.582).

d) Dimensão religiosa como estratégia de enfrentamento aos problemas relacionados às drogas

Nessa categoria, evidenciamos nas práticas educativas do CAPS AD, a presença da dimensão religiosa como uma forma de enfrentar as dificuldades oriundas dos usos de substâncias psicoativas. Assim, um participante ao falar sobre o desejo de parar de fumar, afirma que “todo mundo quer ir para o céu, mas ninguém quer morrer” e “estou me fortalecendo para passar por essa experiência de paixão, morte e ressurreição”, o que evidencia que, nesse contexto, o processo terapêutico decorrente do uso abusivo de drogas apresenta um lastro penitencial, em que sofrer as consequências dolorosas da abstinência faz todo sentido, almejando, uma “gloriosa libertação”.

Para Carneiro (2002), o uso de drogas se configura como uma prática milenar com múltiplas finalidades, sejam elas, de natureza religiosa, médica e cultural. Mas, “não apenas o álcool, como quase todas as drogas são parte indispensável dos ritos da sociabilidade, da cura, da devoção, do consolo e do prazer” (CARNEIRO, 2002, p. 03). O que nos infortuna é justamente essa condição de passar do uso abusivo de drogas para o não uso como uma “experiência de paixão, morte e ressurreição”, ancorada em concepções sociais e ideologicamente edificadas, que se objetivam em práticas proibitivas e punitivas a respeito dos usos de algumas substâncias psicoativas. Rodrigues (2004) nos ajuda a perceber isso quando explicita que, a partir da metade do século XIX, no contexto estadunidense, surgem movimentos puritanos, religiosamente fundamentados, que intencionavam em nome de lógica moralista repreender costumes e práticas que subvertessem as normas prescritivas de caráter puritanista, combatendo práticas de luxúria e do consumo do álcool.

Ademais, evidenciamos também que as representações sobre os usos de drogas permeiam o universo social dos participantes, o que se justifica quando um usuário vivenciou um momento de recaída e uma das profissionais que facilitava o grupo se dirigiu a ele e falou: “Caiu? Levanta, meu filho. Não fica prostrado não”. Além disso, essa profissional citou a seguinte frase, que de acordo com ela, trata-se de um texto bíblico: “Quero trazer à memória tudo o que me dá esperança”; e complementou “a minha família me dá esperança, o meu trabalho me dá esperança...”, não se atentando para as características socioeconômicas e afetivas das pessoas que frequentam esse dispositivo de saúde. Ou seja, se o usuário encontrasse desempregado, os laços familiares fragilizados ou até mesmo completamente rompidos, o que mais pode lhe oferecer esperança, se todos essas relações encontram-se em estados deploráveis?!

Em uma pesquisa realizada por Sanchez e Nappo (2008), a respeito das intervenções religiosas no tratamento da dependência química, as autoras abordaram que dentre os elementos comuns entre os usuários de substâncias psicoativas que optam por um “tratamento” alinhada a uma vertente religiosa, podemos mencionar a exigência da abstinência total, inviabilizando qualquer condição de se implantar um plano “terapêutico” pautado em práticas redutoras de danos. Nessa pesquisa, se evidencia ainda estratégias como orações, conversões e penitências que se configuram como instrumentos apelativos para uma mudança de vida, o que algumas pessoas testemunham ter acontecido, como por exemplo, aumento da autoestima e um início de um processo de ressocialização (NAPPO; SANCHEZ, 2008).

Não obstante a isso, dentro de um contexto de atenção à saúde mental, ainda mais sob uma perspectiva psicossocial, os profissionais de saúde devem nortear a própria prática em uma relação incondicional, sem passar por nenhum crivo de julgamento moral e religioso; do contrário, o uso de drogas pode ser visto como uma prática pecaminosa, cujos usuários são pecadores, que devem se redimir e mudar de vida, buscando a qualquer custo “a transformação pro meu corpo, a forma que meu corpo está limpo e se regenerando, né” (Participante). Assim, o cuidado em saúde mental deve propor uma relação de ajuda, mas ainda assim, compartilhando responsabilidades terapêuticas com o usuário, e jamais colocá-lo na condição de “um servo bom e fiel”, fazendo uma analogia bíblica. Nessa perspectiva, Mota (2008, p. 74) salienta:

Afirmar que a dependência química é um pecado significa também propor métodos de resolução deste problema através de conversão religiosa e exortar as comunidades religiosas a abrir novas clínicas que visam a

recuperar os dependentes químicos utilizando como justificativa os preceitos da caridade cristã. Pensar a dependência química como um crime é institucionalizar uma série de medidas legais que sejam capazes de coibir o abuso de substâncias psicoativas em forma de lei, seja para coibir futuros delitos, como para proteger as famílias que se sentem ameaçadas por este tipo de violência. Conceber um dependente químico como alguém doente implica elaborar políticas públicas de saúde que possam oferecer-lhe tratamento médico e psicológico, ao invés do simples encarceramento ou da conversão religiosa.

É perceptível que elementos da dimensão religiosa se fazem presentes nas práticas educativas em saúde, quando observamos que as próprias representações sociais sobre o uso abusivo de drogas se traduzem como uma possibilidade de morte, tendo em vista o desejo de viver mais e melhor. Desse modo, ao falar sobre sua experiência em não mais fazer uso do tabaco, uma participante idosa mencionou: “Eu alcancei uma vitória na vida, que tenho que agradecer a Deus...46 anos fumando. Eu fumava três maços de cigarros por dia” (Participante) e isso “é um novo aniversário, uma nova vida” (Profissional). Em consonância a isso, outro participante, também idoso, comentou “aquele dia é o dia do seu nascimento. Isso é um memorial. A gente faz esse memorial. Na missa, a gente faz a memória da paixão do Senhor, e a mesma coisa acontece aqui. Celebrar memória é celebrar vitória”.

Nesse contexto, é notório que a dimensão religiosa e as práticas de abstinência total se confluem em matéria do uso de drogas, mesmo que diversos grupos religiosos façam uso de drogas em seus ritos sagrados, a exemplo, do vinho no catolicismo e a *ayahuasca* na União do Vegetal. Diante disso, a Teoria das Representações Sociais, de acordo com Moscovici ([2000]2015), parte das próprias diversidades de fenômenos, imbuídos de aspectos estranhos e imprevisíveis que os caracterizam. Em relação a essa teoria Moscovici ([2000]2015) explicita que:

Seu objetivo é descobrir como os indivíduos e grupos podem construir um mundo estável, previsível, a partir de tal diversidade. O cientista que estuda o universo está convencido de que existe lá uma ordem oculta sob o caos aparente, e a criança que nunca para de perguntar “por quê?” não está menos segura a esse respeito. Esse é um fato: se, pois, nós procuramos uma resposta ao eterno “por quê?”, isso não se deve a força da informação que nós recebemos, mas porque nós estamos convencidos de que cada ser e cada objeto no mundo é diferente da maneira como se apresenta. (MOSCOVICI, [2000]2015, p. 79).

As representações sociais a respeito dos usos de drogas, sob a ótica de uma dimensão religiosa, como em tantas outras dimensões, assumem explicitamente, a condição de construções sociais, o que nos instiga em detectar de que maneira, por qual vertente e

mediante quais contextos históricos, as substâncias psicoativas se materializam enquanto fenômenos de debate, consensos e dissensos como presenciamos atualmente (MOTA, 2008).

e) Dimensão relacional dos usos de substâncias psicoativas: tempo, espaço e relação grupal

A observação nos grupos também nos permitiu visualizar que o consumo de substâncias psicoativas não está fora de um tempo, um espaço e um contexto grupal específico. Notamos, assim, um componente relacional que perpassa pelos usos de drogas. Uma relação que se materializa mediante às vivências e experiências sociais dos sujeitos, e que se apresentam como elementos constitutivos de uma memória coletiva, a partir da concepção teórica pensada pelo sociólogo francês Halbwachs ([1950]2006).

Nessa perspectiva, um participante, ao dizer que quando estava indo para um grupo no CAPS AD, precisou passar em frente aos lugares os quais ele frequentava quando estava utilizando a droga, revelando que o espaço em si, e mesmo ao passar por esse ambiente, evoca nele memórias do tempo em que estava usando a substância, como ele mesmo relata: “Eu passei em lugares onde eu passei na época de uso e veio tudo aquilo em minha cabeça. Aí onde entra evitar pessoas e lugares. Muitas vezes, tenho que passar próximo da ‘boca’ que eu frequentava”. Isso ilustra a dinamicidade que sustenta o *status* qualitativo de que nossas memórias não estão mortas, mas vivas e fluidas, nos acompanhando o tempo todo, como deslinda o próprio Halbwachs ([1950]2006, p. 30):

Nossas lembranças permanecem coletivas e nos são lembradas por outros, ainda que se trate de eventos em que somente nós estivemos envolvidos e objetos que somente nós vimos. Isso acontece porque jamais estamos sós. Não é preciso que outros estejam presentes, materialmente distintos de nós, porque sempre levamos conosco e em nós certa quantidade de pessoas que não se confundem.

O consumo de drogas se materializa em um espaço determinado, não raras vezes delineado por uma configuração grupal, como notamos nos grupos focais. Esses espaços, certamente, ricos de significados e representações, carregados de estigmas e pré-conceitos, são alvos de ataques dos próprios usuários de drogas, quando decidem não mais fazer uso das substâncias, ao passo que eles, ao passar próximo a “boca de fumo”, suas recordações os assaltam trazendo de imediato “tudo aquilo em minha cabeça” (participante), suas experiências e suas memórias dos usos de drogas.

