

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
CURSO DE MESTRADO EM PSICOLOGIA**

**QUE PEDRA É ESSA NA CLÍNICA DO CAPS AD? UM ESTUDO DAS  
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE USUÁRIOS DE CRACK PARA  
TÉCNICOS DE REFERÊNCIA DE CAPS AD.**

Recife

2012

**FLÁVIO ROMERO PEDROSA DE ALMEIDA JÚNIOR**

**QUE PEDRA É ESSA NA CLÍNICA DO CAPS AD? UM ESTUDO DAS  
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE USUÁRIOS DE CRACK PARA  
TÉCNICOS DE REFERÊNCIA DE CAPS AD.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientação: Prof.<sup>a</sup>.Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima de Souza Santos

Recife

2012

Catálogo na fonte  
Bibliotecária Maria do Carmo de Paiva CRB-4 1291

- Aq Almeida Júnior, Flávio Romero Pedrosa de.  
Que pedra é essa na clínica do CAPS AD? Um estudo das representações sociais sobre usuários de crack para técnicos de referência de CAPS AD / Flávio Romero Pedrosa de Almeida Júnior. – Recife: O autor, 2012.  
95 f. : il. ; 30 cm.
- Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima de Souza Santos.  
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.  
Pós-Graduação em Psicologia, 2012.  
Inclui bibliografia, apêndices e anexos.
1. Psicologia. 2. Representações sociais. 3. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas - CAPS AD. 4. Crack (Droga) – Aspectos sociais. I. Santos, Maria de Fátima de Souza (Orientadora). II. Título.

150 CDD (23. ed.)

UFPE (CFCH2013-128)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO DE FILOSOFIA DE CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**  
**CURSO DE MESTRADO**

**Que pedra é essa na clínica do CAPS-AD? Um estado sobre representações sociais de usuários de crack para técnicos de CAPS-AD.**

**Comissão examinadora:**

---

**Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria de Fátima Souza Santos**

**1º Examinador / presidentes**

---

**Prof. Dr. Marcus Túlio Caldas**

**2º Examinador**

---

**Prof. Dr. Benedito Medrado**

**3º Examinador**

**Recife, 31 de maio de 2012.**

A minha mãe, uma mulher que através da luta conseguiu me mostrar o caminho da  
dignidade, do respeito e da honestidade.

A minha tia Lulu (*in memoriam*) que me estimulou na busca pela ciência e ao  
crescimento como profissional

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a minha mãe Adalgisa que diante das adversidades da vida em plena década de 70 assumiu o cuidado de dois filhos, sozinha numa sociedade onde ser negra e separada tinha um peso singular e através de muito trabalho e luta conseguiu demonstrar-nos o valor do trabalho e do esforço na vida de cada ser humano: Um muito obrigado minha mãe.

Agradecer a Ângelo Marcos Aquino meu amado e companheiro do qual compartilho um “amor para vida toda”, uma pessoa que me apóia e me valoriza em todos os momentos, principalmente quando estou deixando a “peteca cair” ele me ergue de modo sutil como um verdadeiro anjo. Um companheiro que desejo perto de mim para sempre.

A minha Orientadora Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Maria de Fátima Souza Santos que sempre me deu autonomia para desenvolver a pesquisa e é um exemplo de simplicidade diante de tanta sabedoria e conhecimento que possui. Orgulho-me de ter sido orientado pela senhora!

A Vivian Lemos Mota (Vivi) que me estimulou mais que qualquer outra pessoa a fazer o mestrado. Mostrou-me que eu era capaz de ingressar na respeitosa Universidade Federal, mesmo oriundo de uma instituição formadora de ensino superior privada e de um currículo Lattes pouco “recheado”, fato que me deixava receoso e amedrontado. Muito obrigado Vivi, aprendemos muito juntos e isso fortaleceu nossa amizade inclusive tendo incomum a mesma orientadora.

A minha amiga/irmã Andréa Virgínia que sempre está presente na minha vida, nem que seja para me dar um “puxão de orelha”. Não consigo deixar de ser grato por tudo que você já fez por mim. Estar aqui é maior prova disso, você sempre apostou em mim. Muito obrigado!

Aos meus amigos da minha formação na FACHO, uma instituição séria e muito apaixonante onde pude fortalecer minhas bases como psicólogo. Agradeço em especial a minha amiga Mônica Soares: uma pérola negra em minha vida! E minha amiga Karine

Francisci uma pessoa com humor singular e uma ingenuidade que aprecio, obrigado a tod@s!

Gostaria de agradecer a todos meus familiares, em especial a minha tia Feliciano - “tia Sissi” que sempre me ama e declara isso em todos os lugares. Obrigado minha querida amo-te e sou grato por tudo que fizestes por mim.

Ao meu amigo Alex Chagas que me ensinou a lidar de forma natural com a vida desbravando um universo duro e árduo que é o preconceito.

A minha amiga Maria Teresa Padilha – “tia” um ser cujas potencialidades são infinitas e o meu amor é maior do que eu posso descrever. Amo-a e pronto!

Aos meus amigos e colegas de profissão do CAPS AD Eliane Maria José de Aguiar, por terem contribuído para meu conhecimento profissional nesse árduo campo de trabalho que é a Saúde Mental que hoje ainda se encontra em ascensão e modificação e há sete anos atrás era algo muito novo para um psicólogo que vinha da clínica ambulatorial. Gostaria de destacar Sandra Goretti minha para sempre “chefinha”, e minha gerente clínica e amiga Sulamy Patrícia que me mostra a cada dia a importância de sermos tolerantes com o diverso. A Karin Melo que apostou em mim quando coordenadora de Saúde Mental e ao elo que construímos como amigos.

Aos usuários do CAPS Ad, cada um que passou por este serviço, trazendo peculiaridades que nos mostra uma clínica cheia de particularidades, fazendo-nos repensarmos em diferentes estratégias para lidar com os diversos tipos de sofrimento que surgem.

Aos amigos do Programa ATITUDE que estou trabalhando recentemente. Um equipamento de internamento de usuários de crack e outras drogas onde estou descobrindo pessoas maravilhosas e ampliando meus conhecimentos numa nova área de saber: A assistência social. Gostaria de agradecer a todos, técnicos e usuários, destacando Maria Carmen Neves e Conceição Vasconcelos que numa tríade bem diferente formamos o grupo gestor da unidade, cada um com seu modo de ser, mas numa mistura interessante. Saibam que está sendo muito bom trabalhar com vocês. Também gostaria de ressaltar a forma doce e sutil que Shirleide me trata, me valorizando sempre sendo como ela é: doce.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-graduação do Mestrado em Psicologia da UFPE em especial ao secretário João, pela atenção e disponibilidade afinal, todo ano eu perco minha senha digital de matrícula e você de forma bem-humorada sempre conduziu isso muito bem (risos). A professora Jaileila Menezes que sabiamente me mostrou que ciência e arte pode ser uma combinação perfeita. A professora Alessandra Castanha pela organização e rigor científico e ao Professor Benedito Medrado que em seu modo singular de lecionar conduz aluno a uma reflexão crítica do que é científico, valorizando o rigor que a ciência necessita, mas acima de tudo orientando a um fazer além de uma ética prescritiva: levarei tudo isso sempre comigo.

Aos amigos do mestrado - “a turma da sopa”, obrigado pela paciência, pelos momentos super divertidos, aos encontros científicos e os não também. Gostaria de destacar minha doce Bela – Isabela Amblard um ser humano cujo requinte não se encontra nem nas docerias francesas do Boulevard – Saint Germain. A Júlia Santos pelas risadas maravilhosas nos “intervalos” das aulas (risos) e ao meu querido amigo PPV – Pedro Paulo, um cara gente boa, íntegro: “O pequeno Príncipe”, né? (risos).

Aos amigos do “grupo cobra”: Jaci, Dadinho (meus compadres), Fred, Camila. Obrigado por serem amigos de diversas horas e gostaria de dizer que é um prazer desbravar continentes e fazer compras em Miami, NY e Paris. Somos o grupo perfeito: “alegres e loucos por compras” (risos).

Aos meus colegas do Hospital Agamenon Magalhães no Serviço de Apoio a Mulher Wilma Lessa onde sou psicólogo plantonista e atendo mulheres vítima de violência física, sexual e psicológica, um trabalho denso, mas muito gratificante. Em especial gostaria de agradecer a médica e colega de plantão Fátima São Marcos e o enfermeiro Clóvis Tadeu: saibam que formamos um trio “parada dura”.

Deixando para o final, mas não por último agradeço a Deus. Viver é muito bom, mas requer diplomacia, jogo de cintura, inteligência e bom humor. Agradeço por tudo que tens me ofertado na vida. Sei que sou pequeno demais para tanta coisa, mas entendo que recebemos o que podemos carregar e suportar. Obrigado pela vida e espero poder ampliá-la cada vez mais na tua luz e na tua proteção! Amém.

## **ABREVIATURAS E SIGLAS**

**OMS – Organização Mundial de Saúde**

**CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas**

**TRS – Teoria das Representações Sociais**

**RS – Representação Social**

**SUS – Sistema Único de Saúde**

**RD – Redução de Danos**

**CFM – Conselho Federal de Medicina**

**TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido**

**SENAD – (Secretaria Nacional Antidrogas)**

**DEA – (Drugs Enforcement Administration)**

**CEBRID – (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas)**

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1: Fluxograma de Encaminhamento aos Pacientes- Desenho de Rede de Saúde SUS cuidados para pessoas que usam Crack.....</b>	<b>34</b>
<b>Figura 2: Classificação Hierárquica descendente das justificativas usadas nos questionários de evocação com o termo indutor usuário de crack.....</b>	<b>59</b>
<b>Figura 3: Classificação Hierárquica Ascendente das justificativas usadas nos questionários de evocação com o termo indutor usuário de crack.....</b>	<b>80</b>
<b>Tabela 01: Crack de acordo com ordem de importância de evocação e frequência.....</b>	<b>67</b>
<b>Tabela 02: Representações Sociais de Crack (Núcleo Central e Primeira Periferia) em função da frequência e ordem de importância.....</b>	<b>68</b>
<b>Tabela 03: Representações Sociais de Crack (Elementos Contrastantes e Segunda Periferia) em função da frequência e ordem de importância.....</b>	<b>71</b>
<b>Tabela 04- Grupo de palavras evocadas a partir do termo indutor usuário de crack.....</b>	<b>74</b>
<b>Tabela05: Usuário de Crack de acordo com ordem de importância de evocação e frequência.....</b>	<b>75</b>
<b>Tabela 06: Representações Sociais de Crack (Elementos Contrastantes e Segunda Periferia) em função da frequência e ordem de importância.....</b>	<b>77</b>
<b>Tabela 07- Grupo de palavras evocadas a partir do termo indutor usuário de crack.....</b>	<b>78</b>

## RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo investigar as representações sociais sobre usuários de crack para técnicos que trabalham em CAPS de Álcool e outras Drogas na Região Metropolitana do Recife. Para o desenvolvimento da temática proposta, buscou-se embasamento na Teoria das Representações Sociais, de Serge Moscovici. Trata-se de uma pesquisa pluri-metodológica, possibilitando a escolha de variados recursos de coleta e análise de dados para seu desenvolvimento. Os sujeitos da pesquisa foram profissionais de saúde mental que trabalham em CAPS AD: médicos clínicos, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e enfermeiros. A coleta de dados ocorreu em duas etapas: primeiramente foi realizada a transcrição e análise da evolução técnica de 68 prontuários de usuários de crack admitidos em um CAPS Ad da região metropolitana do Recife no período de janeiro de 2008 a janeiro de 2009. Na segunda etapa, utilizou-se associação livre através de um questionário que foi respondido por 70 profissionais. A análise dos prontuários foi realizada com o suporte do software ALCESTE. A Classificação Hierárquica Descendente fez emergir seis classes, denominadas de: anamnese, riscos à saúde, dificuldades de abstinência, estratégias para manter-se abstinência, reconquista da família e relato das perdas. Os questionários de evocação foram analisados com recurso do software EVOC (Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Évocations), que permitiu delinear a estrutura das representações sociais a partir de três grupos semânticos: usuário, definição de crack e consequências de uso. No que se refere às justificativas dos questionários surgiram os seguintes grupos semânticos: crack e saúde, dependência e sofrimento e problema de política pública. Tais resultados sugerem que os participantes concretizam suas práticas tendo como referência as orientações da política de saúde, entretanto, embora com menor frequência, estão presentes discursos que expressam o medo dos técnicos na medida em que colocam o usuário no campo moral ou da justiça baseados em noções do senso comum que classificam os usuários de crack num lugar estigmatizado, marginalizado.

**PALAVRAS-CHAVE:** Representações Sociais; CAPS AD, Reforma Psiquiátrica e crack

## ABSTRACT

This research intends to investigate the social representations about crack users to technicians who works at CAPS of Alcohol and others drugs at Great Recife. To evolve the theme, the Theory of Social Representation of Serge Moscovici was used as base. Therefore, it's a multi-methodological research which allows the choice of several data collections and analytical resources to its progress. The research subjects were professionals in mental health that works in CAPS AD: clinicians, psychologists, social workers, occupational therapists and nurses. The data collection was held in two phases: first the transcription and analysis of the technical evolution of 68 crack users admitted in one CAPS AD of the Great Recife between January 2008 and January 2009. For the second step, was used free combinations trough questionnaires answered by 70 professionals. The records analysis was made using the software ALCESTE. The descending hierarchical classification resulted in six predicaments: anamneses, health risks, abstention difficulties, strategies to keep abstemious, family recover and losses report. The evocation questionnaires were examined using the software EVOC (Ensemble de Programmes Permettantl' Analysesdes Évocations) that mapped the social representations structures from three groups: user, crack definition and usage consequences. From the questionnaires justifications, the following groups emerged: crack and health, dependence and suffering, and problems with public policies. This results means that the attendees have as reference the guidelines of health policy. Although less frequently, the speech expressing fear of the technician remains as it consider the crack user morally or gustily, based on common sense which keeps those users marginally.

**KEYWORDS:** Social Representations, CAPS AD, psychiatric reform, crack

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>1.SAÚDE E DOENÇA: DOIS CONCEITOS</b> .....	19
1.1 Drogas: uma questão?.....	22
1.2 As drogas na contemporaneidade: doença ou crime? .....	25
1.3 As drogas no Brasil: um olhar da saúde.....	30
<b>2. CAPS AD: UM CAMINHO?</b> .....	33
<b>3. UMA PEDRA NA CLÍNICA DO CAPS: CRACK, QUE PEDRA É ESSA?</b> .....	36
<b>4. EM TERRA DE NOIADO, QUEM FUMA CACHIMBO É REI!</b> .....	41
<b>5. TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS</b> .....	44
5.1. Teoria das Representações Sociais: o surgimento.....	50
5.2 Objetivação e Ancoragem.....	51
5.3 Abordagens na Teoria das Representações Sociais.....	52
<b>6. MÉTODO</b> .....	53
6.1 Universo da pesquisa.....	54
6.2 Procedimento.....	55
6.3 Percurso .....	56
<b>7. PRIMEIRO ESTUDO: O Conteúdo das Representações Sociais nas Práticas Profissionais</b> .....	57
7.1 Análise dos prontuários de usuários de crack de um CAPS AD.....	57
<b>8. SEGUNDO ESTUDO: A Estrutura das Representações Sociais</b> .....	64
8.1 Análises dos dados: estrutura das representações .....	64
8.2 Termos Indutores: Usuário de Crack.....	72
<b>9. ANÁLISES DAS JUSTIFICATIVAS DOS QUESTIONÁRIOS DE EVOCAÇÃO</b> .....	77

<b>10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>82</b>
<b>11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>87</b>
APÊNDICE.....	91
Apendice 1- Questionário de Evocação.....	91
Apendice 2 - Termo Livre Esclarecido.....	92
<b>ANEXOS.....</b>	<b>93</b>
Anexo 1- Carta de Anuência – CAPS .....	94
Anexo 2- Carta de Anuência – Secretaria de Saúde .....	95

CRACK

((E.V.B – PORTO ALEGRE- BRASIL))

*“A fumaça que fascina.*

*A fumaça que assassina.*

*A pedra que queima.*

*A pedra que vira cinza.*

*O cachimbo que espera a vez da outra pedra.*

*A pedra que me leva para longe de ti.*

*A pedra que me faz sentir que te perdi.*

*A pedra que me queima.*

*A pedra que fascina.*

*A fumaça que assassina.*

*Crack... Crack. faz o som da minha alma se partindo. Crack... Crack.”*

## Introdução

*“A dor é tão necessária quanto a morte”.*

*(Voltaire)*

Esta pesquisa objetiva identificar os sentidos compartilhados pelos técnicos de referência sobre usuários de crack atendidos em CAPS AD. Por serem os profissionais que segundo a política de saúde mental vigente no país apresentam conhecimento específico para atender usuários de álcool e outras drogas. Com base na Teoria das Representações sociais essa pesquisa tentará identificar os conteúdos e a estrutura das representações sociais dos usuários de crack para os técnicos de referência dos CAPS AD, buscando avaliar como os conteúdos das representações sociais são construídos pelos técnicos e qual a relação entre conteúdos das representações e a prática profissional dos técnicos de referência no CAPS AD.

A construção desse trabalho partiu de inquietações do pesquisador diante do fenômeno a partir de sua vivência como psicólogo e gerente operacional de um equipamento sanitário CAPS AD. Durante as reuniões técnicas e encontros de saúde mental percebia-se que alguns técnicos se colocavam numa posição reservada nas discussões sobre crack, ou expressavam discurso de medo no atendimento aos usuários talvez porque revelasse um público envolvido em situações de vulnerabilidade social grave e muitos casos com envolvimento de justiça

Isso revelava uma forte tensão entre o conhecimento técnico e o saber do senso comum, pois não se pode deixar de entender o técnico como um ser cultural e construtor de uma realidade social. Nesse cenário ainda tinha-se uma forte disseminação do discurso midiático que além dos agravos sociais que os usuários são anunciados, há a forte divulgação de uma realidade epidêmica do crack.

É no cenário social do *“é proibido proibir”* que se estruturam os laços sociais na contemporaneidade. A TV e a internet surgem como os grandes propagadores do verdadeiro saber: *“quem não os entende não será entendido”*. Surge nesse contexto um

ser humano enfraquecido, desbussolado, perdido no tempo, mas acreditando saber de tudo. Bombardeado por crises da economia, desemprego, convivendo com a fome e muitas vezes agindo de modo violento e irracional. A psicanálise aponta que para tamponar essa situação de angústia o homem pode se apegar as drogas como objeto de consumo que servem para aplacar o monstro feroz da angústia. Birman (2000, p.249) afirma que:

É pelo consumo massivo das drogas que o sujeito tenta regular os humores e efeitos maiores do mal – estar da atualidade. O sujeito busca, pela magia das drogas, se inscrever na rede de relações da sociedade do espetáculo e de seus imperativos.

As drogas configuram um dado constante no dia-a-dia e caracterizam um dos grandes mal-estares contemporâneos, proporcionando ao homem um distanciamento da moral e da ética e, conseqüentemente, fortalecendo uma realidade social com laços sociais fragilizados, baseados numa ética sustentada na quebra do contrato social e no enfraquecimento da lei.

O tratamento para dependência química no Brasil está inserido no campo da saúde mental e tem seu “berço” de tratamento nos CAPS AD (Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas) se opondo ao modelo hospitalar de internamento psiquiátrico que por muito tempo gerenciou a questão da loucura e da dependência química no Brasil.

Esses centros têm um funcionamento apoiado pela Política Nacional de Saúde Mental e norteados pela Política de Redução de Danos, cujo foco de trabalho é a reabilitação psicossocial de pessoas que fazem uso de Álcool e outras Drogas. A formatação de trabalho destes centros configura uma equipe técnica formada por diversas categorias de saúde tais como: psicólogos, terapeutas ocupacionais, médicos clínicos, psiquiatras, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem entre outros. As equipes têm um trabalho norteador por um modelo de funcionamento interdisciplinar, sendo desse modo nomeados de técnicos em saúde mental.

O crack não é a droga mais consumida no país, mas é uma das que mais preocupa e requer revisões na forma de trabalho, pois tem um curto tempo de vida social (cerca de 20 anos) e pouco conhecimento dos técnicos da saúde. Segundo Oliveira (2010, p.01):

Apesar de o crack não figurar entre as drogas ilícitas mais consumidas no Brasil, a urgência pelo uso da droga e a intensidade dos efeitos da fissura colocam o risco associado ao consumo da droga como problema de saúde pública. Essa relevância deve-se, principalmente, à violência e aos comportamentos sexuais de risco associados que deflagram desequilíbrios de ordem sócio-sanitária para o usuário e para o contexto que o cerca. A violência e o comportamento sexual de risco atingem a sociedade como um todo e não somente os usuários de crack, aumentando a propagação de doenças sexualmente transmissíveis e a insegurança da população.

