

Vivian Lemos Mota

**Representação Social da Redução de Danos para
profissionais que atuam pelo Programa Mais Vida da
cidade do Recife**

Vivian Lemos Mota

**Representação Social da Redução de Danos para
profissionais que atuam pelo Programa Mais Vida da
cidade do Recife**

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

Orientadora: Prof. Dra. Maria de Fátima de Souza Santos

RECIFE

2012

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

M917r Mota, Vivian Lemos.
Representação social da redução de danos para profissionais que atuam pelo Programa Mais Vida da cidade do Recife / Vivian Lemos Mota.
– Recife: O autor, 2012.
106 f. : il. ; 30 cm.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a 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. Drogas – Abuso - Prevenção. 3. Saúde Pública. 4. Toxicomania. 5. Representações sociais. I. Santos, Maria de Fátima de Souza (Orientadora). II. Título.

150 CDD (22.ed.) UFPE (CFCH2012-112)

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

**Representação Social da Redução de Danos para
profissionais que atuam pelo Programa Mais Vida da
cidade do Recife**

Comissão Examinadora:

Prof^a. Dra. Maria de Fátima de Souza Santos
1º Examinador /Presidente

Prof. Dr. Daniel Henrique Pereira Espíndula
2º Examinador

Prof^a. Dr^a. Fátima Maria Leite Cruz
3º Examinador

Recife, 29 de Junho de 2012

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que colaboraram para que este trabalho se tornasse possível.

Inicialmente quero agradecer a Deus por ter me permitido vivenciar a experiência do mestrado.

Agradecer a minha família, em especial meus pais, irmãos e sobrinhos por compreenderem de forma tão carinhosa e especial os meus momentos de ausência.

A minha orientadora, Fátima Santos, pela dedicação e carinho que tem me oferecido desde o segundo período da graduação em Psicologia na UFPE, enquanto aluna do PIBIC, monitoria, disciplina de psicologia social e atualmente no mestrado.

Aos professores e funcionários que compõem a Pós-graduação em psicologia, com destaque ao secretário João que sempre demonstrou atenção e disponibilidade.

Ao grupo de estudos do Labint, pelas discussões frutíferas, especialmente a Felipe que me ajudou no processo e elaboração dos instrumentais desta pesquisa e coleta.

Aos amigos que ganhei com o mestrado, em especial Belinha, Jana, Júlia, Pedro Paulo (PPV), Ruth e Túlio.

Aos amigos que fiz em Bom Jardim – PE, no Agreste Setentrional, durante a minha breve estadia enquanto supervisora de um Centro de Referência para Usuários de Drogas (CRAUD).

Agradecer de modo especial a Clodoaldo Silva, secretário executivo de coordenação da gestão da secretaria de Desenvolvimento Social e Direitos Humanos do Governo do Estado de Pernambuco, pessoa que aprendi a ter grande admiração, respeito e amizade.

Agradecer a todos que compõe a Prefeitura Municipal de Araçoiaba, em especial a Paulo Martins, Doutor Cristiano, Gustavo, Janaína Alves, Juliana, Daniel, seu Baú, Moisés Alexandre, Dênis, Eudes, Roberta, Solange, Cláudia, Cicinha, Aldicéia, Valdir, ao prefeito Jogli Uchôa e a primeira dama Ylca Sales, por me apoiarem em momentos que pensei que não daria conta. Obrigada pelo o carinho e amizade!

Agradecer de modo especial a todos os funcionários que compõe a Secretaria de Trabalho Social e Cidadania de Araçoiaba, Betânia, Arthur, Josi, Adriely, Juliana, Leonilda, Márcio, Martinha, Leonidas – Bolsa Família; Fabiana, Cintia, Thuanne, Josi, João, Dona Jura, Gesi, Livia – CRAS; Kátia e Adriana – Casa do Cidadão; Luciana e Martinha, – PETI, Djanira – Financeiro. Obrigada por me ensinarem tanto e sempre apoiarem a minha forma de conduzir a gestão desta secretaria.

Aos meus amigos de vida: Tatiana Bertulino, Verinha, Flávio Romero, Sulamy, Rodrigo Torres, Tarcísio, Solange, Márcio, Alexsandro por sempre estarem presentes na minha vida.

Aos profissionais que compõe o Programa Mais Vida, pela disponibilidade e atenção dispensada.

Muito obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABORDA – Associação Brasileira de Redutores de Danos

ALCESTE - Analyse de Lexèmes Concurrent dans les Enoncés Simples d'un Texte

ATITUDE - Atenção Integral aos Usuários de Drogas e seus Familiares

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSAD – Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas

CAD - Centro de Atenção Diária

CECRH - Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana

CMC - Casas do Meio do Caminho

CONFEN - Coordenação Nacional de Saúde Mental

CPTRA - Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo

CREAS - Centro de Referência Especializado da Assistência Social

CREAS POP - Centro de Referência Especializado da Assistência Social para a População em situação de Rua

DGGT – Diretoria de Gestão do Trabalho

DS – Distrito Sanitário

HIV – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

HD - Hospital Dia

IEPAS - Estudos e Pesquisas em AIDS de Santos

MS – Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Atenção a Saúde da Família

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial

ONU - Organização das nações unidas

PEP – Projeto Ético-Político

PSF - Programa de Saúde da Família

PRD - Programa de Redução de Danos

PTS – Projeto terapêutico singular

RD – Redução de Danos

REDUC – Rede Brasileira de Redução de Danos

RELARD – Rede Latina Americana de Redução de Danos

SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SNC - Sistema Nervoso Central

TR – Técnico de Referência

TRS - Teoria das Representações Sociais

UNDCP - Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 – Dendrograma: O tratamento de Sucesso e As Droga _____61
- Figura 2 - Dendrograma: Gênero e as Drogas _____ 71
- Figura 3 - Dendrograma: As Políticas voltadas para o uso/abuso de álcool e outras drogas e as formas de cuidado _____77
- Tabela 1 - Distribuição dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPSAD) por distritos sanitários do Recife _____35
- Tabela 2 - Distribuição dos Albergues Terapêuticos por distritos sanitários do Recife _____36
- Tabela 3 - Unidades de Desintoxicação que atende aos usuários dos distritos sanitários do Recife _____38
- Tabela 4 - Quantitativo de profissionais entrevistados nos serviços de CAPSAD e Albergue Terapêutico _____55
- Tabela 5 - Quantitativo de profissionais entrevistados, de acordo com sua formação, nos serviços de CAPSAD e Albergue Terapêutico _____ 55
- Tabela 6 - Quantitativo de profissionais entrevistados, de acordo com sua religião, nos serviços de CAPSAD e Albergue Terapêutico _____56

RESUMO

A redução de danos é caracterizada como uma alternativa de saúde pública que tem por objetivo amenizar os prejuízos causados pelo uso/abuso de drogas. Entretanto, essa é uma prática polêmica uma vez que possibilita o uso das drogas, contrapondo-se assim à ideia da abstinência como única possibilidade de saída da dependência química. A teoria das Representações Sociais forneceu os subsídios teóricos para analisar como profissionais de saúde compreendem e orientam suas práticas cotidianas com relação à redução de danos. O estudo teve por objetivo investigar o conteúdo das representações sociais da redução de danos para profissionais que atuam no Programa Mais Vida da cidade do Recife. Foram analisadas, através do software ALCESTE, 30 entrevistas semiestruturadas, que foram divididas em três blocos de perguntas, realizadas com profissionais que atuam em quatro Albergues Terapêuticos e seis CAPSAD, resultando em três dendrograma com 4 classes cada. O primeiro nomeado “O tratamento de Sucesso e as Drogas”; o segundo, “Gênero e as Drogas”; e o terceiro “As Políticas voltadas para o uso/abuso de álcool e outras drogas e as formas de cuidado”. A redução de danos é configurada pelos profissionais como práticas cotidianas norteadas por explicações que ora se pautam em argumentos científicos e ora no pensamento do senso comum, o que produz tensões entre os dois universos de conhecimento. Os profissionais apesar de terem um discurso acerca da redução de danos, destacam o não uso da droga como a melhor forma de se ter uma vida saudável, assim, buscam o controle e exercício do poder científico de uma prática profissional pautada na ideia das drogas como uma grave ameaça à ordem social e por isso deve ser combatida.

Palavras-Chave: Drogas. Redução de Danos. Representações Sociais. Práticas Sociais.

ABSTRACT

It is possible to observe two discourses in society that oppose the consumption of drugs: the traditional, based on the model law and police and the doctor trampled in the disease model and sees abstinence "cure" and the discourse of harm reduction, also underpinned the disease model, but considers that harm reduction as a strategy of care. Harm reduction is characterized as an alternative to public health that aims to mitigate the damages caused by use/abuse of drugs. However, this is a controversial practice because it allows the use of drugs though so that does less damage to health. In this sense, the theory of social representations as a theoretical, provides theoretical basis for investigating how health professionals understand and guide their daily practices with respect to harm reduction. The study aimed to investigate the content of social representations of harm reduction for professionals working in the Program More Life in Recife. Were analyzed through the software ALCESTE, 30 semi-structured interviews, which were divided into three blocks of questions, conducted with professionals working in four therapeutic hostels and six CAPSAD, resulting in three dendrogram with 4 classes each. The first named "Treatment Success and Drugs", the second "Gender and Drugs" and the third "Policies aimed at the use / abuse of alcohol and other drugs and ways to care. Harm reduction is set by professionals and everyday practices, but are guided by explanations that now are ruled on scientific arguments and sometimes the common sense thinking, which leads to tensions between the two worlds of knowledge. Professionals despite a speech about harm reduction, not highlight the use of drugs as the best way to have a healthy life thus seek to control and exercise of power of a scientific practice based on the idea of drugs as a serious threat to social order and therefore must be fought.

Keywords: Drugs. Harm Reduction. Social Representations. Social Practices.

SUMÁRIO

ABREVIATURAS E SIGLAS	
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	
RESUMO	
ABSTRACT	
INTRODUÇÃO _____	11
1. DROGAS E REDUÇÃO UM NOVO OLHAR SOBRE O USUÁRIO _____	15
1.1 Drogas: definições, padrões e modos de uso	16
1.2 O Contexto Histórico da Redução de Danos	26
1.3 A Redução de Danos em Pernambuco e o Programa Mais Vida da cidade do Recife	32
2. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: AS TEORIAS DO SENSO COMUM _____	40
3. OBJETIVOS/MÉTODO _____	51
3.1 Objetivos	
3.1.2 Objetivo Geral	52
3.1.3 Objetivos Específicos	52
3.2 Método	53
3.2.1 Natureza da Pesquisa	53
3.2.2 Sujeitos	54
3.2.3 Material	56
3.2.4 Procedimentos	57
4. ANÁLISE DOS DADOS _____	59
4.1 Resultados	60
4.1.1 Tratamento de Sucesso e as Drogas	60
4.1.2 Gênero e Drogas	71
4.1.3 Políticas voltadas para o uso/abuso de drogas e formas de cuidado	76
Considerações Finais	86
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS _____	93
APÊNDICE	
Apêndice A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	
Apêndice B- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	
Apêndice C – INSTRUMENTAL DE COLETA CAPSAD	
Apêndice D – INSTRUMENTAL DE COLETA ALBERGUE TERAPÊUTICO	
ANEXO	
Anexo A - CARTA DE ANUÊNCIA SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE	

“É preciso resgatar o cidadão por trás das pessoas que usam drogas, reduzindo danos, valorizando o que há de vital e construtivo sob a aparência de pura tragédia e desumanidade. A química da droga é importante sim, levando em conta suas características e efeitos fisiológicos, mas este é apenas um dos fatores e nem sempre o mais importante”.

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve por objetivo geral analisar as representações sociais de redução de danos para profissionais que atuam no Programa Mais Vida da cidade do Recife. De forma específica, identificar o conteúdo das representações sociais acerca da redução de danos; compreender como as representações do grupo investigado são objetivadas e em que se ancoram; quais práticas os profissionais desenvolvem e como estas se relacionam com as representações de redução de danos.

A realização do estudo se justifica como fruto da experiência profissional, enquanto psicóloga, de um Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPSAD) ¹localizado na região metropolitana do Recife. Na minha prática, visei compreender o funcionamento das estratégias de tratamento e prevenção voltadas às substâncias psicoativas e à assistência prestada aos usuários do serviço, de modo a percebê-lo em sua singularidade.

Assim, enquanto técnica do CAPSAD percebia que, durante reuniões institucionais e capacitações realizadas, os profissionais voltavam suas intervenções para a atenção integral aos usuários, com discursos em oposição às internações compulsórias e a favor da perspectiva da redução de danos. No entanto, na prática cotidiana, alguns profissionais exerciam práticas contrárias às propostas da redução de danos e em algumas situações afirmavam a necessidade do tratamento, apenas por meio da internação e do tratamento medicamentoso, o que demonstrava, paradoxalmente, a defesa de práticas manicomiais.

Para melhor entendimento sobre a prática no CAPSAD, passei a refletir acerca do modelo psicossocial, que segundo Vieira Filho (1998), caracteriza-se como uma prática complexa, que articula saberes e fazeres, levando em consideração o contexto histórico e social do sujeito, o que muda a perspectiva de

¹Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são dispositivos de atenção à saúde mental e têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, caracterizada como um movimento sanitário que propõe a humanização da loucura e o fechamento dos leitos psiquiátricos, regulamentada pela Lei 10.216/01. O CAPS é o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento (BRASIL, 2003). O CAPS – AD tem por objetivo acolher e cuidar de pessoas que apresentam dificuldades devido ao uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas. Visa reintegrar o indivíduo à sociedade de forma produtiva e participativa a ambientes sociais e culturais, onde se desenvolve a vida cotidiana familiar.

um sujeito solitário, atomizado, para a de um sujeito-social. Ainda de acordo com o autor, na atenção psicossocial o saber deve ser visto como um movimento circular-dialético, construído entre terapeuta, usuário e demais atores sociais. Nessa construção o profissional deve considerar que o principal objeto de estudo é o sujeito-social em situação de demanda de cuidados à saúde, considerando sua historicidade, subjetividade e liberdade.

Deste modo, a atenção psicossocial é entendida como um processo complexo que não pode ser caracterizado apenas na elaboração de políticas, mas também, na concretização desta a partir de novos atores sociais.

Diante do exposto, na compreensão de uma clínica voltada para a atenção psicossocial é importante destacar, que anterior ao nascimento desse novo fazer, havia o modelo psiquiátrico pautado no modelo biomédico que tinha como principal característica a hospitalização. Apenas no final dos anos 1970, ocorre, no Brasil, um intenso debate acerca da saúde mental, o que culmina com a Reforma Psiquiátrica.

A partir da Reforma Psiquiátrica a sociedade passa a repensar a atenção às pessoas com transtorno mental, e, paulatinamente, esse movimento vai se estender, ainda que de forma discreta, ao modo de lidar com os usuários de álcool e outras drogas.

Assim, apenas em 2003 é que se visualiza uma política que discute e se volta de modo ativo para os usuários de drogas, a Política Nacional de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, que traz em suas propostas a perspectiva da redução de danos, permitindo ao usuário o direito de escolha entre fazer o uso da droga ou a abstinência.

No entanto, apesar da existência de uma política que defenda o direito de escolha do usuário e a ideia de que ele precisa ser acolhido, sem julgamentos, na minha prática diária, observei a dificuldade cotidiana dos profissionais em adotar, na clínica do CAPSAD, uma prática coerente com as propostas da Reforma Psiquiátrica. Diante disso considerei relevante buscar compreender as práticas profissionais que são desenvolvidas em unidades de saúde que trabalham na atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Tal interesse leva necessariamente à reflexão acerca do papel desempenhado pelo profissional na instituição, como também, dos possíveis alcances, limites e dificuldades de suas práticas cotidianas.

Com relação às práticas dos profissionais, Sidrim (2010, p. 59), menciona que

o embate político, as legislações, as ações executivas direcionadas à redução dos leitos psiquiátricos não são suficientes para, de fato, modificar a assistência, se os profissionais que estão no atendimento não assumirem o compromisso de edificar prática diferenciada, capaz de superar o modelo manicomial.

Além do entendimento das legislações e de uma prática diferenciada, os profissionais têm acesso a diferentes saberes sustentados em crenças culturais arraigadas que disputam com um saber técnico e/ou com o saber científico. Deste modo, o profissional possivelmente compreende que se deve trabalhar com a redução de danos, mas essa compreensão é contraditória com os saberes construídos no cotidiano sobre o lugar assumido pela droga na sociedade o que talvez faça com que os sujeitos, produtos e produtores da cultura e da sociedade, ajam de modo diferente ou expressem tensões entre esses conhecimentos.

Neste sentido, diante de tais questionamentos é possível pensar em representações que se organizam em torno do objeto social da redução de danos e que conseqüentemente orientarão as práticas cotidianas dos profissionais que atuam em dispositivos de saúde para usuários de álcool e outras drogas.

Acredito que ao refletir sobre essas práticas profissionais, seja possível uma melhor compreensão acerca da atenção aos usuários de álcool e outras drogas, como também verificar possíveis limites e dificuldades dos profissionais e assim, proporcionar, a partir da transferência dos resultados aos participantes da pesquisa, melhor entendimento sobre a prática exercida.

Para melhor apresentação deste estudo, o primeiro capítulo foi construído a partir da reflexão sobre as drogas, compreendendo como ela se insere na sociedade, seus tipos, modos de uso e consumo, e quem são as pessoas que fazem o uso das drogas. Ainda no mesmo capítulo discutiu-se o contexto histórico da redução de danos, demonstrando como foram desenvolvidos os primeiros programas de redução de danos.

O segundo capítulo apresenta a discussão sobre a Teoria das Representações Sociais, referencial teórico adotado neste estudo.

No terceiro capítulo, apresentamos os objetivos e método da pesquisa.

Por fim, o quarto capítulo demonstra os dados obtidos durante o trabalho de campo, trazendo trechos dos discursos dos profissionais em suas entrevistas.

Como também, as considerações finais que busca a partir da discussão dos resultados apontar como os profissionais compreendem a redução de danos e quais práticas desenvolvem na assistência aos usuários de álcool e outras drogas através do Programa Mais Vida.

CAPÍTULO 1

DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS: UM NOVO OLHAR SOBRE O USUÁRIO

1 DROGAS E REDUÇÃO DE DANOS: UM NOVO OLHAR SOBRE O USUÁRIO

1.1 Drogas: definições, padrões e modos de uso

O tema das drogas tem despertado bastante interesse tanto do ponto de vista acadêmico, na medida em que diversos estudos são realizados nos diferentes campos do saber (BUCHER, 1992; MARLATT, 1999; OLIVEIRA; PAIVA, 2007; PRATTA; SANTOS, 2006; 2009; SODELLI, 2011), quanto no âmbito social, uma vez que gera, na sociedade, grande preocupação.