Além disso, uma profissional que facilitava um dos grupos, mencionou que sempre se faz necessário que os participantes se perguntem “Onde eu vou? Com quem eu ando?,” e que isso “faz toda diferença na mudança de atitude”. Depois disso, um participante do grupo ressaltou “Eu não vou nos botecos. Não digo assim pra pegar alguma coisa, mas pra ficar lá batendo papo não, porque eu sabia que não ia resistir e eu não vacilo”.

Nesse sentido, para Halbwachs ([1950]2006), não há emergência de memórias coletivas sem uma materialização que se condense em uma dimensão espacial. As memórias dos usuários de substâncias psicoativas também não escapam desse componente de realidade concreta, real. Torna-se evidente que retornar às experiências passadas necessita dos fatores externos que chegam até nós via elementos de natureza material, que nos envolve de afetos, tensionamentos e significados. Halbwachs ([1950]2006, p. 170) enfatiza isso explicitamente quando afirma que:

Assim, não há memória coletiva que não aconteça em um contexto espacial. Ora, o espaço é uma realidade que dura: nossas impressões se sucedem umas às outras, nada permanece em nosso espírito e não compreenderíamos que seja possível retomar o passado se ele não tivesse conservado no ambiente material que nos circunda. É ao espaço, ao nosso espaço – o espaço que ocupamos, por onde passamos muitas vezes, a que sempre temos acesso e que, de qualquer maneira, nossa imaginação ou nosso pensamento a cada instante é capaz de reconstruir – que devemos voltar nossa atenção, é nele que nosso pensamento tem que se fixar para que essa ou aquela categoria de lembranças reapareça.

Podemos perceber, então, que os usos de drogas configuram-se como práticas sociais, aqui entendidas como fenômenos que não estão isolados e confinados em si mesmos. Diante disso, Peralta (2007) problematiza que, embora reconheça a relevância da dimensão social da memória, não podemos subverter, em hipótese alguma, sua dimensão individual, uma vez que “a memória é social principalmente porque é um sistema de organização e mediação cultural do acto mental de recordar” (PERALTA, 2007, p. 18).

Além disso, os usos de substâncias psicoativas podem vir acompanhados de um evidente componente relacional e temporal, ao serem concebidos como um processo construído coletivamente. Nesta medida, para Magalhães e Almeida (2011), algumas memórias coletivas se sustentam enquanto tal, tendo em vista as demandas do tempo presente, bem como ao não estarem desconectadas das “práticas político-culturais de uma sociedade, de um povo, de uma nação etc., e que algumas são mantidas na ordem do dia – como é o caso de algumas comemorações – ao passo outras permanecem submergidas” (MAGALHÃES; ALMEIDA, 2011, p. 101). Destarte, esses autores legitimam a condição de pluralidade de

memórias coletivas existentes, que se solidificam, de acordo com os quadros sociais de referências, que podem se configurar por diversos grupos sociais, entre estes, as próprias relações familiares.

A esse respeito, uma participante mencionou: “Eu mesmo aprendi fumar vendo meu pai fumando e tenho um filho de 20 anos que é fumante.” (Participante), enquanto outro disse: “meu avô tomava uma todo dia para abrir o apetite” (Participante). Os participantes relataram também aspectos relacionais e afetivos que condicionam o uso de substâncias, o que se evidencia quando um deles afirma que o fato de perder uma tia por pouco não evocou e despertou nele o desejo de voltar a usar o álcool. Quanto a isso, foi destacado que diversos eventos sociais e festivos envolvem o consumo dessa substância, a exemplo do “São João, aniversário, velórios” (Participante) etc. Foi abordado também que muitas pessoas chamam a bebida alcoólica de uma maneira até mesmo afetuosa, a exemplo da “cervejinha, como fosse fazer algum bem” (Profissional).

Isso ratifica ainda mais a presença de um critério relacional e de laços de sociabilidade que transversalizam os usos de substâncias psicoativas. Assim, de acordo com Magalhães e Almeida (2011), podemos mencionar a existência de memórias coletivas, que ao transitar socialmente, se constituem a partir dos quadros sociais de referência e das experiências que compõem nossas práticas cotidianas. Estas, por sua vez, se materializam mediante às relações estabelecidas e sedimentadas por um relevante critério grupal, em um determinado tempo e um determinado espaço. Nessa perspectiva, Sá (2007) nos explicita:

O que os quadros sociais identificados por Halbwachs [...] proporcionam ao processo de construção social da memória é sempre uma forma de conhecimento: de fatos, de cronologias, de instituições, de costumes, de leis, da linguagem, ou seja, toda uma gama de recursos de contextualização e significação das experiências pessoais e grupais. (SÁ, 2007, p. 291).

Dessa maneira, podemos afirmar que as drogas, suas problemáticas e controvérsias contemporâneas, bem como os múltiplos usos de substâncias psicoativas em si mesmos não se configuram como elementos descontextualizados social e culturalmente. As práticas educativas nos grupos observados, se apresentam como espaços de cuidado, nos quais as representações sociais e as memórias coletivas tanto dos usuários quanto dos profissionais surgem consistentemente, que podem, assim, direcionar um processo terapêutico em que se predominem práticas e desdobramentos de um único modelo assistencial, que não raras vezes se confluem com o paradigma hegemônico da abstinência.

7 CONCLUSÃO

Durante esse processo investigativo a respeito das memórias e representações sociais dos usuários e profissionais do CAPS AD sobre o consumo de drogas e de como estas se implicam no desenvolvimento das práticas de Educação em Saúde, nós somos constantemente tentados a ver aquilo que nos convém e o que se conflui com nossas próprias memórias e representações sociais. Nós, também, mesmos inseridos no ofício do aprendizado de pesquisar, não estamos totalmente isentos de um viés de parcialidade, com o qual devemos, pois, nos precaver para não deixarmos que nossos desejos, intenções e interesses falem no lugar das pessoas que participaram da nossa pesquisa. Os dados em si devem nos falar algo. Eles mesmos devem ditar os rumos que o processo de análise deve tomar, não esquecendo, no entanto, que esse trabalho trata-se singularmente da competência do pesquisador, que deve ser sempre guiado consoante à emergência desses dados.

Desde o início, estamos sustentando perenemente que representações sociais e memórias coletivas nos tocam e transitam em nosso meio cotidianamente, mediante teorias que partem de campos disciplinares distintos, que se afluem, correm e bebem em uma mesma fonte: a dos pressupostos teóricos da sociologia de Émile Durkheim, principalmente da ideia de Representações Coletivas, se constituindo como um conceito-chave para a solidificação e amadurecimento teórico-conceitual da Teoria das Representações Sociais de Moscovici e da teoria da Memória Coletiva, pensada por Halbwachs. Não obstante às necessárias dissonâncias existentes entre estes dois campos teóricos, que não destacamos nesse texto, ambos se afinam quando reconhecem que nossas relações com os outros, com o mundo material, estabelecidas em um tempo e espaço no qual vivemos, conferem consubstancialidade às nossas memórias e às representações socialmente engendradas, que, por sua vez, se capilarizam nos fenômenos do tempo presente, como por exemplo, o debate a respeito dos usos de substâncias psicoativas, também explorado nesse trabalho.

Percebemos, então, que as nossas concepções sobre o consumo de drogas e seus desdobramentos não são produzidas filogeneticamente, mas sim a partir de processos que perpassam por interesses sociais, políticos e econômicos muito bem delineados, e intencionalmente planejados. Assim, mesmo diante do que foi apresentado, ainda nos intriga em saber quais fatores possibilitaram criminalizar determinadas drogas em uma época, e não em outra; além disso, qual o sustentáculo que ainda mantém uma arquitetura bélica para abordar uma questão que se legitima como um elemento de ordem social, isto é, de que modo

se sustenta uma “guerra às drogas”, quando se evidencia que este modelo embrionariamente se contaminou por uma onda de natureza ideológica, chegando ao ponto de que o lastro socioeconômico parece ter soberana autonomia para servir como um critério que assume uma condição *sine qua non* em definir o que deve ou não ser concebido como crime. Essas concepções, imbuídas de representações e memórias, indubitavelmente, se rizomatizam de tal modo a se constituir uma rede de sentidos e significados, os quais prescrevem coercivamente como devem se materializar nossas práticas, sejam estas de natureza jurídica, médica e educativa, que também se implicam nos projetos terapêuticos realizados nos dispositivos de saúde, como o CAPS AD, como pudemos observar nessa pesquisa.

As práticas de Educação em Saúde desenvolvidas no referido serviço de saúde mental, como qualquer outra prática social, não escapam dos elementos que se infiltram e modelam nossas crenças, ideologias, tradições e costumes. As práticas educativas e terapêuticas, especialmente em um contexto de cuidado a saúde de pessoas que fazem uso abusivo-nocivo de substâncias psicoativas, sempre partem de um lugar de saber e de um posicionamento político para direcionar e efetivar suas intervenções, seja este lugar e esta posição ora alinhada às evidências científicas ora ancoradas em proposições oriundas do senso comum. Estas duas posições, nesse contexto de práticas educativas em saúde, dificilmente não se encontram, o que pode enviesar a proposta pedagógica, de modo a padronizar um olhar unilateral a respeito dos usos e abusos de drogas, como produto de nosso conteúdo mnemônico e representacional coletivamente cristalizado.