Além da preocupação com o consumo dependente das drogas no campo da saúde, a epidemia de crack está intimamente ligada à questão da segurança pública e da legislação. Por ser uma droga ilícita e de curto efeito no organismo leva os dependentes a um comportamento compulsivo e supostamente há um rápido envolvimento com o tráfico. Essa relação entre consumo e tráfico não é ainda consensual entre os estudiosos, mas é ponto de discussão em diversos Fóruns sociais. Há relatos no senso comum de que os usuários de crack são dissimulados e isso gera muitas dificuldades no tratamento e condução dos casos, seja no âmbito da saúde ou no âmbito da justiça. Para Oliveira (2010, p.06):

O usuário de crack torna-se manipulador quando está em fissura. A mentira e a dissimulação foram as formas mais relatadas. Os entrevistados mostraram ter consciência dessa mudança na personalidade e da perda da confiança de muitas pessoas. Mesmo após o abandono do uso de crack, os ex-usuários relataram não recuperar a confiança das pessoas próximas.

Diante da complexidade desse fenômeno social e do seu caráter multifacetário (engloba questões das ciências médicas e sociais) e por se tratar de um fenômeno recente há uma carência de artigos e publicações científicas, sobretudo na área da psicologia social. Buscando as principais bases de pesquisa científicas tais como: Scielo, BSV, APA e BDTD (Biblioteca Digital de Teses e Dissertações) nacional, com os descritores Representações Sociais e Crack, encontram-se poucos artigos sobre a temática e quando localizados estão muito voltados ao tema das comorbidades psiquiátricas ou dos aumentos de doenças infecto contagiosas decorrentes do sexo desprotegido quando sob efeito do uso de crack.

Como essa pesquisa situa-se no campo da saúde mental, mas busca fundamentação teórica na TRS (Teoria das Representações Sociais), houve pouca literatura com tal fundamentação o que exigiu um maior aprofundamento nos construtos teóricos de Serge Moscovici para entender de forma mais minuciosa a Teoria das Representações Sociais e articular com as literaturas médicas para um entendimento mais amplo desse fenômeno complexo que é o uso de crack.

Para alcançar os objetivos desta pesquisa foi necessária a realização de um percurso teórico metodológico que originou dez capítulos que compõem esta dissertação. O primeiro capítulo é dedicado à discussão sobre saúde e doença. Trazendo um recorte histórico desses conceitos para servirem de entendimento ao leitor que as drogas sempre tiveram caráter multifacetário.

O segundo capítulo traz a definição do que é CAPS e a que se destinam esses serviços dentro da saúde pública brasileira a partir dos princípios da Política de Redução de Danos, enfocando o percurso da Reforma Psiquiátrica no Brasil.

O terceiro capítulo descreve o que é o crack, sua forma de uso e ação no organismo humano. Enfatizando aspectos epidêmicos e comportamentais de quem usa crack, sendo um assunto de saúde pública e do judiciário brasileiro.

O capítulo quatro aborda a Teoria das Representações Sociais, a sua origem, seu conceito, suas relações com as práticas sociais. Ainda nesse capítulo se discute sobre as representações sociais enquanto conhecimento construído pelo senso comum e como modelo teórico que estuda o fenômeno. Descreve-se também sobre seus processos de formação, seus fundamentos conceituais, que nos levam a construir representações sociais de determinados objetos, algumas das influências teóricas para a elaboração da teoria e os principais representantes dela.

O quinto capítulo descreve o percurso metodológico utilizado para compor esta pesquisa, preservando o rigor científico necessário para que os resultados obtidos tenham relevância científica.

O capítulo seis busca analisar os dados dessa pesquisa, fazendo uma articulação pertinente com a Política de Saúde Mental Brasileira e a Teoria das Representações Sociais.

Nos capítulos sete e oito encontram-se dois estudos. O primeiro que discute o conteúdo das representações sociais nas práticas profissionais e o segundo que aborda a estrutura das representações sociais.

O capítulo nove traz a análise das justificativas dos questionários de evocação e por fim, essa pesquisa se encerra com algumas considerações sobre a pesquisa, buscando uma articulação com os objetivos propostos.

## 1. SAÚDE E DOENÇA: DOIS CONCEITOS.

*“Me cansei de lero-lero. Dá licença, mas eu vou sair do sério. Quero mais saúde. Me cansei de escutar opiniões de como ter um mundo melhor”. (Rita Lee)*

A questão de saúde e doença provoca diversos tipos de posicionamentos na sociedade, pois estão intimamente ligadas à dimensão biológica do ser humano, mas também evoca valores, crenças e práticas sociais diversas. O desenvolver desses conceitos estão ligados ao crescimento da medicina enquanto ciência que para Laurell (1982, p.01):

O auge desta polêmica, nos anos finais da década de 60, encontra explicação, fora da medicina, na crescente crise política e social que acompanha a crise econômica e com ela se entrelaça. A partir destes anos, vive-se uma nova etapa de lutas sociais, que, mesmo assumindo formas particulares nos diferentes países, caracterizam a época. Um dos traços das lutas populares neste período é que elas colocam sob suspeita, sob formas totalmente distintas e com perspectivas de alcance muito variável, o modo dominante de resolver a satisfação das necessidades das massas trabalhadoras. Isto ocorre tanto nos países capitalistas avançados como nos dependentes. Assim, no calor destas lutas, inicia-se uma crítica que procura formular uma compreensão diferente dos problemas, mais de acordo com os interesses populares e capaz de dar origem a práticas sociais novas. Desta maneira, as novas correntes se inspiram nas lutas populares e se define, assim, a base social sobre a qual se sustentam. Por outro lado, o motivo principal, interno à medicina, que dá origem ao questionamento do paradigma médico-biológico, encontra-se na dificuldade de gerar um novo conhecimento, que permita a compreensão dos principais problemas de saúde que hoje afligem os países industrializados, isto é, as enfermidades cardiovasculares e os tumores malignos. Além disso, deriva-se de uma crise de prática médica, já que parece claro, especialmente no cenário latino-americano, que a medicina clínica não oferece solução satisfatória para a melhoria das condições de saúde da coletividade, fato que se demonstra na estagnação dessas condições em grandes grupos, ou sua franca deterioração em outros.

Em uma perspectiva mais epidemiológica, o discurso da medicina enfatiza os estudos das doenças e a ausência de saúde, demonstrando o registro populacional de quem adoece, sobretudo nas doenças cardiovasculares e tumores. A OMS – Organização Mundial da Saúde – define Saúde não apenas como a ausência de doenças,

mas como a “situação de perfeito bem-estar físico, mental e social” da pessoa. Esse conceito construído em 1948 traz à tona uma noção ampliada de saúde.

A relação com diversos saberes, amplia essa noção porque inclui o hospedeiro da doença (ser humano) em uma interação de diversos fatores dentre eles os fatores culturais e sociais, o que gera a necessidade de se buscar articulação com diversos saberes como a antropologia e sociologia no estudo da doença e da saúde.

Nesse contexto, tomando como referência a Cartilha do Portal do MEC sobre saúde compreende-se que falar em saúde implica levar em conta, por exemplo, a qualidade da água que se consome e do ar que se respira, as condições de fabricação e uso de equipamentos nucleares ou bélicos, o consumismo sem controle, a miséria, a degradação social ou a desnutrição, estilos de vida pessoais e formas de inserção das diferentes parcelas da população no mundo do trabalho. Envolve aspectos éticos relacionados ao direito à vida e à saúde, direitos e deveres, ações e omissões de indivíduos e grupos sociais, dos serviços privados e do poder público. A saúde é produto e parte do estilo de vida e das condições de existência, sendo a vivência do processo saúde/doença uma forma de representação da inserção humana no mundo.

No Brasil a Política norteadora do conceito de saúde é o SUS (Sistema Único de Saúde) que traz em seu bojo um “conceito ampliado de saúde”, resultado de um processo de embates teóricos e políticos. Para enfrentar esta situação era necessário transformar concepção de saúde, de serviços de saúde e, até mesmo, de sociedade, regulado pela Constituição Federal de 1988 que no **Art.196** define que:

a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Uma coisa é se deparar com a necessidade de abrir unidades, contratar profissionais, comprar medicamentos. Outra tarefa é conceber a atenção à saúde com um projeto que iguale saúde com condições de vida. O direito à saúde, nesta visão, se confunde com o direito à vida. Este conceito ampliado, ao definir os elementos condicionantes da saúde, incorpora:

- Meio físico (condições geográficas, água, alimentação, habitação);
- Meio socioeconômico e cultural (emprego, renda, educação, hábitos);
- A garantia de acesso aos serviços de saúde responsáveis pela promoção, proteção e recuperação da saúde;

Ou seja, para se ter saúde é preciso possuir um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação etc. já que a saúde se expressa como um retrato das condições de vida. Por outro lado, a ausência de saúde não se relaciona apenas com a inexistência ou a baixa qualidade dos serviços de saúde, mas com todo este conjunto de determinantes. A saúde precisa, desta forma, incorporar novas dimensões e se tornar responsável por conquistas que, até então, se colocavam externas a ela. O sistema de saúde deve se relacionar com todas as forças políticas que caminhem na mesma direção, como a defesa do meio ambiente, o movimento contra a fome, as manifestações pela cidadania, contra a violência no trânsito, pela reforma agrária, etc.

O SUS, ao abraçar este conceito, pressupõe ainda a democratização interna da gestão dos serviços e dos sistemas de saúde, como um elemento a mais no movimento de construção da cidadania.

## 1.1 DROGAS: UMA QUESTÃO ?

*“Esse é tempo de partido, tempo de homens partidos. Em vão percorremos volumes, viajamos e nos colorimos. A hora pressentida esmigalha-se em pó na rua. Os homens pedem carne. Fogo. Sapatos. As leis não bastam. Os lírios não nascem da lei. Meu nome é tumulto, e escreve-sena pedra. [...] Esse é tempo de divisas, tempo de gente cortada. De mãos viajando sem braços, obscenos gestos avulsos”. (Carlos Drummond)*

As drogas sempre estiveram presentes no desenvolvimento da humanidade, ora símbolo de revolta como no caso dos escravos ou prazer conforme escrituras gregas das festas Dionisíacas ou ainda nos rituais espirituais elas sempre foram o que Carneiro (2005) define de instrumentos eficientes para obter prazer e para combater a dor, seja ela física ou psíquica.

Para Oliveira (2011), as drogas sempre foram empregadas das formas diferentes que são utilizadas na atualidade, mesmo alterando a cognição e o comportamento. Eram sempre utilizadas em rituais místicos para o contato com divindades, mas é na segunda metade do século XX, que o uso de substâncias psicoativas passam a ser utilizados por um grande número crescente de pessoas sem uso específico, chegando a ser tornar uma questão de saúde pública.

As drogas sempre foram uma das principais riquezas buscadas no Oriente e nas Américas durante a época das grandes navegações dos séculos XVI e XVII, afirma Carneiro (2005) que define droga como uma derivação do termo holandês “*droog*”, cujo significado é produto seco e que do século XVI ao XVIII representavam um conjunto de substâncias naturais utilizadas na alimentação e na medicina.

Historicamente falando, no Brasil as principais drogas nos dois primeiros séculos foram o açúcar e o pau- brasil. Para Carneiro (2005), este fato se dava a concepção de que na época colonial havia uma sociedade que não fazia distinção precisa entre droga e comida. Elas eram fontes de poder para quem a posse as tivesse e geravam disputas por território, além de serem instrumentos que funcionavam como dispositivos de prazer. O prazer estava ligado ao status de ser possuidor de tais elementos, além de servir de barganha para conquistas diante das autoridades da época.

Isso foi uma atribuição feita pelas pessoas do período das grandes navegações nos séculos XVI e XVII.

Paralelo a isso, na Europa e Estados Unidos, as drogas começavam a conquistar diversos espaços e vários movimentos, inclusive aqueles liderados por representantes religiosos contribuíram para o proibicionismo, se opondo principalmente a reivindicação do livre comércio do ópio na Inglaterra no século XIX, chegando no início do século XX a criar nos Estados Unidos da América a proibição do comércio do álcool com a lei seca (1920 a 1933), que segundo Carneiro (2005), submete as drogas a uma legislação que permite o uso de álcool, tabaco, café, benzodiazepínicos e antidepressivos e proíbe outras como os derivados de ópio, *cannabis* e cocaína.

Atualmente, assiste-se a uma maior problematização no uso de substâncias psicoativas, de modo que mobiliza toda sociedade a buscar formas de enfrentamento, seja no campo da saúde, da assistência social e da segurança pública. Segundo Oliveira (2011, p.05):

A dependência química na atualidade é um problema de saúde pública e grande parte dos usuários apresentam uma sequência no uso de substâncias, começando por drogas lícitas como tabaco e álcool. Relacionado com envolvimento familiar, ou seja, quando algum membro da família é usuário, geralmente o pai, mas não necessariamente que este seja o único consumidor. O consumo destas drogas é mais comum, por adolescentes com faixa etária de dez a treze anos de idade, com predominância do uso de álcool e cigarro, ocorrendo casos de uso de inalantes (solventes) que a maioria das vezes é fornecida por pessoas próximas ao usuário, que as utiliza para enquadrar ao perfil e se “enturmar” a esta pessoa próxima.

Para Carneiro (2005), as noções de hábito ou costume assim como dependência ou adição abrangem esferas muito amplas das atividades humanas, por levarem as pessoas a comportamentos compulsivos ou obsessivos. O jogo, sexo, o trabalho, a comida, o esporte são todos comportamentos que podem revestir-se das características atribuídas ao consumo sem controle, o que ocasionaria o vício. Segundo esse autor, apoiando-se no conceito de Giddens, vício seria uma incapacidade de administrar o futuro, ou seja, todos os vícios seriam “patologias da autodisciplina”. Desse modo, para ele, de alguma forma somos viciados, pois tudo pode viciar: coca-cola ou cocaína,

álcool ou cafeína, aspirina ou dimetiltryptamina. O grande divisor de “águas”, a matriz constituidora de todos os problemas decorrentes do uso de drogas ilícitas é o sistema de proibição. Para ele:

Ao compararmos drogas e alimentos, o que diferencia é o regime jurídico e político que regula o direito à livre escolha. Não nos referimos ao obesos como viciados em comida, nem aos açougueiros ou às doceiras como traficantes de colesterol ou de açúcar. Não ocorrem tampouco proibições da propaganda desses alimentos ou a imagem de obesos e diabéticos nos pacotes de açúcar. Os alimentos e as drogas sempre se constituíram como os principais produtos da cultura material, em paradigmas da relação de si para consigo, ou seja, nos mecanismos auto-regulatórios da obtenção do prazer. (CARNEIRO, 2005, p.21)

## 1.2 AS DROGAS NA CONTEMPORANEIDADE: DOENÇA OU CRIME?

*“[...] Maresia, sente a maresia  
Maresia, uh*

*Apaga a fumaça do revólver, da pistola  
Manda a fumaça do cachimbo pra cachola  
Acende, puxa, prende, passa  
Índio quer cachimbo, índio quer fazer fumaça*

*Todo mundo experimenta o cachimbo da floresta  
Dizem que é do bom, dizem que não presta  
Querem proibir, querem liberar  
E a polêmica chegou até o congresso [...]”*

*(Gabriel- O pensador)*

Se historicamente, no período colonial segundo Carneiro (2005), as drogas passaram de status de comida até substâncias sintéticas como é o caso dos derivados do ópio, elas são vistas sempre como objeto de grande mobilização e discussão social.

As drogas surgem como dispositivos que geram mudanças significativas no contexto sócio-econômico, principalmente no que se referem às mudanças da economia global, fragilidades nos laços sociais onde muitas vezes impera uma ética sustentada na quebra de contratos sociais e do enfraquecimento da lei. Segundo Carneiro (2005, p.15):

Álcool, açúcar, chá, café, coca, mate, chocolate não se distinguem do ponto de vista de sua natureza como produtos de consumo da cultura material. [...] As drogas são os instrumentos para se obter prazer e para se combater a dor. Não apenas a dor física, para quais os analgésicos são bálsamos, como também a dor psíquica, para quais as drogas são consoladoras supremas. Por isso, como disse Sigmund Freud, as drogas ocupam um lugar de primeira importância na economia libidinal de todos os povos, ao ponto de chegarem a ser divinizadas. [...] Ópio, *cannabis*, cogumelos, cactos, todas as formas de consumo do álcool, tabaco, café e chá são algumas dessas substâncias e plantas que tem uma importância se não igual, superior às plantas alimentícias, pois as drogas são alimentos espirituais, que consolam, anestesiavam, estimulam, produzem êxtases místicos, prazer intenso e, por isso, instrumentos privilegiados de sociabilidade em rituais festivos, profanos ou religiosos.

Segundo Birman (2000), na metade do século XX, representando a possibilidade de acesso ao mundo encantado e redescoberto seduzindo jovens artistas, intelectuais e o mundo *underground*, que acreditavam em um novo estilo de vida, um universo humanamente habitável, as drogas começam a ser privilegiadas porque fazem com que as pessoas lidem com o que há de insuportável em suas misérias psíquicas e com o mal-estar da contemporaneidade. E a partir disso transformou-se em valor de uso. Nos anos 1960 e 1970 começam a surgir novas drogas que serviram para mitigar desesperanças das individualidades, apaziguando angústias e tristezas do mal-estar social. Segundo Antunes (2011, p.05):

No Brasil, as duas últimas décadas têm se caracterizado por uma sensível deterioração da capacidade do poder público em controlar a criminalidade e a violência. O diagnóstico da situação aponta para uma nova conformação da criminalidade na sociedade brasileira. Há um maior grau de violência associada aos crimes urbanos, bem como se identifica a solidificação de atividades criminosas, cada vez mais organizadas e pautadas por uma racionalidade tipicamente empresarial. São os casos do roubo de cargas, do contrabando de armas e de mercadorias e do tráfico de drogas. Este último e os problemas sociais, políticos, econômicos e de segurança a ele associados mobilizam parcela significativa da sociedade na direção da formulação e da constituição de alternativas que visam à amenização e à solução de tais problemas.

Para Carneiro (2005), historicamente falando, esse processo de reconhecimento e institucionalização das drogas como problema social, legitima-se nos EUA por uma sociedade edificada em um forte pressuposto moralista. Desse modo, os EUA foram o primeiro país não só a sediar um intenso debate público, mas também a instituir um aparelho burocrático exclusivo para controle das drogas. Esse processo se deu em meados do século XIX, enquanto no Brasil essas transformações tomam força na virada do século XX. É a partir da preocupação com a saúde e a segurança representada pela medicação e aplicação de penas. A medicina tem forte influência nesse processo, porque como dispositivo científico ela vai subsidiar como fonte argumentativa ao estatuto social das drogas sejam elas lícitas ou ilícitas. Pois foram os médicos que veicularam diversos trabalhos científicos sobre tal fenômeno construindo desse modo um discurso que se consolidou e hoje, como diria Gilberto Velho (1999) o drogado é, antes de tudo, considerado um doente. Desse modo, exceto pela proibição da maconha que ocorreu ainda no Primeiro Império no Brasil (1930), ainda não existia nenhum debate sobre o

controle do uso de substâncias psicoativas. A maconha já era proibida porque estava diretamente relacionada a classes sociais baixas, como os negros, mulatos e à bandidagem.

Para Carneiro (2005), a medicina só passa a considerar, por exemplo, o álcool como uma droga capaz de causar degradação, doença e vício nas primeiras décadas do século XX, tendo como exemplo desse uso a prostituição, o alcoolismo, à viadagem e as doenças venéreas que representavam obstáculos para o progresso sadio da sociedade brasileira.

Internacionalmente, o debate que entendia as drogas como problema social teve sua força na conhecida “Convenção do Ópio”, que em decorrência da Primeira Guerra foi executada em 1921, que estabeleceu controles sobre a venda do ópio, morfina, heroína e cocaína e teve o Brasil como participante. Na presidência de Epitácio Pessoa, é proposta uma reformulação no código Penal no tocante a “drogas venenosas”. Segundo Carneiro (2005), o Decreto n.4.294 expressava que a venda de ópio e cocaína decorria a prisão e a embriaguez que acarretasse atos nocivos a si próprio ou a outrem, ou a ordem pública passava a ser punida com internação em um “Sanatório para Toxicômanos”. Em 1936 foi criado o CNEE (Comissão Nacional de Fiscalização de entorpecentes) cujo objetivo era propor legislação pertinente ao tema. E, em 1938 criou-se a Lei de Fiscalização de Entorpecentes que se apresenta de forma mais rígida e estruturada assegurando uma pena para uso ou venda independente da quantidade apreendida e a proibição do tratamento da toxicomania no domicílio, colocando-a como uma doença de mesmo status de doenças infecciosas.