Segundo Pratta e Santos (2009, p. 208), “O consumo de substâncias psicoativas cresceu assustadoramente a partir da segunda metade do século XX, configurando-se nas últimas décadas desse século como um fenômeno de massa e como uma questão de saúde pública”. Os autores destacam que, o uso abusivo das drogas na contemporaneidade caracteriza-se como um problema relevante e abrangente, envolve diferentes instâncias e não deve ser focado apenas no usuário das substâncias psicoativas, portanto, é um problema social grave e de saúde pública (PRATTA; SANTOS, 2006).

Historicamente, Bucher (1992), afirma que o consumo das drogas corresponde a uma “prática humana milenar e universal” (p.27), atinge diversas situações, classes sociais, faixas etárias e espaços, apresentando finalidades e motivações diferenciadas. Para este autor a partir da compreensão do consumo das drogas é possível pensar sobre a organização de uma determinada sociedade, seus sistemas, crenças e mitos, como também, suas representações existenciais e religiosas (BUCHER, 1992).

Nesta perspectiva é importante refletir que ao se tentar compreender o fenômeno das drogas, diversas questões devem ser levadas em consideração, dentre elas, os diferentes contextos que envolvem o uso e/ou abuso, considerando as razões históricas, econômicas e culturais que abrangem o sujeito. A partir desse pressuposto é possível entender quem é o sujeito que faz o uso e/ou abuso da droga e assim, melhor compreender a complexidade do fenômeno.

Ao analisar a relação do sujeito com a droga, é importante que se considere a história do sujeito, seu organismo e o contexto social no qual este

está inserido. Segundo O'Brien (1996) três elementos que se relacionam simultaneamente, devem ser avaliadas para se compreender o processo da dependência, são eles: substância (droga), usuário (pessoa) e meio social (contexto).

Sodelli (2011) destaca que existem na sociedade diferentes tipos de drogas, que atuam de diferentes modos no corpo do ser humano. Assim, é importante conceituar o que seriam as drogas, como podem ser classificadas e quais os tipos de padrões e modos de consumo.

A Organização Mundial de Saúde (1993) define as drogas como substâncias naturais ou artificiais que atuam no Sistema Nervoso Central (SNC) alterando as funções do organismo, produzindo mudanças no comportamento, nas sensações, no grau de consciência e no estado emocional podendo ou não causar dependência. Podem ser classificadas em três categorias:

- Depressoras: diminuem a atividade do SNC (álcool, barbitúricos, benzodiazepínicos, solventes ou inalantes, opióides);
- Estimulantes: aumentam a atividade do SNC (anfetaminas, cocaína, crack);
- Perturbadoras: confundem ou atrapalham a atividade do SNC (maconha, ecstasy, LSD).

Podem ainda ser classificadas em drogas lícitas (comercialização permitida) e drogas ilícitas (comercialização proibida). Contudo, apesar de se existir uma classificação de drogas lícitas e ilícitas na sociedade, ao longo do tempo alterações ocorreram nessa classificação, uma vez que algumas drogas que antes eram liberadas são atualmente proibidas. Segundo Sodelli (2011, p. 25),

Podemos citar o caso da cocaína que, antes de 1920, era adquirida em qualquer farmácia, como um potente anestésico. O inverso também aconteceu. O álcool, que era liberado, foi proibido nos Estados Unidos (EUA), no começo do século XIX, durante o período da "Lei Seca", pois se alegava que trazia muitos danos à saúde das pessoas.

Outro aspecto que se deve destacar refere-se aos tipos de padrões de uso de drogas, que de acordo com Schwebel (2002) podem ser compreendidos por:

- Uso experimental: o consumo da droga se dá por uma ou poucas vezes, ocorre principalmente por curiosidade, por pressão do grupo, pelo o desejo de sair da rotina;
- Uso ocasional ou recreativo: o consumo de uma ou várias drogas ocorre de forma esporádica. De acordo com Oliveira (1989), a droga é usada de modo hedonista, por causa da simples e pura satisfação que ela permite rapidamente à pessoa;
- Uso habitual: caracteriza-se por um uso frequente, semanal, ou diário. Oliveira (1989) pontua que corresponde a um uso controlado que já promove alterações nas relações do sujeito, no nível afetivo, familiar e profissional. De acordo com Sodelli (2011) no uso habitual para o sujeito quase tudo é motivo para se usar a droga, o prazer já não é mais tão evidente e o usuário pode sentir grande desconforto ao não usar a droga;
- Dependência ou toxicômano: a dependência é um conjunto de sinais e sintomas que demonstram que o sujeito, apesar de significativos problemas relacionados à droga, continua fazendo uso da mesma, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV, 2000). Os sujeitos se sentem impulsionados a usar a droga, não relacionando mais ao prazer, mas ao desprazer e à angústia que a falta da substância provoca. Nesse momento o sujeito rompe com todo laço social e passa a viver em torno do binômio pessoa-droga, rompendo assim, com a família, trabalho e com o social. Oliveira (1989) destaca que na dependência, “tudo que o indivíduo realiza é com a finalidade última de conseguir a droga; ele vive, trabalha e até rouba para consegui-la” (p.65).

Na compreensão da complexa relação existente entre o sujeito e a droga também deve ser levado em consideração o modo como a droga é utilizada pelos

padrões de uso mencionados. Tais modos de uso podem ser classificados como: controlado, o sujeito possui maior capacidade em controlar a quantidade de substância no momento de consumo; de risco, o sujeito possui menor capacidade em controlar a quantidade de uma substância no momento do consumo, o que aumenta os riscos dos prejuízos a saúde; e nocivo, o sujeito possui uma mínima capacidade de controlar a quantidade de uma substância no momento de consumo, provocando dano á saúde (SODELLI, 2011).

Assim, ao compreender os diferentes tipos e modos de uso das drogas, respeitando a complexidade e singularidade do sujeito, é possível observar que não necessariamente o sujeito desenvolverá um quadro de dependência ao fazer uso de alguma droga. Segundo Silva (2007, p.34),

A diferenciação de tipos de uso derruba-se o mito da escalada, muitos usam e experimentam drogas, mas só alguns se tornam dependentes. A ideia de que se inicia com o uso de drogas leves e há uma escala progressiva para as drogas pesadas até se chegar à toxicomania não é regra e pode ser questionada diante das possíveis formas distintas de uso.

No que concerne às formas de prevenção ao uso de drogas, é possível observar as formas clássicas e formas mais atuais de prevenção. Os modos mais clássicos colocam a droga como o elemento principal e causador da situação de uso abusivo ou dependente, são eles: a prevenção primária, secundária e terciária (ESPÍNDOLA, 2010).

- **Prevenção Primária:** tem por objetivo evitar que ocorra o primeiro contato com as drogas, deste modo, é voltada para as pessoas que ainda não fizeram uso de drogas; Usa como principal estratégia de prevenção a socialização de informações referentes ao uso de drogas;
- **Prevenção Secundária:** tem como foco sujeitos que já experimentaram drogas ou usam de modo eventual ou recreativo. O objetivo recai em evitar a evolução para um uso mais frequente e prejudicial. A estratégia de prevenção visa identificar esses usuários e proporcionar possibilidades de mudança de comportamento em relação ao uso de drogas;

- Prevenção Terciária: destina-se a sujeitos que desenvolveram um quadro de dependência de drogas, tem como objetivo conscientizá-los em realizar e se manter no tratamento e assim reduzirem as consequências da dependência.

De acordo com Espíndola (2010) o modo de prevenção ao uso das drogas mais atual tem como foco de intervenção o indivíduo ou a população, são classificados em: universais, seletivas e indicadas.

- Intervenções universais: é dirigida a toda população, e tem como objetivo prevenir ou retardar o surgimento de prejuízos a saúde. Não se limita a fatores de risco individuais e caracteriza-se por atividades realizadas em comunidades, escolas e meios de comunicação;
- Intervenções seletivas: as intervenções recaem a subgrupos da população em geral que apresentem situações de risco para o desenvolvimento de uso prejudicial de drogas. Por exemplo, intervenções direcionadas a familiares de dependentes químicos;
- Intervenções indicadas: caracterizada por intervenções nos sujeitos que já apresentam um quadro de dependência ou que tem algum prejuízo em face ao uso indevido de drogas. Tem por objetivo evitar a evolução das consequências e prejuízos causados pelo o uso da droga, aborda os fatores de risco individuais e os problemas de comportamento.

Outro aspecto que deve ser levado em consideração é a forma que a sociedade lida com a problemática do uso das drogas. Neste sentido, é importante destacar que no Brasil até a década de 80 a busca pelo controle do uso de drogas era pautada no modelo jurídico-policial. Este modelo tinha por objetivo a redução da oferta através de políticas ligadas à repressão da produção, do tráfico e do consumo, não existindo diferenciação entre usuários e traficantes, o que promovia a estigmatização do usuário como criminoso. Ao mesmo tempo utilizava-se o modelo médico tradicional, que defendia a ideia de que a redução

da oferta deveria ocorrer pressionada pela diminuição da demanda, isto é, através da abstinência, com um olhar sobre o usuário enquanto doente (LACERDA, 2006).

Tais modelos adotados no Brasil são compreendidos como o modelo tradicional ao enfrentamento do uso das drogas, que têm como parâmetro a política norte-americana de prevenção e combate às drogas ou “guerra às drogas”, e que ganharam destaque nos anos 1980 com o governo de George Bush. Essa política afirmava que a prioridade dos programas de prevenção era diminuir nacionalmente o consumo global do uso de drogas, ou seja, diminuir o primeiro uso, o uso ocasional, o uso regular e os quadros de dependência (CANOLETTI; SOARES, 2005).

Segundo Moreira, Silveira e Andreoli (2006, p. 814),

Na abordagem tradicional, a maior concentração de esforços se dá na redução da oferta, ou seja, redução da disponibilidade dos produtos. No campo da redução de demanda, enfatiza-se a transmissão de informações pautadas pelo amedrontamento e apelo moral, utilizando técnicas que poderiam ser resumidas à persuasão dos indivíduos para a abstinência, o *slogan*: "Diga não às drogas". Não há uma preocupação com as diferentes formas de uso ou com a abordagem dos fatores facilitadores do abuso de psicotrópicos.

No Brasil, tais modelos se refletem, de acordo com Nardi e Rigoni (2005), na legislação brasileira - Lei de Entorpecentes 6.368 de 1976 -que coloca o uso de drogas como crime e/ou doença cabendo ao usuário o cumprimento de pena no sistema penitenciário e/ou tratamento para recuperação da dependência. Ainda de acordo com os autores, a lei combate o uso, a produção e o consumo de algumas drogas, dividindo-as em drogas lícitas e ilícitas, cabendo ao usuário produtor e comerciante das drogas ilícitas a posição de criminoso.

Nesta perspectiva, em 2002 é promulgada a lei 10.409 que enfatiza a necessidade da sociedade colaborar na prevenção do tráfico e do uso indevido de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica. A legislação destaca a necessidade de medidas de prevenção que devem ser adotadas nas instituições públicas ou privadas, através da implantação de programas que assegurem a prevenção ao tráfico e uso de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica em seus respectivos locais de trabalho, incluindo campanhas e ações dirigidas a

funcionários e seus familiares (Art. 10, § 1º). Dentre as medidas de prevenção estão (Art. 10, § 2º):

II – incentivar atividades esportivas, artísticas e culturais;

III – promover debates de questões ligadas à saúde, cidadania e ética;

IV – manter nos estabelecimentos de ensino serviços de apoio, orientação e supervisão de professores e alunos;

V – manter nos hospitais atividades de recuperação de dependentes e de orientação de seus familiares.

Segundo Lopes e Maraschin (2008, p. 153),

a partir desta lei observa-se que a ideia de prevenção não está mais ligada apenas à intenção de impedir o contato com a droga, mas sim uma prevenção ligada a um estilo de vida e saúde. Inicia-se uma nova maneira de pensar a prevenção: não mais a abstinência e sim uma redução de danos sociais e à saúde. Ainda persiste a ideia de que a informação é via fundamental para a prevenção. Mas parece que aqui se está abrindo um caminho de diálogo/debates sobre o tema, e não mais uma lógica de instrução em que autoridades e especialistas ensinam o porquê não usar drogas.

Em 2006, uma nova perspectiva é adotada no Brasil que se reflete na Lei 11.343 na qual o uso de drogas é tratado como uma questão de saúde pública, não mais caracterizando-o como uma questão judicial. Gomes (2006, p.4) destaca

a lei descriminalizou formalmente a conduta da posse de droga para consumo pessoal. O usuário não pode ser chamado de "criminoso", pois se retirou dele o crime (infração penal punida com reclusão ou detenção), uma vez que não é permitida a pena de prisão. Ele é autor de um ato ilícito (porque a posse da droga não foi legalizada). No entanto, a lei se tornou mais rigorosa para os definidos como traficantes.

Lopes e Maraschin (2008, p.150) afirmam que

Com a lei 11.343/06 ampliam-se as medidas para com os usuários de drogas, apresentando como foco não só a prevenção, mas também atenção e reinserção social. As atividades de prevenção do uso indevido de drogas estão "direcionadas para a redução

dos fatores de vulnerabilidade e risco e para a promoção e o fortalecimento dos fatores de proteção" (Art. 18). Ao que parece, houve uma mudança significativa com esta nova lei. Não existe aqui uma ilusão de total ausência de drogas na nossa sociedade, mas uma alternativa para lidar com elas. O foco não está na substância em si, mas no sujeito que dela faz uso.

Na compreensão desse novo olhar para o usuário de drogas é possível observar que a maioria das legislações volta-se para a busca do controle das substâncias psicoativas tanto para quem comercializa a substância como para quem a consome, o que demonstra o seu caráter proibicionista. Deste modo, na busca de se conceber uma nova forma de compreender o uso das drogas a redução de danos ganha destaque o foco que antes era na substância modifica-se para o foco sobre o usuário e suas formas de uso. Contudo para o entendimento desse novo fazer é importante compreender em qual contexto histórico ele se insere.

O modelo psiquiátrico adotado até o final da década de 1960 era regido pelo modelo biomédico e tinha como principal característica a hospitalização. Entretanto, no final dos anos 1970 ocorre, no Brasil, um intenso debate acerca da saúde mental, culminando com a chamada Reforma Psiquiátrica.

No final dos anos 1980 foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de garantir a universalização do acesso aos serviços de saúde, a integralidade da atenção, a equidade e a hierarquização dos serviços, em um contexto descentralizado e municipalizado. O SUS defende em suas diretrizes os princípios da reforma psiquiátrica, fortalecendo assim o processo de desospitalização e a garantia dos direitos de cidadania dos doentes mentais.

De acordo com Amarante (2007) a Reforma Psiquiátrica teve por objetivo promover uma ampla mudança no atendimento à saúde mental a partir da garantia do acesso da população aos serviços de saúde respeitando seus direitos e liberdade. Com a Reforma, os usuários ao invés de ficar isolados em hospitais psiquiátricos, passaram a conviver com a família e a comunidade.

Gonçalves e Sena (2001) enfatizam que a Reforma Psiquiátrica "tem como uma das vertentes principais a desinstitucionalização com consequente desconstrução do manicômio e dos paradigmas que o sustentam" (p.50).

Segundo Leal (2000, p. 102),

as preocupações com as distorções, abusos e violência presente na assistência, cedem lugar a uma discussão sobre a natureza dos saberes, das práticas e dos procedimentos psiquiátricos. A reforma caminhou para as discussões relacionadas com a intenção dos loucos no mundo. Tomou como tarefa a construção de sua cidadania, entendida não mais como atributo formal de características universais, mas como projeto aberto às singularidades e especificidades das diversas formas de expressão da condição humana.

Mesquita, Novelino e Cavalcanti (2010) destacam que a Reforma Psiquiátrica é dividida em duas fases: a primeira, de 1978 a 1991, compreende uma crítica ao modelo hospitalocêntrico; enquanto a segunda, de 1992 aos dias atuais, destaca-se pela implantação de uma rede de serviços extra-hospitalares, dentre eles: Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS); Centro de Atendimento Psicossocial (CAPs I, CAPs II, CAPs III, CAPSi, CAPs - AD); Centro de Atenção Diária (CADs); Hospitais Dias (HDs); e Centros de Convivência e Cultura.

Contudo, apesar da Reforma Psiquiátrica ter início no final dos anos 1970 no Brasil, com relação ao uso abusivo e/ou dependente de álcool e outras drogas, apenas em 2003 foi possível a implantação de uma política voltada para esta questão, a partir da criação da Política Nacional de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde, que tem como ênfase a perspectiva da redução de danos. De acordo com o Ministério da Saúde (2003), a Política Nacional de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas compromete-se com,

a formulação, execução e avaliação de uma política de atenção a usuários de álcool e outras drogas que exige exatamente a ruptura de uma lógica binarizante que separa e detém o problema em fronteiras rigidamente delineadas, e cujo eixo principal de entendimento (e, portanto, de “tratamento”) baseia-se na associação drogas-comportamento anti-social (álcool) ou criminoso (drogas ilícitas). Em ambos os casos, há um único objetivo a ser alcançado: a abstinência.

A redução de danos é entendida como uma “alternativa de saúde pública para os modelos moral/criminal e de doença do uso e da dependência química” (MARLATT, 1999, p. 45). Segundo Marlatt (1999), a redução de danos é uma abordagem pragmática e comprometida com os direitos humanos e tem por objetivo amenizar os prejuízos causados pelo uso/abuso de drogas lícitas ou

ilícitas, sendo uma das possibilidades de abordagem no tratamento e na prevenção do uso de drogas.

Para Marlatt (1999, p.46),

Apesar da aparente contradição entre encarar o usuário de drogas como um criminoso que merece punição e como uma pessoa doente que necessita de tratamento, os modelos de redução da oferta e de redução da demanda concordam que o objetivo final de ambas as abordagens é reduzir e, finalmente, eliminar a prevalência do uso de drogas, concentrando-se principalmente no usuário (“redução do uso”).

Marlatt (1999) destaca, que diferentemente da visão moral/criminal, que considera o uso da droga como algo ilegal e defende a redução da oferta através de práticas punitivas e da proibição, a redução de danos “desvia a atenção do uso de drogas em si para as consequências ou para os efeitos do comportamento adictivo” (p.46).

Nesta perspectiva, busca compreender o uso da droga em relação aos possíveis prejuízos ou aspectos desfavoráveis ao usuário de drogas, familiares e à sociedade como um todo, negando a visão moralista de certo ou errado. Contrapõe-se, também, com a visão do modelo de doença, que ao conceber a dependência química como uma patologia biológica/genética tem como meta principal no tratamento, a abstinência.