Desse modo, as categorias que emanaram do processo analítico dessa pesquisa nos fizeram pensar o quanto a produção do cuidado em saúde mental pode estar embebida por nossas representações. Isso pode assumir, mesmo que involuntariamente, as condições e práticas que nos fazem correr o risco de nos aproximarmos, ou mesmo, de termos como consequências aspectos iatrogênicos que, certamente, poderão macular todo um planejamento terapêutico e pedagógico de atenção à saúde mental, embasado pelos princípios de uma clínica psicossocial, esta que rejeita o discurso unilateral, hegemônico e verticalizado em sua configuração e concepção do cuidar.

No decorrer dos grupos focais, realizados com os usuários do CAPS AD, ficou evidente que as memórias e as representações sociais dos participantes no tocante aos usos e abusos de drogas se confluem perfeitamente em alguns aspectos. Isso assume um estatuto de veracidade quando se evidencia que o proibicionismo foi enunciado como condição suficiente e necessária para solucionar todos os problemas que transversalizam a temática das drogas no

Brasil, apesar de termos mais de um século de políticas proibicionistas em escala mundial, um saldo de inúmeras mortes decorrentes dos conflitos travados entre policiais e organizações que vendem substâncias psicoativas ilícitas, bem como consequências na própria legislação brasileira, a exemplo da atual Lei de Drogas, que não deixa explícito em quais condições determinada quantidade de drogas se configura tráfico ou porte para uso próprio, ficando a cargo da interpretação dos agentes policiais no momento da abordagem.

O paradigma proibicionista não apenas corrobora com as representações sociais no tocante aos aspectos jurídicos e penais em matéria de substâncias psicoativas, mas também se materializa como um elemento significativo quando os usuários cogitam um possível tratamento para as pessoas que fazem uso abusivo das substâncias, o que perpassa pela representação que eles mesmos têm sobre as próprias drogas e seus usos. Assim, ao conceber as drogas em si mesmas como destruidoras e maléficas, chegando até mesmo a demonizá-las, não há outra possibilidade de “libertação das drogas” se não pela abstinência total. A política de RD, ou qualquer outra estratégia de cuidado nessa área que não passe pelo crivo imediato da abstinência se revela para os usuários de drogas como uma prática extremamente ineficaz.

Notamos, também, que os profissionais de saúde, por sua vez, apesar do conhecimento teórico sobre drogas, eles não estão livres de elementos cimentados coletivamente que estão presentes até mesmo nos conceitos tendenciosos e ideologicamente estruturados. Padronizar e estabelecer de modo universal uma única e rígida definição de um fenômeno complexo como são as drogas, é inevitável não passarmos por questões de ordem sociopolítica e sociocultural. Outrossim, apesar das controvérsias e debates em torno da problemática da legalização/criminalização das drogas ilegais, os profissionais ao optarem por determinado grau de imparcialidade, deixam margens que nos trazem questionamentos em que pode estar ancorada essa decisão em não se posicionar diante de um problema tão pertinente para esses profissionais e como isso pode se objetivar no desenvolvimento das práticas de educação em saúde, que juntamente com o sistema representacional dos usuários se convergem e concedem materialidade às práticas também ricas de memórias e representações.

Nas práticas de educação em saúde, as memórias e as representações sociais sobre o consumo de drogas se manifestam e se implicam na própria dinâmica e direcionamento dos grupos observados. Notadamente, há evidências. O cuidado em saúde mental no contexto do álcool e outras drogas se objetivam a partir de uma concepção de saúde biologicista que, ao supervalorizar os aspectos orgânicos, minimiza e subverte, como uma dimensão do cuidado em saúde, os aspectos políticos e sociais. Desse modo, a clínica é psicossocial, ou seja, não se

pode deixar de contemplar em dimensão política, tendo em vista uma problematização dos determinantes sociais do processo saúde-doença desses usuários. Afinal, a clínica também acontece no território, nas nossas microrrelações cotidianamente.

Nas práticas educativas em saúde, evidenciamos um descompasso entre políticas oficialmente instituídas e as práticas cotidianamente sedimentadas, como elementos oriundos das representações sociais tanto dos profissionais como dos usuários desse serviço. O que ilustra esse nosso argumento é justamente uma prioridade de caráter coercitivo a respeito dos modelos de tratamento, quando os participantes desse estudo tendem a conceder primazia às práticas de abstinência se comparadas com a estratégia de RD. Ademais, as memórias coletivas dos grupos também revelam nas práticas educativas os aspectos relacionados aos usos de drogas, principalmente, quando eles verbalizam que estes usos apresentam um evidente critério relacional, seja este envolvendo espaços, tempo e o próprio grupo em si, enquanto relação e configuração grupal.

Por conseguinte, não é difícil perceber o quanto nossas memórias e nossas representações sociais estão vivas nas práticas cotidianas, que ao determinar o modo de gerenciamento dessas práticas, chegam até mesmo conferir um critério de verdade irrefutável, ao ditar como estas memórias e representações devem se objetivar nas políticas de natureza educativa, jurídica e sanitária. Obviamente, nessa pesquisa, convém enfatizar que um dos elementos que caracterizam e orientam as práticas de assistência em saúde mental no CAPS AD consiste no que diz respeito aos modelos de tratamento direcionados às pessoas que têm problemas com álcool e outras drogas. Assim, a abstinência se pereniza como principal modelo assistencial, possivelmente, convergindo com um ideal de cura como única condição, suficiente e necessária, para coibir o uso abusivo de drogas.

Por outro lado, notamos que a RD configura-se como um modelo de cuidado ainda inexpressivo. Há dificuldades tanto por parte dos usuários em compreender a proposta das intervenções sustentadas pela RD, bem como por parte dos profissionais de como operacionalizar os princípios norteadores da RD nas práticas interventivas desse dispositivo de saúde mental. Indubitavelmente, essas dificuldades advêm, não só de uma formação inconsistente, ou quiçá, inexistente, no tocante a RD, mas, se origina, principalmente, a partir de uma referência de cuidado, já estocada em nossa memória e em nossa representação, que é a abstinência total. Dessa maneira, a RD pode ser concebida pelos usuários do serviço e até por alguns profissionais de saúde, como uma estratégia que facilita o uso abusivo de drogas,

ao se propor, por exemplo, uma sala de consumo assistido, o que não acontece nesse CAPS AD.

Não obstante a essas considerações, o aspecto investigativo que caracteriza o processo de pesquisar, também nos faz perceber lacunas outras que nos chamaram a atenção durante o itinerário analítico. Assim, durante a sondagem do perfil sociodemográfico nos deparamos com o número significativo de pessoas idosas entre a população participante desse estudo, o que nos desperta em saber quais são os fatores que sustentam os usos de drogas, suas implicações no processo de envelhecimento, bem como suas motivações em frequentar dispositivos de saúde de modo a procurar um tratamento específico. Percebemos sim alguns sinais que nos indicam motivos e justificativas, a exemplo da consciência de finitude da vida, que certamente contribuem para que esses idosos decidam em não mais usar nenhuma substância psicoativa. Desse modo, estamos convencidos de que essa questão se trata de um problema que merece atenção da comunidade científica, e não deve ser negligenciado.

À guisa de conclusão, convém explicitarmos que essa pesquisa não se finda com a proposta de ser concebida como fonte de verdade inquestionável. Contrário à isso, desejamos que, apesar das limitações que esse estudo apresente, ele sirva antes de tudo como um objeto de reflexão diária, tendo sempre em vista uma reorientação das nossas práticas assistenciais, especialmente quando se referem ao campo da saúde mental, de modo específico, no tocante à produção do cuidado das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas.

REFERÊNCIAS

ABRIC, Jean-Claude. **Práticas sociais y representaciones**. Traducción: José Dacosta Chevrel y Fátima Flores Palacios. México, 2001.

ACSELRAD, Gilberta. Os desafios para uma formação em álcool e outras drogas baseada nos direitos humanos. In.: VECCHIA, Marcelo Dalla.; RONZANI, Telmo Mota.; PAIVA, Fernando Santana de.; BATISTA, Cassia Beatriz.; COSTA, Pedro Henrique Antunes da. **Drogas e direitos humanos: reflexões em tempos de guerra às drogas**. Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisa em Saúde. (Org.). Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

ADIALA, Júlio Cesar. **Drogas, medicina e civilização na primeira república**. Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde). Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2011.

AMARANTE, Paulo. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4. ed. 1ª Reimpressão. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2015a.

_____. **Loucos pela Vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. 7ª Impressão. Fiocruz. Rio de Janeiro, 2015b.

ANDRADE, Tarcísio Mattos. Redução de danos: um novo paradigma? In: CETAD/UFBA; CPTT/Prefeitura de Vitória-ES. ACODESS. (Org.). **Entre riscos e Danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas**. Paris-France: Scientifiques ACODESS, 2002, v. p. 83-86

ALENCRASTRO, Luís Felipe de. **Proletários e escravos: imigrantes portugueses e cativos africanos no Rio de Janeiro, 1850-1872**. Novos Estudos Cebrap. nº 21, São Paulo, julho/1988.

ALBA, Martha. Representações Sociais e memória coletiva: uma releitura. In.: ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira.; SANTOS, Maria de Fátima de Souza.; TRINDADE, Zeidi Araujo.(Org.). **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. 2ª ed. Brasília: Technopolitik, 2014.

ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira. Abordagem societal das representações sociais. **Sociedade e Estado**. v. 24, n. 3. Brasília, 2009, p. 713-737. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/se/v24n3/05.pdf>>. Acesso em: 19 de março, 2017.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. **O que é saúde?** Rio de Janeiro-RJ: Fiocruz, 2011.

ALMEIDA FILHO, Naomar de; JUCA, Vlândia. Saúde como ausência de doença: crítica à teoria funcionalista de Christopher Boorse. **Ciência e saúde coletiva**. v. 7, n. 4, p. 879-889. Rio de Janeiro, 2002.

ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cadernos Saúde Pública**, vol.25, n.11, 2009.

ALVES, Paulo Cesar.; RABELO, Miriam Cristina. (Org.). **Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras**. FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 1998.

ALVES, Ygor Diego Delgado. **Jamais fomos zumbis: contexto social e craqueiros na cidade de São Paulo**. Tese (Doutorado em Antropologia). Programa de Pós-Graduação em Antropologia da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2015.

ALVES, Edvânia dos Santos. FRANCISCO, Ana Lúcia. Ação Psicológica em Saúde Mental: Uma Abordagem Psicossocial. **Psicologia: ciência e profissão**. 29 (4), 768-779, 2009.

ASSIS, Jaqueline Tavares de; BARREIROS, Graziella Barbosa; CONCEICAO, Maria Inês Gandolfo. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. v. 16, n. 4, p. 584-596, São Paulo, 2013.

ATHAYDE, Vladimir. **Profissionais do Centro de Atenção Psicossocial: a saúde do trabalhador da saúde**. Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2011.

BAHIA. **Plano Diretor de Regionalização: regiões de assistência em saúde**. Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, 2007. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/indexch.asp>. Acesso em: 10 de julho de 2017.

BARBOUR, Rosaline. **Grupos Focais**. Tradução: Marcelo Figueiredo. Coleção Pesquisa Qualitativa coordenada por Uwe Flick. Porto Alegre. Artmed, 2009.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 70. ed. Lisboa, 1977.

BARROS, Aline Rei Rocha.; GRIEP, Rosane Harter.; ROTENBERG, Lúcia. Automedicação entre os trabalhadores de enfermagem de hospitais públicos. **Rev. Latino-americana de Enfermagem**. novembro-dezembro; 17(6). 2009.

BASTISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In.: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro, EPSJV; FIOCRUZ, 2007. p.51-86.

BAUER, Martin; GASKELL, George; ALLUM, Nicholas. In: BAUER, Martin; GASKELL, George (Org.). **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 2; ed. Vozes, 2002.

BERTONI, Luci Mara. Reflexões sobre a história do alcoolismo. **Revista Hispeci & Lema**. Bebedouro - SP, v. 9, p. 149-150, 2006 Disponível em <<http://unifafibe.com.br/revistahispecilema/pdf/revista9.pdf>>. Acessado em: 09 de janeiro de 2017.

_____. **Se beber não dirija: representações, juventude e publicidade de bebidas alcoólicas**. Campinas-SP: Librum, 2015.

BERTONI, Luci Mara; IÑIGUEZ-IBARRA, Ana Lucía. Desafíos de la contemporaneidad: género y educación. In: BERTONI, Luci Mara; ALMEIDA, José Rubens Mascarenhas de.

(Org.). **Crise, conflitos e conhecimento no mundo contemporâneo**. Campinas, SP: Librum, 2017.

BOITEUX, Luciana. Modelos de Controle de Drogas: mapeando as estratégias de política de drogas em busca de alternativas ao modelo repressivo. In: FIGUEIREDO, Regina.; FEFFERMANN, Marisa; RUBENS, Adorno. (Org.). **Drogas & Sociedade Contemporânea: perspectivas para além do proibicionismo**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017.

BOSI, Ecléa. A pesquisa em memória social. **Psicologia USP**. São Paulo, 4 (1/2), p.277-284, 1993. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousp/v4n1-2/a12v4n12.pdf>> Acesso em: 01 de abril de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

_____. **Lei Federal n. 6.368, 21 de outubro de 1976**. Dispõe sobre Medidas de Prevenção e Repressão ao Tráfico Ilícito e Uso Indevido de Substâncias Entorpecentes ou que Determinem Dependência Física ou Psíquica, e dá outras Providências. Diário Oficial da União. Seção 1. Brasília, 22 de outubro, 1976.

_____. **Lei Federal n. 10.409, 11 de janeiro de 2002**. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Seção 1. Brasília, 14 de janeiro, 2002.

_____. **Lei Federal n. 11.343, 23 de agosto de 2006**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Seção 1. Brasília, 24 de agosto, 2006.

_____. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Decreto-lei n. 891, de 15 de novembro de 1938**. Diário Oficial da União. Brasília: 1938

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem, trabalho e relações na produção do cuidado em saúde**. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005

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

_____. **Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1, p. 2.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria/GM n. 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, 2002a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>> Acesso em: 17 de abril, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde, 2011. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>. Acesso em: 17 de abril, 2017.

_____. **Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível, em: < http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em 17 de abril, 2017

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 2.197, de 14 de outubro de 2004**. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS, e dá outras providências. Brasília, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **Cartilha de Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. 2. ed. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília, 2008.

_____. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 5.729, de 29 de Outubro de 1971**. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. Brasília, 1971.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental**. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34): Brasília, 2013.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> >. Acesso em 27 de junho, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012**. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros, 2012a

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006a, p. 18.

_____. **Lei n. 9394, 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. (Anais).

BRANDÃO, Carlos Brandão. **O que é educação**. São Paulo: Brasiliense, 1981.

BUCHER, Richard. A Ética de Prevenção. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. Vol. 23. n. especial, 2007, p. 117-223.

BURGIERMAN, Denis Russo. **O fim da guerra**: a maconha e a criação de um novo sistema para lidar com as drogas. São Paulo: Leya, 2011.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. 177-185, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15s2/1299.pdf>>. Acessado em: 02 de abril, 2017.

CARLINI, Elisaldo Araújo.; NAPPO, Solange Aparecida.; GALDURÓZ, José Carlos Fernandes.; NOTO, Ana Regina. Drogas Psicotrópicas: o que são e como agem. **Revista IMESC**. N. 03, 2001.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, 21(2), 513-518, 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v21n2/v21n2a16.pdf>> Acesso em: 16 de maio, 2017.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**.vol.57. n.5. 2004, p. 611-614.

CAMPOS, Pedro Humberto Faria; ROUQUETTE, Michel-Louis. Abordagem estrutural e componente afetivo das representações sociais. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 435-445, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v16n3/v16n3a03.pdf>> . Acessado em: 20 de março, 2017.

CAMPOS, Marcelo Araújo.; SIQUEIRA, Domiciano Ribeiro.;Redução de danos e terapias de substituição em debate: contribuição da Associação Brasileira de Redutores de Danos.Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. 52 (5): 329-396,2003.

CAPISTRANO, Fernanda Carolina.; FERREIRA, Aline Cristina Zerwes.; SILVA, Thaise Liara.; KALINKE, Luciana Puchalski.; MAFTUM, Alves Mariluci. Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. **Escola Anna Nery** (impr.) 17 (2). 234-241, 2013..

CARNEIRO, Henrique. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Revista Outubro**, IES, São Paulo, vol. 6, 2002, pp.115-128.

CAVALCANTE, Maria Beatriz de Paula Tavares.; ALVES. Maria Dalva Santos; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Adolescência, álcool e drogas: uma revisão na

perspectiva da promoção da saúde. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**. 12 (3). 555-59, 2008.

CARVALHO, Sérgio R.; RODRIGUES, Camila de O.; COSTA, Fabrício D. da.; ANDRADE, Henrique S. Medicalização: uma crítica (im)pertinente? **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 25. 4.1251-1269, 2015

CARVALHO, Sérgio Resende. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(3):669-678, 2004.

CERQUEIRA, Gustavo Luis Caribé. Qualificação Universitária em álcool e outras drogas. **Rev. Saúde.com**, v. 9, n. 4, p.316-322, 2013.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR. [CAPES]. MEC. Brasília, DF. Disponível em: <www.capes.gov.br>. Acesso em: 28 de março, 2017.

COSTA, Nádia Vanessa Basílio Marques da. **Prevalência do consumo de drogas de abuso nos casos mortais autopsiados na delegação do Centro do instituto nacional de medicina legal e no gabinete médico-legal da Figueira da Foz entre 1990 e 2007**. Dissertação - (Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade e Coimbra: Coimbra, 2010.

COSTA-ROSA, Abílio da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In.: AMARANTE, Paulo (Org.). **Ensaio: subjetividades, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre.; SCHOTT, Márcia; AZEREDO, Catarina Machado.; FRANCESCHINI, PRIORE, Sylvia Eloísa; DIAS, Glauce. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**.v.15. n.3, 2006.

COUTINHO, Maria Tereza da Cunha; CUNHA, Suzana Ezequiel da. **Os caminhos da pesquisa em ciências humanas**. Belo Horizonte: PUCMinas, 2004, p. 105

CUNHA, Genilton Rodrigues. **Integralidade da atenção na assistência hospitalar: um estudo com profissionais que participam do atendimento ao usuário**. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Belo Horizonte, 2007.

DELGADO, Pedro Gabriel Gorginho. Saúde Mental e Direitos Humanos: 10 anos da lei 10.216/2001. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. 63(2),114-121. Rio de Janeiro, 2011

DOISE, Willem. Da Psicologia Social à Psicologia Societal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 18, n. 1, p. 27-35, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v18n1/a04v18n1>> . Acessado em: 19 de março, 2017.