Um dado relevante nesse processo ocorre em 1976 quando o médico psiquiatra Oswald Moraes de Andrade, cria um anteprojeto que vai subsidiar a Lei de Tóxicos (Lei n.6.368) que cria o SNPFRE (Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes) e o COFEN (Conselho Federal de Entorpecentes), que em seu bojo obriga as pessoas, físicas ou jurídicas, a colaborarem com a erradicação de uso de substâncias ilegais e passa a considerar dependência física e psíquica, determinada por critério médico para decisão da justiça. Além disso, divide as penalidades para quem vender (Art. 12) e para consumo próprio (Art.16), ambas prevêm detenção, sendo mais branda para a segunda.

Em 1998 cria-se a SENAD (Secretaria Nacional Antidrogas) que tem por meta planejar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades de prevenção e repressão ao tráfico ilícito, uso indevido e produção não autorizada de substâncias entorpecentes e drogas que causem dependência física ou psíquica, e a atividade de recuperação de dependentes. Está diretamente ligado ao gabinete institucional da Presidência da República e foi inspirado no DEA (Drugs Enforcement Administration).

Percebe-se que a questão das drogas sempre tiveram duas facetas: por um lado a preocupação com a saúde, entendendo que as alterações do indivíduo são expressões, sobretudo de descontrole e no Brasil com a questão da saúde mental. E por outro lado, a questão do direito, da desordem pública, visto que o uso de drogas ilícitas compõem o cenário de violência urbana e depredação de patrimônio público. Desse modo, tem-se na atualidade a caracterização das drogas ilícitas que para Mota (2009, p.64) caracterizam-se de várias formas dentre elas destacam-se:

(1) Posse e cultivo não autorizado de substâncias psicoativas classificadas como ilegais; (2) comportamento imprudente do usuário causado pela ingestão exagerada de substâncias psicoativas, que gera crimes e agressões; (3) prática de delitos pelo dependente químico com o intuito de comprar drogas para sustentar sua dependência; (4) violência associada ao narcotráfico e às operações ilegais de “lavagem de dinheiro”.

Sendo assim, a questão das drogas passa pela esfera do direito sendo entendida por uma lógica proibicionista que prevê penalidades judiciais para quem guardar, ministrar, importar, exportar, cultivar, fabricar, fornecer, expor a venda ou comercializar. Paralelo a esse modo de entendimento do direito, no campo da saúde, mas especificadamente na saúde mental o uso de álcool e outras drogas é considerado um grave problema de saúde pública, lançando em 2004 a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas.

Se por um lado as drogas têm um olhar proibicionista no âmbito do direito, na saúde por muito tempo houve o predomínio do saber médico/psiquiátrico, fazendo com que fossem oferecidos tratamentos ligados a conduta antissocial, preconizando a abstinência.

Para atuar no campo da saúde mental brasileira no âmbito de álcool e outras drogas há como política norteadora a Redução de Danos (RD), que no Brasil tornou-se popular com a troca de seringas para usuário injetáveis com o objetivo de prevenir a proliferação do HIV e de outras doenças entre o grupo de consumidores de heroína e cocaína adeptos a essa via de administração. A RD criou força na Europa por alguns movimentos sociais na década de 80 com o crescimento epidemiológico da AIDS. Conceitualmente falando, ela seria estratégias baseadas em fatos e não em crenças que observam as consequências positivas e negativas do uso de drogas. Ela vai contra o modelo moral/criminal do uso e de dependência de drogas e é definida por como uma possibilidade de desviar atenção do uso das drogas em si para:

As consequências ou para efeitos comportamentos do comportamento aditivo. Tais efeitos são avaliados, principalmente, em termos de serem prejudiciais ou favoráveis ao usuário de drogas e a sociedade como um todo, e não pelo comportamento considerado, em si, moralmente certo ou errado. Além disso... A redução de danos oferece uma ampla variedade de políticas e de procedimentos que visam reduzir as consequências prejudiciais do comportamento aditivo. A redução de danos aceita o fato de que muitas pessoas usam drogas e apresentam outros comportamentos de alto risco, e que visões idealistas de uma sociedade livre de drogas não tem quase nenhuma chance de se tornarem realidade. (CARNEIRO, 2005, p.276)

Geradora de posicionamentos divididos pelos profissionais de saúde a RD tem como lógica a ideia de que não irá existir um dia que os seres humanos não irão mais usar drogas. Acreditar nisso seria ilusão, pois as drogas já fazem parte do cotidiano das pessoas e punir não fará que todos deixem.

### 1.3 AS DROGAS NO BRASIL: UM OLHAR DA SAÚDE

*“Brasil!*

*Mostra tua cara*

*Quero ver quem paga*

*Pra gente ficar assim*

*Brasil!*

*Qual é o teu negócio?*

*O nome do teu sócio?*

*Confia em mim...”*

*(Cazuza)*

A política de saúde mental brasileira propõe a discussão sobre o uso de drogas a partir da concepção de uma política de redução de consumos de drogas, resgatando o usuário do ponto de vista de sua saúde, propondo estratégias para a quebra de estigmas sociais, propondo a mudança do modelo médico pela equipe de saúde interdisciplinar, norteando o funcionamento das unidades pela Política de Redução de Danos. Segundo o Ministério da Saúde (2004a):

A lógica da redução de danos contempla um conjunto de medidas de saúde que buscam minimizar as consequências do uso e da dependência de substâncias psicoativas, bem como diminuir o risco de infecção por hepatites e HIV. O uso dessas substâncias permite que sejam elaborados projetos terapêuticos mais flexíveis e de menor exigência, consequentemente adequados às necessidades de cada usuário dos serviços.

Essa perspectiva é resultante de uma reforma no modo de compreensão do processo de loucura denominado Reforma Psiquiátrica que segundo Sidrim (2010), foi iniciado no Brasil em 1970, trazendo para o debate a denuncia de distorções produzidas pela assistência às instituições psiquiátricas. Um movimento cuja herança é edificada principalmente nas experiências da Europa e Estados Unidos no período pós- segunda Guerra Mundial, onde existia um modelo psiquiátrico de caráter biomédico, com um sistema terapêutico baseado na hospitalização. Para Amarante (2008), esse método “terapêutico” pressupõe um paciente portador de um distúrbio que lhe rouba a razão, sendo este um insano, um irresponsável. Por consequência esse modo caracteriza o

sistema hospitalar psiquiátrico de modo semelhante ao modelo carcerário no qual vigiar, controlar e disciplinar eram necessários.

Nesse sentido, países como os Estados Unidos introduziram os Centros de Saúde Mental Comunitária norteados pelos princípios da acessibilidade, gratuidade e conhecimentos realista da população. Na Europa, mais especificamente na Inglaterra na década de sessenta Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson propõem a antipsiquiatria provocando uma ruptura com o modelo assistencial vigente. Nessa ruptura, esses estudiosos enfocavam suas análises na relação da família como principais produtores da loucura, além disso, consideravam o processo de adaptação social. Visto, que a ideia principal era de entender o doente como um indivíduo que não interagia, vivia apenas recluso em seu mundo, em sua patologia.

Segundo Sidrim (2010), outra experiência significativa que fortaleceu o movimento brasileiro foi o processo de desinstitucionalização ocorrido no Hospital Provincial Psiquiátrico na Itália em 1961, quando Franco Basaglia deparou-se com a crítica realidade do manicômio e propôs um novo modelo assistencial, influenciado pelas contribuições de Foucault e Goffman.

Em 1923 a psiquiatria no Brasil é fundada, como Liga Brasileira de Higiene Mental marcada até a década de 50 por uso de técnicas principalmente a eletroconvulsoterapia, choque insulínico, lobotomias e asilamento. Com o surgimento dos neurolépticos e o desenvolvimento da psicofarmacologia Birman (2000), aponta que o surgimento da clopromazina possibilitou a psiquiatria uma suposta legitimidade médica, mudando a visão médica que até então não tinha o acesso a psicofármacos específicos.

Nesse sentido, a psiquiatria passa por mudanças radicais, pois a prática estava relacionada com a lógica mercantil da indústria farmacêutica. Diante de todas essas mudanças o cenário da década de 60 segundo Sidrim (2010) implicava também numa nova compreensão de serviços de saúde. O Estado começou a comprar serviços privatizados de saúde e com isso surgiram os “empresários da loucura”. Essa situação começa a promover uma inquietação entre profissionais e usuários de serviços até a realização de dois Congressos, que visavam discutir as questões manicomiais. Mas foi no segundo Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental-Bauru (São Paulo, 1980) intitulado: “Por uma sociedade sem manicômios” – que se promoveu o dia

Nacional da Luta Antimanicomial (18 de maio) e se conseguiu construir um documento exigindo mudanças no quadro assistencial de saúde mental brasileiro.

Desse modo, a Reforma Psiquiátrica é mais do que o fechamento dos manicômios, é, portanto um olhar humanizado ao indivíduo portador de transtornos mentais, reconhecendo-os como cidadãos de direito e fortalecendo um novo modelo assistencial. Sendo assim:

A Reforma ficou também conhecida como Movimento da Luta Antimanicomial, tendo como meta a desinstitucionalização do manicômio, compreendida como um conjunto de prática, saberes, valores sociais e culturais. É no cotidiano da vida das instituições dos serviços e das relações interpessoais que o processo de Reforma Psiquiátrica avança marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios. A Reforma destaca-se como um movimento de intervir no então modelo vigente, buscando o fim da mercantilização da loucura para assim poder construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência as pessoas com transtorno mentais. (MESQUITA , NOVELINO E CAVACANTI, 2010, p.09)

## 2. CAPS: UM CAMINHO?

*“O que será que me dá que dá dentro da gente que não devia...” (Chico Buarque)*

Esse contexto de mudanças na concepção de dispositivos sanitários e no modo de perceber as pessoas que estão em situação de crise permitiu o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em São Paulo, fazendo com que em 1989 o deputado Paulo Delgado apresente o projeto de Lei 3.657/89 que dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e a devida substituição por novas modalidades de atendimento. O projeto seria aprovado em 06.04.2001 e tornou-se lei 10.216 (Brasil, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde (2004b):

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica.

Nesse sentido os CAPS surgem como proposta contrária a um modelo de saúde mental cuja proposta era asilar, o paciente recluso da sociedade e necessitando de cuidados permanentes, sem perspectiva de autonomia social. A partir dessa proposta de mudança o Ministério da Saúde (2004b), aponta os objetivos dos CAPS:

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos. Os CAPS visam:

- prestar atendimento em regime de atenção diária;
- gerenciar os projetos terapêuticos oferecendo cuidado clínico eficiente e personalizado;
- promover a inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvam educação, trabalho, esporte, cultura e lazer, montando estratégias conjuntas de enfrentamento dos problemas. Os CAPS também têm a

responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental de seu território;

- dar suporte e supervisionar a atenção à saúde mental na rede básica, PSF (Programa de Saúde da Família), PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde);
- regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental de sua área;
- coordenar junto com o gestor local as atividades de supervisão de unidades hospitalares psiquiátricas que atuem no seu território;
- manter atualizada a listagem dos pacientes de sua região que utilizam medicamentos para a saúde mental. Os CAPS devem contar com espaço próprio e adequadamente preparado para atender à sua demanda específica, sendo capazes de oferecer um ambiente continente e estruturado.

Os Centros de Atenção Psicossociais para Álcool e Outras Drogas (CAPS AD), tem um caráter preventivo e assistencial do uso indevido de álcool e outras drogas. Suas ações orientadas pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), atuando de forma articulada nos diversos níveis de atenção à saúde, da rede de serviços, visando à promoção à saúde, à mobilização de recursos comunitários, à prevenção, à reabilitação psicossocial e a reinserção social. Suas ações: “ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana” (Ministério da Saúde, 2004b).

Abaixo, a figura 1 que demonstra como esta rede está articulada a um suporte social com diversos atores. Trata-se de um esquema lançado pelo Conselho Federal de Medicina em uma cartilha com diretrizes ao crack, conforme fluxograma abaixo:



**Fig. 1. Fluxograma de Encaminhamento aos Pacientes- Desenho de Rede de Saúde SUS cuidados para pessoas que usam Crack. Fonte: Cartilha de Assistência Integral do CFM.**

A partir da figura 1 percebe-se o CAPS AD no ponto central, lugar de referência e lugar de tratamento desse fenômeno, articulado com diversos setores e complexidades da rede de saúde pública. Incluindo leitos hospitalares para internação clínica para desintoxicação hospitalar.

### 3. UMA PEDRA NA CLÍNICA DO CAPS: CRACK, QUE PEDRA É ESSA?

*“No meio do caminho  
No meio do caminho tinha uma pedra  
tinha uma pedra no meio do caminho  
tinha uma pedra”*

*(Carlos Drummond)*

Entende-se que exista um vasto arcabouço de drogas nas diversas culturas e sociedades. Porém, na atualidade vivencia-se uma espécie de pavor social (Domanico, 2006), que estão relacionados ao uso do crack, substância que eleva índices epidemiológicos e faz parte de roteiros anamnésicos dos CAPS AD, sendo muitas vezes interpretado pelo corpo técnico como uma das substâncias cujo tratamento é o mais difícil, visto que o crack é uma forma de uso da cocaína e seus efeitos estão sendo estudados com maior propriedade no universo acadêmico.

Segundo Duailibi et all (2005), A cocaína é um estimulante do sistema nervoso central, extraída das folhas da planta *Erythroxylon coca*, pode ser usada como um sal (cloridrato de cocaína) ou de forma mais volátil a baixas temperaturas, que podem ser fumadas como é o caso do crack ou merla. Usada pelos pré-incaicos e pré-colombiano, popularizou-se na Europa e Estados Unidos em tônicos gaseificados e vinhos. Passou a ser popularizada no início do século XX e usada com propósitos médicos e recreativos, sendo proibida em países ocidentais no início dos anos 1910 e 1920. Mas é na década de 70 que o uso de cocaína intranasal começa e se popularizar nas camadas sociais elevadas norte- americanas e européias por causa do seu alto valor. E, na década de 80 entre setores carentes da população negra e latina das decadentes áreas centrais de Nova York, Los Angeles e Miami que começa o uso do crack, conhecida como a “cocaína dos miseráveis”.

Para Domanico (2006), o nome crack originou-se do barulho provocado pela pedra quando entra em contato com a chama do isqueiro ou fósforo. No Brasil, assim

como nos Estados Unidos , o uso do crack também está intimamente ligado a pessoas da periferia e de regiões menos favoráveis economicamente. Em meados e 1988 começam a surgir outros preparos da cocaína associando a diferentes substâncias e os resultados obtidos continuam sendo chamados de “crack” ou “bazuko”, “merla”, “mela”, ou “oxi”, por exemplo. Neste sentido, em geral, o crack é formado pela “borra” da cocaína e agregada a ela outros componentes que de acordo com a região receberá um nome diferente. Seu uso pode ser feito em latas de alumínio, cachimbos ou copo de água. Porém a forma de combustão da pedra será sempre a mesma: forma-se um amontoado de cinzas de cigarro e depois se coloca a pedra de crack em cima e com auxílio de um isqueiro ou fósforo acende a pedra e depois aspira-se a fumaça. Domanico (2006: p.14), aponta:

O crack logo se tornou muito popular, embora seu uso não se tornasse tão comum quanto o do pó, o cloridrato de cocaína. Porém, devido ao fato que fumar é uma forma mais eficiente de levar uma droga ao cérebro, a diminuição da quantidade de cocaína necessária para produzir um efeito forte possibilitou uma redução considerável no preço, tornando assim acessível às camadas mais pobres o uso do que até então era considerado “o champanhe das drogas

Talvez, esse histórico do crack, reforce ideias no imaginário social que atribui usuário uma imagem de descuido, marginalização e falta de higienização. Essa entrada na sociedade brasileira nos anos 80 gerou o que Domanico (2006), chama de “pânico moral” segundo ela:

Quando surgiu o crack e seu uso foi disseminado entre a população de rua nas grandes metrópoles e os efeitos do seu uso ficaram muito visíveis à população geral (magreza causada pela desnutrição, sujeira causada pelo uso da drogas durante vários dias consecutivos, pequenos delitos para compra de drogas e fissura pela ausência dela), a justificativa ficou simples para o criador de regras porque, como o efeito do uso de crack ficava evidentemente associado como ruim, ele conseguiu apoio de várias instituições para a criação de regras, como por exemplo, “eliminação do crack”, “salvação do craqueiro”, “proteção dos filhos (as) das craqueiras” etc. Até hoje ouvimos histórias sobre usuários de crack que fumaram uma vez e já ficaram totalmente dependentes, ou que fumaram uma vez e sua vida acabou, etc.” (DOMANICO,2006,Pag.23)

Tem-se ainda o crack no Brasil muito mais barato favorecendo a comercialização e a possibilidade de uma busca descontrolada pela substância. Kessler e Pechansky (2008: p.2) apontam que: “Estudos quantitativos e qualitativos foram

desenvolvidos e demonstraram, por exemplo, que o preço de uma pedra de crack no Brasil era muito menor, custando aproximadamente dois dólares. Notou-se também que muitos dos antigos usuários de cocaína decidiram substituir o formato injetável pela via fumada”. Nesse contexto, tem-se um perfil de usuário de crack com baixo nível socioeconômico, maior tendência a trocar sexo por droga e que 2% da população brasileira estudante até 18 anos fazem uso de cocaína e 0,7% de crack. Caracterizam-se do gênero masculino, jovem, poliusuário, baixo nível socioeconômico educacional, sem trabalho ou vivendo “de bicos”, marginalizado, com piores índices sociais e de saúde que os demais, embora nos últimos anos o uso de *crack* tenha se expandido a outras camadas sociais. Trocam sexo por droga e têm maior envolvimento com a criminalidade.

O envolvimento com criminalidade muitas vezes fortalece um discurso social sobre usuários de crack/drogas como pessoas violentas. Sobre essa relação com a violência Antunes (2011) citando Morgan & Zimmer (2011, pag.09) aponta:

Existem dois principais níveis explicativos em que se produz conhecimento sociológico sobre uma possível relação entre drogas e violência: o nível macro da explicação da violência em que devido às condições gerais, estrutura e cultura, as drogas seriam mais um fator, que quando recorrente, poderiam criar um ambiente propício ao desencadeamento de atos violentos. O outro nível é o nível micro da explicação da violência, tratando do nível psicológico ou das motivações de indivíduos e interações. Neste nível a violência é examinada a partir das relações estabelecidas no espaço do cotidiano, possuindo uma ética particular e uma percepção de mundo próprio. Portanto, as conclusões a respeito da relação do crack, e da cocaína, com a produção de comportamentos violentos é um campo em disputa na ciência. Morgan e Zimmer (1997) afirmam que pessoas predispostas à violência podem ser estimuladas a isso, porém não há evidências de que em pessoas não-violentas a droga cause um comportamento violento. O que está implícito nesta afirmação é que “nenhuma droga causa diretamente violência simplesmente por sua ação farmacológica”

Andrea Domanico em sua tese de doutorado traz à luz o ingresso do crack no Brasil situando um “início” para este fenômeno:

É difícil precisar exatamente quando o crack fez sua primeira aparição no mercado brasileiro de drogas ilícitas. Relatos de usuários em São Paulo apontam para o ano de 1987, já os relatórios elaborados pelo DENARC (Departamento de Narcóticos da Polícia Civil de São Paulo) só começam a notificá-lo em 1989. Essa discrepância é compreensível, uma vez que os usuários normalmente travam contato com novas substâncias ilícitas algum tempo antes de ocorrerem às primeiras apreensões policiais e as posteriores notificações oficiais. (DOMANICO, 2006. pag. 16)

Essa menção nos faz inicialmente perceber o quanto o fenômeno do crack é recente, exemplo disso, no campo da saúde o crack é classificado no CID -10 de F.14.0 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína) remetendo inicialmente a necessidade de saber o que seria o crack, visto que o mesmo está classificado dentro do uso de cocaína.