Marlatt (1999, p.46) expõe que,

a redução de danos aceita o fato concreto de que muitas pessoas usam drogas e apresentam outros comportamentos de alto risco, e que visões idealistas de uma sociedade livre de drogas não têm quase nenhuma chance de tornarem-se realidade. Reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam os danos.

Nardi e Rigoni (2005) relatam que as ações de redução de danos estimulam a busca por uma saúde possível para usuários de drogas e seus familiares e serve como instrumento de luta pela garantia de seus direitos, uma vez que possuem como princípio a “liberdade de escolha”, pois, nem todos os usuários conseguem ou desejam abster-se do uso de drogas.

Entretanto, Sodelli (2011) destaca que embora a definição de redução de danos seja de fácil entendimento, é possível observar que na prática, foi difundida de modo diferenciado entre os teóricos, gerando diversas formas de compreendê-

la. MacRae e Gorgulho (2003, p. 04) menciona que “a redução de danos é um conceito em aberto, ao qual podem ser atribuídos diversos significados”.

Deste modo, dentre os modelos da redução de danos, dois podem ser destacados: abordagem de Redução de Danos Tradicional e a abordagem de Redução de Danos Libertadora (SODELLI, 2011).

A abordagem tradicional coloca a redução de danos como uma estratégia alternativa e de caráter emergencial. De acordo com Sodelli (2011, p. 89),

Poderíamos descrever esta concepção de R-D do seguinte modo: já que para o usuário é muito difícil conseguir parar de usar a droga num dado momento, o que se pretende, pelo menos, é reduzir os danos causados pelo uso, mas, assim que fosse possível, o usuário deveria buscar a interrupção do consumo desta substância. Fica evidente que este modo de compreender o modelo de R-D, embora trabalhe de maneira prática com a ideia de reduzir danos, tem como pressuposto fundamental e ideal a interrupção do uso de drogas, ou seja, procurar manter os indivíduos na abstinência.

Entretanto, o autor destaca que, o modelo de redução de danos tradicional apresenta características que se assemelham ao modelo de combate às drogas ou guerra às drogas, visto que, apesar de possibilitar um novo olhar sobre o uso da droga aceitando que existem pessoas que apresentam a necessidade de usar drogas, entende que tem pessoas que não necessitam e o não usar seria a condição ideal (SOLDELLI, 2011).

A abordagem de Redução de Danos Libertadora não coloca como objetivo o usuário não experimentar e nem interromper o uso da droga. Seu foco recai no modo em que a droga é consumida, priorizando reduzir os prejuízos à saúde e não em acabar com o uso de drogas(SOLDELLI, 2011).

Nesta perspectiva, para melhor compreensão sobre a redução de danos, faz-se importante descrever o contexto histórico do surgimento desse novo olhar para o uso de drogas, com ênfase no surgimento dos primeiros programas de redução de danos no Brasil e em Pernambuco, através o Programa Mais Vida da cidade do Recife.

1.2 O Contexto Histórico da Redução de Danos

A redução de danos teve origem na Inglaterra em 1926, através do relatório Rolleston, formulado por um grupo de médicos que compreendia que a melhor

forma de tratar pacientes dependentes de morfina ou heroína era a partir da prescrição da droga por um médico. Segundo Marlatt (1999) o Reino Unido foi pioneiro no enfoque da “medicalização”, no qual dependentes passaram a receber prescrições de drogas como heroína com o objetivo de reduzir os danos à saúde.

Sodelli (2011, p. 87) destaca que,

O relatório Rolleston estabeleceu o direito dos médicos ingleses prescreverem suprimentos regulares de opiáceos a dependentes dessas drogas, nas seguintes condições: como manejo da síndrome de abstinência, em tratamentos com o objetivo de cura; quando ficasse demonstrado que, após prolongadas tentativas de cura, o uso da droga não poderia ser seguramente descontinuado; e quando ficasse provado que o paciente apenas seria capaz de levar uma vida normal e produtiva, se uma dose mínima de droga fosse administrada regularmente, mas que ficasse incapaz disso, quando a droga fosse inteiramente descontinuada.

No entanto, apesar da redução de danos ter sua origem em 1926, apenas nos anos 1970, as ações em torno deste aspecto são sistematizadas e surgem os primeiros programas. Nesta perspectiva, o primeiro programa de redução de danos tem origem na Holanda, uma vez que o governo, preocupado com o aumento dos problemas relacionados ao uso de drogas, passa a rever as políticas públicas do país. Assim, adota a Lei do ópio em 1976, que diferencia drogas de risco aceitável (maconha e haxixe) das drogas de risco inaceitável (cocaína, heroína, anfetamina e LSD), passando a auxiliar os usuários de drogas e melhorar seu estado físico e social (DOMANICO, 2006).

Em 1980, é fundada em Amsterdã, a Junkiebond (associação de usuários de droga injetáveis), cujo objetivo era melhorar as condições de vida dos usuários de drogas. Este programa tinha por preocupação o aumento, inicialmente, dos casos de Hepatite B e posteriormente, de contaminação com o vírus HIV. O método de prevenção foi a partir da troca de seringas (DOMANICO, 2006).

De acordo com Marlatt (1999, p.31),

A participação dos dependentes associados ao Junkiebond levou ao desenvolvimento do primeiro programa de troca de seringas em Amsterdã. O serviço Municipal de Saúde fornecia seringas e agulhas descartáveis em grandes quantidades uma vez por semana ao Junkiebond para a distribuição em troca da coleta de agulhas usadas.

Espíndola (2010, p. 72) destaca que,

Com essa medida o Estado holandês buscava amenizar a violência oriunda do crime organizado e do narcotráfico, e os

alarmantes índices de infecção pelo vírus da AIDS e hepatite C nos usuários de drogas injetáveis. Não obstante isto, usuários de heroína organizados fundaram a Liga dos Junkies buscando garantia de melhor qualidade de vida para os usuários de drogas injetáveis. Esse foi o início de iniciativas pioneiras que buscavam prezar pela redução de danos oriundos do consumo abusivo de drogas, apesar do status de ilegalidade.

No Brasil, a redução de danos apresenta diversos períodos a serem compreendidos, no entanto, três momentos merecem destaque, segundo Souza (2007), por representarem marcos institucionais: o primeiro em 1989, em Santos; o segundo em 1994, a partir do Programa Nacional de DST/AIDS; e o terceiro em 2003, período marcado por mudanças no modelo clínico-político voltados para o usuário de álcool e outras drogas a partir da Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral para Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003).

No período de 1989 a 1994, segundo Souza (2007), a cidade de Santos (SP) destaca-se pelo pioneirismo na efetivação de ações e estratégias voltadas a uma política de álcool e outras drogas. Neste sentido, Cruz (2010), ressalta que a efetivação das ações em torno da política de álcool e outras drogas em Santos deve-se ao fato de que, naquele período, o município apresentava elevadas taxas de soropositividade para o HIV entre usuários de drogas injetáveis.

Segundo Mesquita (1991), Santos era conhecida como “capital da AIDS”, cidade portuária, lugar de trocas e encontros de todas as ordens, ponto estratégico do tráfico internacional de drogas. Os dados epidemiológicos da cidade de Santos, neste período, demonstravam que 51% dos casos de contaminação de HIV/AIDS estavam relacionados ao compartilhamento de seringa para o uso de drogas injetáveis.

Nesta perspectiva é criado, em 1989, na Secretaria de Saúde de Santos por meio do Programa Municipal de AIDS, o primeiro programa de redução de danos relacionado ao uso de drogas injetáveis do Brasil. O programa teve por objetivo fazer com que os usuários de drogas, que não conseguissem abandonar o uso, que ao menos não se infectassem pelo compartilhamento de seringas no uso da droga injetável. Deste modo, a prática da redução de danos em Santos visou realizar a distribuição de seringas descartáveis e o resgate das seringas utilizadas pelos usuários de drogas injetáveis.

Contudo, o programa despertou questionamentos de diversos gestores públicos que o compreendiam como um incentivo ao uso de drogas. Deste modo,

a partir de uma decisão judicial o método foi vetado, por não compreenderem como uma ação de saúde pública. Segundo Cruz (2010, p. 178), “houve repressão policial a estas atividades e ações civis e criminais contra seus organizadores alegando que estas atividades estimulariam o consumo de drogas e, por isso, o projeto foi interrompido”.

Segundo Mesquita (1994, p. 169),

A medida gerou imensa polêmica nacional em todos os meios de comunicação e fóruns específicos, após o Ministério Público em Santos enquadrá-la como crime, previsto na lei vigente sobre drogas no Brasil, a Lei 6.368 de 1976. De acordo com a interpretação daquele momento, a proposta se chocava com os artigos da referida lei, que considera crime qualquer forma de auxílio/incentivo àqueles que se utilizam substâncias entorpecentes.

Com o intuito de solucionar a questão, o Ministério da Saúde implanta o método de prevenção a partir da desinfecção das seringas por meio de soluções de hipoclorito de sódio (DOMANICO, 2006). Souza (2007, p. 69) menciona que,

Após a ação judicial sofrida pelos gestores de saúde em Santos, proibindo a distribuição de seringas descartáveis para usuários de drogas, alguns profissionais que anteriormente compunham a equipe de DST/AIDS adotaram como medida alternativa a distribuição de hipoclorito de sódio para a desinfecção de seringas e agulhas. A troca de seringas tornou-se, assim, um dispositivo ilícito, que passou a operar numa via institucional exterior ao aparelho de Estado.

No entanto, em 1991, apesar de tornar-se um dispositivo ilícito, a organização não governamental Instituto de Estudos e Pesquisas em AIDS de Santos (IEPAS), sai clandestinamente às ruas e, em contato com usuários de drogas injetáveis, passa a distribuir seringas, ensinar e orientar a limpar os equipamentos de uso de drogas injetáveis.

De acordo com Souza (2007, p.70),

Nesse momento, iniciaram-se os primeiros trabalhos dos redutores de danos (agentes de saúde que conheciam e tinham acesso aos territórios existenciais dos usuários de drogas): prostitutas, travestis, usuários de drogas, moradores de rua; todos aqueles considerados marginais tornam-se atores que, apesar das ofensivas do Estado, não deixaram de se mobilizar e fazer do “sub-mundo” um plano de trocas afetivas e de construção de vínculos cooperativos. Tais ações tornaram necessária criação de novos dispositivos além da troca de seringas, nos quais os usuários de drogas pudessem participar coletivamente da gestão destas ações

Em 1994, o Ministério da Saúde através dos seus Boletins indica a existência de um quadro epidemiológico de que cerca de 25% dos casos de AIDS no Brasil estaria relacionado ao uso indevido de drogas injetáveis. Tais boletins foram comunicados a partir de resultados obtidos em estudo realizado, através de financiamento do Ministério da Saúde, intitulado Projeto Brasil, onde se percebeu que em Santos (SP) e Itajaí (SC) a ocorrência de HIV entre usuários de drogas injetáveis alcançava, no período, o índice de mais de 60%, dos casos identificados (BRASIL, 2004).

A pesquisa também apontava que, nas quatro cidades pesquisadas Santos, Salvador, Rio de Janeiro e Itajaí, o índice de compartilhamento de seringas variava de 56% na região centro-oeste a 85% no Sul. A partir dos dados obtidos, concluiu-se que a transmissão através do compartilhamento de seringas é, também, um dos fatores responsável pelo crescimento do número de casos de AIDS entre as mulheres, parceiras sexuais dos usuários e, conseqüentemente, da AIDS pediátrica (BRASIL, 2004).

Assim, diante do agravamento dos casos de AIDS no país, tem início em 1994, de acordo com Souza (2010), o “Projeto Drogas” da PN-DST/AIDS, financiado pela Organização das Nações Unidas (ONU), através do Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas (UNDCP). O projeto teve por objetivo articular a Coordenação Nacional de Saúde Mental, o então Conselho Federal de Entorpecentes - CONFEN - do Ministério da Justiça e as Secretarias do Ministério de Educação e do Desporto para discutir estratégias e ações acerca da questão do uso de álcool e outras drogas. Dentre as ações discutidas, a redução de danos foi inserida em diferentes programas e secretarias com intervenções a nível estadual e municipal (MARQUES; DONEDA, 1998).

Dentro desse contexto, ocorreu no Brasil a implantação de alguns Programas de Redução de Danos (PRDs), que foram distribuídos em 10 Estados: Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Distrito Federal, Ceará e Bahia (MARQUES; DONEDA, 1998).

Em 1995 tem início em Salvador (BA) o primeiro programa de trocas de seringas e a primeira lei estadual a legalizar a troca de seringas. A partir deste modelo, outros estados passam a adotar leis semelhantes. Souza (2007, p. 70) menciona que,

A implementação dos PRDs ocorreu de forma singular em cada município: em alguns casos, as Unidades Básicas de Saúde se tornaram instituição de referência; em outros, foram os programas municipais de DST/AIDS, em outros ainda, foram os Centros de Referência Nacional de Álcool e Drogas: O Cetad/UFBA (Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, da Universidade Federal da Bahia), o Proad/UNIFESP (Programa de Orientação e Atendimento aos Dependentes – Universidade Federal de São Paulo) e o Nepad/UERJ (Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro) eram unidades de referência da Coordenação de Saúde Mental/MS e do Conselho Federal de Entorpecentes/MJ.

Em 1997, com a organização dos movimentos sociais, foi criada a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA) durante o 2º Congresso Brasileiro de Prevenção da AIDS, em Brasília, como objetivo de implementar e fortalecer a Redução de Danos como política pública. Neste mesmo período, em São Paulo, foi aprovada a primeira Lei de Redução de Danos do país de autoria do Deputado Paulo Teixeira (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2008).

O ano de 2003, como mencionado anteriormente, foi marcado por mudanças no modelo clínico-político voltados para o usuário de álcool e outras drogas induzidas pela implantação da Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral para Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003).

Vale citar que antes da Política Nacional de Álcool e Outras Drogas destaca-se a III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001 como um momento fundamental na construção desse novo fazer clínico-político para os usuários de álcool e outras drogas. Tal destaque justifica-se pelo fato de que a partir do Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental, o modelo de atenção aos usuários de álcool e outras a drogas passa a se guiar por novas diretrizes e princípios dentro da reorientação dos modelos assistenciais em saúde mental.

Nesta perspectiva, os Programas de Redução de Danos (PRDs) passam para a responsabilidade da assistência em saúde mental, que antes tinha como exclusividade os programas de DST/AIDS. A Conferência teve com uma das deliberações,

Garantir que a atenção aos usuários de álcool e outras drogas adote estratégias de redução de danos. E, também, implantar o Programa de Redução de Danos - PRD - em todos os municípios, promovendo o envolvimento da comunidade, visando prevenir e reduzir a transmissão de DST/AIDS (BRASIL, 2002, p. 61).

De acordo com Souza (2007), a Redução de Danos ao passar a ser uma Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, tem desdobramentos institucionais na medida em que gerou duas Portarias importantes para a efetivação desta prática. São elas: a portaria 1.028, de julho de 2005, que regulariza as ações de RD pelo Ministério da Saúde e se opõe as proposta de tratamento que tinham como foco o modelo proibicionista e da abstinência; e a Portaria 1.059, de julho de 2005, que estimula o financiamento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas – CAPSAD.

A partir destas portarias, quatro principais instituições de fomento passaram a estimular a redução de danos (SOUZA, 2007, p. 78):

1. Programas Municipais de DST/AIDS através de PRDs;
2. Organizações Não-Governamentais de Redutores de Danos;
3. Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas;
4. Centros de Referência Nacional de álcool e outras drogas;

Neste sentido, a Política Nacional de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, que tem como prioridade ações de redução de danos, procura romper com as práticas repressivas e discriminatórias direcionadas aos usuários de drogas ilícitas e com o modelo de doença cujo objetivo maior é a abstinência. A partir desta política, a abstinência é vista como não sendo o único objetivo a ser alcançado, e o sujeito deve ser compreendido em sua singularidade e diversidade. Assim, as práticas de saúde voltadas para os usuários de álcool e outras drogas passam a ser conduzidas a partir da perspectiva da redução de danos.

1.3 A Redução de Danos em Pernambuco e o Programa Mais Vida da cidade do Recife

Em Pernambuco, as ações de redução de danos foram iniciadas pela prefeitura do Recife em 2003, através do Programa Mais Vida, cujas atividades são voltadas para a divulgação de informações sobre drogas lícitas e ilícitas, seu consumo, riscos, e consequências, como também, o tratamento e reabilitação de

peessoas que fazem uso nocivo ou são dependentes de drogas (SOUZA; MELO; LUCENA, 2004).

No entanto, para melhor compreensão da trajetória percorrida pelo município do Recife na construção de uma política voltada para os usuários de álcool e outras drogas através do Programa Mais Vida, é interessante entender o processo de construção na efetivação desta política em Pernambuco.

Em 1985 ocorreu em Pernambuco, Recife, um encontro organizado pela Comissão Estadual de Entorpecentes reunindo várias instituições, Secretarias de Saúde, Educação, Justiça, Segurança Pública, Fundação Joaquim Nabuco de Pesquisas Sociais e a Universidade Federal de Pernambuco tendo por objetivo discutir a questão da atenção aos usuários de álcool e outras drogas (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2008).

Como resultado desse encontro, em maio de 1986, foi fundado pelo psiquiatra José Carlos Escobar, através da Secretaria Estadual de Saúde, o Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana (CECRH), por meio do Projeto de Prevenção e Terapêutica das Dependências de Drogas. Rameh-de-Albuquerque (2008, p. 89) cita, em seu trabalho de dissertação, o seguinte trecho de registro da construção do trabalho da equipe técnica do CECRH,

O primeiro passo foi abrir a Instituição para um debate com a vizinhança, representantes de moradores, da igreja, das escolas próximas. O objetivo básico era ouvir as expectativas da população em relação ao Centro e fornecer aos mesmos as informações sobre o trabalho que iria ser desenvolvido. Tivemos oportunidade de ouvir o que significava para eles a implantação de uma instituição que iria atender toxicômanos em um bairro essencialmente residencial. Questões mais enfatizadas pelos mesmos: o medo, por achar que a área poderia vir a se tornar local de grande periculosidade, onde a marginalidade seria uma rotina; famílias pensando em mudar de local, com receio da contaminação dos seus filhos adolescentes, etc. Essa forma de iniciar o trabalho foi importante para a instituição que aos poucos foi se incorporando à comunidade em torno, que também passou a valorizar a qualidade do serviço prestado e lutar pela sua manutenção (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE apud PERNAMBUCO, 1988).