DURKHEIM, Êmile. **Da Divisão do trabalho social**. Martins Fontes. São Paulo, [1893]1999.

_____. **As regras do método sociológico**. Martins Fontes. São Paulo, [1895]2007.

_____. Representações Individuais e Representações Coletivas. **Sociologia e Filosofia**. Tradução: J.M. de Toledo Camargo. Forense. Rio de Janeiro, [1924]1970.

_____. **O Suicídio**: estudo de sociologia. Martins Fontes. São Paulo, [1897]2000

_____. **As formas elementares da vida religiosa**. Martins Fontes. São Paulo, [1912]2000a.

_____. **A educação moral**. Vozes. Petrópolis, [1925]2008

DUVEEN, Gerard. O fenômeno das representações sociais. In: MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais**: investigações em psicologia social. Tradução: Pedrinho Guareschi. 11. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015

DUVIGNAUD, Jean. Prefácio. In: HALBWACHS, Maurice. **A memória coletiva**. São Paulo: Centauro, 2006, p. 7-16.

EDWARDS, Griffith; MARSHALL, Jane; COOK, Christopher Charles Holland. **O tratamento do Alcoolismo**: Um Guia para Profissionais da Saúde. 4. ed. Artmed, 2005.

ESCOHOTADO, Antonio. 7. ed. revista e ampliada. **Historia general de las drogas**. V. 2. Madrid: Alianza, 1998, p. 131.

_____. **Historia elemental de las drogas**. Barcelona: Anagrama, 1996.

_____. **História elementar das drogas**. Portugal: Antígona, 2004.

FARIA, Jeovane Gomes,; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. O perfil dos usuários do CAPS AD-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. **Psicologia & Sociedade**; 21 (3): 324-333, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n3/a05v21n3.pdf>>. Acesso em: 17 de julho de 2017.

FARR, Robert M. **As Raízes da Psicologia Social Moderna**. Tradução: Pedrinho A. Guareschi. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

_____. Representações Sociais: a teoria e sua história. In.: GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra. (Org.) **Textos em Representações Sociais**. 2. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 1995.

FENTRESS, James; WICKHAM, Chris. **Memória social**: novas perspectivas sobre o passado. Tradução: Telma Costa. Lisboa: Teorema, 1992.

FIGLIE, Neliana.; FONTES, Andrezza.; MORAES, Edilaine.; PAYA, Roberta. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psicossociais: necessitam de um olhar especial? **Rev. Psiq. Clín.** 31 (2);53-62, 2004

FIGUEIREDO, Luís Claudio Mendonça; SANTI, Pedro Luiz Ribeiro de. **Psicologia**: uma (nova) introdução. 3. ed. 2ª impressão. São Paulo: EDUC, 2010.

FILIZOLA, Carmem Lúcia Alvez.; MILIONI, Debora Brechesi.; PAVARINI, Sofia Cristina Iost. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2008; 10(2):491-503. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v10/n2/pdf/v10n2a20.pdf>. Acesso em: 02 de agosto de 2017.

FIGLIARELLI, Maurício. **Uso de drogas**: substâncias, sujeitos e eventos. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas-SP, 2013, p. 01

_____. **Uso de “drogas”**: controvérsias médicas e debate público. Mercado das Letras. Campinas, 2006.

_____. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos estudos**. (92):9-21. CEBRAP. 2012.

FONSECA, Elize Massard. **Políticas de Redução de Danos ao Uso de Drogas**: O contexto internacional e uma análise preliminar dos programas brasileiros. Dissertação apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2005.

FRASER, Márcia Tourinho Dantas; GONDIM, Sônia Maria Guedes. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia** (Ribeirão Preto). v.14. n.28, 2004, p. 139-152.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 1994

GAZZINELLI, Maria Flávia; PENNA, Cláudia. Educação em Saúde: Conhecimento, representações sociais e experiência da doença. .In: GAZZINELLI, Maria Flávia.; REIS, Dener Carlos dos.; MARQUES, Rita de Cássia. (Org.). **Educação em Saúde**: teoria, método e imaginação. EDUFMG. Belo Horizonte, 2006

GAZZINELLI, Maria Flávia.; GAZZINELLI, Andréa.; REIS, Dener Carlos dos.; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiência da doença. **Cadernos de Saúde Pública**. 21(1):200-206. Rio de Janeiro, 2005.

GRAMSCI, Antonio. **Americanismo e Fordismo**. Tradução: Gabriel Bogossian. São Paulo. Hedra, 2011. p. 68-69.

GUARESCHI, Pedrinho. Apresentação à Edição Brasileira. IN.: MOSCOVICI, Serge. **Psicanálise, sua imagem e seu público**. Tradução: Sônia Fuhrmann. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

_____. Pressupostos psicossociais da exclusão: competitividade e culpabilização. In: **As artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. SAWAIA, Bader. (Org.).14. ed. 1ª reimpressão. Vozes. Petrópolis, 2014.

_____. Psicologia Social: o lugar da crítica, da memória e da afetividade. O que é mesmo Psicologia Social? Uma perspectiva crítica de sua história e seu estado hoje. In.: SATO, Leny;

JACO-VILELA, Ana Maria. (Org.). **Diálogos em Psicologia Social**. Centro Edelstein de Pesquisas Sociais: Rio de Janeiro, 2012a.

GUIMARÃES, Rafael Alves.; SILVA, Leandro Nascimento da.; FRANÇA, Divânia Dias da Silva.; DEL-RIOS, Nativa Helena Alves.; CARNEIRO, Megmar Aparecida dos Santos.; TELES, Sheila Araujo. Comportamentos de risco para doenças sexualmente transmissíveis em usuários de *crack*. **Revista Latino-Am. Enfermagem**. 23(4):628-34, 2015.

GUIMARÃES, Fabiana Cristian.; SANTOS, Daniela Vender Vieira dos.; FREITAS, Rodrigo Cavalari de.; ARAÚJO, Renata Brasil. Perfil do usuário de *crack* e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). **Rev. psiquiatr**. vol.30 n.2 Porto Alegre, 2008

HALBWACHS, Maurice. **A memória coletiva**. Tradução: Beatriz Sidou. São Paulo. Centauro, [1950]2006.

HUMAN RIGHTS WATCH [HRW]. Condições das prisões, tortura e maus-tratos a detentos. **World Report**. 27º Relatório global. 2017. Disponível em: < <https://www.hrw.org/pt/world-report/2017/country-chapters/298766>>. Acesso em: 28 de agosto de 2017.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Acidentes de trânsito nas rodovias federais brasileiras: caracterização, tendências e custos para a sociedade** - relatório de pesquisa. Brasília: IPEA, 2015.

INTERNATIONAL HARM REDUCTON BRIEFING. **O que é redução de danos**: uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos [Internet]. London: IHRA, 2010. Disponível em: < https://www.hri.global/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf> Acesso em: 06 de abril, 2017.

JODELET, Denise. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, Denise. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001.

JORGE, Maria Salete Bessa.; RAMIREZ, Ana Raquel Alves; LOPES, Consuelo Helena Aires Freitas; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; BASTOS, Vanessa Barreto. Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação de pessoas com transtorno mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 42(1). 2008,135-42

KARAM, Maria Lucia. A Lei 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo. IN.: LABATE, Beatriz Caiuby; GOULART, Sandra Lucia; FIORE, Maurício; MACRAE, Edward; CARNEIRO, Henrique (Org.). **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008, p. 105

_____. Considerações sobre as políticas criminais, drogas e direitos humanos. In.: VECCHIA, Marcelo Dalla.; RONZANI, Telmo Mota.; PAIVA, Fernando Santana de.; BATISTA, Cassia Beatriz.; COSTA, Pedro Henrique Antunes da. **Drogas e direitos humanos**: reflexões em tempos de guerra às drogas. Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisa em Saúde. (Org.). Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

KERR-CORREA, Florence. Debate sobre o artigo de Delma Pessanha Neves. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2004; 20(1):25-26.

KITZINGER, Jenny. Grupos Focais. IN.: POPE, Catherine.; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção em saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

LAPATE, Vagner. **Hora Zero**: a independência das drogas: antes que os problemas chegam. São Paulo. Scortecci, 2001, p. 27

LARANJEIRA, Ronaldo; NICASTRI, Sérgio; JERÔNIMO, Cláudio; MARQUES, Ana. Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. São Paulo , v. 22, n. 2, p. 62-71, Junho, 2000 . Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n2/a06v22n2.pdf> > Acesso em: 20 de janeiro, 2017.

LIMA JUNIOR, João Mendes de Lima.; SILVA, Eray Aparecida da.; MOURA, Yone Gonçalves de.; REINALDO, Amanda Márcia dos Santos.; COSTA, Izídio da. Os desafios do cuidado em saúde para a formação em álcool e outras drogas baseada nos direitos humanos. In.: VECCHIA, Marcelo Dalla.; RONZANI, Telmo Mota.; PAIVA, Fernando Santana de.; BATISTA, Cassia Beatriz.; COSTA, Pedro Henrique Antunes da. **Drogas e direitos humanos**: reflexões em tempos de guerra às drogas. Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisa em Saúde. (Org.). Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

LOPES, Gabriel M.;NÓBREGA, Brunno Araújo.; PRETTE,Giovana Del.; SCIVOLETTO, Sandra. Use of psychoactive substances by adolescents: current panorama. **Rev. Bras. Psiquiatr.** v. 35. p. S51-S61, 2013

MACAGNAN, Jenyffer Patrícia; MENETRIER, Jacqueline Vergutz.; BORTOLOTTI, Durcelina Schiavoni. Perfil dos usuários de um Centro de Atenção Psicossocial no município de Francisco Beltrão - Paraná. **Biosaúde**, Londrina, v. 16, n. 2, 2014. .Disponível em:<http://www.uel.br/ccb/patologia/portal/pages/arquivos/Biosaude%20v%2016%202014/B_S_16_2_2014_DF_01.pdf>. Acesso em: 17 de julho de 2017.