Segundo Laranjeiras (2011), dados epidemiológicos publicados pelo CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas) em 2005 com mais de 7.900 entrevistados de mais das 108 maiores cidades brasileiras apontam que da população, 0,7% fez uso de crack na vida (381.000 pessoas), com predominância do sexo masculino (masculino 1,5%; feminino 0,2%). Na região Sul do país o crack aparece com maior incidência de uso com 1,1%, seguido do sudeste 0,8%, sem relatos no Norte. Entre os entrevistados 43,9% acham muito fácil obter crack em relação a 51,1% da cocaína e 77,1% consideram um risco grave utilizar cocaína ou crack uma ou duas vezes na vida e 98,8% consideram grave o uso diário.

Antunes (2011), em seu ensaio faz um levantamento de matérias jornalísticas onde descreve um perfil do usuário de crack no Recife, segundo ele, em relação ao sexo dos personagens envolvidos no tráfico e apreensão de crack pode-se dizer que em sua maioria são homens, em praticamente 75% do total de sujeitos que foram indicados nas reportagens. No entanto o que chama bastante a atenção é o expressivo percentual de mulheres envolvidas nesta prática, praticamente uma em cada quatro pessoas era mulher.

Observou-se também no estudo de Antunes (2011), que o tráfico de crack parece ser caracterizado como um mercado amplo, com a participação de diferentes faixas etárias da população e que, apesar da hegemonia dos jovens e adultos entre 18 e 34 anos, engaja de menores a idosos em suas atividades.

Ao analisar a evolução da faixa etária nos casos cadastrados, pôde-se perceber que existe uma forte relação entre a mesma e a frequência do envolvimento dos indivíduos nos casos reportados pelos jornais. A partir da maioridade, à medida que a faixa etária aumenta, os casos diminuem drasticamente; o percentual de participação diminui de expressivos 36,2%, das idades entre 18 e 24 anos, para 6,5%, das idades entre 45 e 67 anos. Não obstante, para a faixa etária entre 18 e 34 anos, foi percebida a participação em 70,6% dos casos analisados. Ou seja, estatisticamente, a probabilidade de que, em um caso de tráfico de drogas que envolva o crack, uma pessoa entre 18 e 34 anos esteja envolvida é de 70,6%.ANTUNES (2011,pag.05)

Analisando a distribuição das ocupações das pessoas com as quais foram apreendidas quantidades de crack e enquadradas como destinadas ao tráfico, Antunes (2011) refere em seu estudo que encontra-se uma grande distribuição das ocorrências nos mais diversos tipos de ocupação. Além, talvez da ocupação de comerciante, que representa 10,55% dos casos da mostra, não se pode verificar um padrão ou associação forte entre qualquer tipo de ocupação e o envolvimento com a venda da droga.

De modo que, como a maioria das ocupações são exercidas por pessoas de nível educacional médio ou inferior, a seleção dos casos é quase inteiramente composta por profissões de média ou baixa remuneração. A Polícia Civil participa em praticamente 58% das atuações que envolvem a apreensão de pessoas com crack em Recife. O fator que possivelmente interfere nesse relevante percentual de apreensão é a responsabilidade da função investigativa e de registro dos possíveis suspeitos por esse crime. As instituições Polícia Militar e Polícia Federal são responsáveis pelos outros 42% restante de indivíduos apreendidos com crack, quase que distribuídas de maneira isonômica. ANTUNES (2011, pag.07)

Os dados dessa pesquisa referenciada por Antunes (2011) apontam para um perfil preocupante de uso e tráfico envolvendo uma população muito jovem o que fortalece a construção de um pensamento social que leva ao que ele chama em seu trabalho de “demonização” do crack. Além de serem pessoas em média com nível médio de escolaridade e de classes econômicas desfavoráveis.

No que se refere ao processo de “demonização” Antunes (2011) destaca a forte ligação da dessa substancia com um público das periferias, relacionados a classes sociais perigosas. Isto é, os usuários de crack estão intimamente ligados a um perfil de estigma e preconceito social, associado ao tráfico, falta de cultura e periculosidade.

#### 4. EM TERRA DE NOIADO, QUEM FUMA CACHIMBO É REI!

*“Todos estes que aí estão  
Atravancando o meu caminho,  
Eles passarão.  
Eu passarinho!”*

*(Mario Quintana)*

Dados atuais sobre uso de crack preocupam as instâncias de vigilância em saúde, visto que se trata de uma substância perturbadora do Sistema Nervoso Central que causa danos à saúde do usuário. Segundo Domanico (2006, p.20):

Fumar crack pode ocasionar vários tipos de danos. São indubitáveis os problemas respiratórios causados pela inspiração de partículas sólidas no ato de fumar essa droga. Por ser um estimulante, causa também perda de apetite, falta de sono e agitação motora. Estes efeitos dificultam, por sua vez, a ingestão de alimentos, podendo levar à desnutrição, desidratação e gastrite. Observam-se, também, outros sintomas como rachaduras nos lábios, causados pela falta de ingestão de água e de salivação, cortes nos dedos das mãos causados pelo ato de quebrar as “pedras” para uso, além de queimaduras nos dedos e, em alguns usuários, no nariz, causadas pela chama usada para fumar o crack ou até mesmo pela sua própria combustão. [...] Há outros problemas, de ordem psicológica e social, raramente descritos por pesquisadores, embora facilmente detectados no contato com os usuários. Assim, observa-se frequentemente, em usuários de crack, um total descuido em relação à sua aparência e ao seu aseo pessoal. Ocorrem também graves perdas dos vínculos familiares e sociais, sendo comum ouvi-los dizer que anteriormente tinham famílias, mas que estas teriam desistido de ajudá-los devido à sua insistência em continuar usando a droga. Relatam também que antes estudavam e trabalhavam, mas que depois que o uso de crack se tornou sua principal atividade, abandonaram essas ocupações e suas garantias de inserção social. A “paranóia” também merece uma atenção especial, pois, como sabemos, este sintoma aparece em quase todos os usuários e é a responsável pela maioria das brigas nas cenas grupais de uso, nas quais amizades de longa data podem ser terminadas em função da droga.

Laranjeiras (2011) aponta o crack como uma nova forma de apresentação e administração da cocaína que levam usuários a uso bastante intenso e compulsivo já que atinge o cérebro em alguns segundos. Segundo esse autor, muitos dependentes passam dias ou noites seguidos em uso, sem dormir e sem se alimentar minimamente, implicando em grande vulnerabilidade a doenças clínicas, desnutrição e

comportamentos impulsivos, violentos e promiscuidade para obtenção da substância. Do ponto de vista clínico- médico o uso prolongado leva a diminuição da dopamina, oscilando entre depressão de rebote após o uso (*crash*) e fissura (*craving*), associados a sintomas de ansiedade, irritabilidade, letargia. Bioquimicamente falando, aponta Gilda et al (2010, p.04):

O crack possui maior e muito mais rápida absorção pela via pulmonar. Seu início de ação ocorre entre 8 a 10 segundos e a duração dos seus efeitos também é efêmera (entre 5 a 10 min), o que também aumenta o desejo (fissura) pela droga. Além disso, atinge picos plasmáticos maiores que o uso de cocaína endovascular, características que podem explicar seu alto poder dependogênico. A antiga e popular noção de que nossos genes não se modificam já não está mais correta. Sabe-se que estímulos químicos e outras influências ambientais podem alterar a expressão de uma parcela de seus genes. A cocaína, por exemplo, modifica a expressão de numerosos genes no NAcc, incluindo alguns dos sistemas glutamato e opióide endógenos. Estudos epidemiológicos têm demonstrado que cerca de 50% do risco para consumo de cocaína ou outra droga tem caráter genético. Isso é maior do que o encontrado em condições médicas consideradas de alto grau de herdabilidade, como diabetes tipo 2, câncer de mama e hipertensão. Os genes específicos que possam conferir tal herdabilidade permanecem desconhecidos, no caso da cocaína. Uma das possibilidades teóricas é de que pelo menos alguns deles sejam os mesmos genes afetados pela exposição à cocaína.

Quanto ao uso de crack Oliveira (2011), afirma que a qualidade e ingredientes para a confecção são imprecisos, pois além de doses diversificadas bicarbonato de sódio e cocaína, são utilizados outros elementos tóxicos como querosene, gasolina e água de bateria sem haver qualquer processo de purificação da droga. É utilizada pelos usuários em cachimbos geralmente improvisados por restos de isqueiros, canetas, tampas de creme dental, copo de iogurte ou água mineral, tampas de garrafa PET, canos, latas de alumínio. São colocadas cinzas de cigarro para fazer brasa e em cima a pedra de crack que na combustão vira vapor e é inalada pelo usuário. Os efeitos eufóricos gerados pelo crack tem curta duração e causam a chamada fissura. Após essa fase os usuários tendem a ter comportamentos agressivos, irritabilidade, tremores, comportamentos bizarros devidos a paranoia, incluindo sintomatologias produtivas como alucinações e delírios, sentimentos de desconfiança contra pessoas e medo de perder a droga, além de visão borrada, midríase (dilatação da pupila), dor no peito, parada cardíaca, coma ou morte.

Segundo as diretrizes do crack do Conselho Federal de Medicina (2012), A fumaça tóxica do Crack atinge o pulmão, vai à corrente sanguínea e chega ao cérebro. É distribuído pelo organismo por meio da circulação sanguínea e, por fim, a droga é eliminada pela urina. Sua ação no cérebro é responsável pela dependência. Algumas das principais consequências do uso da droga são: doenças pulmonares, alguns doenças psiquiátricas, como psicose, paranóia, alucinações e doenças cardíacas. A consequência mais notória é a agressão ao sistema neurológico, provocando oscilação de humor e problemas cognitivos, ou seja, na maneira como o cérebro percebe, aprende, pensa e recorda as informações. Isso leva o usuário a apresentar dificuldade de raciocínio, memorização e concentração.

Os efeitos do crack no organismo são elementos de pesquisas nas ciências da saúde e ainda encontram-se em fase de desenvolvimento e isso muitas vezes provoca discursos diversificados, como a idéia que de que é uma droga que ao primeiro uso causa inevitavelmente dependência, sendo comum ouvir entre usuários de crack a expressão: “usou, apaixonou”. Antunes (2011, pag.08) citando Morgan & Zimmer 1997, afirma:

A cocaína não produz dependência física ou crise de abstinência. Tais autores propõem tratar a questão como uma farmacologia social do crack e afirmam que os danos causados pelo uso desse tipo de droga teriam menos a ver com a farmacologia da droga do que com as circunstâncias sociais do uso da substância. Uma vez que na teoria o termo “viciado em droga” foi substituído pelo termo “dependente de droga”, os referidos autores defendem que o que caracterizaria o “dependente” de crack seria o seu comportamento compulsivo e a perda de controle diante do uso, o que sugere tratar características antes sociais do que fisiológicas ou biológicas. Neste sentido, não se trataria de dependência física.

Para Antunes (2011) os usuários de crack chegam a consumir 10 pedras por dia atingindo uma média de 67,77 pedras na semana, totalizando 270 pedras mês com um gasto médio de R\$ 1.335,00. Para ele:

É comum nas “bocas” comportamentos de não quitação da dívida, chegando a empenhar qualquer objeto, documentos e ou envolver-se em pequenos furtos para pagar. As usuárias são vítimas de comportamentos sexuais de risco para aquisição de dinheiro para saldar as dívidas. Além da questão do tráfico há outro problema relacionado que é a abordagem da polícia, pois no ato da abordagem aos usuários podem ser confundidos com traficantes. Quanto a compra podem utilizar um serviço chamado *Crack Delivery* ou tel entrega, no qual o usuário solicita por telefone e a “boca” entrega em casa ou local escolhido. ANTUNES(2011,pag.05

## 5. TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

*“O ser refutável não é o menor dos encantos de uma teoria”*

*(Nietzsche)*

Esta pesquisa baseia-se na Teoria das Representações Sociais (TRS), a qual enfatiza um conhecimento produzido no senso comum originado das práticas sociais. Essa complexa teoria integra uma série de aspectos que são originados na vida cotidiana e quando compartilhados orientam condutas, explicam a realidade social, justificam as tomadas de posição e definem identidades, resguardando as particularidades dos grupos (SANTOS, 2009).

A Teoria das Representações Sociais (TRS) foi eleita como pressuposto teórico para investigar os sentidos compartilhados pelos técnicos de CAPS AD sobre usuários de crack, por ser um conhecimento científico que segundo Santos (2005), visa compreender e explicar a construção de um conhecimento leigo, buscando compreender o fenômeno das representações sociais. Essa teoria refere-se ao estudo das teorias do senso comum, que são conjuntos de conceitos articulados que tem origem nas práticas sociais e diversidades grupais, dando sentido a realidade social, orientando condutas e práticas e no caso dos técnicos que trabalham em CAPS AD apesar de atuarem supostamente a partir do conhecimento científico, os conhecimentos produzidos no senso comum se articulam na prática profissional.

As características que estão relacionadas ao usuário do crack, os colocam num “lugar” social de marginalização. Por outro lado, a história de inserção do crack no Brasil, vem ancorada na ideia de uma droga dos miseráveis, acessível aqueles que são socialmente deixados à margem da sociedade como no caso dos EUA os negros e os mexicanos.

Desse modo, embora se preconize atualmente na área da saúde que o usuário é alguém doente, a ligação histórica da droga com a marginalização e ilegalidade pode levar os profissionais a atuarem tendo como referência esses sentidos aparentemente contraditórios. Nesse caso, a Teoria das Representações Sociais, apresenta um

arcabouço teórico que pode dar sustentabilidade para inferir e analisar esse fenômeno social.

O trabalho em serviços substitutivos CAPS AD, traz em sua constituição uma formatação de trabalho em equipe, numa visão interdisciplinar unificada que o profissional passa a ser nomeado técnico em saúde mental vivenciando dentro desses serviços a experiência de TR (Técnico de Referência). Desse modo, os técnicos representam um grupo de profissionais que são norteados por uma política de saúde e são referenciados para construir um projeto particular para cada usuário.

A Teoria das Representações Sociais, de Serge Moscovici (2009), faz alusão à necessidade de refletir a respeito dos objetos sociais estarem diretamente relacionados à vida social dos indivíduos. Desse modo, não há como conceber os objetos sociais sem que tal interação seja levada em conta. Na visão desse autor, as representações sociais não tem o mesmo conteúdo para todos os membros da sociedade, uma vez que os sujeitos estão inseridos em diferentes contextos socioculturais, o que tem relação com os seus lugares de pertencimento, suas experiências individuais e coletivas, suas crenças, saberes e sentimentos compartilhados por seus grupos de pares.

Partindo dessa formatação, a TRS dará subsídios para entender se há noções do senso comum compartilhadas pelos profissionais de saúde sobre os usuários de crack e como essas condutas profissionais são norteadas. Segundo Moscovici (2009) a teoria das representações sociais deve ser vista como uma forma específica de compreender e comunicar o que já se sabe, sempre apresentando duas faces: a imagem e a significação, isto é, ela igual a toda imagem a uma ideia e toda ideia a uma imagem. Desse modo elas são:

Um conjunto de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambigüidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social. (MOSCOVICI, 2009: p.21)

Desse modo, Gontiès (2004, citando Jodelet, 2001), afirma que a representação social é uma construção e uma expressão do ator social ou de um grupo, que se apoia em valores, atitudes, saberes, opiniões, atribuindo significações, estabelecendo uma

relação de simbolização e interpretação, buscando uma definição ao objeto representado. Como afirma Moscovici (2009), as representações remetem aos afetos, às condutas, às organizações, ao modo como o grupo sistematiza suas crenças, atitudes e valores, perspectivas sociais e futuras.

A teoria das representações sociais sugere um constructo teórico que favorece a discussão sobre o modo como esse fenômeno está sendo divulgado e compartilhado socialmente e como pode interferir em condutas e práticas profissionais. A prática terapêutica realizada em CAPS é denominada reabilitação psicossocial que segundo Sidrim (2010) a sua qualidade irá depender de como os técnicos irão assumir um compromisso na realização de uma prática diferenciada, capaz de superar o modelo manicomial.

Em 20 de maio de 2010 a Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu comitê Gestor, e dá outras providências. Neste documento há uma ênfase na inclusão dos diferentes órgãos sociais que trabalham com dependência e a capacitação da polícia para entender esse fenômeno, conforme exemplifica o artigo primeiro:

Art. 1º Fica instituído o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas.

§ 1º As ações do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas deverão ser executadas de forma descentralizada e integrada, por meio da conjugação de esforços entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, observadas a intersetorialidade, a interdisciplinaridade, a integralidade, a participação da sociedade civil e o controle social.

Essas determinações compreendem ações que estão relacionadas ao conceito de reabilitação psicossocial, na qual estava relacionada à ideia de retomar as funções perdidas dando uma ênfase à questão da funcionalidade (Guerra, 2004), segundo Valladares et al (2003,p.02) com as propostas da reforma psiquiátrica passa-se a ter o seguinte entendimento:

Tradicionalmente a reabilitação era compreendida como a restituição a um estado anterior ou à normalidade do convívio social ou de atividades profissionais. Atualmente, PITTA (1996) considera reabilitação psicossocial como o processo que facilita ao usuário com limitações, a sua melhor reestruturação de autonomia de suas funções na comunidade. Na proposta atual da Reforma Psiquiátrica no Brasil, têm-se como objetivo a desinstitucionalização e inclusão, integrando as pessoas com sofrimento psíquico nos diferentes espaços da sociedade. Segundo ROTELLI & AMARANTE (1992), a desinstitucionalização não deve ser praticada apenas no interior do hospital psiquiátrico, mas repropõe a necessidade de desinstitucionalizar, isto é, reabilitar o contexto. Cujas principais funções reabilitadoras seriam a restituição da subjetividade do indivíduo na sua relação com as instituições sociais, ou melhor, a possibilidade de recuperação da contratualidade.” Para SARACENO (1999) a reabilitação psicossocial precisa contemplar três vértices da vida de qualquer cidadão: casa, trabalho e lazer. A associação das oficinas terapêuticas, do trabalho e a reabilitação podem apresentar inúmeras variações na prática ou no contexto onde é operacionalizada, mas dificilmente há contradição na ideia de que o trabalho é um instrumento de reabilitação.

Nesse processo de construção de saber a partir do compartilhamento de sentidos para explicar uma dada realidade, surgem dois processos interferindo na forma como os sujeitos ordenam suas práticas, são eles: a objetivação e a ancoragem. Segundo Almeida (2005, p.126) o conceito de objetivação: “trata-se, enfim, de transformar o que é abstrato, complexo ou novo, em imagem concreta e significativa, apoiando-se em concepções que nos são familiares.” Outro conceito é a ancoragem que na visão dessa mesma autora (2005, p.126): “corresponde a incorporação ou assimilação de elementos de um objeto ou um sistema de categorias familiares e funcionais aos indivíduos e que lhes estão facilmente disponíveis na memória”.

De um modo mais amplo, a prática profissional deve ser voltada para a aceitação e acolhimento, livre de estigmas e preconceitos visto que o social já apresenta, na maioria das vezes um comportamento preconceituoso e estigmatizado sobre o dependente químico, e mais especificadamente um discurso estereotipado de marginal ou de assassino, quando se trata do usuário de crack<sup>1</sup>. Sobre essa relação entre quem sofre o estigma e quem apoia, Goffman (1975, p.37), afirma que:

---

<sup>1</sup> A Imprensa notifica geralmente espaços de uso de crack como Cracolândia, as pessoas desenvolvem o que Domanico (2009), chama de pânico moral. Esse medo, dá-sena maioria das vezes por acreditar que é uma área de assaltos a assassinatos.

Há um conjunto de indivíduos dos quais o estigmatizado pode esperar um apoio: aqueles que compartilham de seu estigma e, em virtude disto, são definidos e se definem como seus iguais. O segundo conjunto é composto tomando de empréstimo um termo utilizado por homossexuais- pelos “informados”, ou seja, os que são normais mais cuja situação especial levou a privar intimamente da vida secreta do indivíduo estigmatizado e a simpatizar com ela, e que gozam, ao mesmo tempo, de certa aceitação, certa pertinência cortês ao clã.

Na visão desse autor, os técnicos seriam “informados”, cujas práticas são de acolhimento e aceitação as minorias, de modo que valores sociais não interferem no modo como entendem os indivíduos que atendem. Sobre isso, Goffman (1975, p.38-39) afirma que: “um tipo de pessoa “informada” é aquela cuja informação vem de seu trabalho num lugar que cuida não só das necessidades daqueles que tem um estigma particular quanto das ações empreendidas pela sociedade em relação a eles”.