Em 1991 foi criado, o Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo (CPTRA). Com a criação deste Centro, observou-se a diferenciação entre o tratamento para usuários de álcool e usuários de drogas ilícitas, distinção essa já levantada com a fundação do CECRH (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2008). Rameh-de-Albuquerque (2008, p. 89) afirma que, “no bojo da criação

destes centros, estava inserido o preconceito em cuidar do alcoolista segregando-o dos usuários de outras drogas, ofertando o tratamento separadamente”.

No mesmo período foi fundado o SOS Drogas, que disponibilizava ao usuário e à comunidade um serviço de atendimento telefônico gratuito para que pudessem obter informações, tirar dúvidas com relação à questão do uso e abuso de drogas.

Em 2000, com a realização do Seminário Itinerante sobre Drogas e Comportamento de Risco, foi fundada a Rede Pernambucana de Redução de Danos e em 2001, foi elaborado o Documento Marco da RD em Pernambuco, com a participação de entidades e organizações governamentais e não governamentais (RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, 2008).

No entanto, no âmbito da gestão da prefeitura do Recife, até 2002 não existia, na Secretaria de Saúde do município, uma Coordenação específica para as questões relativas ao álcool e outras drogas, visto que a Coordenação de Saúde Mental dirigia suas ações apenas às pessoas que sofriam de outros transtornos psíquicos. Às ações de Redução de Danos eram realizadas de modo pontual, como as ações no carnaval de 2002, articulada com a Secretaria de Cultura e de Saúde mental.

Em 2003 houve uma reestruturação na coordenação de Saúde Mental do Recife gerando duas coordenações que passaram a funcionar paralelamente: a Coordenação da Política Municipal de Saúde Mental e a Coordenação da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool, Fumo e outras Drogas, esta última conhecida pelo o Programa Mais Vida (GRANJA, RAMEH-DE-ALBUQUERQUE; SANTOS, 2009).

Segundo Souza, Melo e Lucena (2004), o programa Mais Vida, que tem como foco as ações em torno de estratégias de redução de danos, compreende esta prática como um conjunto de estratégias (individuais e coletivas), que ocorrem no âmbito social, sanitário, político e legal. Tem por objetivo reduzir os prejuízos causados pelo consumo de drogas e melhorar a qualidade de vida dos usuários, sem a obrigatoriedade da interrupção desta prática.

Quanto a sua estruturação, o programa apresenta quatro modalidades de funcionamento: Centros de Atenção Psicossocial (CAPSAD), Albergues Terapêuticos (Casas do Meio do Caminho - CMC), as Unidades de Desintoxicação e os Consultórios de Rua.

Os CAPSAD caracterizam-se por espaços de acolhimento e atenção integral aos usuários de drogas. Atualmente, são seis CAPSAD distribuídos territorialmente seguindo a lógica da constituição dos Distritos Sanitários. São eles:

Tabela 1. Distribuição dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPSAD) por distritos sanitários do Recife

Distritos Sanitários do Recife	Bairros	Centros de Atenção Psicossociais (CAPS AD)
DSI	Boa Vista, Cabanga, Coelhos, Ilha Joana Bezerra, Ilha do Leite, Paissandu, Recife, Santo Amaro, Santo Antônio, São José e Soledade.	Profº Luiz Cerqueira
DS II	Arruda, Campina do Barreto, Campo Grande, Encruzilhada, Hipódromo, Peixinhos, Ponto de Parada, Rosarinho, Torreão, Água Fria, Alto Santa Terezinha, Bomba do Hemetério, Cajueiro, Fundão, Porto da Madeira, Beberibe, Dois unidos e Linha do Tiro.	Estação Vicente Araújo
DS III	Aflitos, Alto do Mandu, Apipucos, Derby, Dois Irmãos, Espinheiro, Graças, Jaqueira, Monteiro, Parnamirim, Poço, Santana, Sítio dos Pintos, Tamarineira, Alto José Bonifácio, Alto José do Pinho, Mangabeira, Morro da Conceição, Vasco da Gama, Brejo da Guabiraba, Brejo de Beberibe, Córrego do Jenipapo, Guabiraba, Macaxeira, Nova Descoberta, Passarinho, Pau Ferro, Casa Amarela e Casa Forte.	CPTRA - Centro de Prevenção e Reabilitação de Alcoolismo
DS IV	Cordeiro, Ilha do Retiro, Iputinga, Madalena, Prado, Torre e Zumbi,	Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana

	Engenho do meio, Torrões, Caxangá, Cidade Universitária e Várzea.	
DS V	Afogados, Areias, Barro, Bongí, Caçote, Coqueiral, Curado, Estância, Jardim São Paulo, Jiquiá, Mangueira, Mustardinha, San Martín, Sancho, Tejipió e Totó	Espaço Travessia René Ribeiro
DS VI	Boa Viagem, Brasília Teimosa, Cohab, Ibura, Imbiribeira, Ipsep, Jordão e Pina.	Profº José Lucena

Fonte: Secretaria de Saúde do Recife

Os albergues Terapêuticos estão voltados para pessoas que necessitam de atenção integral sob regime de internação por um período, no máximo, de quarenta e cinco dias. Tem como objetivo conscientizar os usuários sobre a dependência, trabalhar a opção ou não pela abstinência, reduzir danos e melhorar a qualidade de vida; Segundo Rameh-de-Albuquerque (2008, p. 90) “As CMC são espaços terapêuticos protegidos das drogas, que funcionam como albergues 24 horas, que possuem um Programa Terapêutico específico, com atividades multidisciplinares e abordagem biopsicossocial”, são eles:

Tabela 2. Distribuição dos Albergues Terapêuticos por distritos sanitários do Recife

Distritos Sanitários do Recife	Bairros	Albergues Terapêuticos (Casas do Meio do Caminho)
DS I	Boa Vista, Cabanga, Coelhos, Ilha Joana Bezerra, Ilha do Leite, Paissandu, Recife, Santo Amaro, Santo Antônio, São José e Soledade.	Profº Luiz Cerqueira
DS II	Boa Vista, Cabanga, Coelhos, Ilha Joana Bezerra, Ilha do Leite, Paissandu, Recife, Santo Amaro, Santo Antônio, São José e	Celeste Aída Chaves

	Soledade.	
DS III	Aflitos, Alto do Mandu, Apipucos, Derby, Dois Irmãos, Espinheiro, Graças, Jaqueira, Monteiro, Parnamirim, Poço, Santana, Sítio dos Pintos, Tamarineira, Alto José Bonifácio, Alto José do Pinho, Mangabeira, Morro da Conceição, Vasco da Gama, Brejo da Guabiraba, Brejo de Beberibe, Córrego do Jenipapo, Guabiraba, Macaxeira, Nova Descoberta, Passarinho, Pau Ferro, Casa Amarela e Casa Forte.	Profº Antônio Nery Filho
DS IV	Cordeiro, Ilha do Retiro, Iputinga, Madalena, Prado, Torre e Zumbi, Engenho do meio, Torrões, Caxangá, Cidade Universitária e Várzea.	Jandira Massur

Fonte: Secretaria de Saúde do Recife

As unidades de desintoxicação são responsáveis pelo atendimento de usuários dependentes de álcool e outras drogas, cujo tratamento demande internamento hospitalar, pela gravidade da intoxicação ou da síndrome de abstinência.

Tabela 3. Unidades de Desintoxicação que atende aos usuários dos distritos sanitários do Recife.

Unidades de Desintoxicação

Hospital Geral Oscar Coutinho

Arnaldo Di Lascio

Fonte: Secretaria de Saúde do Recife

Os Consultórios de Rua - reduzindo danos e resgatando a cidadania, caracterizam-se por unidades móveis de atendimento aos usuários de álcool e

outras drogas. Tem por objetivo ampliar o acolhimento e acesso aos usuários de drogas em situação de vulnerabilidade social, prioritariamente àqueles em situação de rua e que por vezes não chegam aos serviços de saúde. O trabalho foi iniciado no Recife em 2010 e conta atualmente com cinco equipes formadas, por seis profissionais, dos quais um psicólogo, um assistente social e quatro redutores de danos.

Na tentativa de compreender a redução de danos enquanto prática que faz parte da Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, é importante refletir a respeito das representações que os profissionais de saúde têm sobre a redução de danos, entendendo que tais compreensões interferem na assistência prestada. Portanto, a redução de danos pode ser vista sob diversas formas, e uma delas é como os profissionais de saúde a concebe, estruturando-se sobre imagens, crenças e estereótipos e assim, formando representações acerca desse objeto.

Nesta perspectiva com o intuito de investigar as representações da Redução de Danos para os profissionais que atuam no Programa Mais Vida da cidade do Recife, este estudo toma por base teórica a Teoria das Representações Sociais (TRS). A escolha da TRS justifica-se pelo fato dela ter como objetivo a compreensão do pensamento do senso comum construído coletivamente nos diferentes grupos sociais. Assim, os profissionais ao construírem o sentido da redução de danos poderão utilizar conhecimentos existentes na cultura e assim, produzir teorias do senso comum que serão compartilhados entre os profissionais que atuam na assistência do Programa Mais Vida.

Deste modo, a utilização da TRS possibilita a compreensão das representações elaboradas pelos sujeitos pertencentes a grupos sociais, nesta pesquisa, o grupo dos profissionais que atuam pelo Programa Mais Vida da cidade do Recife. Mediante a adoção deste suporte teórico, apresentamos no próximo capítulo uma discussão sobre os principais conceitos desta teoria.

CAPITULO 2

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: AS TEORIAS DO SENSO COMUM

2 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: AS TEORIAS DO SENSO COMUM

A Teoria das Representações Sociais foi proposta por Serge Moscovici, no início dos anos de 1960, através da publicação do estudo *La psychanalyse, son image et son public*. Neste trabalho, Moscovici procurou compreender como o saber psicanalítico passou a fazer parte do pensamento popular na França e a servir de referência para categorizar pessoas e dar sentido a alguns comportamentos.

Moscovici (2009) destaca que os indivíduos não são passivos na recepção das informações, nem simples seguidores de ideologias ou crenças coletivas, e sim ativos diante dos mais diferentes fatos presentes no dia-a-dia das interações sociais, elaborando e compartilhando suas próprias representações e soluções específicas para as questões que se colocam. Deste modo, as pessoas são capazes de transformar o conteúdo dos conhecimentos científicos e adaptá-los a sua realidade social, a partir da comunicação, com o intuito de lidar com as informações de modo mais rápido e em consonância com uma construção coletiva.

Para Moscovici (2001), a representação recebe o nome de “social”, por originar-se do pensamento da vida cotidiana, dispor de um código para a comunicação que possibilite diálogos fluidos e compreensíveis e apontar os elementos de cada grupo.

Almeida (2005) afirma que ao tentar compreender as representações sociais de determinado grupo acerca de um dado objeto é importante investigar o que pensam os indivíduos a respeito de um determinado objeto (conteúdo ou natureza da representação), porque pensam (funções adotadas pela representação no universo cognitivo e social) e como pensam (processos e mecanismos individuais e sociais de construção e gênese do conteúdo). Como também, às relações entre o que os sujeitos pensam e o que fazem, deste modo, busca-se refletir a relação entre as representações e as práticas sociais.

Adotando como exemplo o objeto deste trabalho – a redução de danos – tem-se que a partir das compreensões sobre o uso das drogas na sociedade, modelos de intervenções foram construídos no lidar com as drogas, dentre esses modelos, destacam-se o modelo tradicional e o da redução de danos. Deste modo, possivelmente teorias sobre esses modelos foram construídas pelos

sujeitos na sociedade. Estas teorias, por sua vez, poderão nortear, por exemplo, como os profissionais de saúde se relacionaram com este novo conhecimento e assim, efetivam suas práticas profissionais.

Este estudo buscará compreender como os profissionais que atuam pelo Programa Mais Vida representa a redução de danos, o que leva conseqüentemente ao entendimento das questões levantadas por Almeida (2005) na compreensão das Representações Sociais, ou seja, porque os profissionais concebem a redução de danos de tal forma, a serviço de quê estão tais conteúdos, como foram construídas as representações da redução de danos e como estas podem interferir na construção, e na manutenção da realidade social.

Para a compreensão de tais aspectos faz relevante aprofundarmos a teoria das representações sociais.

Na história da psicologia social diferentes dicotomias são constantemente questões de debate, dentre elas tem-se o dualismo entre individual/social. É dentro dessa discussão que Moscovici elabora a Teoria das Representações Sociais que segundo Guareschi (2000, p.250), “uma representação social possui uma dimensão individual na medida em que ela necessita ancorar-se em sujeitos para que possa ser entendida como existente: mas ela é, igualmente, social, pois existe na mente e na mídia”.

De acordo com Rêses (2003), na formulação da teoria das representações sociais, Moscovici toma como base a teoria da representação coletiva de Durkheim, contudo, compreende que esse modelo de pensamento da sociedade era estático e tradicional, adequado às sociedades de dimensões mais cristalizadas e estruturadas. Assim, substitui o conceito de “coletivo” por “social”, o que melhor se aproxima das sociedades complexas contemporâneas por serem dinâmicas e fluidas. Segundo Rêses (2003, p. 194) Moscovici,

Atribui, no caso das representações, não exatamente à sociedade como um ente invisível e indivisível, como fez Durkheim, mas sim aos grupos aos quais os indivíduos associam-se no decorrer de suas vidas. Grupos diferentes podem e tendem a produzir representações diferenciadas sobre um mesmo objeto.

Deste modo, Moscovici (1978), define as Representações Sociais como construções sociais sobre os fatos e objetos que cercam os indivíduos sociais, construindo uma modalidade particular do conhecimento, que é o saber do senso

comum. Esse conhecimento é originado da vida cotidiana dos grupos, construídos socialmente e funciona no sentido de interpretar, pensar e agir sobre a realidade.

Na concepção teórica formulada por Moscovici (2009) o sujeito é ativo, construtor da realidade e nela construído. Contudo, mesmo enfatizando o caráter ativo do sujeito diante da sociedade, Moscovici destaca que as ciências e as ideologias que transitam os diversos meios de comunicação também participam da construção das ideias e concepções que regem a sociedade. Neste sentido, Moscovici ressalta uma particularidade em sua teoria que é a comprovação de um tipo de dualidade do real, que se constitui por meio de dois universos: um consensual (do senso comum) e outro reificado (da ciência).

O universo consensual corresponde ao mundo em que vivemos, não existindo uma “verdade” como na ciência, mas sim versões compartilhadas por grupos. Neste universo, tudo é compreendido a partir de modelos existentes, embasado no saber social adquirido e partilhado pela coletividade (MOSCOVICI, 2009). Deste modo, no universo consensual o sujeito participa com os saberes que possui, dando palpites, elaborando perguntas, fornecendo informações e tomando decisões pelo grupo.

O universo reificado é marcado por ser mais formal. Ao invés da individualidade, a sociedade é compreendida “como um sistema de diferentes classes e papéis a serem exercidos” (MOSCOVICI, 2009, p. 51). As relações são institucionalizadas, o que caracteriza que cada um tem seu papel e grau de importância. Como ocorre uma hierarquização das relações entre os sujeitos, um mundo sem identidades é formulado e em grande parte através de regras e impessoalidade.

Moscovici (2009) menciona que neste universo existe uma forma e linguagem correta para cada situação, além de normas, leis, tudo organizado com rigor científico. Os discursos individuais que ocorrem no universo reificado são continuamente dependentes da função de quem os profere, com o objetivo de que a racionalidade seja imposta sobre a realidade, como a razão e fim de todo seu funcionamento.

Portanto, cada universo apresenta seus conhecimentos e modo de funcionar, a ciência é a forma que compreendemos o universo reificado, e através das representações sociais, entendemos o universo consensual.

Moscovici (2009) destaca que o universo consensual e o universo reificado estão em constante interação e, uma vez instalada uma tensão entre os dois universos, cria-se uma ruptura entre a linguagem dos conceitos e a das representações, entre conhecimentos científicos e conhecimento popular, deste modo, é necessário revoluções concretas no senso comum de modo a permitir re-ligar os dois universos.

No centro dos universos consensuais encontramos a comunicação que configura e anima as representações sociais, dando-lhe, assim, vida própria. Neste sentido o senso comum é continuamente criado e re-criado, visto que, sobretudo onde o conhecimento científico está popularizado, as imagens e linguagem simbólica da ciência, estão, de acordo com Moscovici (2009), em constante mudança.

Embora ocorra o intercâmbio entre o universo consensual e universo reificado, um não anula o outro, uma vez que promovem formas diferenciadas de compreender e se relacionar com o mundo. Mesmo que o senso comum altere seu conteúdo e forma de raciocinar, o mesmo não pode ser substituído pelas teorias científicas, visto que sua função de explicar e descrever as relações comuns entre os sujeitos, suas atividades e comportamentos do dia-a-dia se mantém.

Jovchelovitch (2008) destaca que a compreensão dos saberes que permeiam a sociedade não deve se limitar a listar temas sobre um objeto social e nem a descrever os processos cognitivos subjacentes ao conhecimento. Mas ao entendimento anterior do estudo das relações que formam a base da formação dos saberes compreendendo a lógica que sustenta essas relações ligando o conteúdo do conhecimento a seus processos cognitivos e estes à lógica pessoal e social que permeia todo ato do saber. Deste modo “estudar saberes significa estudar o conjunto de práticas, relações, contextos concretos em que o saber, enquanto ação social, ocorre” (p.261).

Nesta perspectiva, este estudo tem como foco compreender o conhecimento do universo consensual, ou seja, as representações sociais que se definem como,

Um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: primeiro, estabelecer uma ordem que possibilitará as 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 ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social (MOSCOVICI, 1978, p.21).

Nóbrega destaca que as representações sociais têm por responsabilidade,

tornar o estranho familiar e o invisível perceptível, dominar a realidade por integração cognitiva do novo. Reconstrução do real através da interpretação do ambiente traduzida num conjunto lógico do pensamento que constitui a visão de mundo para uma certa coletividade (NÓBREGA, 2001, p. 72).

Assim, a Representação Social é um tipo de conhecimento que se configura a partir de uma realidade social e é produzido no intercâmbio das relações entre sujeitos e objeto, colaborando para a construção de uma identidade de um determinado grupo social. Temos, portanto, a necessidade contínua de estarmos informados sobre o mundo que nos rodeia, pois além de nos ajustarmos a ele, precisamos dominá-lo e é por isso que elaboramos as representações.

Vale destacar que, do ponto de vista cognitivo, a representação é um fenômeno que fundamenta a vida mental, tendo em vista que “não é à realidade tal como o experimentador imagina que o sujeito reage, mas a uma outra eventualmente diferente: uma realidade representada, isto é, apropriada, estruturada, transformada – a realidade do sujeito” (ABRIC, 2001, p. 156). Logo, cada indivíduo reformula a realidade de modo distinto, criativo e autônomo, atribuindo-lhe um significado, levando-se em conta o seu sistema de valores, a sua história pessoal e o contexto social no qual está inserido. Portanto, as representações atrelam a pertença e a participação social do sujeito (JODELET, 2001).