MACHADO, Letícia Vier; BOARINI, Maria Lúcia. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicologia: ciência e profissão**. 2013, vol.33, n.3, pp. 580-595. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n3/v33n3a06.pdf>>. Acesso em 20 de dezembro, 2017.

MACIEL, Marjorie Ester Dias. Educação em saúde: conceitos e propósitos. **Revista Cogitare Enfermagem**. v. 14, n. 4: Paraná, 2009, p. 773-776.

MACIEL, Marjorie Ester Dias; VARGAS, Divane de. Redução de Danos: uma alternativa ao fracasso no combate às drogas. **Revista Cogitare Enfermagem**, 20(1):207-10, 2015

MACRAE, Edward. **A subcultura da droga e da prevenção**. Texto Apresentado ao Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) – Universidade Federal da Bahia (UFBA), Salvador, 2003. Disponível em <http://www.neip.info/downloads/t_edw5.pdf>. Acesso em 15 de janeiro, 2017.

MACRAE, Edward. Diálogo com Dr. Antônio Nery, George Gusmão Soares, Maria Eugenia Nuñez e Edward MacRae sobre o *crack*. In.: **Crack**: contextos, padrões e propósitos de uso. MACRAE, Edward; TAVARES, Luis Alberto.; NUÑEZ, Maria Eugenia.(Org.). EDUFBA: CETAD. Salvador, 2013.

MACRAE, Edward; SIMÕES, Júlio Simões. **Rodas de fumo**: o uso da maconha entre camadas médias urbanas. Coleção Drogas: clínica e cultura. 2ª Impressão. EDUFBA. Salvador, 2004.

MAGALHÃES, Livia Diana Rocha; ALMEIDA, José Rubens Mascarenhas de. Relações simbióticas entre memória, ideologia, história e educação. In: LOMBARDI, J. C.; CASIMIRO, A. P. B.; MAGALHÃES, L. D. R (Org.). **História, memória e educação**. Campinas – SP: Alínea, 2011.

MARLATT, Gordon Alan. **Redução de danos**: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artmed; 1999.

MARQUES, Ana Cecília Petta Roselli; CRUZ, Marcelo Santos. O adolescente e o uso de drogas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 32-36, Dezembro,2000.

MARTINS, Mayra.; SANTOS, Manoel Antônio dos.;PILLON, Sandra Cristina. Percepções de família de baixa renda sobre o uso de drogas por um de seus membros. **Revista Latino-am Enfermagem**. 16(2), 2008.

MEDEIROS, Katrucky Tenório. **As mulheres nas drogas**: representações sociais de usuários de *crack*. Dissertação (mestrado em Psicologia Social) apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2014.

MEDEIROS, Briane; SILVEIRA, João Luis Gurjel Calvet da. Educação em saúde: representações sociais da comunidade e da equipe de saúde. **Dynamis revista tecnológica**. vol.13, n.1, 2007.

MEDEIROS, Regina. Construção social das drogas e do *crack* e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. **Saúde Soc**. v.23, n.1, p.105-117. São Paulo, 2014

MELO, Juliana Rízia Félix; MACIEL, Silvana Carneiro. Representação Social do Usuário de Drogas na Perspectiva de Dependentes Químicos. **Psicologia: ciência e profissão**. Brasília, v. 36, n. 1, p. 76-87, 2016 .

MENDES, Eugenio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80. In: MENDES, Eugenio Vilaça (Org.). **Distrito sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 4. ed. Hucitec. São Paulo, 1999.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma composição do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. Saúde em Debate: **Revista do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, 2003

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. Hucitec. São Paulo, 2014.

_____.; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad. Saúde Pública**, v.9, n.3, p. 237-248, 1993. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>>. Acesso em 24 de março, 2017.

MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza.; FÉ, Leandro Carvalho Moura.; MOREIRA, Maycon Alex Cavalcante.; ALBUQUERQUE, Isadora Elisa de Moura.; SILVA, Michelly Gomes da.; PASSAMANI, Mauro Cezar. Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro.v. 15, n. 1.p. 90-95, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n1/13.pdf>>. Acesso em: 17 de julho de 2017.

MORAES, Roque. Análise de Conteúdo. **Revista de Educação**. v. 22. n. 37. Porto Alegre, 1999. p. 7-32

MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais: Investigações em psicologia social**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, ([2000]2015).

_____. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, ([1961]2012).

_____. **A invenção da sociedade: sociologia e psicologia**. Tradução de Maria Ferreira. Petrópolis. Vozes, ([1988]2011).

MOTA, Vivian Lemos. **Representação social da redução de danos para profissionais que atuam pelo Programa Mais Vida da cidade do Recife**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Pernambuco. Recife, 2012. p.107.

MOTA, Leonardo de Araújo e. **Pecado, crime ou doença? Representações sociais da dependência química**. Tese (Doutorado).Centro de Humanidades, Programa de Pós Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2008.

NERY FILHO, Antônio.; FLACH Patrícia Von. Os sujeitos e as exclusões: os movimentos de resistência e os riscos de iatrogenia. IN.:VECCHIA, Marcelo Dalla.; RONZANI, Telmo Mota.; PAIVA, Fernando Santana de.; BATISTA, Cassia Beatriz.; COSTA, Pedro Henrique Antunes da. **Drogas e direitos humanos: reflexões em tempos de guerra às drogas**. Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisa em Saúde (Org.). Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

NIMTZ, Miriam Aparecida.; TAVARES, Anna Maria Fornalski.; MAFTUM, Mari Luci.; FERREIRA, Aline Cristina Zerwes.; BORBA, Letícia de Oliveira.; CAPISTRANO, Fernanda Carolina. Impacto do uso de drogas nos relacionamentos familiares de dependentes químicos. **Cogitare Enferm**. 19(4) Out/Dez, 2014.

OLIVEIRA, Márcio de. O conceito de Representações Coletivas: uma trajetória Da Divisão do Trabalho às Formas Elementares. **Debates do NER**. ano 13, n. 22 p. 67-94, jul./dez. 2012, Porto Alegre.

OLIVEIRA, Gislene Farias de; LUCHESI, Luciana Barizon. O discurso sobre álcool na Revista Brasileira de Enfermagem: 1932-2007. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. spe, p. 626-633, Junho, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18nspe/a20v18nspe.pdf>> Acesso em: 27 de março de 2017.

OLIVEIRA, Hedelândia Milon de.; GONÇALVES, Maria Jacirema Ferreira. Educação em Saúde: uma experiência transformadora. **Revista Brasileira de Enfermagem**. nov/dez;57(6):761-. Brasília (DF) 2004

OLIVEIRA, Vânia Carvalho de.; CAPISTRANO, Fernanda Carolina.; FERREIRA, Aline Cristina Zerwes.; KALINKE, Luciana Puchalski.; FELIX, Jorge Vinícius Cestari.; MAFTUM, Maruluci Alves. Perfil sociodemográfico e clínico de pessoas atendidas em um CAPS AD do sul do Brasil. **Revista baiana de enfermagem**.v.31.n.1 2017.Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/issue/view/1500>>. Acesso em: 17 de julho de 2017.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de. **(In)Visibilidade do consumo de drogas como problema de saúde num contexto assistencial**: uma abordagem de gênero. Tese (doutorado) apresentado ao Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2008.

OLMO, Rosa del. **A face oculta da drogas**. Tradução: Tereza Ottoni. Rio de Janeiro. Revan, 1990.

ONG VIVA RIO. **Diminuir Para Somar**: Cartilha de Redução de Danos Para Agentes Comunitários de Saúde. Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.vivacomunidade.org.br/wp-content/arquivos/cartilha_ACS_red_danos.pdf> Acesso em: 10 de abril de 2017.

OPEN SOCIETY FOUNDATIONS [OSF]. **Crack**: Reduzir Danos - Lições Brasileiras de Saúde, Segurança e Cidadania. Janeiro, 2017. Disponível em: <<https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/crack-reduzir-danos-20170129.pdf>> Acesso em: 30 de Janeiro de 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE [OMS]. **Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas**. Tradução Fábio Corregiari. São Paulo : Roca, 2006

PACHECO FILHO, Raul Albino. Toxicomania: um modo fracassado de lidar com a falta estrutural do sujeito e com as contradições da sociedade. **Revista Mental**. Ano V. n. 9.Barbacena, 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. ANVISA. **Seminários Temáticos Permanentes**. Brasília: 28 de março de 2001.

_____. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIVA, Fernando Santana.; COSTA, Pedro Henrique Antunes da. Desigualdade Social, políticas sobre drogas e direitos humanos: uma reflexão sobre a realidade brasileira. In.: VECCHIA, Marcelo Dalla.; RONZANI, Telmo Mota.; PAIVA, Fernando Santana de.; BATISTA, Cassia Beatriz.; COSTA, Pedro Henrique Antunes da. **Drogas e direitos**

humanos: reflexões em tempos de guerra às drogas. Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisa em Saúde. (Org.). Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

PEIXOTO, Clayton.; PRADO, Carlos Henrique de Oliveira.; RODRIGUES, Cristiele Pedroso.; CHEDA, Julio Nelson Devicari.; MOTA, Letícia Brito Tavares da.; VERAS, André Barciela. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). **J. Bras. Psiquiatr.** 2010;59(4):317-321. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n4/08>>. Acesso em: 17 de julho de 2017.