Entretanto, o técnico apesar do seu conhecimento diferenciado sobre o usuário de crack, que remete à ideia de cuidado com a saúde, convive com outros grupos sociais e pode compartilhar também com as ideias que circulam na sociedade ligando o crack ao delito, ao perigo e à marginalidade. Nessa perspectiva, é importante compreender que as representações sociais dos técnicos sobre os usuários de crack interferem nas suas práticas profissionais. A TRS busca compreender como são negociadas as tensões entre o saber científico e o saber do senso comum.

Sobre representações sociais (RS) Abric (2003), define como um conjunto organizado de informações, opiniões, atitudes, crenças a respeito de um dado objeto. Como é produzida socialmente a RS é facilmente marcada por valores correspondentes ao sistema sócio- ideológico e a história do grupo que a veicula.

Esses resultados são produções de influência mútua entre o sujeito profissional e o social que compartilham de uma diversidade de significados e elaboram socialmente. Isto é, o técnico que compartilha do saber “erudito” (acadêmico) entra em choque com as noções do senso comum. Para reforçar isso, Antunes (2011), ressalta a forma como a mídia descreve o fenômeno do crack, contribuindo para a polissemia do fenômeno, podendo servir de base para ancorar o pensamento técnico sobre a substância:

Em meados de 2009, uma série de reportagens do Jornal do Comércio, intitulada “A epidemia do tráfico”, abordou o assunto com frases como “A Cracolândia é aqui”, “Um tiro rápido, barato e mortal”, “Eu já tirei tudo de casa. Alguém precisa me deter”, “Classe média refém do crack”, etc. Tais

abordagens pareciam tratar o fenômeno em questão como algo patológico que vem se alastrando em Pernambuco, podendo criar nos leitores um grande medo desta espécie de “epidemia”. As análises dessas notícias chamadas de especiais as quais traziam um olhar mais aprofundado do tema, inclusive com histórias de personagens reais, mostravam a intenção de chamar a atenção para o “problema”, porém poderiam reforçar preconceitos e entendimentos distorcidos sobre o crack em Pernambuco. ANTUNES (2011, pag.01)

Nessa construção os processos de objetivação e ancoragem irão conduzir os grupos na atribuição de significados do objeto social, neste caso o usuário de crack. O discurso social pode reproduzir e legitimar o preconceito e a marginalização. O técnico muitas vezes pode transformar elementos abstratos em algo concreto, transformar certas noções “obscuras” em familiares, fazendo com que algumas de suas ações em vez de visarem à qualidade de vida e prevenção ou promoção a saúde, sejam reprodutores de discursos preconceituosos e improdutivos.

## 5.1. TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: O SURGIMENTO.

*“É a teoria que decide o que iremos observar”.*

*(Einstein)*

Nascido na Romênia, de origem judia Serge Moscovici teve uma infância fragilizada e cheia de limitações, sendo obrigado a trabalhar em uma fábrica como operário e depois abandonando sua terra natal se dedicou ao estudo da psicologia na França e doutorou-se cuja tese intitulou de: *“La Psychanalyse, son image et son public”*(1961) na qual busca compreender o processo de transformação do conhecimento científico em conhecimento do senso comum considerando a dinâmica das relações sociais

Durante a segunda guerra mundial a psicologia social deixou de dar ênfase à discussão sobre comportamento e voltou-se a processos mentais subjacentes, destacando-se os estudos de Festinger (teoria da dissonância cognitiva). Para Moscovici, nessa fase o homem passou a ser visto como “máquina pensante” e o saber popular visto como saber menor. Moscovici propôs o rompimento com a natureza individual da psicologia social, entendendo o sujeito como ativo construtor da realidade social nela construído. Segundo Siqueira (2010, p.40, citando Sá, 2007a, p.590):

Moscovici preocupava-se muito mais com os pensamentos considerados irracionais, tidos como simplistas, ingênuos e até supersticiosos, presentes nas sociedades contemporâneas que prioritariamente foram regidas pela razão e pela lógica da ciência. Por esse interesse, ele olhou para o conhecimento do senso comum como legítimo para o estudo da Psicologia Social, porque acreditava que essa forma de saber “orienta a maior parte das comunicações e comportamentos na vida cotidiana, em qualquer estrato social”.

Segundo Almeida (2005), houve dupla resistência da teoria na Europa, no Brasil ela se deu em um longo período de latência por razões diversas e sua inserção foi pela

via das universidades do Nordeste, Centro- Oeste e Sul. Para essa mesma autora o estudo das representações sociais encontra-se em plena expansão no Brasil, pois a TRS seria uma forma de saber que: “permitem aos indivíduos compreenderem e explicarem a realidade, construindo novos conhecimentos.” (2005, p.123).

As representações sociais apresentam-se em três aspectos que segundo Almeida (2005) são: a comunicação, a (re) construção do real e o domínio do mundo. Em verdade as representações oferecem as pessoas códigos de trocas, para nomear, classificar. Elas modulam o pensamento através da comunicação. A (re) construção se dá na constante dinâmica comunicação- representação, elas atuam como guia na organização da realidade. E por fim, o domínio do mundo, pois as representações são conhecimentos sociais que orientam uma prática que permite o indivíduo se situar no mundo. Sendo assim, o indivíduo constrói algo novo dando sentido à realidade social e construindo novos conhecimentos (função saber), colaboram para a identidade social e a diferenciação entre um grupo e outro, formando uma identidade (função identitária) e ainda conduzem a uma orientação do sujeito ou grupo, servindo de guia, orientando práticas (função de orientação).

## **5.2. OBJETIVAÇÃO E ANCORAGEM**

Garrido (2006) ressalta que para Moscovici o que motiva o surgimento de uma representação é a necessidade de dar sentido ao que parece distante, tornando-o familiar. Em outras palavras, o estranho torna-se conhecido à medida que a representação consegue englobar o fenômeno desconhecido em um marco compreensível. Sendo assim, as representações sociais se constroem com base na ancoragem e na objetivação.

Segundo Santos (2005), a objetivação é o processo através do qual o conhecido torna-se familiar, transforma o conhecimento em uma imagem ou núcleo figurativo. Como afirma Moscovici (2009, p.71): “a objetivação une a idéia de não- familiaridade com a realidade torna-se a verdadeira essência da realidade. Percebida primeiramente como um universo puramente intelectual e remoto a objetivação aparece, então, diante de nossos olhos físicos e acessíveis”.

Santos (2005) destaca que ancoragem caracteriza-se pela inserção do objeto num sistema de conhecimentos preexistentes, promovendo uma rede de significados em torno do mesmo. Segundo a autora, o novo objeto é reajustado para que se enquadre na categoria conhecida adquirindo características dessa categoria. Em outras palavras, segundo Garrido (2006) a ancoragem consiste em projetar sobre o mundo um sistema de categorias conhecido, para incluir em uma rede familiar as pessoas e os fenômenos do ambiente. Desse modo, mediante o processo de objetivação as entidades abstratas ou categorias encontram um material de referência ao qual se vinculam.

### **5.3 ABORDAGENS NA TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Segundo Mafra (2011 citando Almeida, 2005) a Teoria elaborada por Moscovici conheceu importantes desdobramentos segundo os aspectos dela evidenciados nos trabalhos de três estudiosos: Denise Jodelet, Willem Doise, Jean-Claude Abric. Para a autora, a perspectiva de Jodelet, denominada de abordagem culturalista, irá privilegiar a integração dos aspectos sociais e culturais com a história. Já Doise, em sua abordagem societal, irá pôr em relevo a variedade de posicionamentos dos sujeitos que resulta das diferentes inserções sociais. Abric, com a abordagem estrutural, irá perseguir a compreensão das transformações da representação social, a partir do estudo da estrutura e organização de seu conteúdo.

Esses desdobramentos formam modos de abordarem a Teoria das Representações Sociais, mas nenhuma delas vai contra os princípios construídos por Moscovici (2009, p.79), sendo assim o que ele conceitua:

A teoria das representações sociais, por um lado, toma como ponto de partida, a diversidade dos indivíduos, atitudes e fenômenos, em toda sua estranheza e imprevisibilidade. Seu objetivo é descobrir como os indivíduos e grupos podem construir um mundo estável, previsível, a partir de tal diversidade [...] As representações sociais se baseiam no dito: “não existe fumaça sem fogo.” Quando nós ouvimos ou vemos algo, nós instintivamente, supomos que isso não é causal, mas que este algo deve ter uma causa e um efeito. Quando nós vemos a fumaça, nós sabemos que um fogo foi aceso em algum lugar e, para descobrir de onde vem fumaça. Nós vamos a busca desse fogo.

## 6. MÉTODO

*“Os métodos são as verdadeiras riquezas”.*

*(Nietzche)*

Esta pesquisa tem uma natureza qualitativa, por promover uma articulação com conceitos culturais, sociais e morais que envolvem o processo de representação social. Irá se basear na tríade que caracteriza modelo qualitativo que: “descreve, compreende e explica”. Pois:

Um trabalho de conhecimento social tem que atingir três dimensões: a simbólica, a histórica e a concreta. A dimensão simbólica contempla os significados dos sujeitos; a histórica privilegia o tempo consolidado do espaço real e analítico; e a concreta refere-se às estruturas e aos atores sociais em relação. (MINAYO, 1993: p.246)

Segundo Bauer et all (2008), a pesquisa qualitativa evita números, são consideradas *softs*. Lida com interpretações das realidades sociais, cujo interesse encontra-se na maneira como as pessoas se expressam e falam sobre o que é importante para elas e como pensam suas ações e as dos outros.

Também tratar-se de uma pesquisa pluri-metodológica que, segundo Almeida (2005), é um modelo de pesquisa que utiliza uma grande variedade de métodos e técnicas de pesquisa no estudo das representações sociais. Ainda para essa autora, citando Abric (2005, p.157):

A escolha de uma metodologia (levantamento e análise) é determinada, evidentemente, por considerações empíricas (natureza do objeto estudado, tipo de população, limites da situação etc), mas também, e de forma mais fundamental, pelo sistema teórico que subjaz e justifica a pesquisa. No caso que nos interessa, a escolha dos instrumentos deve, portanto, necessariamente ser ditada pela teoria das representações sociais/.../.

Por se entender que o fenômeno crack é complexo e gerador de diversos posicionamentos no social, adotou-se a perspectiva pluri-metodológica para analisar o

conteúdo e a estrutura das representações sociais produzidos por um grupo específico de pessoas em suas práticas profissionais buscando entender o modo como o grupo constrói o pensamento em uma determinada cultura.

### **6.1. UNIVERSO DA PESQUISA:**

Participaram da pesquisa 70 pessoas, de ambos os sexos, todas com nível superior completo, que trabalham em CAPS AD na Grande Região Metropolitana do Recife, de diferentes idades, de classe média e residentes da mesma região.

Foram aplicados os questionários nas unidades de saúde que anteriormente autorizaram a ida do pesquisador com a carta de anuência (**apêndice II**). Para facilitar em alguns casos e aproveitando a experiência na área que o pesquisador possuía o mesmo entregava os questionários nas reuniões técnicas. Algumas pessoas indicaram outras que trabalhavam nos centros e o pesquisador ia ao encontro das mesmas.

Participaram técnicos de diversas categorias profissionais: enfermeiros, médicos clínicos, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. Como o modelo de CAPS vai depender do projeto clínico- institucional que cada município elabora, pode-se encontrar equipes de CAPS com diferentes categorias, podendo inclusive ter mais de uma ou não ter nenhuma das categorias anteriormente citadas.

Foram analisados 68 prontuários de um CAPS AD da Região Metropolitana do Recife, autorizado com carta de anuência (**AnexoII**) e todos com diagnóstico CID -10 de F.14.0 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína conforme hipótese diagnóstica do médico da unidade.

## 6.2. PROCEDIMENTOS:

Como procedimento, contou-se com dois tipos de técnicas para executar os objetivos desta pesquisa: o questionário de evocação e a análise documental. Diante da característica pluri-metodológica que as pesquisas em representações sociais possibilitam, foram utilizados dois softwares como instrumentos para análise dos dados. E a pesquisa se desenvolveu em dois estudos.

O primeiro estudo foi utilizado um questionário de evocação (**apêndice I**) para análise das respostas emitidas pelos participantes e depois de transcritas foram analisadas com o EVOC (Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Évocations), software desenvolvido para efetivar análises estruturais das representações sociais (ALMEIDA, 2005).

Para analisar os dados do segundo estudo que foi com análise de prontuários utilizou-se o ALCESTE, que segundo Bauer et al (2008) é uma técnica computadorizada e uma metodologia para analisar textos. O programa integra uma grande quantidade de métodos estatísticos sofisticados e realiza uma complexa classificação hierárquica descendente. Além disso: “pode ser usado para destacar os componentes estruturais de uma representação social” (SOUBIALE & ROUSSIAU, 1998, citado por RIBEIRO (2002).

Abric (2003) classifica o software como um método rico de análise de conteúdo e reconhece que se necessita de vários instrumentos para que se possam elaborar hipóteses para a centralidade dos elementos da representação social.

Sobre o questionário de evocação foi elaborado um instrumental convidando os participantes a escreverem palavras que viessem em sua mente quando pensavam em crack, logo em seguida enumeravam na ordem de preferência seis palavras que viessem em sua mente quando pensavam em usuário de crack. Depois de respondidas essas duas etapas os sujeitos justificavam o porquê dessa ordem elegida. Sobre a análise documental, Almeida (2005) aponta que se trata de uma técnica bastante rica na qual os documentos podem ser arquivos públicos e documentos, oficiais, arquivos privados (cartas ou diários), romances, jornais e etc. Esta pesquisa foi realizada *in loco* com os prontuários dos usuários atendidos em um CAPS AD da Região Metropolitana do

Recife. O pesquisador passou oito semanas na unidade de saúde (autorizado com carta de anuência), avaliando os diagnósticos e depois transcrevendo as evoluções técnicas a respeito dos usuários de crack admitidos no período de janeiro de 2008 a janeiro de 2009.

### 6.3. O PERCURSO

Inicialmente, o pesquisador foi às unidades de saúde e entregou as cartas de anuência que autorizavam o mesmo a entregar os questionários para os técnicos responderem antes de solicitar autorização do Comitê de Ética. Após autorização ( no ofício 787/2011 – Registro SISNEP FR-437186) o pesquisador, ao chegar às unidades de saúde, em dias agendados, explicava os objetivos da pesquisa e em seguida entregava o questionário acompanhado do TCLE (**apendice II**) - Termo de Consentimento Livre Esclarecido que:

Tem como objetivo principal obter a anuência do sujeito de pesquisa e/ou de seu representante legal pela sua participação voluntária na pesquisa após ter recebido por parte dos pesquisadores os esclarecimentos sobre os aspectos da pesquisa: objetivos, riscos, procedimentos a serem realizados, respeitando os princípios da confidencialidade e do sigilo (CAMPINAS E BARROS, 2006: p.471).

Para não alterar a dinâmica das reuniões técnicas o pesquisador agendava um retorno e recolhia os instrumentais. Após autorização da carta de anuência (**Anexo II**), junto à secretaria de saúde do município onde se situa um CAPS AD que atende cerca de 100 usuários mês, o pesquisador realizou um levantamento de hipótese diagnóstica dos prontuários dos usuários de crack. Depois fez a transcrição das evoluções dos profissionais e digitalizou-as.

## **7. PRIMEIRO ESTUDO: O Conteúdo das Representações Sociais nas Práticas Profissionais**

O pesquisador fez um levantamento de 68 prontuários de usuários de um serviço substitutivo CAPS AD, situado na Grande Região Metropolitana do Recife, município com mais de 319.000 habitantes e uma média de 100 usuários atendidos/mês. Foram separados para a pesquisa prontuários de usuários atendidos no período de janeiro de 2008 a janeiro de 2009, todos com diagnóstico CID -10 de F.14.0 - Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína, devidamente classificado pelo médico clínico da unidade de saúde.

Depois o pesquisador transcreveu todas as evoluções dos técnicos independentes de categorias profissionais, pois foi levado em consideração que todos eram técnicos de saúde mental. Para a transcrição foi utilizado caneta e papel ofício tipo A4. Num outro momento as informações foram digitalizadas e separadas em pastas com as letras iniciais dos sujeitos, mas de modo que guardaram seu anonimato, depois os dados foram processados no software francês ALCESTE.

### **7.1 ANÁLISE DOS PRONTUÁRIOS DE USUÁRIOS DE CRACK DE UM CAPS AD.**

O corpus analisado foi composto por 68 prontuários de um CAPS AD da região metropolitana do Recife, formando desse modo 68 UCI (Unidade de Contexto Inicial, que equivale ao número de respostas válidas nos questionários) e geraram 874 UCE (Unidade de Contexto Elementar).

O ALCESTE produz matrizes que constituem a classificação das respostas de acordo com critérios de tamanho de texto e pontuação, formando desse modo a Unidade de Contexto Elementar (Nascimento,2004,p.48).

A partir da Classificação Hierárquica Descendente realizada pelo ALCESTE emergiram seis classes representadas na **figura 2** (dendrograma). Em cada classe são



da psiquiatria fortalece o saber da Saúde Mental e os critérios da clínica médica embasam a avaliação da dependência química. Conforme trechos a seguir:

... usuário **colaborador**, dando sugestões e participando **adequadamente**. [...] mostra-se **orientado, consciência crítica e intelectualidade** presentes...

**eufórico** refere estar bem com a **medicação**. Usuário **participativo, comunicativo**, apresentando **bom-humor**. Interage bem com a facilitadora e demais participantes. Realiza atividade de forma independente. Usuário **atento e integrado**...

“Usuária participa **adequadamente** do grupo, apresenta **bom-humor, interage** bem com a facilitadora e demais participantes...”

Analisando esses recortes percebemos que os técnicos utilizam de seus conhecimentos científicos para embasar e legitimar uma leitura sobre o usuário. Apoiam seu saber em conhecimentos adquiridos anteriormente. Chama atenção o fato de a ação da prática clínica revelar saberes da psiquiatria e da clínica médica. Outro fato interessante consiste nos critérios utilizados pelos técnicos: orientação, humor, participação, interação. Esses elementos são muito presentes na leitura da loucura. Pois se tratam de indicadores que sugerem fuga do “controle” para o técnico remetendo-os a uma análise de quadro psicopatológico. Em outras palavras, se um usuário altera sua orientação quanto tempo e espaço, seu humor elacivamente ou depressivamente e interage de forma “inapropriada”, surgem elementos que fazem o técnico perderem o controle e assim indicar que o usuário não está “evoluindo” bem.

### **Riscos a Saúde (Classe 2):**

Muito próximo da classe 1 a classe 2 nomeadas nesta pesquisa como: riscos à saúde trazem elementos que apontam para conteúdo dos grupos realizados pelos técnicos e as descrições das atividades realizadas pelos mesmos. Chama atenção a forte relação temática com DST’S e cardiopatias, conforme recorte abaixo:

“Usuário participou da atividade atento com humor tranquilo, conduta adequada. Abordamos o tema sobre **DST, AIDS**, com objetivo de informar sinais e **sintomas...**”.

...Abordamos o **tema** do sistema **cardiovascular...**

...**Monitoramos a pressão arterial...**

Ou ainda:

**Abordado o tema doenças** sexualmente transmissíveis, **síndrome** da imunodeficiência adquirida. Usuária **participa** do grupo e demonstra **humor depressivo**, acompanhado de uma forte **tristeza...**

Um dispositivo comum e que faz parte da maioria dos projetos clínicos institucionais dos CAPS são os grupo de educação em saúde, na sua grande maioria coordenada por um profissional graduado em enfermagem. Geralmente esses grupos trazem em seu bojo temas de comorbidades e comportamentos de risco a saúde conforme forte frequência de artigos publicados e encontrados nas diversas bases científicas médicas.

### **Dificuldade da abstinência (Classe 3):**

A classe 3, por sua vez, vem agrupar elementos que apontam para a proposta de atuação dos CAPS que se refere à prevenção e a recaída. Trata-se de uma estratégia na qual o usuário vai programar como lidar com as recaídas e possíveis alternativas apoiados na Política de Redução de Danos que dá suportes aos CAPS no Brasil e que está intimamente ligada ao processo de abstinência, nomeando essa classe de dificuldade em manter a abstinência. Vale salientar que não é meta dos CAPS a abstinência, mas é na maioria das vezes preferência do usuário no seu projeto de tratamento singular tal estratégia. Nos casos em que os usuários optam pela Redução de Danos (RD), essas estratégias são confrontadas nos grupos com os que optam por abstinência. Mesmo muito censurada por alguns técnicos de saúde mental a RD é uma estratégia que tem boa aderência entre os usuários conforme recortes abaixo:

...que não **usou crack** adotou como **estratégia** comer doce...