Se tomarmos como exemplo o objeto de estudo desta pesquisa a redução de danos, partindo de ideias que foram construídas ao longo da história sobre as drogas observa-se que concepções se formaram sobre as drogas, o usuário de drogas e conseqüentemente sobre as estratégias de cuidado ao usuário de drogas, dentre elas, a redução de danos. Tais concepções ora são formulados no âmbito das ciências, produzindo um conhecimento que exige certo rigor científico, com a elaboração de teorias, leis, ora são formuladas no cotidiano, produzindo um conhecimento de senso comum. Deste modo, em um mesmo discurso idéias

sobre a droga como algo que provoca prejuízos e por isso deve ser combatida convive como ideias que visualizam a convivência com as drogas de forma a minimizar os seus efeitos nocivos à saúde. É nesse jogo de ideias que as teorias são construídas na sociedade e conseqüentemente irão orientar as práticas sociais.

Moscovici destaca que no processo de tornar familiar o que não é familiar dois processos serão responsáveis pela interpretação e atribuição de significados ao objeto social: o processo da objetivação e da ancoragem.

A objetivação consiste em concretizar as abstrações, assim, torna familiar o que é desconhecido. Pode ser dividida em três momentos (ALVES-MAZZOTTI, 2008): 1- a construção seletiva, no qual o indivíduo elege elementos, ideias e crenças, por meio de critérios culturais e normativos; 2- a esquematização estruturante, que organiza a representação constituindo um núcleo figurativo; 3- a naturalização, no qual os elementos do pensamento formam o núcleo figurativo e são concretizados, materializados, constituindo-se como naturais.

A ancoragem permite compreender, a partir de categorias e imagens já conhecidas, o que ainda não está classificado. Relaciona-se à assimilação do novo, à orientação dos comportamentos e à interpretação da realidade, na medida em que mostra a forma como os elementos revelam as relações sociais. Este processo é organizado a partir de três características (SANTOS, 2005): 1- enraizamento no sistema de pensamento; 2- atribuição de sentido; 3- instrumentalização do saber.

De acordo com Moscovici (2001), esses processos são condições *sine qua non* para a constituição de uma representação visto que, ambos, contribuem na maneira como o social transforma um conhecimento em representação e a maneira como esta transforma o social, indicando a interdependência entre a atividade psicológica e suas condições sociais.

Tomando como exemplo os profissionais que atuam no Programa Mais Vida, pode-se supor que eles na tentativa de compreender a redução de danos terão que levantar diversos valores e informações pré-existentes no que concerne às drogas, saúde, doença, estratégias de cuidado buscando adaptar o objeto novo e estranho à sua realidade sócio-afetiva e cognitiva. Deste modo, visando compreender a redução de danos os profissionais terão que resignificá-lo através de semelhanças e aproximações com os objetos mais familiares, na busca de

torná-lo “admissível”. Assim, a redução de danos poderá ser, por exemplo, compreendida pelos profissionais como uma alternativa de saúde, na busca de dar sentido ao objeto em questão, o que teoricamente é denominado de objetivação. Ao tentar tornar familiar o novo os profissionais se ancoram em sistemas de referências pré-existentes, podendo ou não promover mudança no sentido dado ao objeto.

Paralelamente os sujeitos também alteram seus sistemas de conhecimento com o intuito de se adequar melhor ao novo, assim, poderão colocar em questão seus valores diante da convivência, por exemplo, com os usuários de drogas, o que poderá ocasionar a reelaboração das informações, afetos, previamente dadas como verdadeiras. Tais movimentos que tem com o intuito a construção de sentidos na formulação da representação é o que se denomina de ancoragem.

Por consequência, é importante compreender como a redução de danos é significada pelos profissionais que atuam no Programa Mais Vida considerando-se o conjunto de informações aos quais eles são expostos, assim como é importante compreender como os atores sociais constroem estas informações.

Além dos dois processos básicos de tornar familiar o que não é familiar, Moscovici (1978) destaca duas funções desenvolvidas pelas representações, (1978): função do saber e função de orientação das comunicações sociais. Posteriormente, em 1994, Abric adiciona outras duas funções às representações: a função justificadora e a identitária.

A função do saber diz respeito à possibilidade de compreensão e de explicação da realidade: os valores sociais passam a ser integrados ao indivíduo, “em coerência com seu funcionamento cognitivo” (ABRIC, 2000, p. 29); Assim, ao pensar no objeto da redução de danos, na medida em que construímos representações sociais sobre a redução de danos, é possível explicá-la, compreendê-la e assim, torna-la familiar no campo do senso comum. A função de orientação funciona como um guiados comportamentos e das práticas determinando previamente o modelo de relação que o sujeito deve apresentar frente a um objeto.

A função justificadora permite aos sujeitos justificar e explicar seus comportamentos. Abric (2000) afirma que a partir desta função as representações podem intervir na avaliação da conduta, permitindo a justificativa das mesmas. Por fim, a função identitária, que possibilita aos indivíduos e grupos

formarem uma identidade social regulada com os sistemas de normas e valores, socialmente e historicamente, em determinado contexto e época.

Além de compreender como se constroem as representações é importante entender como estas se organizam. Abric (2000) propôs a abordagem estrutural, na qual propõe que os elementos que compõem as representações sociais se organizam de forma hierárquica em torno de um núcleo central. Os elementos mais significativos da representação social se organizam em um sistema central (núcleo central), com função geradora e organizadora, deste modo, é este núcleo que dá sentido e organiza todos os outros elementos da representação, que, por sua vez, constituem um sistema periférico.

Além da abordagem estrutural de Jean-Claude Abric, Almeida (2005) destaca outras duas abordagens complementares à teoria formulada por Moscovici: a abordagem culturalista de Denise Jodelet e a abordagem societal de Willem Doise. Neste estudo a abordagem culturalista ganha destaque.

A abordagem culturalista enfoca a articulação entre as dimensões sociais e culturais para a compreensão das construções mentais e coletivas. Nesta perspectiva, Jodelet faz das representações sociais uma ferramenta fecunda para “enfocar o jogo da cultura e de suas especificidades históricas, regionais, institucionais e organizacionais, sem cair em um particularismo daninho ao intercâmbio e à cooperação” (ALMEIDA, 2005, p.128).

De acordo com Jodelet (JODELET, 2001, p.17),

partilhamos esse mundo com os outros, que nos servem de apoio, às vezes de forma convergente, outras pelo conflito, para compreendê-lo, administrá-lo ou enfrentá-lo. Eis porque as representações sociais são tão importantes na vida cotidiana. Elas nos guiam no modo de nomear e definir conjuntamente os diferentes aspectos da realidade diária, no modo de interpretar esses aspectos, tomar decisões e, eventualmente, posicionar-se frente a eles de forma defensiva.

Segundo, Sá (1998), Jodelet em sua posição teórico-metodológica defende que no estudo das Representações Sociais o pesquisador deve buscar: 1- a compreensão dos discursos dos indivíduos e dos grupos que sustentam a representação de um determinado objeto social; 2 – o entendimento dos comportamentos e práticas sociais que se atrelam às representações; 3 – a análise de documentos e registros que contribuem para a institucionalização de discursos e práticas; 4 – a interpretação que estes discursos recebem pelos

meios de comunicação de massa que estão em circulação no dia-dia e pelos quais não é exercido controle.

Almeida (2005) afirma que para Jodelet as representações sociais formam um instrumento teórico adequado na visualização global do sujeito em um mundo de objetos. Deste modo, compreender as representações e as práticas profissionais direcionadas à redução de danos, desenvolvidas por profissionais que atuam em dispositivos de saúde na reabilitação psicossocial para álcool e outras drogas, é buscar apreender a forma em que esse fenômeno desconhecido e estranho torna-se familiar, visto que, os sujeitos ao se depararem com um fenômeno desconhecido e ameaçador, tendem a elaborar teorias a partir de informações por meio de categorias já conhecidas, assim, formulam representações acerca do objeto.

Segundo Oliveira, Siqueira e Alvarenga (1998, p.183),

A esse respeito, as práticas profissionais, vistas a partir das representações sociais, possibilitam um novo olhar não mais as considerando tão somente como esfera normativa, estritamente técnica e cientificamente determinada. Mas como expressão de subjetividade que se constituem e se expressam inseridas em dado espaço social. Isso implica em conhecer o duplo caráter assumido pelas práticas profissionais: o primeiro com ação legitimada e legitimadora do conhecimento científico; e o segundo, como construção pessoal, subjetiva da realidade e, nessa medida, como experiência pessoal, ação criativa, conhecimento de base empírica, que participa na construção da realidade.

No que concernem às práticas sociais e à teoria das representações sociais, Jodelet (2005) destaca que os estudos em representações sociais apresentam a frequente dificuldade de estabelecer relações com as práticas, assim, é comum que se ignore o alcance da representação social como definição de um objeto diante do qual as pessoas se situam ativamente construindo a realidade.

Neste aspecto, como mencionado anteriormente, as representações orientam condutas e, deste modo, práticas sociais, no entanto, no desenvolvimento das práticas é possível observar mudanças ou a formação de novas representações. Logo, ambas se relacionam dialeticamente e são interdependentes e indissociáveis (TRINDADE, 1998).

Trindade (1998) defende a relevância de se compreender a relação entre as práticas e as representações sociais, destacando que, “a relação prática-

representação é um dos pressupostos da teoria das representações sociais, o que atribui às práticas o estatuto de elemento fundamental da construção teórica" (p.21).

Logo é importante refletir o que se compreende por práticas sociais no âmbito dessa teoria. Rouquette (1998) afirma não existir uma concordância sobre o que sejam as práticas sociais e destaca que,

o problema das relações entre práticas e representações é recorrente em toda a literatura da psicologia. Alcança um destaque singular na produção consagrada às representações sociais, uma vez que estas últimas estão manifestadamente ligadas às comunicações, à pragmática e, portanto, à ação (p.39).

Trindade (1998) menciona que nos estudos sobre as práticas sociais, dois pontos são comuns entre os diferentes autores: 1- a identificação de um conjunto de ações; 2- a necessidade de que estas ações sejam padronizadas e encadeadas numa organização. É neste sentido, como um conjunto de comportamentos que se repetem no tempo e que são compartilhados por um grupo de pessoas, que este termo será considerado neste estudo.

CAPÍTULO 3

OBJETIVOS E MÉTODO

3 OBJETIVOS E MÉTODO

3.1 Objetivos

Este trabalho teve os seguintes objetivos norteadores:

Objetivo Geral:

Compreender a representação social de redução de danos para profissionais que atuam através do Programa Mais Vida da cidade do Recife.

Objetivos Específicos:

- Identificar o conteúdo das representações sociais acerca da Redução de Danos;
- Analisar em que se ancoram as representações do grupo investigado e como são objetivadas essas representações;
- Investigar quais práticas os sujeitos desenvolvem na execução da redução de danos e como estas se relacionam com as representações de Redução de Danos.

3.2 Método

3.2.1 Natureza da Pesquisa

A metodologia desta pesquisa é de natureza qualitativa por privilegiar o fenômeno ou objeto estudado inserido no processo social das transformações realizadas pelos sujeitos na construção de sua realidade. MINAYO (1998, p.22) expõe que, a pesquisa qualitativa busca compreender “o mundo dos significados das ações e relações humanas”. Nesta perspectiva, o presente estudo propõe à utilização de técnica de pesquisa qualitativa e como base teórica: a teoria das representações sociais.

Deste modo, como a metodologia qualitativa tem por objetivo compreender as transformações realizadas pelos os sujeitos em suas realidades e como o sujeito da teoria das representações sociais é visto como um sujeito ativo e construtor de sua realidade e nela construído a escolha do método qualitativo melhor se adéqua neste estudo.

No que concerne à técnica de pesquisa utilizada na teoria das representações sociais, Faar (1993, p.10), afirma que, “uma característica singular desta teoria é a de não privilegiar nenhum método particular de pesquisa”. Assim, o autor destaca a importância do caráter plurimetodológico da pesquisa neste campo, relata que, “a teoria é compatível com o uso de uma extensa variedade de diferentes métodos de pesquisa” (p.22).

Contudo, a escolha de um método específico depende dos objetivos do pesquisador e do objeto de estudo. Segundo Duarte (2002, p.140), “a definição do objeto de pesquisa assim como a opção metodológica constituem um processo tão importante para o pesquisador quanto o texto que ele elabora ao final”.

Neste sentido, este estudo tem por objetivo investigar o conteúdo das representações sociais da redução de danos para profissionais que atuam através do Programa Mais Vida da cidade do Recife, como também, compreender como as representações do grupo investigado são objetivadas e em que se ancoram e quais práticas são desenvolvidas pelos os profissionais na execução da redução de danos, e como estas se relacionam com as representações de Redução de Danos.

Na realização deste estudo será utilizada a técnica de entrevista semi-estruturada, com o objetivo de, a partir das informações que emergirem, compreender os aspectos envolvidos nas representações do objeto Redução de Danos.

3.2.2 Sujeitos:

Foram realizadas, a partir de um roteiro inicial de entrevista, trinta (30) entrevistas semi-estruturadas com os profissionais que atuam na Assistência do Programa Mais Vida, através de quatro Albergues Terapêuticos (Casas do Meio do Caminho) e seis Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras drogas (CAPSAD).

Os profissionais entrevistados eram vinte e cinco (25) do sexo feminino e cinco (05) do sexo masculino, com idades a partir dos 18 anos e atuam nas seguintes unidades de saúde, sendo:

- Albergue Terapêutico: no total onze profissionais foram entrevistados nesta modalidade de atendimento a usuários de álcool e outras drogas, dos quais quatro técnicos em Saúde de Nível Superior², todos do sexo feminino dos quais, uma de psicologia, uma de serviço social, uma de enfermagem e uma de terapia ocupacional; e sete Agentes de Redução de Danos (ARD), dos quais três do sexo masculino e quatro do sexo feminino.
- Centro de Atenção Psicossocial CAPSAD: no total dezenove profissionais foram entrevistados nesta modalidade de atendimento a usuários de álcool e outras drogas. Dentre esses profissionais, onze eram técnicos em Saúde de nível superior, cinco de psicologia, quatro de enfermagem, um de medicina e um de terapia ocupacional – dos quais dez eram do sexo feminino e um do sexo masculino; e oito eram agentes de Redução de Danos (ARD), dos quais sete do sexo feminino e um do sexo masculino.

²O Técnico em Saúde de Nível Superior é qualquer profissional de saúde que tenha nível superior (psicólogo, médico, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, etc.), os Agentes de Redução de Danos (ARD) são profissionais de nível médio.

Quanto à escolaridade, os profissionais têm o ensino médio concluído ou universitário e alguns com especialização na área de saúde mental ou dependência química, e outros com outras áreas de especialização. O critério de escolha dos profissionais foi, preferencialmente, os que tivessem com pelo menos um ano de atuação na área da dependência química.

Os dados coletados acerca da caracterização dos participantes foram reunidos nas tabelas abaixo.

Tabela 04. Quantitativo de profissionais entrevistados nos serviços de CAPSAD e Albergue Terapêutico

Profissional entrevistado	Albergue	CAPS AD	TOTAL
TÉCNICO DE SAÚDE MENTAL	04	11	15
REDUTOR DE DANOS	07	08	15
TOTAL	11	19	30

Fonte: Entrevistas realizadas com os profissionais do Programa Mais Vida.

A tabela apresentada demonstra que o número de profissionais Técnico de Saúde Mental equivale ao número de profissionais Redutor de Danos, o que evidencia que a pesquisadora buscou no momento da coleta dos dados, uma distribuição equilibrada na escolha dos profissionais.

Tabela 05. Quantitativo de profissionais entrevistados, de acordo com sua formação, nos serviços de CAPSAD e Albergue Terapêutico

Formação dos entrevistados	Albergue	CAPS AD	TOTAL
ASSISTENTE SOCIAL	01	-	01
ENFERMEIRO	01	04	05
MÉDICO	-	01	01
PSICÓLOGO	01	05	06
TERAPEUTA OCUPACIONAL	01	01	02
REDUTOR DE DANOS	07	08	15

DANOS			
TOTAL	11	19	30

Fonte: Entrevistas realizadas com os profissionais do Programa Mais Vida.

A tabela apresentada demonstra que dentre os profissionais Técnicos de Saúde Mental entrevistados a formação de psicologia e enfermagem se destacam quantitativamente. Tais formações se enfatizam devido ao fato de no momento da coleta dos dados estes serem os profissionais que se colocaram a disposição para a entrevista ou os que no momento não estariam realizando alguma atividade no dispositivo de saúde de CAPSAD e Albergue Terapêutico.

Tabela 06. Quantitativo de profissionais entrevistados, de acordo com sua religião, nos serviços de CAPSAD e Albergue Terapêutico

Religião	Albergue	CAPS AD	TOTAL
CATÓLICA	4	09	13
PROTESTANTE	2	5	07
ESPÍRITA	1	2	03
NÃO POSSUI	4	3	07
TOTAL	11	19	30

Fonte: Entrevistas realizadas com os profissionais do Programa Mais Vida.

A tabela apresentada demonstra que dentre os profissionais entrevistados a religião católica se destaca, e a religião protestante e os que não mencionaram religião se igualam quantitativamente.

3.2.3 Material:

Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada, previamente elaborado, canetas, lápis, borrachas, folhas de papel ofício, aparelhos de mp4 e o Software Alceste.

O roteiro de entrevista foi elaborado através de uma história fictícia em que se relata a história de um sujeito usuário de álcool e outras drogas. A história foi adaptada de acordo com o tipo de serviço a ser investigado. A história tinha como objetivo permitir que o sujeito aproximasse de sua prática cotidiana as informações que iria fornecer. Abric (2003) enfatiza a construção de instrumentos que possibilitem maior aproximação do contexto concreto no qual se desenvolvem as representações.

3.2.4 Procedimentos

De Coleta:

Inicialmente, para melhor compreensão do campo de estudo, realizou-se um primeiro contato com a coordenadora do Programa Mais Vida, via endereço eletrônico e contato telefônico. Ela mostrou-se bastante solícita, dando informações que permitiam compreender as diretrizes do programa.

O projeto foi enviado para a Diretoria de Gestão do Trabalho – DGGT da Prefeitura do Recife para fins de análise pelo Conselho de Ética do referido órgão, com o objetivo de solicitar a carta de anuência para a realização da pesquisa. Em seguida, o projeto foi submetido ao comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco com o objetivo de cumprir com os padrões éticos de pesquisa com seres humanos. Ele foi aprovado no processo número 324/11 CEP/CCS/UFPE.