PERALTA, Elza. Abordagens teóricas ao estudo da memória social: uma resenha crítica. **Arquivos da Memória**, 2 (Nova Série): 4-23, 2007.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. **Ciência e Saúde Coletiva**. 16(12): 4579-4589, 2011.

PILLON, Sandra Cristina.; CARDOSO, Lucilene.; PEREIRA, Gisela Amorim Marques.; MELLO, Emmanuel.; Perfil dos idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial-álcool e outras drogas. **Esc. Anna Nery (impr.)**.10 (4): 742-748.Out-Dez, 2010.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 203-211, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf>>. Acesso em 02 de abril, 2017.

QUEIROZ, Isabela Saraiva de. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 2-15, Dezembro, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000400002> Acesso em: 04 de abril, 2017.

RABELO, Antônio Reinaldo; MATTOS, Anne Alice Quaresma; COUTINHO, Domingos Macedo. **Um manual para o CAPS: Centro de Atenção Psicossocial**. Salvador: Departamento e Neuropsiquiatria da UFBA, 2006.

REIS, Dener Carlos dos. Educação em Saúde: aspectos históricos e conceituais. In: GAZZINELLI, Maria Flávia.; REIS, Dener Carlos dos.; MARQUES, Rita de Cássia. (Org.). **Educação em Saúde: teoria, método e imaginação**. Belo Horizonte: EDUFMG, 2006.

RENOVATO, Rogério Dias.; BAGNATO, Maria Helena Salgado. Da educação sanitária para a educação em saúde (1980-1992): discursos e práticas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Internet].jan/mar;14(1), 2012:77-85. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a09.pdf>>. Acesso em: 26 de agosto de 2017.

ROCHA, Patrícia Rodrigues da; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. Padrão de consumo de álcool e outras drogas entre profissionais de saúde: retrato de alunos de cursos lato sensu de uma instituição pública. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**. (Ed. port.), Ribeirão Preto. v. 11, n. 1. 2015.

RODRIGUES, Thiago Moreira de Souza. A infindável guerra americana: Brasil, EUA e o narcotráfico no continente. **São Paulo em Perspectiva**. 16(2):102-111, 2002.

_____. **Políticas e drogas nas Américas**. FAPESP. São Paulo, 2004

ROTELLI, Franco; AMARANTE, Paulo. Reformas Psiquiátricas na Itália e no Brasil: aspectos históricos e metodológicos. In.: BEZERRA JR.; AMARANTE, Paulo (Org.). **Psiquiatria sem hospícios**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica Rio de Janeiro, Relume Dumará, 1992.

SÁ, Celso Pereira de. Sobre o Campo de Estudo da Memória Social: uma perspectiva psicossocial. **Psicologia: reflexão e crítica**. v. 20, n. 2, p. 290-295. Porto Alegre, 2007

_____. **A construção do objeto de pesquisa em Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 1998.

_____. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, Mary Jane. (Org.). **O conhecimento no cotidiano**: as representações na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993.

_____. Representações sociais: teoria e pesquisa do núcleo central. **Temas em psicologia**. Ribeirão Preto.v. 4, n. 3. 1996.

SÁ, Laís Carvalho de.; ARAÚJO, Telma Maria Evangelista de.; GRIEP, Rosane Harter.; CAMPELO, Viriato.; MONTEIRO, Claudete Ferreira de Souza. Soroprevalência da Hepatite C e fatores associados em usuários de *crack*. **Revista Latino-Am. Enfermagem**. 21(6):1195-202, 2013.

SAAD, Luísa Gonçalves. "**Fumo de negro**": a criminalização da maconha no Brasil (c.1890-1932). Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Salvador, 2013

SAMPAIO, Christiane; FREITAS, Deisi Sangoi. **Redução de Danos e SUS**: enlances, contribuições e interfaces, 2010. Disponível em:<<http://www.comunidadessegura.org.br/files/Redu%C3%A7%C3%A3o%20de%20Danos%20e%20SUS.pdf>> Acesso em: 11 de abril, 2017

SANCHEZ, Zila van der Meer; NAPPO, Solange Aparecida. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. **Revista Saúde Pública**, São Paulo , v. 42, n. 2, p. 265-272, 2008.

SANTOS, Núbia Schaper; ALMEIDA, Patty Fidelis de; VENANCIO, Ana Teresa; DELGADO, Pedro Gabriel. A autonomia do sujeito psicótico no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. **Psicologia: ciência e profissão**. v. 20. n. 4, Brasília, 2000 .

SANTOS, Myrian Sepúlveda dos. Memória Coletiva, trauma e cultura: um debate. **Revista USP**. n. 98. São Paulo, jun.-jul.-ago., 2013.

_____. Sobre a autonomia das novas identidades coletivas: alguns problemas teóricos. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. vol.13. n. 28, 1998.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Introdução a uma Ciência Pós-Moderna**. 6. ed. Porto: Afrontamento, 1989

SAVIANI, Dermeval. Escola e democracia: para além da "teoria da curvatura da vara". **Germinal: Marxismo e Educação em Debate**, Salvador, v. 5, n. 2, p. 227-239, dez. 2013.

_____. Dermeval. **Pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações**. 11. ed. Campinas-SP: Autores Associados, 2011.

SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Revista Ciência e saúde coletiva**. v. 10, n. 3. Rio de Janeiro, 2005 p. 707-717.

_____. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Revista Ciência e saúde coletiva**. v. 8, n. 1. Rio de Janeiro, 2003 p. 299-306.

SILVA, Martinho Braga.; DELDUQUE, Maria Célia. Patologização e penalização do uso de drogas: uma análise socioantropológica de proposições legislativas (2007-2010). **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 25 [1]: 231-250, 2015.

SILVA, Sílvio Éder Dias da.; VASCONCELOS, Esleane Vilela.; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza.; MARTINI, Jussara Gue. BACKES, Vânia Marli Schubert. A educação em saúde como uma estratégia para enfermagem na prevenção do alcoolismo. **Escola Anna Nery** [online]. Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 699-705, 2007 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n4/v11n4a23.pdf>>. Acessado em 02 de abril, 2017.

SILVA, Aline Basso da.; PINHO, Leandro Barbosa. Território e saúde mental: contribuições conceituais da geografia para o campo psicossocial. **Revista Enferm UERJ**. 23(3):420-4. Rio de Janeiro, 2015.

SILVA, Maura Lima Bezerra.; DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. **Manejo da crise: encaminhamento e internação psiquiátrica em questão**. Arquivos Brasileiros de Psicologia (Online), v. 66, 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arp/v66n3/04.pdf>>. Acesso em: 26 de agosto de 2017.

SILVEIRA, Dartiu Xavier; SILVEIRA, Evelyn Doering Xavier da. **Um guia para a família**. Brasília: SENAD, 1999.

SOARES, Antônio Jorge. Apontamento para uma crítica à teoria das Representações Sociais. **Revista da Direito e Liberdade**. v. 7, n. 3. Mossoró, 2007 p. 55-64. Disponível em:<http://www.esmarn.tjrn.jus.br/revistas/index.php/revista_direito_e_liberdade/article/view/77/69> Acessado em: 16 de fevereiro, 2017

SOUZA, Tadeu de Paula. **A norma da abstinência e o dispositivo "drogas": direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da Redução de Danos)**. Tese (doutorado) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Saúde Coletiva - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 2013.

SOUZA, Jacqueline de.; KANTORSKI, Luciane Prado.; GONÇALVES, Sérgio Eduardo.; MIELKE, Fernanda Barreto.; GUADALUPE, Danieli Bispo. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Redução de Danos: novas propostas, novos desafios. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2):210-7. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a09.pdf>>. Acesso em: 12 de maio de 2016.

SOUZA, Márcia Rebeca Rocha de.; OLIVEIRA, Jeane Freitas de. fenômeno das drogas: análise das reportagens veiculadas em um jornal de Salvador. **Revista Baiana de Enfermagem**.22/23(1/3), 2009, p. 145-56.

SPINK, Mary Jane. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: GUARESCHI, Pedrinho; JOVCHELOVITCH, Sandra. (Org.) **Textos em Representações Sociais**. 2. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 1995.

TEIXEIRA, Carmem Fontes; SOLLA, Jorge Pereira. **Modelos de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2006.

TRAD, Sergio. Controle do uso de drogas e prevenção no Brasil: revisitando sua trajetória para entender os desafios atuais. In: NERY FILHO, A. et al (Org.). **Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas**. Salvador: EDUFBA; CETAD, 2009, p. 97-112.

_____. **A trajetória da prevenção às drogas no Brasil: do proibicionismo à Redução de Danos e seus reflexos nas políticas locais**. Tese (doutorado). Universitat Rovira I Virgili. Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social. Programa de doctorat d'Antropologia de la Medicina, Tarragona, 2010.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista Saúde Pública**. v. 39. n. 3. São Paulo, 2005, p. 507-514.

WAGNER, Wolfgang. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: A. S. P. MOREIRA; D. C. OLIVEIRA. (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 1998, pp. 3-25.