...disse que todo **dinheiro** que pega **gasta** com **crack**.

Segundo relato, informou que neste **final de semana**, fez a cabeça de quatro travestis e juntamente com dois amigos fizeram eles **pagarem** sete cervejas..."

... interagindo com o grupo, mostrou o sapato que **comprou** com o **dinheiro** de seu **trabalho** nesse **final de semana**...

...pontuou que seus amigos ainda continuam oferecendo e que vem **tentando** sair com sua esposa por ainda se considerar **fragilizado**...

... usuária coloca que esse **final de semana** bateu uma **fissura** muito forte e que ficou enrolada embaixo da cama, coloca que ouviu alguém mandando ela **usar**, relata que ainda saiu de casa, mas voltou e pediu para seu pai trancá-la...

O discurso da Redução de Danos surge como ponto avaliativo e pertinente a prática dos técnicos no CAPS AD. A prevenção é uma ação que vem prioritariamente no SUS e detalhadamente trazida na Política de Redução de Danos de forma metodologicamente aplicável ao público drogadito.

#### **Estratégias para manter-se abstinência (Classe 4):**

As ideias que compõem essa classe referem-se a uma possibilidade recorrente no trabalho com a clínica da toxicomania e, sobretudo de usuários de crack. Conforme visto anteriormente, há especificidades na relação de consumo e a crise de abstinência o que gera fissura, sendo muito comum nesses casos, recaídas. As recaídas muitas vezes

podem ocasionar em algumas equipes de CAPS “frustração”, pois há uma espécie de sentimento de impotência que muitas vezes ronda usuários de crack e por conta das recaídas é como se o tratamento oferecido nos CAPS fosse insuficiente ou frágil. A recaída é um fenômeno recorrente e está associada metodologicamente a estratégia de prevenção anteriormente citada. Quando o usuário consegue evitar recaídas e expressar seu desejo de abstinência ou substituição de droga, começam a surgir evoluções compatíveis com essa classe semântica, conforme recortes abaixo:

... usuário refere **recaído** em casa com outro usuário, diz que foi uma **pedra** apenas e passou o natal com a família, pegou em dinheiro pensou em ligar para o **fornecedor**, porém conseguiu **resistir**...

... usuário refere **estar bem**, diz que passou final de semana na **casa** da Irma, **consciente** dos **riscos** e **recaídas**, mas está em **abstinência**...

... usuário diz que ficou em **casa** com a **família** no **sábado** e ontem foi à igreja. Referiu vontade de **beber**, mas tomou **medicação** e **dormiu**...

... postura reservada, disse que não **usa nenhum** tipo de substância há 15 dias. Refere muita **ansiedade** e dificuldade de manter a **abstinência** do **crack**...

Há uma espécie de tensão vivida pelos técnicos que trabalham em CAPS AD. Por um lado o cuidado aos usuários drogaditos respeitando o direito de cada um e construindo o projeto de tratamento a partir do desejo do mesmo. E por outro lado, os preceitos clínicos de tentar manter o usuário abstinente. Se for preconizada a abstinência como o modelo médico orienta, o usuário só estará evoluindo se estiver abstinente. Em outras palavras, a postura técnica no que se refere a avaliação do usuário muda. Neste caso se a evolução for realizada através do acompanhamento do indivíduo em seu projeto terapêutico singular, respeitando seus desejos em relação a parar ou não o uso de drogas estaria embasado pela Redução de Danos. Caso contrário, a postura irá contra os preceitos da Política de Saúde mental brasileira. Essa dualidade pode causar tensões que fragilizam algumas intervenções dentro do CAPS.

### **Enfrentamento: a reconquista da família ( Classe 5):**

Esse campo representacional traz um *corpus* semântico que sugere tratar-se da reinserção social, momento comum no tratamento de toxicomania nos CAPS AD, no qual os técnicos relatam que os usuários conseguem aderir a uma proposta metodológica de enfrentamento da doença e vai conquistando novamente reconhecimento em espaços sociais antes fragilizados, surgindo a família como um dos representantes desse fenômeno. Geralmente, é um momento muito comemorado pelos usuários nos CAPS, pois gera fortalecimento do mesmo com o serviço e com a família que passa a acreditar mais no usuário e valorizar o tratamento no CAPS, achando que é possível alternativa além do internamento. E a família voltando acreditar no usuário. Alguns trechos abaixo que ilustram isso:

... **usuário** participa da atividade estruturada e relata estar **reconquistando a família...**

**usuário** fala que passou São João com sua **mãe**, mas não bebeu...

**usuário** diz que agora que caiu a sua ficha que antes sua **mãe** lhe ignorava e agora está **reconquistando a confiança** de seus **familiares...**

### **Relato das perdas (Classe 6):**

Essa classe refere-se à relação das perdas sejam elas afetivas, econômicas ou familiares relatadas no tratamento dos usuários nos CAPS. Chama-nos atenção a reconquista de vínculos familiares, pois a família é um dos principais pontos de apoio e fortalecimento estimulados no tratamento oferecido nos CAPS. Percebemos através do discurso dos familiares as fragilidades dos usuários, que na sua maioria, apresentam laços enfraquecidos/rompidos e envolvimento em situações de furto, sendo desse modo, a família o primeiro lugar de atuação dos mesmos.

Abaixo, trechos de relatos técnicos em que a família, emprego, vitórias surge como referência para evolução dos usuários. É um momento de relato das perdas e momento de dar novos sentidos no seu projeto de vida:

... pensa em **procurar emprego**...

... está sempre **atento** para não **recair**...

hoje **consciente** dos **prejuízos** está tentando se **reerguer** e continuar sua **vida**. Passou o final de **semana** bem com sua **família**...

Pensar nas perdas é relacionar isso a uma forma de enfrentar o problema que torna-se pertinente nos projetos terapêuticos dos usuários. Tentar recuperar os prejuízos a partir de dispositivos de auto-ajuda é uma das principais estratégias estimuladas pelos técnicos nos CAPS. Isto é, colocar o usuário para refletir sobre suas perdas, principalmente as relacionadas a família.

## **8. SEGUNDO ESTUDO: A Estrutura das Representações Sociais.**

Foram transcritos todas as respostas do questionário de Evocação e formatadas para serem processadas no software EVOC, como o último item do questionário era uma justificativa para as palavras associadas aos estímulos evocados, foram analisadas e também formatadas para o software ALCESTE e seus elementos serviram para ampliar a discussão dos dados.

Os dados do EVOC foram classificados e agrupados num corpus semântico e realizada a discussão dos dados a partir da ordem de evocação que os participantes responderam no questionário levando em consideração as respostas e ordem de frequência das mesmas

### **.8.1. ANÁLISE DOS DADOS: ESTRUTURA DAS REPRESENTAÇÕES:**

Os dados analisados com o apoio do *software* EVOC permitiram vislumbrar a estrutura da representação social de crack, a partir dos dois critérios propostos por Abric

(2003): 1. A saliência dos elementos da representação; 2. A conexão entre os elementos da representação. Na investigação da saliência dos elementos, os dados foram analisados pelos critérios de frequência e de ordem média de importância que são combinados, de forma a identificar os elementos do sistema central e do sistema periférico das representações. O termo indutor foi crack. A análise resultou num quantitativo de 381 palavras citadas e das quais 172 palavras diferentes. A tabela 01 permite compreender a hierarquia dos elementos da representação social do crack em função desses critérios.

<b>Frequência e Ordem de Importâncias de Evocações</b>					
	<b>Inferior a 3</b>		<b>Superior a 3</b>		
	<b>Frequência</b>	<b>&gt;=7</b>	<b>19- Sofrimento</b>	<b>2,684</b>	<b>12- Doença</b>
<b>17- Dependência</b>			<b>2,647</b>	<b>07- Família</b>	<b>4,000</b>
<b>16- Destruição</b>			<b>1,875</b>	<b>07- Fragilidade</b>	<b>3,857</b>
<b>09- Tristeza</b>			<b>2,556</b>	<b>07- Angústia</b>	<b>3,571</b>
<b>09- Morte</b>			<b>2,571</b>		
<b>08- Violência</b>			<b>2,684</b>		
<b>07- Perdas</b>			<b>2,333</b>		
<b>07- Degradação</b>			<b>2,250</b>		
<b>Frequência</b>	<b>&lt;7</b>	<b>06- Fuga</b>	<b>2,333</b>	<b>05- Ajuda</b>	<b>3,600</b>
		<b>06- Fissura</b>	<b>2,167</b>	<b>04- Desestruturado</b>	<b>4,250</b>
		<b>06 - Prazer</b>	<b>2,000</b>	<b>04- Dor</b>	<b>3,750</b>
		<b>06- Usuário</b>	<b>2,600</b>	<b>04- Exclusão</b>	<b>3,500</b>
		<b>05- Medo</b>	<b>2,600</b>		
		<b>04- Sociedade</b>	<b>2,750</b>		
		<b>04- Abandono</b>	<b>1,750</b>		

**Tabela01: Crack de acordo com ordem de importância de evocação e frequência.**

Diante dos dados contidos na tabela acima, tem-se uma relação complementar entre os resultados. As palavras com maior frequência de evocação e ordem de

importância compõem o núcleo central das Representações Sociais. De forma mais detalhada percebemos na tabela abaixo que Zona do Núcleo Central e a Primeira Periferia são as regiões que, para Abric (2003), encontramos as expressões que apresentam maior frequência e os participantes hierarquizaram como mais importantes. Neste sentido, para esse autor encontram-se situados nessa região os elementos da Zona Central das Representações. Em outras palavras, na zona central estão os elementos que organizam e dão sentido as representações. Desse modo temos:

RS de Crack	Palavras	Frequência	Ordem de importância
Núcleo Central	Sufrimento	19	2,684
	Dependência	17	2,647
	Destruição	16	1,875
	Tristeza	09	2,556
	Morte	09	2,571
	Violência	08	2,684
	Perdas	07	2,333
	Degradação	07	2,250
Primeira Periferia	Doença	12	3,083
	Família	07	4,000
	Fragilidade	07	3,857
	Angústia	07	3,571

**Tabela 02: Representações Sociais de Crack (Núcleo Central e Primeira Periferia) em função da frequência e ordem de importância.**

Na zona central aparecem apenas elementos negativos. Os técnicos parecem considerar os efeitos negativos do uso do crack. Sofrimento, dependência, destruição, tristeza, morte, violência, perdas e degradação são os elementos que compõem um quadro sombrio do uso do crack.

Conforme Domanico (2006) há uma espécie de pavor moral expresso na sociedade atual em relação ao fenômeno crack. A ideia de que os usuários de crack são pessoas que estão se destruindo e terminam morrendo é fortemente divulgada e compartilhada socialmente e muitas vezes geram nas pessoas medo e preocupação. Isso vem demarcado nas outras três palavras que são expressas com relevância nas

associações que são: **violência, perdas e degradação**. Geralmente na dependência do crack os usuários apresentam comportamentos compulsivos, sem controle, sujeito a comportamentos inadequados em relação a sua sexualidade, como a comercialização do corpo para aquisição da substância ou envolvidos em pequenos furtos, fortalecendo assim uma espécie de medo entre as pessoas na sociedade.

Compreendemos que o uso de crack está sendo considerado um problema de saúde pública pelo seu impacto e pela rápida e desenfreada busca por prazer por uma grande parte da sociedade atual, sobretudo jovens e pessoas pobres. Será que é possível afirmar que o crack é a pior ou mais devastadora droga? E que vem exclusivamente causando degradação e destruição social? Segundo Duailibi(2005, pag.40):

A dependência de crack é a causa mais frequente de internação por uso de cocaína. Em um estudo transversal realizado com 440 pacientes de seis hospitais psiquiátricos da Grande São Paulo em 1997-1998, 70% dos pacientes internados por problemas com cocaína eram usuários de crack. Esta também foi a substância mais consumida entre 406 pacientes internados para tratamento por dependência de drogas lícitas no município de Marília (SP), com frequências variando entre 62,9% para os homens e 87,5% entre as mulheres 88. Da mesma forma, um estudo retrospectivo em Curitiba (PR) investigou prontuários de adolescentes (10 - 20 anos) internados por dependência química. Entre esses, o crack era a segunda substância mais frequentemente utilizada (49%), com proporções decrescentes do consumo de substâncias como o álcool (39%) e a cocaína intranasal (29%). Por outro lado, um estudo com pacientes dependentes de cocaína internados em Porto Alegre (RS), detectou que apenas um terço desses indivíduos era usuário de crack.

No que se refere aos CAPS AD, os técnicos de saúde mental na sua prática profissional escutam e analisam diariamente casos clínicos com uma riqueza de detalhes sobre usuário de diversas drogas nos quais essa possível degradação é pertinente e não exclusiva apenas a usuários de crack. Como exemplo disso, temos o uso de álcool que segundo a organização mundial de saúde (OMS) é a segunda droga que mais mata no mundo, perdendo apenas para nicotina e as comorbidades clínicas que ela provoca

Na primeira periferia o sujeito que usa crack parece ser visto como doente o que parece atender à proposta do CAPS. O crack é analisado como a causa (doença) do adoecer do sujeito.

Chama-nos atenção neste grupo também presença da família que numa perspectiva de CAPS é a pedra angular do tratamento dos usuários. Para que a prática do Técnico de Referência que trabalha num CAPS seja coerente com os princípios norteadores da Política de Saúde Mental vigente, é necessário que o profissional trace o que é chamado de Projeto Terapêutico Individual ou Singular (PTI ou PTS). Trata-se de um planejamento de como o usuário do serviço irá conduzir seu tratamento a partir de seu desejo e, sobretudo estimulando ou resgatando a família para essa construção.

A ausência de família, independentemente de laços consangüíneos torna quase que impossível a prática realizada pelos técnicos em um CAPS. O que sugere que a palavra **família**, tenha grande freqüência nos relatos dos técnicos, pela importância que ela tem no processo de reabilitação oferecido pelos CAPS. A palavra **doença** aparece em consonância com os elementos da zona central ligada a palavra família.

Neste primeiro recorte da tabela temos os técnicos de referência de CAPS AD apontando para uma relação com o crack muito relacionada ao conceito de doença preconizado pela Política de Saúde mental. Diferentemente da visão de saúde como ausência de doença o sofrimento e o conceito de dependência surgem de modo bem pertinente. Na visão do CAPS o usuário é quem utiliza o serviço, e a pessoa que faz uso de forma prejudicial, abusiva ou dependente será avaliada como dependente ou usuário abusivo de substâncias psicoativas. Tais palavras sinalizam o pensamento da saúde numa concepção mais ampliada. A tríade **destruição-tristeza-morte** aponta para uma íntima relação com o discurso social, estando pertinente na primeira zona periférica.

Não tão diferentes, as palavras **fragilidade e angústia** surgem numa mesma freqüência e se classificam também numa mesma categoria semântica. Na concepção de angústia surge a fragilidade remetendo a situação que o indivíduo permanece diante do seu quadro de angústia. Reforçando o que Duailibi (2005, pag. 40) aponta: “A presença de um segundo diagnóstico psiquiátrico é comum entre os usuários de cocaína e crack. A depressão e os transtornos ansiosos são as comorbidades psiquiátricas mais freqüentemente observadas em estudos brasileiros com esses usuários”.

Para Abric (2003), certos elementos das representações sociais são mais decisivos que outros no reconhecimento e identificação de objetos. Além do Núcleo Central e da Primeira Periferia, temos os Elementos Contrastantes e a Segunda Periferia que tem a função de proteger o Núcleo Central e que quando estão divergentes

apresentam tensões que podem fragilizar o Núcleo das representações sociais. A partir do *corpus* de dados descritos na **Tabela 01**, são eles:

RS de CRACK	Palavras	Frequência	Ordem de importância
Elementos Contrastantes	Fuga	06	2,333
	Fissura	06	2,167
	Prazer	06	2,000
	Usuário	05	2,600
	Medo	05	2,600
	Sociedade	04	2,750
	Abandono	04	1,750
Segunda Periferia	Ajuda	05	3,600
	Desestruturação	04	4,250
	Dor	04	3,750
	Exclusão	04	3,500

**Tabela 03: Representações Sociais de Crack (Elementos Contrastantes e Segunda Periferia) em função da frequência e ordem de importância.**

Diante dos dados acima relacionados na **Tabela 03**, observa-se que os elementos que colaboram com os conteúdos trazidos no Núcleo Central, protegendo - os e fortalecendo os sentidos atribuídos. A palavra **fuga** sugere uma consonância com elementos do discurso social que comumente afirma que drogas são: “uma fuga para um caminho sem fim” ou a ideia do uso de drogas como uma fuga aos problemas, reflexo de uma sociedade complexa e cheia de problemas e as drogas surgindo para apaziguar os mal-estares da contemporaneidade (Birman,2000).

**Fissura e prazer** surgem agrupadas numa mesma relação semântica. O prazer é a via que associada a compulsão causa a dependência das drogas e a fissura é o nome atribuído a vontade incontrolável de obter prazer no uso do crack. É um conceito designado pela psiquiatria que se refere a um processo que o usuário de crack expressa, sobretudo no período de abstinência. Isso reforça o discurso da saúde, referindo a sintomatologia e fonte de prazer da substância crack. Vale salientar, que o prazer é considerado apenas na periferia e como elemento contrastante. Em geral destacam-se os

elementos negativos do uso do crack e o prazer sentido pelo usuário é pouco considerado.

As palavras **medo e usuário** nos chamam atenção para o lugar de “perigo” que o crack causa para sociedade, reforçando sentidos atribuídos pelo senso comum diante do fenômeno do crack e a imagem criada com espaços como a Cracolândia, gerando o que anteriormente foi citado de pavor moral (Domanico, 2006). Outra associação complementar surgiu com as palavras **sociedade e abandono**, parece que há uma crítica apontando para o descaso e o desprezo social que a substância causa. Pois se o crack é uma droga ilícita e se sua forma de comercialização e administração é ilegal, isso sugere uma sociedade fragilizada e sem controle do público. O que também nos conduz a pensar que os técnicos podem ancorar suas formulações teóricas nos discursos sociais que mobilizam o surgimento do crack no Brasil que por tratar-se de um fenômeno recente, gera muitas dúvidas e incertezas. Assim, como afirma Domanico (2006,pag.35):

[...] o mal não é eleito aleatoriamente, ele tem motivos para assim ser considerado. Quando surgiu o crack e seu uso foi disseminado entre a população de rua nas grandes metrópoles e os efeitos do seu uso ficaram muito visíveis à população geral (magreza causada pela desnutrição, sujeira causada pelo uso das drogas durante vários dias consecutivos, pequenos delitos para compra de drogas e fissura pela ausência dela), a justificativa ficou simples para o criador de regras porque, como o efeito do uso de crack ficava evidentemente associado como ruim, ele conseguiu apoio de várias instituições para a criação de regras, como por exemplo, “eliminação do crack”, “salvação do craqueiro”, “proteção dos filhos (as) das craqueiras” etc. Até hoje ouvimos histórias sobre usuários de crack que fumaram uma vez e já ficaram totalmente dependentes, ou que fumaram uma vez e suas vidas acabaram etc.

No que se refere a Segunda periferia, as palavras **ajuda- desestruturação** apontam para uma alternativa diante do fenômeno crack. A “ajuda” seriam espaços oferecidos para que o usuário possa se reestruturar ou mesmo reabilitar-se como o preconizado pela Política de Saúde Mental brasileira. Como percebemos os termos se entrelaçam numa rede de significados que dão sustentabilidade ao Núcleo Central. Em suma, parece tratar-se de um processo de construção de conhecimento de um determinado segmento da sociedade (Técnicos de CAPS AD), que compartilham e utilizam desse discurso social para ancorar sua prática profissional. Provavelmente, um

estudo comparativo com dados evocados por pessoas que não trabalhem em CAPS AD se assemelhem as evocações analisadas nesse *corpus* específico. Não podemos negar que há um fato real de violência na sociedade, nem que os técnicos por trabalharem com esse público estão isentos em compartilhar de tais sentidos. Porém, parece que quanto a substância crack há mais conteúdos embasados no medo e preconceito do que no científico. Certamente, nos demais dados poderemos perceber como serão as evocações a partir do termo indutor usuário de crack.