Com as devidas autorizações, foi realizado contato com os gestores de cada serviço com o intuito de solicitar o agendamento para a realização de visita institucional e assim, realizar as entrevistas com os profissionais que atuam na assistência. Para a realização das entrevistas, que foram gravadas e realizadas individualmente mediante a autorização do participante, foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos mesmos, com o objetivo de garantir o conhecimento dos entrevistados acerca dos objetivos e finalidades do estudo, além dos procedimentos adotados, os riscos e os benefícios envolvidos na pesquisa.

Vale destacar que o material decorrente das entrevistas foi 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.

De Análise:

Os dados obtidos foram transcritos e inicialmente transformados em um único corpus de análise para ser submetido a uma análise automática com o *software* ALCESTE. Contudo os resultados observados reproduziram os blocos de perguntas do roteiro de entrevista, isto é, as classes decorrentes da

Classificação Hierárquica Descendente reproduziam de certa forma os blocos de questões do roteiro de entrevista. Assim, colocou-se a necessidade de dividir as entrevistas em três blocos de análise de acordo com as perguntas do roteiro de entrevista semiestruturada elaborado para a coleta dos dados.

No primeiro bloco foram reunidas as questões em torno do tratamento e uso e abuso de drogas (questões: 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7); o segundo, as questões relacionadas a gênero e uso de drogas (questões: 8, 9, 10 e 11); e o terceiro, questões ligadas às políticas de saúde (questões: 12, 13 e 14). Assim, cada bloco foi transformado em um *corpus* para ser submetido a uma análise automática com o *software* ALCESTE analisados.

O Alceste desenvolve, de modo automático, a análise de diálogos, documentos, questões abertas, etc, e tem por objetivo obter, a partir de uma classificação estatística do *corpus* estudado (utilizando o teste de χ^2), as palavras mais significantes, empregando para isso a classificação hierárquica descendente. Esta divide consecutivamente o texto e distribui as palavras em classes hierarquizadas.

CAPÍTULO 4

ANÁLISE DOS DADOS

4. ANÁLISE DOS DADOS

4.1 Resultados

As Classificações Hierárquicas Descendentes, realizada pelo software ALCESTE a partir dostrês corpus formado pelos três blocos das entrevistas, fez emergir três dendrogramas. O primeiro nomeado “O tratamento de Sucesso e as Drogas”; o segundo, “Gênero e as Drogas”; e o terceiro “As Políticas voltadas para o uso/abuso de álcool e outras drogas e as formas de cuidado”. Todos são formados por quatro classes de palavras, distribuídas em dois eixos, como demonstram os dendrogramas (Fig. 01, 02, 03).

Esta divisão indica que há uma proximidade maior entre as classes de cada eixo e que provavelmente, embora mantendo especificidades, o conjunto de cada classe reunidas em um eixo expressa ideias articuladas acerca de um objeto. Com a descrição dos resultados e apresentação da discussão, esta relação melhor será observada e entendida.

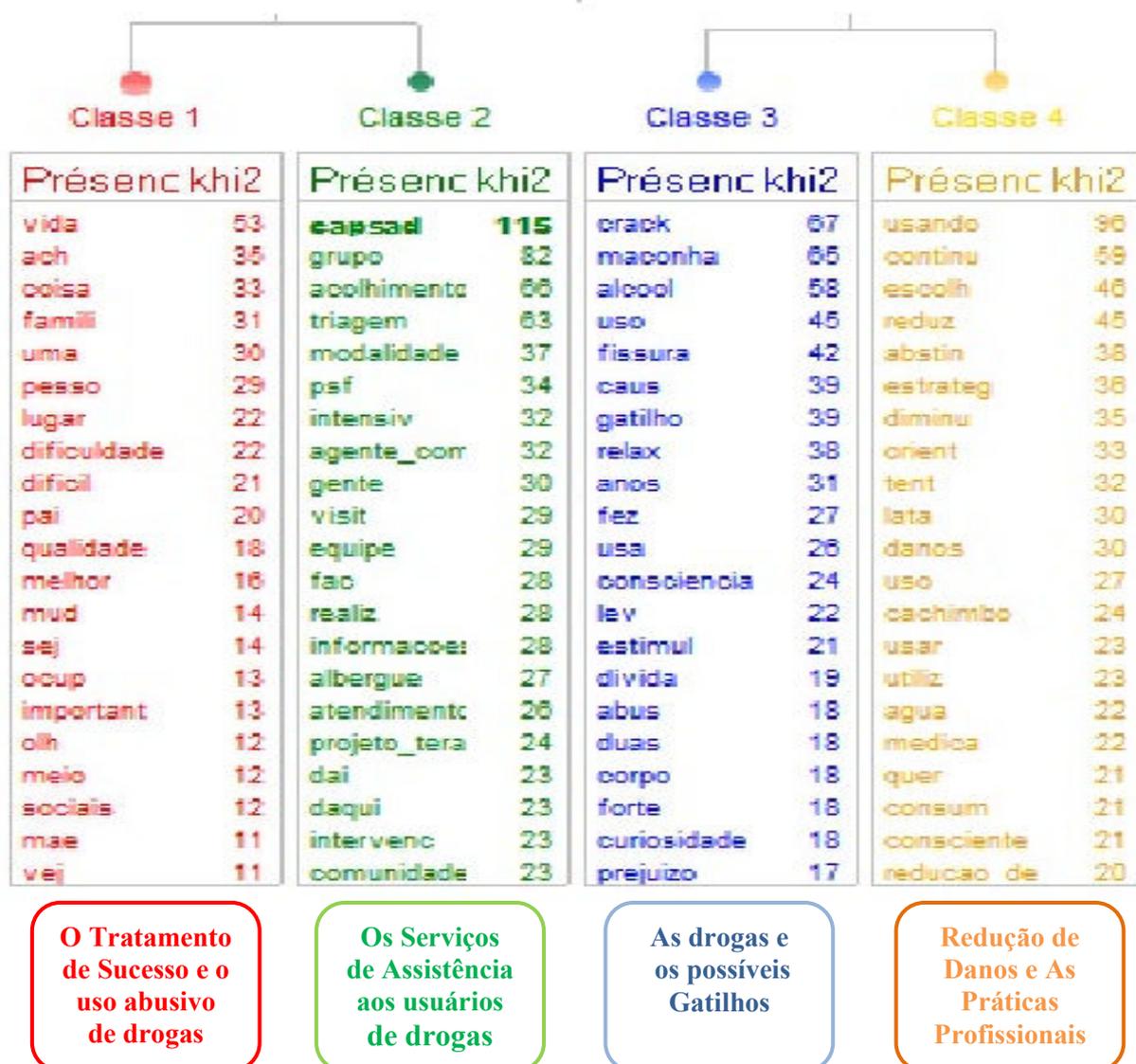
Os dendrogramas (Fig. 01, 02 e 03) apresentam as classes com suas palavras e respectivos valores de qui-quadrado. Estas palavras não são todas as produzidas pela análise, mas aquelas que representam, após uma seleção feita pelo pesquisador, uma maior significância e possibilitam uma melhor compreensão do sentido da classe.

4.1.1 Tratamento de Sucesso e as Drogas

Os discursos dos sujeitos a respeito do que significa um tratamento de sucesso e as drogas fizeram emergir um dendrograma (Figura 1) cujas classes podem ser visualizadas em dois eixos.

O primeiro eixo (classes 1 e 2) reúne os discursos dos profissionais sobre o que é um tratamento de sucesso e a assistência prestada, através dos dispositivos de saúde e assistência social, as pessoas que fazem uso/abuso de drogas. No segundo eixo (classes 3 e 4), nomeado Drogas e Redução de Danos, é marcado pelo o discurso dos profissionais sobre os tipos de drogas e os possíveis “gatilhos” que levam os usuários a realizar o uso da droga, como também sobre a redução de danos e as práticas profissionais.

Fig. 01 Dendrograma 1: O tratamento de Sucesso e As Drogas



Eixo 1: O Tratamento de Sucesso e Os Dispositivos de Cuidado ao usuário de álcool e outras drogas

Classe 1 - O Tratamento de Sucesso e o Uso Abusivo das Drogas

Na Classe1, que corresponde a 36.21% do corpus analisado, apresenta discursos típicos de profissionais de ambos os serviços e que mencionaram não ter religião. Os entrevistados consideram que o tratamento de sucesso é aquele que o sujeito consegue resgatar os vínculos sociais e familiares, como pode ser observado na fala dos sujeitos 19 e 29:

O QUE É UM TRATAMENTO DE SUCESSO? É o usuário conseguir melhora na qualidade de vida, conseguir alguma mudança, cativa na constelação afetiva, nas suas relações com a sociedade, ir buscar, ele conseguir encontrar uma das coisas que ele veio buscar aqui (Sujeito 19, CAPSAD, Psicólogo).

O tratamento é de sucesso quando os setores saúde, educação e lazer conseguem trabalhar integrado vendo o sujeito na vida conseguindo fazer o seu projeto de vida, de construção, e a família nesse processo é muito importante (Sujeito 29, Albergue Terapêutico, Enfermeiro).

Destaca também em suas falas a importância de se compreender a história de vida do usuário e que um dos motivos que levam os sujeitos a fazer o uso da droga é por ter uma “família desestruturada”, como se observa, por exemplo, na fala do sujeito 12:

Uma quebra familiar, assim porque eu observo muito na história de vida desses usuários a maioria deles tem uma quebra familiar, a maioria, quando a gente resgata a história de vida, alguma coisa tem, ou é pais separados, ou não conheceu os pais, alguma coisa desse núcleo inicial aconteceu, então é muito comum isso, eu até brinco dizendo que merecia uma pesquisa pra saber, se a gente for fazer uma pesquisa à gente vai logo analisar que a maioria tem alguma quebra no núcleo inicial familiar (Sujeito 12, CAPSAD, Psicólogo).

É interessante ressaltar que os profissionais, ao elaborarem representações sobre o tratamento de sucesso e o usuário de drogas destacam a existência de padrões de comportamento a se seguir: o resgate dos vínculos familiares e com a sociedade. Ao enfatizar a necessidade do resgate dos vínculos familiares, os profissionais realçam a existência de um modelo de família “típico” das pessoas que fazem o uso e abuso de drogas, ou seja, as relações afetivas dos sujeitos caracterizam-se na existência ou não de uma forma de exercício da parentalidade, o que foge dos padrões tradicionais: são famílias monoparentais, adotivas, recompostas, temporárias, de produções independentes, entre outras.

Ao relacionar o usuário de drogas a tais configurações e mencionar que os mesmos advêm de uma “família desestruturada”, os profissionais se contrapõem aos novos arranjos de família e resgatam uma série de valores, informações, atitudes pré-existentes, tais como o modelo de família nuclear, formada por pai, mãe e filho, etentam justificar o uso da droga do usuário no fato do mesmo não apresentar a família ideal.

Tais aspectos vão ao encontro com pesquisas realizadas sobre família, assim, Szymanski (1995), no estudo *Teorias e Teorias da Família*, destaca a existência na sociedade de um modelo de família pensada como modelo ideal a se seguir. A autora coloca que é pensada por estar subjacente ao projeto de construção de uma família, mostrando-se como parâmetro para avaliação e agarrância da felicidade. Nesta perspectiva, as possíveis “falhas” no processo de construção da família pode ser vista como “patologias” ou “deficiências” morais, intelectuais ou psicológicas dos pais.

Szymanski (1995) menciona a existência de duas ideias sobre o que é a família: a primeira, a família pensada ou idealizada, compreendida como modelo patriarcal e monogâmico, configurada em uma relação de estabilidade e amor entre seus elementos: pai, mãe e filho; e a segunda, a família vivida ou real, formada por qualquer grupo social, com vínculos sanguíneos ou não, estruturado por relações de afeto e econômico.

Cardoso, Féres-Carneiro e Giovanetti (2009), no artigo *Um estudo fenomenológico sobre a vivência de família em uma comunidade popular* enfatizam que as pessoas adotam a família como referência essencial na vida, como garantia de felicidade, suporte e promoção de equilíbrio pessoal. Contudo, também verifica que a família está associada a experiências de conflitos entre os componentes, o que ocasiona preocupações e sofrimentos.

Tomando como exemplo, os dados obtidos nas entrevistas realizadas com os profissionais do CAPSAD e Albergue Terapêutico, observa-se que os mesmos ao destacarem que as pessoas fazem uso de droga, por normalmente serem oriundas de “famílias desestruturadas”, apontam seus argumentos no padrão normativo de família como forma de responsabilizar a mesma pelas dificuldades dos usuários e também como forma de proteção identitária e assim, justificam suas práticas.

Além disso, nos seus discursos os profissionais mencionam que os sujeitos fazem uso de drogas por apresentarem na família ou nas relações sociais dificuldades afetivas. Nesta perspectiva, as inferências dos profissionais sobre os motivos que levam as pessoas a usarem drogas recaem a fatores interacionais, o que atribui sentidos a família ou as relações sociais como aquela que é a “responsável” por um desenvolvimento saudável ou não de seus membros. Como pode ser visualizado, por exemplo, na fala do sujeito 07:

Própria família, não é?, os vínculos que ele estabelece não só com as pessoas dele, mas com as pessoas que ele convive são vínculos doentios, então é difícil trabalhar esse paciente o prognóstico eu acho muito sombrio (Sujeito 07, CAPSAD, Médico).

Neste sentido cabe pensar sobre o papel da família e da sociedade na formação do sujeito. Lucchiari (1997) destaca que no processo de desenvolvimento do sujeito a relação entre pais e filhos influenciam-se mutuamente. A criança, no processo de socialização, seleciona as características familiares na interação com seus familiares e os integra diferentemente na formação da sua personalidade. As informações recebidas não podem ser alteradas, mas podem ser moldadas de forma contrastantes, assim, enquanto uma criança pode se identificar com uma característica, outra se defende dessa identidade.

Berger e Luckmann (1993) destacam que o indivíduo passa por dois estágios diferenciados no processo de socialização. O primeiro denominado de socialização primária “o indivíduo experimenta na infância, e em virtude da qual se torna membro da sociedade” (p. 175). A partir da socialização primária o indivíduo se apropria de um “eu” e de um “mundo” objetivo, deste modo, é integrado a uma dada realidade adquirindo conhecimento do papel dos outros e do seu papel, neste sentido, apreende sua personalidade por meio de uma atitude reflexa.

A concretização dos papéis sociais é compreendida como tipificações de condutas socialmente objetivadas. Ao apreender os papéis sociais o indivíduo passa a se apropriar de sentimentos e assim, se identifica com o meio e com grupos de referência, nomeado de *outros significativos*: pais, irmãos e com tudo que o caracteriza, sentidos, valores e regras morais.

A socialização secundária ocorre durante toda a vida do indivíduo por meio da consciência do *outro generalizado*, ou seja, momento em que o indivíduo, já socializado, é introduzido em novos setores do mundo objetivo de sua sociedade (BERGER; LUCKMANN, 1993). Com a socialização secundária o indivíduo passa a interiorizar “submundos” institucionais e fundamentados em instituições marcadas por realidades parciais, em oposição com o mundo básico obtido na socialização primária.

Não sobrepondo a identidade formada na socialização primária, a socialização secundária permite reelaboração, ocorrendo à mudança social na

relação entre ambas. Enquanto a primeira promove a construção da identidade social (o indivíduo incorpora a realidade tal qual ela é, deste modo, tem por finalidade a relação dos indivíduos nas relações sociais de produção e reproduções existentes), a socialização secundária produz identidades o que permite a elaboração de novos jogos, de novas regras e de novos modelos relacionais (BERGER; LUCKMANN, 1993).

Por meio de um processo de diferenciação da realidade social que se dá na socialização secundária novas formas de socialização primária se implementam. No momento em que os dispositivos da socialização primária (famílias, escolas) interagir com os da socialização secundária (empresas, profissões) uma crise de sentidos nos saberes podem ser gerada. Nesta perspectiva a base da mudança social seria através da possibilidade de construção de outros mundos interiorizados por meio da socialização secundária, além dos que foram interiorizados na socialização primária (BERGER; LUCKMANN, 1993).

Neste sentido, ao se compreender os processos de socialização que o sujeito passa durante a vida e o papel da família percebe-se que o papel dos pais não representa um fator decisivo no desenvolvimento da criança, porém deve ser observado o contexto no qual vivem, seu processo de socialização e seus pares, ou seja, os responsáveis pela transmissão cultural e, conseqüentemente, pela formação dos valores.

Deste modo, os profissionais atribuem sentidos à família como a “responsável” por um desenvolvimento saudável de seus familiares e buscam um modelo de família idealizada. Nesta perspectiva ao se tomar o modelo de família idealizada, e assim, regida por um padrão normativo, a quebra desse padrão seriam então anormalidades, problemas, e assim, o uso da droga é atribuído como uma das conseqüências. Contudo, ao pensar em um não uso de drogas como condição para se ter uma família dentro de um padrão de normalidade, os profissionais resgatam o modelo tradicional ao uso das drogas, que têm como parâmetro a política norte-americana de prevenção e combate às drogas.

Deste modo, apontam uma sociedade sem drogas como a ideal o que se torna um paradoxo dentro de uma sociedade que é regida por políticas públicas voltadas para os usuários de álcool e outras drogas que tem por alicerce

intervenções na perspectiva da redução de danos, ou seja, na liberdade de escolha do sujeito.

Classe 2 - A rede de serviços de assistência ao usuário de drogas: a relação entre os serviços de saúde e os serviços da assistência social

Pode-se perceber na classe 2, que corresponde a 17.41% do corpus analisado, com discursos típicos do serviço de CAPSAD e sem diferenciação de religião, que a compreensão dos profissionais sobre o tratamento do uso e abuso das drogas recai nas possibilidades de intervenção realizadas nos Centros de Atenção Psicossociais para Álcool e Outras Drogas (CAPSAD) e nos Albergues Terapêuticos. Destacam-se também a articulação e encaminhamento a dispositivos ligados a outras políticas da saúde (o Núcleo de Atenção a Saúde da Família (NASF), Programa de Saúde da Família (PSF) e a política de assistência social (os Centros de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) municipal e regional).

Além disso, se observou nos discursos dos profissionais os procedimentos realizados no CAPSAD e Albergue Terapêutico no atendimento a população, como a triagem, o acolhimento, atendimentos de grupos e individual, atendimento familiar e a construção do projeto terapêutico singular (PTS) do usuário. O PTS tem por objetivo trabalhar “um conjunto de propostas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário” (BRASIL, 2004, p.40).