VALA, Jorge. Representações sociais e psicologia social do conhecimento quotidiano. In: VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedicta. (Coord.). **Psicologia social**. 4. ed. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 2000.

VALÉRIO, Andréa Leite Ribeiro.; NASCIMENTO, Wanderson Flor do. Os desafios do setor de assistência social para a formação em álcool e outras drogas baseada nos direitos humanos. In.: VECCHIA, Marcelo Dalla.; RONZANI, Telmo Mota.; PAIVA, Fernando Santana de.; BATISTA, Cassia Beatriz.; COSTA, Pedro Henrique Antunes da. **Drogas e direitos humanos: reflexões em tempos de guerra às drogas**. Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisa em Saúde. (Org.). Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

VALLIM, Danielle. Experiência do Rio de Janeiro e Nova York com o trabalho com pessoas em situação de rua. In.: VECCHIA, Marcelo Dalla.; RONZANI, Telmo Mota.; PAIVA, Fernando Santana de.; BATISTA, Cassia Beatriz.; COSTA, Pedro Henrique Antunes

da. **Drogas e direitos humanos:** reflexões em tempos de guerra às drogas. Série Interlocações Práticas, Experiências e Pesquisa em Saúde. (Org.). 1.ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

VARGAS, Eduardo Viana. Os Corpos Intensivos: sobre o estatuto social do consumo de drogas legais e ilegais. IN.: DUARTE, Luiz Fernandes Dias.; LEAL, Ondina Fachel. (Org.). **Doença, sofrimento, perturbação:** perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998

VECTORE, Célia; CARVALHO, Cíntia. Um olhar sobre o abrigo: a importância dos vínculos em contexto de abrigo: a importância dos vínculos em abrigo. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional** (ABRAPEE). Volume 12. n. 2. Julho/Dezembro, 2008. Disponível:<<<http://www.scielo.br/pdf/pee/v12n2/v12n2a15.pdf>>>. Acesso em: 20 de julho de 2017.

VIEIRA FILHO, Nilson Gomes.; ROSA, Miriam Debieux. Clínica psicossocial: articulando saúde mental e a estratégia saúde da família. **Mental**. ano IX. n.16. Barbacena-SP, 2011.p. 397-416.

VILLA, Eliana. Educação em saúde: a prática educativa no cotidiano do trabalho. In: GAZZINELLI, Maria Flávia.; REIS, Dener Carlos dos.; MARQUES, Rita de Cássia. (Org.). **Educação em Saúde:** teoria, método e imaginação. EDUFMG. Belo Horizonte, 2006.

YASUI, Silvio. **Rupturas e encontros:** desafios da reforma psiquiátrica brasileira [tese]. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2006, p. 185.

ZEFERINO, Maria Terezinha; RADÜNZ, Vera; CARRARO, Telma Elisa; FRELLO, Ariane Thaise; SANTOS, Viviane Euzébia Pereira. **Rev. enferm. UERJ**; 14(4): 599-605. 2006.

APÊNDICE I

Roteiro de perguntas para o grupo focal

Usuários

- O que é droga para vocês?
- Vocês imaginam o mundo sem drogas?
- Vocês acham que as drogas deveriam ser legalizadas?
- O que é pra vocês o “mundo das drogas”?
- O que vocês pensam sobre o uso de drogas?
- Algum de vocês está ou já ficou abstinente? Como é essa experiência?
- Vocês vêm ao Capsad por livre e espontânea vontade?
- Como se sente ao sair das atividades/grupos?

APÊNDICE II

Roteiro de perguntas para a entrevista semiestruturada

Profissionais

- O que é droga para vocês?
- O que vocês pensam sobre o uso e abuso de drogas?
- O que é para você o “mundo das drogas”?
- O que pensam sobre a legalização/criminalização da maconha?
- Há desafios no desenvolvimento das atividades/grupos? Quais?
- O que pensam sobre a política do proibicionismo?
- O que pensam sobre a política de redução de danos?
- Como se sente ao desenvolver as atividades/grupos

APÊNDICE III**Questionário sociodemográfico
(Usuários)**

Sexo () Feminino () Masculino **Idade** _____

Estado civil

- () Viúvo (a)
- () Casado (a)
- () Solteiro (a)
- () Divorciado (a)
- () União Estável
- () Não Consta

Tem filhos? () Sim. Quantos _____ () Não

Qual é a sua cor (raça)?

- () Amarela
- () Branca
- () Indígena
- () Parda
- () Preta
- () Outra. Qual?

Profissão: _____

Religião: _____

Escolaridade

- () Ensino Fundamental Incompleto
- () Ensino Fundamental Completo
- () Ensino Médio Incompleto
- () Ensino Médio Completo
- () Ensino Superior Incompleto
- () Ensino Superior Completo
- () Pós-graduação
- () Nunca frequentou uma escola
- () Não Consta

Renda familiar (em salários mínimos):

- () Menos de 1
- () 1 – 2
- () 3 – 4
- () 5 ou mais

Não Consta

Por quanto tempo usa/usou drogas? _____

Quais as drogas que usa/usou? _____

Há quanto tempo frequenta o Capsad? _____

Motivo pelo qual procurou o serviço:

- Vontade própria
- Exigência judicial
- Indicação Profissional
- Outros motivos _____

Quem o acompanhou no 1º atendimento?

- Familiar (Se sim, qual foi o membro familiar? _____)
- Policial
- Vizinho/Amigo
- Sozinho
- Não Consta

APÊNDICE IV**Questionário sociodemográfico
(Profissionais)**

Sexo () Feminino () Masculino

Idade _____

Estado civil

- () Viúvo (a)
- () Casado (a)
- () Solteiro (a)
- () Divorciado (a)
- () União Estável
- () Não Consta

Tem filhos? () Sim. Quantos _____ () Não

Qual é a sua cor (raça)?

- () Amarela
- () Branca
- () Indígena
- () Parda
- () Preta
- () Outra. Qual?

Religião: _____

Profissão: _____

Escolaridade

- () Ensino Fundamental Incompleto
- () Ensino Fundamental Completo
- () Ensino Médio Incompleto
- () Ensino Médio Completo
- () Ensino Superior Incompleto
- () Ensino Superior Completo
- () Pós-graduação
- () Nunca frequentou uma escola
- () Não Consta

Renda familiar (em salários mínimos):

- () Menos de 1

- 1 – 2
- 3 – 4
- 5 ou mais
- Não Consta

Usa algum tipo de drogas? Qual (is)? _____

Por quanto tempo usa drogas? _____

Há quanto tempo trabalha no Capsad? _____

APÊNDICE VI**Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB***Autorizada pelo Decreto Estadual nº 7344 de 27.05.98***Comitê de Ética em Pesquisa – CEP / UESB****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O senhor(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa “Representações sociais dos profissionais e usuários do CAPSad sobre o consumo de drogas e suas implicações nas práticas de educação em saúde”. Neste estudo pretendemos analisar as representações sociais dos profissionais e usuários sobre o consumo de drogas e suas implicações nas práticas de Educação em Saúde de uma unidade do Capsad. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é a necessidade de subsidiar dados para gestores e profissionais de saúde aperfeiçoarem políticas públicas municipais de modo a refletirem sobre as práticas desenvolvidas no CAPSad.

Para este estudo adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): grupos focais, que são técnicas de coleta de dados em interações grupais, com profissionais e usuários; e observações das práticas de educação em saúde desenvolvidas nesse serviço de saúde.

O senhor(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O senhor(a) será esclarecido (a) em todas as formas que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O senhor (a) poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento e terá direito a esclarecimentos adicionais, antes, durante e depois da pesquisa. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não causará qualquer punição ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. O senhor (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação. Este estudo apresenta como risco mínimo um possível constrangimento durante as observações, bem como ao falar sobre o consumo de drogas para alguém desconhecido, que é o pesquisador. Apesar disso, o senhor(a) tem assegurado (a) o direito a compensação ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. Os benefícios deste estudo consistem em que os resultados poderão ser úteis para melhorar as atividades e assistência no CAPSad.

Os resultados estarão à sua disposição quando finalizados. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a).

Por fim, ressaltamos que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB). Vale informar ainda que o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é o responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos nas pesquisas que envolvem seres

humanos, e tem o objetivo de defender os interesses dos sujeitos em sua integridade e dignidade.

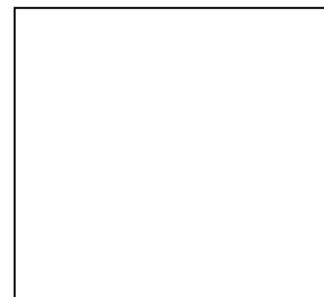
Eu, _____ fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e posso modificar a decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

[Município de realização da pesquisa], ____ de _____ de 20__ .

Assinatura do(a) participante

Impressão digital

Assinatura do(a) pesquisador(a)



Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, o senhor(a) poderá consultar:

PESQUISADOR(A) RESPONSÁVEL: JANDERSON CARNEIRO DE OLIVEIRA

ENDEREÇO: ESTRADA DO BEM QUERER, KM 4, UESB

VITÓRIA DA CONQUISTA – BA - CEP: 45083-900

Fone: (77) 98845-9998 / E-MAIL: jandapj@hotmail.com

CEP/UESB- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

RUA JOSÉ MOREIRA SOBRINHO, S/N - UESB

JEQUIÉ (BA) - CEP: 45206-190

FONE: (73) 3528-9727 / E-MAIL: cepuesb.jq@gmail.com