Por fim, as palavras **dor e exclusão** expressam a relação de estigma social e as questões que o envolvem, tais como: preconceito, descrença e desvalorização pessoal. Nesse jogo de “cuidar e excluir” pode haver uma tensão entre o que se faz e o que se pensa e o técnico pode absorver o que uma parte da sociedade pode produzir diante desse pânico moral. Diante disso, Domanico nos fala (2006, p.26):

[...] o “**exagero dos fatos**” (*exagérationdesfaits*) pode ser relatado pela forma com que a mídia e alguns técnicos da saúde lidavam com a questão, era muito comum ouvirmos falar que o crack causa dependência quase que imediata, que seu uso leva à marginalidade e que para parar de usar, só morrendo. A “**amplificação por associação**” (*amplification par association*) onde um fato aparece como consequência de outro e assim por diante, pode ser descrito como: hoje usa-se crack, amanhã torna-se dependente, depois de amanhã está cometendo delitos, ou seja, a amplificação por associação pôde provocar uma associação forjada entre crack e criminalidade.

Se partirmos da junção de todas as palavras evocadas com os termos indutores crack e usuário de crack reconhecemos um campo semântico muito próximo, o que vem a fortalecer a ideia de que o fenômeno crack provoca reações muito similares entre profissionais que atuam no processo de reabilitação psicossocial dos CAPS e o que impera no discurso social (leigos). Na tabela abaixo comparamos alguns dos termos:

<b>Grupo Semântico</b>	<b>Palavras</b>
<b>Usuário</b>	Acolhimento, adolescente, arrependimento, atenção, coitado, derrotado, fudido, jovens, marginalidade, perdido, vítima, viciado, traficante
<b>Definição de crack</b>	Busca, complexidade, compulsão, desgraça, desestruturação, dor, droga, falta, fissura, intesetorialidade, intervenção, necessidade, sintomatologia, sociedade, transtorno.
<b>Conseqüências do uso</b>	Miséria, morte, prisão, problemas, delírios, prejuízos, roubo, processo, prostituição, alívio, angústia, agressividade, desamparo.

**Tabela 04- Grupo de palavras evocadas a partir do termo indutor usuário de crack.**

## **8.2 Termo Indutor: Usuário de Crack**

*“[...] Joga pedra na Geni! Joga pedra na Geni! Ela é boa de cuspir! Ela dá pra qualquer um! Maldita Geni!”  
(Chico Buarque de Holanda)*

Daremos continuidade ao esquema metodológico anterior. Faremos a análise do termo indutor usuário de crack que resultou em um quantitativo de 375 palavras citadas e dentre elas 189 palavras diferentes. Segue abaixo tabela ilustrativa:

<b>Frequência e Ordem de Importâncias de Evocações</b>				
	<b>Inferior a 3</b>		<b>Superior a 3</b>	
<b>&gt;=7</b>	<b>17- Sofrimento</b>	<b>2,294</b>	<b>14- Dependente</b>	<b>3,335</b>
	<b>10- Doente</b>	<b>2,700</b>	<b>09- Destruição</b>	<b>2,889</b>
	<b>09- Violência</b>	<b>2,222</b>	<b>08- Perdas</b>	<b>3,000</b>
	<b>08- Angústia</b>	<b>2,500</b>		
<b>&lt;7</b>	<b>05-Tratamento</b>	<b>2,400</b>	<b>07- Tristeza</b>	<b>3,429</b>
	<b>05- Família</b>	<b>2,200</b>	<b>07-Medo</b>	<b>3,286</b>
	<b>05-Abandono</b>	<b>2,200</b>	<b>07-Fragilidade</b>	<b>3,286</b>
	<b>05-Prazer</b>	<b>1,800</b>	<b>06- Morte</b>	<b>4,000</b>
			<b>06- Falta</b>	<b>3,167</b>
		<b>05- Desestrutura</b>	<b>3,000</b>	

**Tabela05: Usuário de Crack de acordo com ordem de importância de evocação e frequência**

Os dados serão analisados inicialmente avaliando os elementos indutores que compõem o Núcleo Central e os que compõem a Primeira Periferia conforme tabela abaixo:

RS de usuário de crack	Palavras	Frequência	Ordem de importância
Núcleo Central	Sofrimento	17	2,294
	Doente	10	2,700
	Violência	09	2,222
	Angústia	08	2,500
Primeira Periferia	Dependente	14	3,357
	Destruição	09	2,889
	Perdas	08	3,000

**Tabela 05: Representações Sociais de Usuários de crack (Núcleo Central e Primeira Periferia) em função da frequência e ordem de importância.**

Os resultados encontrados apontam para uma coerência com os dados do núcleo central, demonstrando um fortalecimento do mesmo. As palavras **sofrimento e doente** compõem a noção de adoecimento vivenciado pelo usuário de crack. Inclusive reforça a noção que anteriormente foi discutida do conceito de saúde. Os técnicos de CAPS AD trazem nesse núcleo o conceito ampliado de saúde, incluído as diversas formas de sofrimento que a dependência química está adstrita. Observa-se que diferentemente do *corpus* referente ao termo indutor crack com relação as palavras **doença e angústia** compõem o Núcleo Central e não na primeira periferia o que nos sugere que quando o termo indutor é em relação ao fenômeno crack (substância) os técnicos compartilham mais de sentidos difundidos no discurso social. Isto provavelmente se deve ao impacto que esse fenômeno gera na sociedade evocando opiniões e atitudes diversas, mobilizando várias manifestações e crenças.

No caso dos técnicos que trabalham em CAPS AD quando evocaram respostas diante do termo indutor crack, responderam com palavras que remetem a uma proximidade com o discurso social do tipo: “*crack é a pior de todas as drogas...*” ao se deparar com o termo indutor usuário de crack os técnicos emitiram respostas mais próximas de suas práticas profissionais. A palavra **angústia** surge no Núcleo Central, sendo um elemento consistente da representação e remete a um problema de saúde que pode ser cuidado no CAPS.

As palavras **sofrimento e violência** sugerem ser elementos de “peso” no discurso social, pois há uma espécie de “desterritorialização” do ser humano que vem passando por crises em diversas esferas sociais com laços sociais enfraquecidos e o sofrimento seja ele físico ou emocional tem se intensificado sobretudo pelo uso de drogas e mais recentemente com a epidemia do crack. A violência também surge ameaçadora e muitas vezes fazendo parte das cenas de uso de drogas e relatos e registros policiais. Percebe-se por tanto que o binômio droga-violência é legitimado no discurso dos técnicos.

Na primeira periferia surge com maior frequência a palavra **dependente** que caracteriza o público tratado no CAPS. As palavras **destruição e perdas** reforçam a ideia de “dureza” que envolvem o fenômeno de uso de crack, pois esse uso traz

complicações que ainda tem caráter inovador no âmbito da saúde brasileira, sendo algo ainda muito específico da saúde mental e pouco difundido na clínica médica geral. Isto é, geralmente só os CAPS, clínicas particulares e algumas ONG'S desenvolvem práticas com esse público e lidam com consequências do tipo **destruição e perdas** vivenciados de forma intensa por usuários de crack. Analisando os elementos contrastantes e a segunda periferia temos a seguinte tabela:

RS de usuário de crack	Palavras	Frequência	Ordem de importância
Elemento Contrastante	Tratamento	05	2,400
	Família	05	2,200
	Abandono	05	2,200
	Prazer	05	1,800
Segunda Periferia	Tristeza	07	3,429
	Medo	07	3,286
	Fragilidade	07	3,286
	Morte	06	4,000
	Falta	06	3,167
	Desestrutura	05	3,000

**Tabela 07: Representações Sociais de Crack (Elementos Contrastantes e Segunda Periferia) em função da frequência e ordem de importância.**

Como elemento contrastante surge a palavra **tratamento** que evoca o lugar do técnico e sua prática no campo da saúde mental. Essas práticas nos CAPS fazem parte do processo de reabilitação psicossocial.

A **família e abandono** surgem no mesmo campo semântico reforçando que a prática profissional do técnico implica em resgatar a família e “retirar” o usuário do abandono sócio-afetivo que se encontra e é pertinente na história de vida da maioria dos dependentes químicos.

O **prazer** surge como parte conceitual do trabalho do técnico. É a busca do prazer um dos elementos que faz as pessoas que usam drogas ingressar no comportamento compulsivo e tornar-se dependente.

Na segunda periferia surgem seis elementos que fortalecem o núcleo central e colaboram permitindo uma função vívida da representação social, colaborando com o Núcleo Central e coerente com a complexidade do fenômeno crack. As palavras **tristeza-medo-fragilidade** se integram numa tríade que define o lugar do usuário de crack. Assim como **morte-falta-deseestrutura** apontam para possíveis causas dos usuários dependentes. Em outras palavras, é como se a **fragilidade** dos sujeitos evocadas nesse estudo como **falta e deseestrutura** levassem-no a usar o crack o tendo como consequência a **tristeza, o medo e a morte**. Percebe-se nesses dados que há uma espécie de individualização do uso do crack, isto é, o uso do crack é visto como algo puramente individual. É o sujeito que não tem estrutura, que tem alguma falta, ou alguma fragilidade que o leva ao uso. Isso tem consequências na família e nele próprio. Isso surge reforçado (mesmo com menor frequência de evocação), por exemplo, nas evocações na qual o usuário é **coitado, derrotado, fudido, marginalizado, perdido**, mas aparece também como vítima.

**Corpus Semântico:**

Grupo Semântico	Palavras
Usuário de crack	Arrependimento, carente, cidadão, coitado, diferenciado, fudido, infeliz, malicioso, mendigo, morador de rua, necessitado, primata, sofredor, traficante, viciado.
Consequência do uso	Abandono, agressividade, baixa-auto-estima, decadência, depressão, criminalidade, desespero, descaso, deseestrutura familiar, depressão, embotamento, humilhação, fragmentação, exclusão, magro, prisão, pena,
Tratamento	Abstinência, agravo, angústia, ajuda, cuidado, cura, inserção, desnutrição, educação, direitos, esperança, escuta, força, inclusão, intervenção, luta, olhar, oportunidade, singularidade, tolerância.

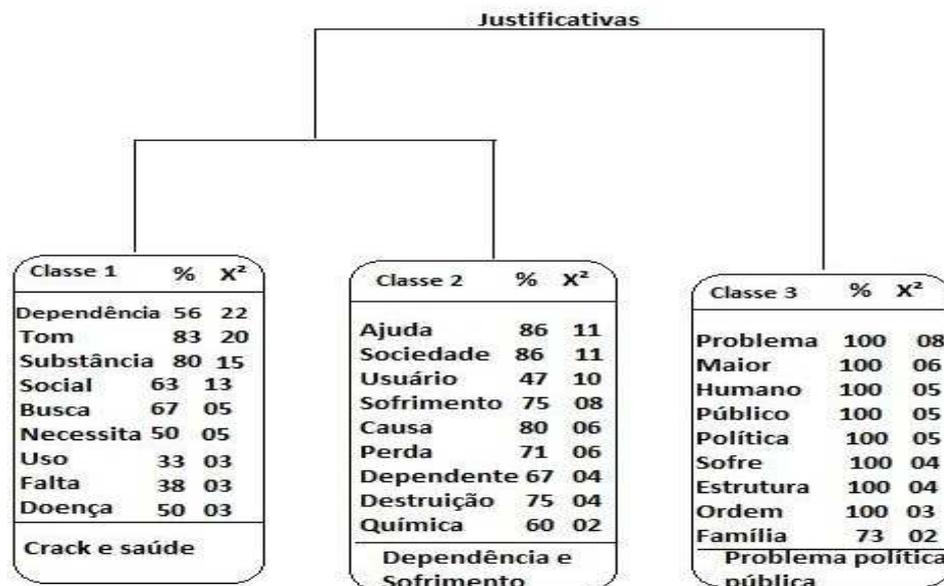
**Tabela 08- Grupo de palavras evocadas a partir do termo indutor usuário de crack.**

Um elemento significativo que nos chama atenção na Tabela 08 refere-se a uma condição de extrema vulnerabilidade social. Os elementos que surgem traçam um ser humano em condições degradantes, estigmatizado, se assemelhando a muitos elementos da Tabela 07. Chama-nos atenção nesse aspecto o elemento **primata**, explicitando uma concepção do usuário de crack, como animal, portanto, um lugar de menor valor, que não tem capacidade de pensar criticamente e age de forma muito primitiva.

O CAPS surge no grupo de palavras categorizadas na Tabela 08 trazendo conteúdos muito particulares relativos às diretrizes do Ministério da Saúde no âmbito da saúde mental. Podem se destacar os termos **inserção, escuta, abstinência, singularidade e tolerância**. Essas palavras contemplam a proposta do CAPS de reinserção e reabilitação psicossocial.

## **9. ANÁLISES DAS JUSTIFICATIVAS DOS QUESTIONÁRIOS DE EVOCAÇÃO**

O corpus analisado foi composto por 68 justificativas dos questionários de evocação, formando desse modo 77 UCI (Unidade de Contexto Inicial, que equivale ao número de respostas válidas nos questionários) e geraram 90 UCE (Unidade de Contexto Elementar). A partir da Classificação Hierárquica Ascendente realizada pelo ALCESTE três classes representadas na **figura 3**. São apresentadas as formas reduzidas das palavras representativas de cada classe, a nomeação das classes foram atribuídas pelo pesquisador.



**Figura 3: Classificação Hierárquica Ascendente das justificativas usadas nos questionários de evocação com o termo indutor usuário de crack.**

### **Crack e saúde (Classe 1):**

Essa classe foi evocada a partir das justificativas atribuídas a ordem de preferência das respostas dos questionários de evocação, e trazem na sua essência uma justificativa por parte do técnico do porque das pessoas se tornarem dependentes de crack. Chama-nos atenção a noção do senso comum de que a droga causa dependência mais rápida que as outras e o reconhecimento de que alguns técnicos carecem de conhecimento específico além de referirem medo. A mídia aparece como fonte de informações distorcidas sobre o usuário colocando-o numa situação de degradação social, conforme trechos a seguir:

A **falta** de conhecimento com relação à **substância** faz com que eu me sinta fragilizada, com medo e assustada. A nossa mídia refere o **crack** e **usuário** como uma pessoa no fim da vida, no fim de carreira.

O **usuário** de **crack**. Diante do contexto social e econômico se **torna** vítima da dependência o que o aprisiona.

O **usuário** de **crack** se **torna** dependente da substância e pode buscar por meio da violência recursos financeiros para adquirir a substância. Com o uso

se **torna** também irritado entre os demais sintomas desenvolvido pelo uso abusivo, mas há tratamento e cura.

O **usuário** de **crack** é um sujeito com direito que necessita de cuidados que por muitas faltas da vida, de afeto e social se **torna** dependente e são marginalizados só pelo uso de substâncias psicoativas.

Percebe-se também que há uma relação muito próxima do conhecimento do senso comum, mas também a idéia da saúde prevalecendo no conceito de dependência e das relações com possibilidade de tratamento, conforme trechos abaixo:

É notório o poder de dependência do crack sendo a fissura pela droga muito marcante com a dificuldade de abstinência e a entrega a droga com o afastamento de outras atividades da vida levando a prejuízos e necessitando de um tratamento mais prolongado para sua recuperação.

A pessoa que faz uso de crack precisa de tratamento pois é uma doença.

### **Dependência e Sofrimento (classe 2):**

Surgem elementos que se agregam a esse conceito do senso comum. Sugere que os técnicos expressam certa ambivalência sobre o usuário, ora definindo-o como uma pessoa frágil, ora como uma pessoa que usa a droga por prazer . Como exemplo tem-se:

O **usuário** dessa droga inicia um processo de descontrole de desorganização que o faz **perder** o sentido da vida.

Acredito que o **usuário** de crack não traz só o vício como e sim outras doenças por **causa** da incapacidade do mesmo de se cuidar por causa do preconceito da **sociedade**.

Acredito que o **usuário** de crack entra nessa vida para fugir da realidade em que vive para sentir prazer, quando ele não permitir que o **ajude** ele vai se destruindo.

Em primeiro lugar o **dependente** porque está vulnerável as drogas, em segundo lugar vem o viciado porque ele **perdeu** o controle sobre a droga, doente , pois vai precisar de **ajuda**.

### **Problema de Política Pública (Classe 3):**

Nessa classe surge um discurso crítico sobre o trabalho na saúde mental e o reconhecimento do fenômeno do crack como epidêmico. Reconhecida como objeto de interesse das Políticas Públicas que tem como objetivo intervir diante do fenômeno da drogadição e propor estratégias de enfrentamento, propondo minimizar problemas sociais e de saúde pública. Os técnicos são profissionais que utilizam das diretrizes das Políticas Públicas de Saúde Mental que direcionam as práticas profissionais, conforme trechos abaixo:

o problema das drogas virou uma **epidemia**, uma **questão de saúde pública**....

[... ]**falta de políticas públicas** que falem dessa **questão** e que tratem o **problema** de forma medíocre ...

[...] as políticas **públicas** na qualidade de vida dos **usuários**...

deve-se cuidar do **usuário** de crack como ser total, sendo assim se envolve as **políticas públicas**...

Nessa classe temos uma relação com o fazer técnico respaldado a partir de uma Política que vai nortear a prática e o cuidado e a família são as formas de fortalecimento dos usuários assistidos pelo CAPS. Eles se fragilizam, ingressam no universo do crack, afetam a família e são acolhidos e tratados a partir dos princípios e diretrizes da saúde mental brasileira, conforme trechos abaixo:

[...] acredito que se uma **família é estruturada**, independentemente do nível social, problemas com o crack tendem a não existir , e se acontece, acontece o apoio melhor.

[...] para todo trabalho de luta e enfrentamento se encontra a **família** que está em desintegração e muitas vezes negando a situação.

a base de nossas estruturas que é a **família** posa ser o grupo que sofre na primeira instância ...

Chama-nos atenção os técnicos fazerem referência ao conceito de família estruturada. A visão de família hoje ultrapassa essa concepção de estrutura. Pois o que seria uma família estruturada? Podemos entender hoje uma diversidade de arranjos de família, cada qual com sua peculiaridade e necessitando ser avaliada na sua complexidade e particularidade que a circunscreve. Se a família é importante para o tratamento oferecido nos CAPS e se os técnicos usam um conceito ainda ultrapassado e carregado de estigma pensando na família como sendo estruturada, poderíamos inferir que a visão conceitual do técnico está arcaica e necessitando ser re-visitada? Culpabilizar a família como sendo um dos fatores que geram a dependência dos usuários pode sugerir uma dificuldade de reconhecer o problema do crack como multifacetário e fortalecer uma noção do senso comum de que é culpa da família o fato das pessoas poderem se tornar dependentes de crack.

## 10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.

É no universo da epidemiologia do crack e conseqüentemente no mundo das drogas que esta pesquisa repousa. Sobretudo, no campo da saúde mental brasileira que teve historicamente falando um predomínio do saber psiquiátrico entendendo o usuário de álcool e outras drogas ligado a conduta anti-social, preconizando a abstinência. A partir de mudanças sanitárias representadas pela Reforma Psiquiátrica o modelo assistencial passou por alterações que em relação ao uso das drogas colocavam em discussão a redução de consumo, resgatando o direito dos usuários no campo da saúde, sem qualquer tipo de julgamento moralista ou legalista. Esses avanços contribuíram para estratégias que visam quebrar a estigmatização social.

Esta pesquisa surge a partir de inquietações vividas pelo pesquisador nesse campo de saber e prática profissional representado no trabalho desenvolvido pelos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas – CAPS AD. Esses serviços segundo a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (2004), no final de 2002 já realizavam atendimentos a aproximadamente 120.000 pessoas dependentes que necessitavam de cuidado regular e contínuo. Disputando com 48.344 leitos em hospitais psiquiátricos e 520 CAPS, sendo destes, 63 de Álcool e outras Drogas. Atualmente conta-se com mais de 1300 CAPS e poucos leitos para desintoxicação o que fragiliza a rede e muitas vezes “engessa” a prática clínica, pois não propicia aos equipamentos de saúde uma articulação que amplie a assistência dos usuários.

Diante de tal complexidade, a teoria das Representações Sociais vem colaborar com a leitura desse fenômeno. A idéia Moscoviciana aponta para uma espécie de saber que é oriundo do senso comum e conduz os indivíduos de uma dada cultura a ordenar suas práticas. Nesse contexto, Moscovici (2007), afirma que as representações sociais podem ser analisadas do ponto de vista dos processos de formação e de sua função na comunicação. É importante mencionar que o termo representações sociais diz respeito não apenas à teoria, mas ao fenômeno que tenta explicar: as teorias do senso comum que podem ser descritas e explicadas e estão ligadas a um modo de compreensão e comunicação de uma coletividade, destacando seu caráter dinâmico.