Vale destacar que dentro dos procedimentos os profissionais mencionam a importância de compreender, a partir da triagem ou acolhimento, o objetivo do usuário ao chegar ao serviço CAPSAD e Albergue Terapêutico e trabalhar com o mesmo o projeto terapêutico singular (PTS) na perspectiva da redução de danos.

Tais discursos vão de encontro com os resultados obtidos na pesquisa Práticas Profissionais e Tratamentos nos CAPSAD realizada por Azevedo e Miranda (2010), que mencionam que dispositivos como o CAPSAD tem por objetivo realizar atendimento à população, respeitando a lógica do território, através de atividades preventivas e terapêuticas, tais como, atendimento diário

aos usuários dos serviços, dentro da lógica de redução de danos; a construção do Projeto Terapêutico Singular; e atendimento a família.

A classe é exemplificada a partir das falas dos seguintes sujeitos:

Ele inicialmente começaria conosco no CAPSAD, porque assim o processo de entrada do usuário aqui no CAPSAD ele é assim ele passa pela triagem, da triagem ele vai para um grupo específico chamado grupo acolhimento (Sujeito 16, CAPSAD, Terapeuta Ocupacional).

Não é? Da prevenção dele, dos desejos que estão no projeto terapêutico singular. O albergue teria um cuidado especial também em decorrência dele estar em abstinência não é? Porque no CAPSAD tem essa especificidade ele tem toda uma modalidade de atendimento tem o intensivo, semi-intensivo, não-intensivo, mas ele tem as saídas onde normalmente se faz o uso da droga (Sujeito 20, Albergue Terapêutico, Psicólogo).

A gente que é daqui do CAPSAD a gente trabalha assim, tem solicitação de visitas como é isso? Às vezes é um usuário que está em tratamento, mas que por algum motivo ele abandonou o tratamento aqui no CAPSAD então o pessoal solicitou que o redutor de danos vá a casa dele tentar fazer o resgate desse paciente e existem casos de pacientes que são solicitados também pelo NASF, são psicóloga do NASF, às vezes farmacêutica, solicitam, é uma demanda que já a agente comunitária de saúde que trás que passam para ela que passam para a gente ir pra ver (Sujeito 13, CAPSAD, Redutor de Danos).

Os sujeitos em suas falas descrevem as atividades realizadas nos CAPSAD e Albergues Terapêuticos, tais práticas são regidas de acordo com o Projeto Terapêutico de cada serviço que deve conter informações referentes ao funcionamento, os atendimentos, procedimentos, as redes, as atividades individuais e em grupo. Na construção do Projeto Terapêutico não há um modelo padrão a se seguir, entretanto deve respeitar as portarias nº245 de 17 de fevereiro de 2005 e a portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002 do ministério da Saúde que definem as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental.

Contudo é interessante ressaltar que durante o processo de coleta de dados a pesquisadora encontrou, quando solicitado aos gestores das instituições visitadas, restrições no acesso aos Projetos Terapêuticos dos serviços CAPSAD e Albergues Terapêuticos por estarem desatualizados.

Deste modo, é possível refletir sobre as práticas profissionais desenvolvidas nas unidades de saúde de CAPSAD e Albergue Terapêutico visto que devem ser embasadas por Projeto Terapêutico que precisa estar em constante construção e que exige do profissional reflexão diária sobre suas práticas profissionais. Nesta perspectiva se o Projeto Terapêutico da instituição tem por objetivo nortear as práticas e se ele não se encontra em constante atualização, possivelmente a compreensão do profissional sobre o serviço e os usuários poderá sofrer com o reflexo da desatualização do Projeto Terapêutico do serviço.

Eixo 2: Drogas e Redução de Danos

Classe 3 - As drogas e os possíveis Gatilhos

Na classe 3, que corresponde a 23.76% do corpus analisado, apresenta discursos típicos de profissionais do serviço de CAPSAD e religião protestante e espírita. As falas dos profissionais recaem sobre os tipos de drogas, com destaque para o uso e abuso do crack, maconha, tabaco e álcool.

Também relatam a existência de “gatilhos” - circunstâncias, imagens, sons, odores –, compreendidos como motivações cognitivas internas ou ambientais pareadas ao uso da droga e que podem levar as pessoas a fazerem uso de mais de um tipo droga, deste modo, os profissionais pontuam que o uso do álcool poderá gerar o efeito “gatilho” em alguns usuários, ou seja, algo que estimula o indivíduo a usar outras drogas, em questão, o crack. Tais aspectos são visualizados através das falas dos sujeitos 25 e 02:

O álcool e o cigarro é o que mais tem, mas a sociedade não considera droga, só reprovam a maconha e o crack, mas o álcool e tabagismo causam dependência também (Sujeito 25, CAPSAD, Redutor de Danos).

E o álcool ele esta trazendo prejuízos para ele sim, o álcool esta sendo um dos pontos gatilhos para ele fazer uso do crack, isso precisa estar sendo trabalhado com ele também (Sujeito 02, Albergue Terapêutico, Terapeuta Ocupacional).

Mediante as falas dos profissionais é possível visualizar a construção do pensamento social acerca do uso da droga, assim, os mesmos destacam a existência de diferentes drogas na sociedade, contudo enfatizam as ideias

construídas socialmente acerca das drogas: as lícitas – álcool e tabaco e as ilícitas – maconha e crack, o que retoma o modelo de combate as drogas.

Classe 4 - Redução de Danos e As Práticas Profissionais

Na classe 4, que corresponde a 22.62% do corpus analisado, com discursos típicos do serviço de Albergue Terapêutico, dos profissionais redutores de danos e religião protestante. A partir da análise dos discursos dos sujeitos é possível observar o desenvolvimento da prática da redução de danos, enquanto uma das possibilidades de intervenção aos usuários drogas que frequentam os dispositivos de saúde, em destaque na classe, o dispositivo do albergue terapêutico.

Tais práticas são sustentadas em torno da abordagem Libertadora da redução de danos, que destaca que o importante é avaliar o modo que a droga é consumida pelo o usuário, priorizando reduzir os prejuízos à saúde e não, fazer com que o mesmo não experimente ou deixe de usá-la. Assim os discursos dos profissionais são em torno de estratégias de prevenção que possam amenizar os prejuízos causados pelo o uso da droga. Tais práticas ocorrem através da substituição de uma droga por outra, diminuição do consumo, uso de cachimbos, materiais descartáveis, ao usuário ingerir água e ter uma alimentação adequada e ao se prevenir de doenças sexualmente transmissíveis com o uso de preservativos.

No que concerne às práticas profissionais relativas à redução de danos percebe-se que os profissionais convivem com tensões na medida em que constroem ideias sobre a droga colocando-a como algo que provoca prejuízos, mas destacam a possibilidade de conviver com a mesma adotando desta forma, estratégias de redução de danos.

No processo de construção da compreensão da redução de danos os profissionais se colocam de modo ativo e construtor da realidade. Se as representações orientam condutas, no desenvolvimento das práticas sobre a redução de danos, observa-se que os profissionais apresentam mudanças de pensamento e conseqüentemente a formação de novas representações.

Na execução das práticas de redução de danos nos serviços de CAPSAD e Albergue Terapêutico os profissionais constroem um conjunto de estratégias padronizadas em torno da redução de danos (uso de materiais descartáveis, uso

de preservativos, substituição de uma droga por outra). Neste sentido, percebe-se, de acordo com as falas dos sujeitos, que tais ações são compartilhadas pelos profissionais que trabalham na assistência do Programa Mais Vida e exercidas em suas práticas cotidianas.

A redução de danos é compreendida como uma das estratégias de cuidado e prevenção, e as explicações dos profissionais se ancoram na forma em que a redução de danos historicamente se construiu na sociedade.

Deste modo, os profissionais resgatam a origem da redução de danos na Inglaterra em 1926, que destacava que a melhor forma de cuidar de pessoas dependentes de morfina e heroína era por meio da prescrição da droga por um médico, a sistematização dos primeiros programas nos anos 1970, que tinham por objetivo amenizar os prejuízos causados aos usuários de drogas a partir do uso de materiais descartáveis, uso de preservativos e a substituição de uma droga por outra.

A classe é caracterizada a partir das seguintes falas dos sujeitos:

A questão de efeitos de segurança, de usar medidas protetoras, já que vai querer usar a droga, como esta usando? Não compartilhar o cachimbo, a gilete. O material que esta usando, quando usar a lata vai ter o prejuízo da queima do alumínio, além de fumar o crack que é a droga do prazer que ele esta escolhendo, vão fumar outras substâncias que estavam misturadas (Sujeito 29, Albergue Terapêutico, Enfermeiro).

Além de reduzir o consumo o que não é só reduzir o consumo fazer com que o usuário fique o mais consciente possível não é?, principalmente no caso do álcool aquelas estratégias que tem no álcool, beber água, se alimentar, tem que tentar fazer isso (Sujeito 08, CAPSAD, Redutor de Danos).

Aquelas estratégias, isso e o trabalho de redução de danos. E reduzir consumo também pode trabalhar com ele redução de consumo tentando construir com ele outras atividades para que ele não fique ocioso como ele esta, tentar pra ele talvez um trabalho formal que possa requerer dele mais compromisso (Sujeito 03, CAPSAD, Enfermeiro).

Ele esta inalando bactérias também, não é?, Essa lata é quente então essa lata vai queimar os lábios e vai ser mais uma porta para essas bactérias que estão nessa lata, vai queimar dedo não é?, E pensando no quantitativo de pedras que ele faz por dia (Sujeito 08, CAPSAD, Redutor de Danos).

4.1.2 Gênero e Drogas

No dendrograma, Gênero e as Drogas (Figura 2), o primeiro eixo (classes 1 e 2), nomeado Quem são as pessoas que fazem uso dos serviços de CAPSAD e Albergue Terapêutico reúne os discursos dos profissionais sobre quem são as pessoas que frequentam os serviços de CAPSAD e Albergue Terapêutico, vale destacar que devido as classes apresentarem conteúdos que se complementam, as mesmas serão analisadas em conjunto. O segundo eixo (classes 3 e 4), nomeado, As Drogas e os Padrões de uso, reúne os discursos dos profissionais sobre o que é a droga e os tipos de padrões e uso de drogas. As classes também apresentam discursos que se complementam, deste modo serão analisadas em conjunto.

Fig. 02 Dendrograma: Gênero e as Drogas



Eixo 1: Quem são as pessoas que fazem uso dos serviços de CAPSAD e Albergue Terapêutico

Classes 1 e 2 - Quem faz uso dos serviços de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas

Na classe 1, o que corresponde a 40.54% do corpus analisado, apresenta discursos típicos de ambos os serviços e religião católica e a classe 2, o que corresponde a 21.62% do corpus analisado, apresenta também discursos típicos de profissionais de ambos os serviços, mas de religião protestante.

Os profissionais em suas falas, em ambas as classes, enfatizam quem são os sujeitos que fazem uso dos serviços de acompanhamento para uso e abuso de drogas, assim mencionam que são homens e mulheres. Contudo, destacam na classe 1, que os homens, em relação às mulheres, procuram mais os serviços de atendimento ao usuário de álcool e outras drogas, principalmente no que se refere ao uso do crack, maconha e álcool. Para os profissionais, a mulher ainda apresenta dificuldade em procurar os serviços por causa do preconceito, como pode ser visualizado, por exemplo, na fala dos sujeitos 09 e 23,

As mulheres estão usando tanto quanto, porém elas demoram a chegar ao serviço, talvez por vergonha, não sei. Deve ter uma série de fatores aí não é? Mas elas não chegam (Sujeito 09, CAPSAD, Enfermeiro).

Tem essa questão do preconceito você poder ver assim se você for para o CAPSAD você vai ver que a demanda maior é homens, do sexo masculino. A minoria é mulher, por conta que ela cria esse preconceito, ela mesmo que cria, acha que aquilo ali não é para ela (Sujeito 23, Albergue Terapêutico, Redutor de Danos).

As dificuldades da mulher em procurar os serviços de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, mencionadas pelos profissionais, podem ser constatadas a partir do estudo de Oliveira e Paiva (2007, p. 628) sobre a vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao HIV/AIDS. Em uma perspectiva de gênero as autoras destacam que,

Quando o uso é abusivo e praticado por mulheres, há uma tendência do mesmo ser realizado em locais privados, frequentemente no domicílio, como uma forma de ocultamento social. Esta situação retarda a busca de tratamento para agravos decorrentes do consumo da substância ao tempo que predispõe a usuária a situações de violências de ordem familiar. Portanto, constitui uma situação de vulnerabilidade para mulher

determinada por construções sócio-culturais que estabelecem as identidades feminina e masculina.

Ao tentarem compreender os motivos que levam a mulher a não comparecer aos serviços de saúde para o uso e abuso de drogas, os profissionais passam a buscar explicações através dos conhecimentos e de crenças sobre si mesmo, sobre os outros, sobre a sociedade na qual vivem e de alguns objetos que compõem esta sociedade. Formulam, deste modo, representações que poderão intervir no sentimento de identidade, e assim, promovem reformulações nos processos identitários.

Na necessidade de demarcar a identidade das pessoas que chegam aos serviços de CAPSAD e Albergue Terapêutico, os profissionais em seus discursos, na classe 2, destacam uma diferenciação de gênero no que concerne ao uso e abuso de drogas, ficando os homens como aquele que é mais propício a fazer o uso da droga por questões culturais e a mulher que faz uso devido a problemas afetivos.

Vale destacar que a mulher quando é usuária de drogas é vista pelos profissionais como mais vulneráveis por serem mães, adolescentes e donas de casa, assim, por terem culturalmente o papel do cuidar da casa e da família, enquanto o papel do homem recai para aquele que trabalha e prover o sustento. Como destacam os sujeitos 20 e 03:

Eu acho que tem uma especificidade de gênero, as mulheres quando elas fazem uso de drogas elas normalmente elas se tornam muito relapsas em relação aos seus filhos, não é? A sua vida domiciliar, as suas responsabilidades domésticas, ao seu papel de mulher, entre aspas, na sociedade, e os homens por outro lado como provedor, aquele que gera a renda da família, aquele que precisa levar o alimento para casa (Sujeito 20, Albergue Terapêutico, Psicólogo).

O pai ele deixa os filhos sob o domínio da mãe e cai assim, passa a não assumir o papel que é dele, e também de construir uma família, de estar dando um suporte e acaba deixando tudo com a mulher (Sujeito 03, CAPSAD, Enfermeiro).

Deste modo os profissionais objetivam o ser mulher naquela que é mãe, cuidadora da família, discursos esses ancorados no resgate do pensamento da sociedade patriarcal, ratificado pelas palavras de Szymanski (1997) que destaca que na contemporaneidade a ideia de família ainda é bastante atrelado ao modelo

da família monogâmica nuclear, burguesa e patriarcal descrito como o "modelo de família nuclear burguesa com conotação normativa" (p.26). Tal modelo é marcado por apresentar relações de parentesco, com um contexto de relações estáveis configurada pela autoridade do pai sobre a mãe e os filhos.

Szymanski (1994) coloca que o modelo de família nuclear burguesa fundamentada na autoridade patriarcal, no imaginário social é posta como o modelo "normal" de família, e mesmo que não seja concretamente vivida, é pensada e idealizada. O pai no modelo de família "pensada" exerce a função de autoridade e apenas na ausência do mesmo a mãe poderá assumi-la. Na família "vivida", a autoridade demonstra uma inferioridade social em relação às mulheres e às crianças.

No estudo realizado por Oliveira, Paiva e Valente (2006) sobre as representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas tais aspectos também foram evidenciados. Deste modo, os autores mencionam que para os profissionais de saúde o desenvolvimento de um quadro de dependência de drogas ilícitas entre as mulheres é dificultado devido ao fato das mesmas terem responsabilidades apontadas na sociedade como inerente aos papéis de mãe, esposa e dona de casa.

Nesta perspectiva, os autores destacam que tais representações "reforçam a ideia de que a sociedade e a cultura apontam padrões de comportamento diferenciados para homens e mulheres, de acordo com os papéis para eles determinados" (OLIVEIRA; PAIVA; VALENTE, 2006, p. 475). Assim, o conteúdo da representação social legitima os valores sociais relativos aos gêneros.

Eixo 2 – As Drogas e os Padrões de uso

Classes 3 e 4 – O que é a Droga e os padrões de consumo

Na classe 3, que corresponde a 25.68% do corpus analisado, apresenta discursos típico dos profissionais de ambos os serviços, de formação em psicologia e de religião católica. Os discursos dos profissionais recaem sobre definições do que é a droga, e na diferenciação entre o uso e o abuso das drogas. A classe 4, que corresponde a 12.16% do corpus analisado, os discursos recaem também do que vem a ser a droga, mas com ênfase nos padrões e modo de uso

da droga. Os discursos são típicos de profissionais de ambos os serviços, redutores de danos e que mencionaram não ter religião.

Os profissionais, na classe 3, na tentativa de definir o que vem a ser a droga retomam a definição adotada pela Organização Mundial de Saúde (1993), que coloca a droga como substâncias que promove alterações no organismo, podendo causar dependência ou não, como pode ser visualizado, por exemplo, na fala do sujeito 25, CAPSAD, Redutor de Danos, “A droga é uma substância que vai modificar o seu organismo e dependendo da quantidade vai lhe fazer bem ou mal, a pessoa pode se tornar dependente ou não”.

Contudo adota também a ideia da droga como algo que promove obrigatoriamente o prejuízo, como se observa na fala do sujeito 05, Albergue Terapêutico, Terapeuta Ocupacional, “Droga? Tudo aquilo que venha te destruir no âmbito social, familiar, físico, tudo aquilo que venha trazer prejuízo para tua vida, isso para mim é uma droga”.

Ao compreender a droga enquanto prejuízo os profissionais referenciam o prejuízo ao abuso das drogas, como por exemplo, a fala do sujeito 26, CAPSAD, Redutor de Danos: “O abuso seria quando isto esta me prejudicando, fazendo mal, o que pode causar um prejuízo social e clínico. Resumindo, o abuso é um prejuízo”.

Tais aspectos também são observados nas falas dos sujeitos da classe 4, como, por exemplo, o sujeito 13:

O abuso é quando eu perco o controle, eu não consigo sentar em uma mesa e só tomar um copo se eu sentar numa mesa eu vou tomar uma grade então isso é um abuso, é um uso abusivo, eu perco o controle, eu não consigo me controlar (Sujeito 13, CAPSAD, Redutor de Danos).