Desse modo a representação social não é reprodução de uma realidade ela é uma reconstrução do objeto e ocorre através das informações prévias que se tem dele e sobre ele. Enquanto conteúdo e processo, as representações sociais dizem respeito aos processos perceptivos e imaginários, às questões sociais e aos conteúdos culturais presentes nas relações de uma sociedade e à mediação que exerce entre indivíduo e sociedade. O que para Moscovici, “a representação social seria um fenômeno social que se fundamenta na vida mental” (SANTOS, 2005, p. 26). Sendo assim, esta pesquisa interroga qual seria a estrutura e os conteúdos das representações sociais de usuários de crack para técnicos de referência de CAPS AD.

Quanto a estrutura percebemos um discurso técnico fortalecido pela visão de saúde sob um olhar psiquiátrico, possivelmente edificados em critérios anamnésicos de medicina clínica e psiquiátrica. Através dos processos de ancoragem e objetivação os técnicos tornam concretos pensamentos que os conduzem a uma visão que ainda necessita ser ampliada porque na sua maioria percebem o usuário como uma pessoa que se torna um dependente, que procura a droga para tamponar angústias e se isola. Ainda em menor quantidade, mas também presente em alguns discursos os técnicos apontam para um olhar temeroso, colocando esse usuário no campo moral ou da justiça ancorando em noções do senso comum que classificam os usuários de crack num lugar estigmatizado, marginalizado.

Não se podem negar cenas de violência nas quais o uso de drogas pode estar relacionado, sobretudo o crack pelo que está representado na sociedade atual. Uma expressão disso é o Pacto Pela Vida do Governo do Estado de Pernambuco e o Plano de Enfrentamento de Crack e outras Drogas. Há uma preocupação da Secretaria de Desenvolvimento Social - PE (SDS), pelo aumento de CVLI (Crimes Violentos Letais e Intencionais). Esse projeto lançado pelo governo atual do estado de Pernambuco é uma política pública de segurança, transversal e integrada, construída de forma pactuada com a sociedade, em articulação permanente com o Poder Judiciário, o Ministério Público, a Assembléia Legislativa, os municípios e a União (<http://www.pactopelavida.pe.gov.br/pacto-pela-vida/>), visando minimizar mortes e diminuir a violência no estado.

Analisando-se os resultados, pode-se avaliar que as representações sociais de usuários de crack para técnicos referência de CAPS AD se referem a práticas de saúde

ao mencionarem prevenção, promoção e reabilitação social do dependente em alguns momentos cristalizam suas práticas em avaliações sobre o estado geral da saúde dos mesmos e as comorbidades clínicas e psiquiátricas. Deixando muitas vezes o fortalecimento dos vínculos familiares e o resgate a cidadania num segundo plano. Em outras palavras, avaliar atenção, participação, interação nos grupos ou alterações no curso do pensamento, sintomatologias produtivas, DST'S, HIV, sífilis e hepatites. Chama-nos atenção essas duas grandes vertentes fortalecidas no saber dos técnicos: psiquiatria e clínica médica.

Contrariamente a esse pensamento clássico de saúde, os CAPS trazem em seu embasamento técnico político uma visão de reabilitação psicossocial que vai além das comorbidades e estado global de saúde. Busca, sobretudo, olhar esse indivíduo como um ser singular, cujas potencialidades são construídas a partir de seu desejo, tendo como meta seu bem-estar mesmo que seja reduzindo ou utilizando a droga de forma que minimize os prejuízos e agravos a sua saúde, tal qual é preconizado pela Política de Redução de Danos que norteia o trabalho dos técnicos nos CAPS.

Isso nos faz pensar: o que há de novo nas práticas do CAPS? Ou as práticas dos técnicos ainda não se consolidaram porque se trata de um fenômeno relativamente recente? Se respondermos a uma dessas perguntas positivamente, poderíamos inferir que por ser um processo recente, não se tem bases sólidas como a medicina pode oferecer? O que fazer para lidar com o que ainda há de antigo em “nós”? Essa pesquisa não buscou respostas. Na análise dos dados surgiram novas inquietações que indicam a necessidade de aprofundamento com outras pesquisas.

Outra questão que mobilizou reflexões a essas inquietações dar-se ao fato curioso da incidência do uso de crack no Brasil e a epidemia da AIDS ambos na década de 80. A AIDS tem sua história no Porto de Santo lugar que na época foi o “berço” da disseminação do vírus no Brasil e também foi o lugar onde se registraram as primeiras aparições da pedra de crack (DOMANICO, 2009). Talvez esse passado da droga associado à disseminação do vírus possa interferir na construção de um discurso social que faz alguns técnicos compartilharem de sentidos atribuídos ao crack como: **marginalização, sujeira, primitivismo e fudido**. Do mesmo modo, tais atribuições eram compartilhadas num dado histórico da sociedade brasileira a portadores do vírus do HIV.

**Dor, tristeza, traficante, marginal, fuga**, não são apenas palavras. Elas refletem pensamentos que são compartilhados por quem hoje expressa o que há de mais específico no cuidado a dependentes químicos. Por um lado tem-se o técnico como um ser que compartilha disso tudo socialmente. Do outro o profissional que diante de seus imperativos científicos age num saber que deve conduzir o outro (dependente) ao resgate de sua dignidade e exercício democrático de sua cidadania.

Para modificar esse “engessamento” muitas vezes utilizados pelos técnicos é necessário investir em formações e pós-graduações na área. Assim como pesquisas sobre o tema, propondo modificações na legislação, fortalecendo campanhas educativas para a sociedade, sensibilizando e ampliando fóruns de discussão em diversas esferas sociais. Repensar em formas de cuidar dos dependentes, atuando de forma precoce, sobretudo na promoção da saúde e contribuir para o processo de desestigmatização do crack, associando ao usuário o lugar de marginal ou traficante. Há uma gama de usuários que terminam por vários fatores se enquadrando nesses papéis sociais. Mas isso não pode ser uma regra que paralise o trabalho dos profissionais de saúde, pois acima de tudo deve haver bom-senso em relação a isso, entendendo cada usuário do CAPS como um ser único, portador de um quadro clínico que apresenta similaridades com outros, mas sempre haverá um inquérito social único, idiossincrático, que tem vicissitudes e merece ser respeitado diante disso.

Percebemos que os profissionais de saúde usam o conhecimento da psiquiatria para embasar suas práticas, isto é, a noção de loucura, estando muitas vezes entendendo todo processo de trabalho contraditório ao modelo da Reforma Psiquiátrica e caracterizando esse usuário num “modelo” mais patológico.

Identificamos também, momentos em que os técnicos vivenciam uma tensão entre o respeito a cada projeto terapêutico do usuário em consonância com os princípios da Redução de Danos e o discurso médico clássico da abstinência. Muitas vezes, o desejo do usuário em permanecer usando a droga de forma que minimize os prejuízos a sua saúde, podem sofrer interferências quando o técnico estimula a abstinência, podendo entrar em contradição em relação ao desejo do usuário.

Concluimos que as práticas profissionais nos equipamentos de saúde CAPS são muito recente e isso faz com que muitas vezes noções do senso comum atravessem o

conhecimento científico, ou seja, as tensões vividas entre as drogas serem do âmbito da saúde e da justiça gerem um engessamento na prática dos profissionais.

As mudanças nas grades curriculares da maioria dos cursos de saúde atualmente vêm propondo a discussão sobre uma nova forma de cuidado no âmbito da saúde mental. Vivenciamos um momento de ênfase na reforma sanitária brasileira, incluindo novas atribuições aos profissionais de saúde e possibilitando novos modelos de trabalho, principalmente os que são em equipe.

Neste sentido, é necessário o investimento na formação profissional e nas práticas de equipes no cuidado a dependentes químicos, para que cada vez mais a prática possa estar integrada com os princípios da Constituição Federal e do SUS proporcionando acima de tudo o resgate a cidadania e a dignidade humana.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A.M.O. **A pesquisa em representações sociais: proposições teórico-metodológicas.** In: SANTOS, M.F.S.; ALMEIDA, L. M. **Diálogos com a Teoria das Representações Sociais.** Recife: Editora Universitária, 2005.

AMARANTE, P.e CRUZ, B.L . **Saúde Mental, Formação e Crítica.** 1º edição., Rio de Janeiro: LAPS,2008.

ANTUNES,G. **Crack, Mídia e Periferia: uma representação social das “classes perigosas”.** Artigo versão digital. Disponível em: <http://www.urbalpernambuco.org/post-bibliotecas.php?object=36>. Acesso: 20/01/2012. Ano de publicação: 2011.

BAUER E GASKELL. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som.** 4.a edição. Editora Vozes, Rio de Janeiro, 2008

BIRMAN,J. **Mal- estar na atualidade. A psicanálise e as novas formas de subjetivação.** Civilização brasileira, Rio de Janeiro, 2000.

Cartilha sobre saúde Portal do MEC. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/livro092.pdf>. Acesso em 20/12/11 as 13:00h.

CAMPINAS, L.L.S.L e BARROS,V.L.O **Termos de consentimento livre e esclarecido e suas diferentes formas de expressar o consentimento autorizado pelo sujeito de pesquisa.** O Mundo da saúde–São Paulo, ano 30, v.30, n.3 jul/set.2006. Disponível:[http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo\\_saude/38/termo\\_consentimento\\_livre .pdf](http://www.scamilo.edu.br/pdf/mundo_saude/38/termo_consentimento_livre.pdf).Acesso em 20 de outubro as 10:00h.

CARNEIRO, H. **Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo.** IN: VENÂNCIO,R.P, CARNEIRO,H. ET GONÇALVES(Orgs.) **Álcool e outras drogas na história do Brasil.** São Paulo: Alameda,2005.

ANDRADE, C.D. **Nosso Tempo.** Disponível em <http://letras.terra.com.br/carlos-drummond-de-andrade/881736/>.

**CID-10.Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde Décima Revisão .Versão 2008[ versão on line].**

DIRETRIZES DO CRACK. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Disponível em: [http://www.crfmap.cfm.org.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2101:fm-apresenta-diretrizes-para-tratamento-de-usuariosdocrack&catid=3](http://www.crfmap.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2101:fm-apresenta-diretrizes-para-tratamento-de-usuariosdocrack&catid=3). Acesso; 10/02/2012 as 09:00h.

DOMANICO, A. **“Craqueiros e cracados: bem vindo ao mundo dos nórias!”** Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil”. (Tese de doutorado), UFBA, Salvador, 2006

DUAILIBI L. B.; RIBEIRO M.; LARANJEIRA R. **Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD)** – Depto de Psiquiatria – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), 2005.

E.V.B Retirado do site: <http://zero.hora.clicrbs.com.br/especial/rs/crackn/8,0,6113,97028,4,Sua-familia-convive-com-um-usuario-de-crack-Conte-sua-historia.html>, retirado fidedigamente do fórum de discussão. O autor se identificou pelas iniciais E.V.B- Porto alegre- Brasil. Acesso em 18 de junho de 2010 as 11:00h.

GUERRA, A.M.C. **Reabilitação psicossocial no campo da reforma psiquiátrica: uma reflexão sobre o controverso conceito e seus possíveis paradigmas.** IN. Revista latina de psicopatologia fundamental. VII. 2 83-96.2004.

GILDA, P. ET ALL. **Crack- a pedra ao tratamento. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 54 (3): 337-343 jul.-set. 2010.**

GOTIÈS, B, ET ALL. **Uso da Maconha e Suas Representações Sociais: Estudo Comparativo Entre Universitários.** Psicologia em Estudo, Maringá, v.9, n.3, p.467-477, set/dez.2004.

GOFFMAN, E. **ESTIGMA.** LCT EDITORA, Rio de Janeiro – RJ, 1975.

KESSLER F. PECHANSK, F. **Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. Print version ISSN 0101-8108 Rev.Psiquiatria. Rio Grande do Sul vol.30 no.2 Porto Alegre May/Aug. 2008.**

LAURELL, A.C. **A saúde-doença como processo social.** La salud-enfermedad como proceso social". Revista Latinoamericana de Salud, México, 2, 1982, pp. 7-25. Trad. E. D. Nunes. Disponível em: [http://cac.php.unioeste.br/pos/media/File/biociencias/A\\_saude\\_doenca\\_como\\_processo\\_social.pdf](http://cac.php.unioeste.br/pos/media/File/biociencias/A_saude_doenca_como_processo_social.pdf). Acesso em 15/01/2012 as 15:20h.

LARANJEIRAS, R. & COLABORADORES. **DEPENDÊNCIA QUÍMICA.** Prevenção, tratamento, políticas públicas. Artmed. Porto Alegre, 2011.

MAFRA, V.C.A. **Entre saberes e poderes: a representação de psicólogos sobre psicologia no judiciário.** Dissertação (Mestrado), Recife, Universidade Federal de Pernambuco, 2011.

MESQUITA J., NOVELINO M., CAVALCANTI M. **A reforma psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental.** Trabalho apresentado XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú – MG, de 20 a 24 de novembro de 2010. Disponível em: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs\\_pdf/eixo\\_4/abep2010\\_2526.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf), acesso: 15/03/2012 as 15:00h.

MINAYO, Maria Cecília S. & SANCHES, O. **Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 9 (3): 239-262, jul/set, 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n3/02.pdf>.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em Psicologia Social.** 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MOTTA, L. **DEPENDÊNCIA QUÍMICA E REPRESENTAÇÕES SOCIAIS. Pecado, Crime ou Doença?** Ed. Juruá, Curitiba- Paraná, 2009.

MINISTERIO DA SAÚDE (2004 a). **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.**

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004 b). Versão On Line, disponível em: [http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/SM\\_Sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf)

OLIVEIRA E NAPPO. **Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégia de mercado e forma de uso.** Rev. Psiquiatria Clínica. São Paulo, 2008.

OLIVEIRA, G.P. **CRACK E RECAÍDA: OS PRINCIPAIS MOTIVOS QUE LEVAM OS USUÁRIOS DE CRACK A RECAÍREM APÓS TRATAMENTO PARA DEPENDÊNCIA QUÍMICA.** [ monografia de especialização] Porto Alegre: Universidade do Rio Grande do Sul, 2011.

Plano integrado de Álcool e Outras Drogas. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm), acesso dia 20 de outubro de 2010 as 15:00h.

RIBEIRO, A.S.M. ALCESTE : **Análise Quantitativa de Dados Textuais**. Elaborado pelo laboratório de Psicologia Escolar (PED/IP/UNB), orientado pela Profª Dra. Angela M.O.Almeida,2002.

SANTOS, Maria de Fátima de Souza. **A Teoria das Representações Sociais**. In:SANTOS, Maria de Fátima de Souza; ALMEIDA, Leda Maria (Orgs.). **Diálogos com a Teoria das Representações Sociais**. Ed. Universitária da UFPE, 2005.

SANTOS, Maria de Fátima de Souza; ALMEIDA, Ângela Maria de Oliveira. **Representações sociais de violência: produção brasileira**. Trabalho apresentado na IV Conferência Brasileira sobre Representações Sociais (CBRS), 2009.

SIDRIN, M.I.C. **AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL**. Um Estudo sobre CAPS. Ed. Juruá, Curitiba-Paraná,2010.

VALLADARES, A. C. A.; LAPPANN-BOTTI, N. C.; MELLO, R.; KANTORSKI, L. P.; SCATENA, M. C. M. **Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais**. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 5 n. 1, 2003. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista>.

## APÊNDICE

## Apêndice I- Questionário de Evocação – EVOC



**Mestrando:** Flávio Romero Pedrosa de Almeida Júnior  
(flavio\_romero@bol.com.br)

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Souza Santos

Você está participando de uma pesquisa e suas repostas serão muito importantes para a realização da mesma, portanto responda de modo mais fiel ao que pensa. Escreva palavras que vem em sua mente quando você pensa em crack.

Palavras:

---

---

Agora o que vem em sua mente quando pensa na palavra usuário de crack.

---

---

Ordene as palavras que você mencionou em ordem de significância (da que você acredita que tem mais importância para a menos significativa)

1.	2.	3.
4.	5.	6.

---

---

Justifique o porquê da ordem:

---

---

Agradecemos a colaboração!

## Apêndice II- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa de mestrado vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPE, cujo título é “Que Pedra é Essa na Clínica do CAPS AD? Um estudo sobre as representações sociais de usuários de crack para técnicos de CAPS AD”.

A participação é voluntária, não envolvendo nenhum tipo de remuneração. Você pode recusar o convite, assim como pode retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa. Sua participação não acarretará prejuízos na realização de treinos, competições ou outras atividades cotidianas, sendo previamente combinados com você os dias e horários mais favoráveis para os encontros, os quais serão realizados na sua instituição de treinamento.

Os usos das informações oferecidas por você estão submetidas às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, do Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE. Na publicação dos achados da pesquisa em veículos acadêmicos/científicos, não haverá identificação dos participantes.

Em todos os momentos da pesquisa, o anonimato e a confidencialidade dos dados e dos sujeitos estarão garantidos. A sua colaboração se fará por meio de questionários de associação livre e entrevistas semi-estruturadas, instrumentos estes que serão utilizados para a coleta dos dados a partir dessa autorização. O material decorrente desses registros será arquivado no Laboratório de Interação Social Humana (LABINT) do Departamento de Psicologia da UFPE, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária, Recife – PE, sob a responsabilidade da Profa. Dra. Maria de Fátima Souza Santos, orientadora dessa pesquisa.

Em relação aos possíveis **benefícios**, os resultados desta pesquisa poderão contribuir para estudos sobre processo de reabilitação psicossocial realizados nos serviços de CAPS AD, além de fortalecer grupos de estudos sobre práticas profissionais e Representações sociais. Para esclarecimento em qualquer fase da pesquisa, você poderá entrar em contato com o pesquisador Flávio Romero: Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária, Recife – Programa de Pós-Graduação em Psicologia/UFPE (Tel.: 2126.8730); pelo telefone (81) 92554486 ou pelo e-mail: flavio\_romero@bol.com.br. Há a possibilidade ainda de contatar o Comitê de Ética em Pesquisa: Avenida da Engenharia, s/n, 1º andar, Cidade Universitária, Recife – PE, Tel.: 2126.8588, e-mail: [cepccs@ufpe.br](mailto:cepccs@ufpe.br).

A participação na pesquisa estará formalizada por meio da assinatura deste termo em duas vias, nas quais constarão a sua assinatura (participante da pesquisa) e a de um responsável legal, bem como as assinaturas de duas testemunhas e a da pesquisadora. As assinaturas deste termo servirão unicamente como aceitação para participar desta pesquisa.

Recife, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_.

Nome do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora –Flávio Romero

Assinatura da testemunha 1: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha 2: \_\_\_\_\_

## **ANEXOS**

**Anexo 1- Carta de Anuência CAPS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Recife, maio de 2011.

À Gerência do CAPS

Prezado(a),

Solicitamos à V. S<sup>a</sup> através desta Carta de Anuência autorização para realizar uma pesquisa no serviço de saúde do município de \_\_\_\_\_, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia – Curso de Mestrado, cujo título é: Que pedra é essa na clínica do CAPS AD? Um estudo sobre as representações sociais de usuários de crack para técnicos de CAPS AD. A finalidade da pesquisa é investigar os sentidos compartilhados pelos técnicos de CAPS Ad sobre usuários de crack. Como instrumento de coleta de dados será utilizada a técnica da entrevista em profundidade e questionário de evocação (EVOC). Mediante os esclarecimentos a respeito dos objetivos da pesquisa será solicitado que cada participante leia e assine o ‘Termo de Consentimento Livre e Esclarecido’. Nesse momento, os entrevistados serão informados que será mantido sigilo sobre suas identidades. Cada entrevista será concedida individualmente e gravada. Em seguida, as entrevistas serão transcritas tentando ao máximo ser fiel ao que foi dito por eles.

Atenciosamente,

---

Mestrando- Flávio Romero Pedrosa de Almeida Júnior

Psicólogo - CRP 02/12051

Autorização:

---

Gerente do CAPS AD

**Anexo 2- Carta de Anuência****SECRETARIA DE SAÚDE**

22 de abril de 2010

À Coordenação de Pós- Graduação de Psicologia UFPE,

Prezados senhores,

Informamos que o aluno Flávio Romero Pedrosa de Almeida Júnior, mestrando em psicologia nesta Universidade, orientado pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup> Maria de Fátima Santos, solicitou autorização para realizar pesquisa documental no CAPS AD \_\_\_\_\_, situado na \_\_\_\_\_ e recebeu autorização para tal procedimento.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_

Coordenadora de Saúde Mental

\_\_\_\_\_

Diretora de Atenção Especializada