Contudo é possível observar, na classe 4, discursos dos profissionais referentes a possibilidade de um uso benéfico das drogas o que retoma a concepção de Schwebel (2002) acerca da possibilidade do uso recreativo, ou seja, o consumo da droga pelo o sujeito ocorrerá poucas vezes e de forma esporádica. Como pode ser visualizado nas seguintes falas:

O uso tem a ver com consciência não é, porque tem os que fazem uso de modo recreativo, tem os que usam de modo social, então eu tenho consciência do que eu estou querendo mesmo (Sujeito 01, CAPSAD, Redutor de Danos).

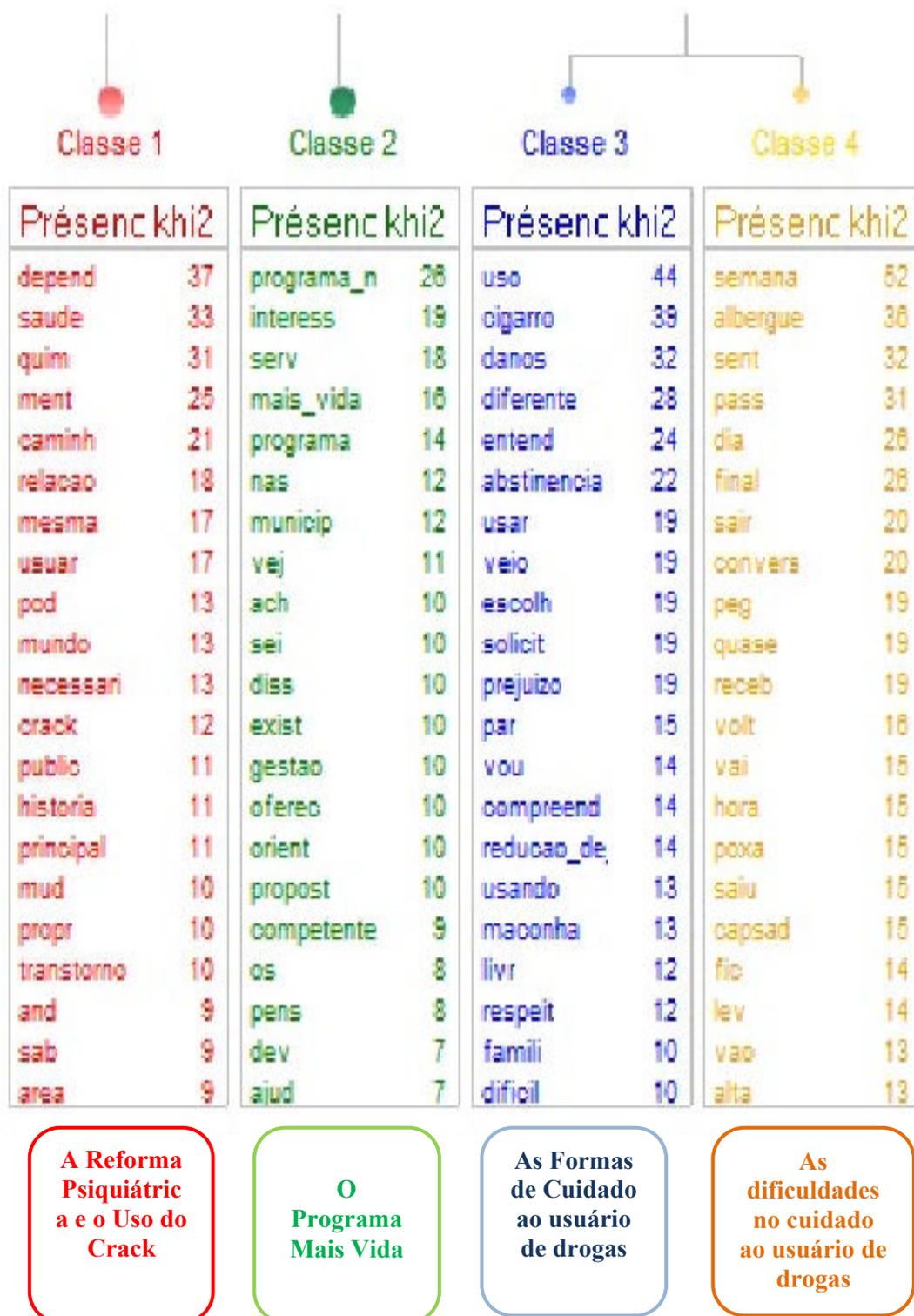
O uso é quando ele consegue controlar esse uso, não é, consegue fazer uso esporádico, recreativo, social não tem tanto prejuízo na vida dele não é, prejuízos de não conseguir trabalhar, não conseguir se relacionar direito com a família (Sujeito 15, Albergue Terapêutico, Redutor de Danos).

Deste modo, para os profissionais, o abuso de drogas é compreendido como aquele em que sujeito perde o controle e apresenta algum prejuízo, como pode ser observado nas falas dos sujeitos mencionados. Tal fato destaca a dependência química como a falta de racionalidade, o que resgata historicamente a ideia estigmatizada do usuário de drogas enquanto aquele que tem problemas, ora recai em não ter caráter, ser um criminoso, ora na concepção de dependência química como doença. E é nesse jogo de exclusão que os profissionais em suas práticas recorrem à busca de um controle, procurando por vezes explicações em torno das estratégias de redução de danos e por vezes na abstinência, com o intuito de proporcionar ao usuário, de acordo com suas compreensões sobre o uso de drogas, uma vida “saudável”.

4.1.3 Políticas voltadas para o uso/abuso de drogas e formas de cuidado

A Classificação Hierárquica Descendente dos discursos dos sujeitos no que se refere às políticas voltadas para o uso/abuso de álcool e outras drogas e as formas de cuidado fizeram emergir um dendrograma com dois eixos (Figura 3): o eixo 1 (classes 1 e 2), nomeado no qual se ressaltam os caminhos percorridos pela Política Nacional de Atenção ao Usuário de Álcool e outras Drogas, os discursos dos profissionais recaem sobre as políticas de saúde e o Programa Mais Vida. O eixo 2 (classes 3 e 4) que destaca o cuidado e as limitações no tratamento da dependência química, reúne os discursos dos profissionais sobre as possibilidades de cuidado ao usuário de drogas, como também as limitações encontradas durante todo o processo de cuidado.

Fig. 03 Dendrograma: As Políticas voltadas para o uso/abuso de álcool e outras drogas e as formas de cuidado.



Eixo 1 - Os caminhos percorridos pela Política Nacional de Atenção ao Usuário de Álcool e outras Drogas

Classe 1 - A Reforma Psiquiátrica e o Uso do Crack

Na classe 1, que corresponde a 35.36% do corpus analisado, os discursos dos profissionais recaem na política de saúde mental, tomando como ponto de partida a Reforma Psiquiátrica que desencadeou em 2003, a Política Nacional de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas do ministério da Saúde. Vale destacar que os discursos desta classe são típicos de profissionais que atuam em CAPSAD e de religião protestante.

Na classe, os profissionais destacam a evolução da política de saúde voltada para o cuidado aos usuários de drogas, contudo mencionam a necessidade, com o avanço do uso do crack, da reelaboração desta política. Neste sentido é válido pensar nesse novo objeto social – o crack – como elemento de representação social, uma vez que ganha cada vez mais destaque na sociedade.

Os profissionais, ao mencionarem a necessidade de rever a política de saúde para os usuários de drogas devido ao crack, passam a elaborar representações sobre este objeto, contudo, ao o perceberem enquanto elemento estranho e não familiar, passam a repensar as políticas de saúde e conseqüentemente suas práticas profissionais em torno do uso e abuso das drogas.

Tais aspectos podem ser corroborados a partir das falas dos seguintes sujeitos:

Mas eu acho que já foi algo de muito positivo, eu vejo a reforma psiquiátrica como algo de muito positivo onde o ser humano cai do plano da igualdade, onde todo mundo tem a mesma coisa e é jogado no mesmo lugar e é cuidado da mesma forma (Sujeito 03, CAPSAD, Enfermeiro).

O crack é quem chega trazendo uma série de necessidades de reformas da própria clínica, da escuta, de uma série de políticas que precisam estar mais claras de uma série de coisas que precisam estar mais claras pra gente (Sujeito 05, CAPSAD, Psicólogo).

A necessidade de tornar mais claras as políticas no que concerne ao cuidado aos usuários de crack, como destacou o sujeito 05, pode ser compreendida mediante a forma como a Reforma Psiquiátrica se estruturou, com sua essência nos usuários de transtorno mental e apenas em 2003, com o olhar para os usuários de drogas. Deste modo, é possível refletir como as políticas para

os usuários de álcool e outras drogas, em destaque para o uso do crack, tem origens recentes.

Tais aspectos são ratificados pela pesquisa de Romanini e Roso (2012). Os autores buscaram nesse estudo analisar oito reportagens coletadas no jornal Zero Hora, no período de 6 a 13 de julho de 2008, que constituíram uma série especial denominada A Epidemia do Crack, com o objetivo de interpretar as ideias subjacentes, veiculadas na imprensa escrita, acerca da droga crack.

No estudo os autores destacam que o Ministério da Saúde ao estabelecer em 2003, a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, reconhece a existência do atraso histórico do Sistema Único de Saúde no que concerne ao uso de drogas e a partir desta política, adota uma abordagem não mais comprometida com o controle e a repressão, mas sim, com a redução dos prejuízos.

Contudo, apesar da política de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas ter como foco a redução de danos, no estudo os autores destacam que o uso do crack é visto na imprensa escrita como um grande mal que deve ser combatido, destacam, “as reportagens nos mostram que é contra o crack que precisamos lutar, ele precisa ser expulso do meio social para que a paz volte a triunfar”.

Nesta perspectiva é válido refletir como as representações do uso de droga foram construídas na sociedade, e o quanto as mudanças de comportamento modificam as identidades grupais. Deschamps e Moliner (2009) destacam que as representações podem desempenhar o papel de marcador de identidades, suscitando tomadas de posição diferentes acerca do mesmo objeto ou ser reguladores que podem organizar a percepção do espaço social em consonância com as aspirações identitárias dos indivíduos.

No que concerne a compreensão dos processos que envolvem a identidade, Deschamps e Moliner (2009) propõe que o que estrutura o sentimento de identidade é a percepção de semelhanças e diferenças, compreendendo a identidade a partir da dicotomia e complementaridade entre as identidades social e pessoal.

A partir desta compreensão os autores buscam refletir acerca do processo de articulação, organização e síntese dos aspectos sociais e pessoais da identidade. Tal aspecto resgata e avança com as definições de William James

sobre a identidade, que propõe a distinção entre o eu e o mim e a dualidade da representação do si mesmo, como também, de G. Mead que complementa a ideia de James colocando que o si-mesmo e o mim (me) é composto por elementos sociológicos. Esses elementos seria a interiorização dos papéis sociais e um componente mais pessoal. Para Mead o si-mesmo desenvolve-se a partir dos julgamentos que os outros fazem dele, no interior de um contexto social em que ele e os outros interagem (DESCHAMPS; MOLINER, 2009).

Enquanto a identidade social “remete ao fato de que o indivíduo se percebe como semelhante aos outros de mesma pertença (nós), mas ela remete também a uma diferença em relação aos membros dos outros grupos (o eles)” (2009, p.23), desenvolvendo um duplo movimento entre o endogrupo e o exogrupo, a identidade pessoal direciona o reconhecimento que o indivíduo apresenta de sua diferença em relação aos outros, deste modo, o indivíduo se percebe como idêntico a si mesmo no tempo e espaço, se especifica e se singulariza em relação aos outros, tornando o indivíduo “semelhante a si mesmo e diferente dos outros” (2009, p. 24).

A partir desta diferenciação de social e pessoal que será a imagem da dualidade entre o indivíduo e a sociedade, entre diferença e semelhança, concebendo a identidade social como um sentimento de semelhança com outros e a identidade pessoal como um sentimento de diferença em relação a esses outros, Deschamps e Moliner (2009, p.9) definem a identidade como,

um fenômeno subjetivo e dinâmico, que resulta de uma dupla constatação tanto de semelhanças quanto de diferenças entre si próprio, os outros e certos grupos. A identidade não é, pois, aquilo que se é, mas sim um conjunto de características que se quer ter, que se pensa ter, seja em comum com os membros de um grupo e não de outro, seja de forma individualmente diferenciada.

Tomando como exemplo o uso do crack, é possível visualizar na sociedade representações sobre o usuário de crack. Tais representações por vezes relacionam o uso do crack à criminalidade. Tal aspecto pode ser confirmado também a partir do estudo de Romanini e Roso (2012), que destacam a existência de uma naturalização entre a relação crack e violência, o que reforça as relações de exclusão. De acordo com os autores, a partir da análise dos jornais, existe uma sequência de fatos que norteiam as pessoas que usam o crack.

Assim de acordo com as matérias dos jornais, as pessoas passam a fazer uso do crack por intermédio de amizades, posteriormente largam a escola, pedem dinheiro em semáforos, passam a cometer pequenos furtos em casa e ao consumirem crack em grande quantidade, passam a ter fissuras mais intensas o que conseqüentemente fará os usuários cometerem delitos mais graves, como envolvimento com o tráfico, assassinatos, latrocínios e prostituição (ROMANINI; ROSO, 2012).

Nesta perspectiva ao profissional destacar que com a chegada do crack na clinica da dependência várias necessidades surgiram, o mesmo atribuem a essas necessidades ideias que circulam na sociedade sobre o crack como o grande mal e que deve ser combatido, deste modo, os profissionais amparam suas explicações nessas ideias e modulam seus comportamentos de acordo com as mesmas.

Os profissionais trazem em seus discursos a importância da reforma psiquiátrica no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, mas buscam circundar as diferenças e semelhanças entre os usuários de drogas, de acordo com as suas representações sobre as drogas. Deste modo, enfatizam a importância da reforma psiquiátrica, mas quando se trata do uso do crack destacam que a política por si só não dá conta, assim, desenvolve representações que justifica a necessidade rever sua prática profissional.

Logo, a forma como os profissionais percebem os usuários de crack e as representações que mantêm sobre suas posições sociais determinam em parte, o modo como eles se representam o objeto social droga.

Classe 2 – O Programa Mais Vida

Na classe 2, que corresponde a 37.39% do corpus analisado, os discursos dos profissionais recaem sobre a importância do Programa Mais Vida para o Recife, visto que é um programa pioneiro no âmbito do cuidado das pessoas que fazem uso e/ou abuso de drogas. A classe teve como discursos típicos dos profissionais que atuam no CAPSAD e de religião católica. Como pode ser observado a partir das falas dos seguintes sujeitos:

Eu gosto muito da política, da política que embasa o programa, dizem que é realmente orientada por uma política federal e alinhada com a política do governo federal e tem aí os consultórios de rua, então tudo o que eu aprendi foi com o Mais Vida (Sujeito 17, CAPSAD, Redutor de Danos).

O que eu sei é que o programa Mais Vida é o programa que rege todas as unidades de atenção de álcool e outras drogas e todos os serviços e diretrizes. Esse programa é que normatiza, nos conduz e dá às diretrizes de cuidados, do que é legal e o que não é, do que deve ser ou não deve ser (Sujeito 27, Albergue Terapêutico, Redutor de Danos).

Contudo, ao mesmo tempo em que destacam a importância do programa, enfatizam as dificuldades encontradas na execução do mesmo, como as precariedades nas condições de trabalho no que se refere às questões estruturais dos dispositivos de CAPSAD e Albergue Terapêutico, os profissionais que trabalham de forma isolada e a presença de uma rede fragilizada, tais aspectos são corroborados nas falas dos seguintes sujeitos:

Bom a política filosoficamente é muito boa, mas na prática a coisa não funciona como deve, na verdade quando se vê as estruturas dos equipamentos sociais, a falta de profissionais (Sujeito 07, CAPSAD, Médico).

Então a minha prática termina ficando muito isolada, mas eu conheço muitos colegas daqui desses serviços, de outros serviços que procuram muito assim da o seu melhor, mas esbarram nesses limites não é? Da gestão da instituição (Sujeito 28, CAPSAD, Psicólogo).

COMO VOCE VER A ASSISTÊNCIA? Eu acho que é uma rede fragilizada, é uma rede que ainda não está pronta para ajudar o usuário (Sujeito 09, CAPSAD, Enfermeiro).

As dificuldades dos profissionais quanto à questão das condições de trabalho é ratificada a partir do estudo *Pesquisa-intervenção em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas* realizado por Silveira, Rezende e Moura (2010). A pesquisa destaca diversas queixas sobre a estrutura e formação técnica por parte dos profissionais dos serviços investigados, tais como: dificuldades de comunicação entre a equipe, a falta de materiais básicos para o funcionamento do serviço, a falta de capacitação técnica e de reconhecimento do papel específico

de cada um, a burocratização das práticas e da rotinado serviço, a desvalorização do profissional de saúde através de salários defasados e a desmotivação para o trabalho.

Nesta perspectiva, apesar de se observar nos discursos dos profissionais um avanço no atendimento aos usuários drogas, após a reforma psiquiátrica e em 2003 com a Política Nacional de Atenção aos usuários de Álcool e Outras Drogas, discursos acerca das dificuldades de conduzir a prática profissional em unidades de saúde para este público, também se destacam.

Os profissionais salientam a importância do trabalho em rede, mas também as dificuldades de se mudar uma forma de pensar e de agir que frequentemente leva os profissionais a trabalharem isoladamente e não em rede.

No concerne à fala do sujeito que se remete as fragilidades da rede, vale destacar que na classe 1, do dendrograma Tratamento de Sucesso, os profissionais elencam os dispositivos da saúde e da assistência social que ofertam o atendimento aos usuários de drogas e articulam com as políticas que dão subsídios a esses dispositivos, no entanto, destacam que os profissionais trabalham isoladamente o que demonstra as dificuldades dos mesmos em realizar um trabalho com a rede setorial e intersetorial.

No estudo, Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica, realizado por Bezerra e Dimenstein (2008), os autores destacam a existência de diversas barreiras para a realização do trabalho de articulação da rede de serviços, dentre elas, “a inexistência de uma rede de atenção básica eficaz, a deficiência de suporte dos serviços existentes e o número insuficiente de profissionais”. Neste sentido, tais aspectos também são confirmados a partir dos discursos dos profissionais que atuam na assistência do Programa Mais Vida.

Eixo 2: Os cuidados e dificuldades no tratamento da dependência química

Classe 3 – As Formas de Cuidado ao usuário de álcool e outras drogas

Na classe 3, que corresponde a 13.62% do corpus analisado, é marcada por discursos típicos de profissionais do albergue terapêutico, religião espírita e que não mencionaram religião. Os profissionais em seus discursos destacam a necessidade de se ter um olhar diferenciado na atenção aos usuários de álcool e

outras drogas, o que promoverá diversas formas de cuidado, como pode ser observado na fala do sujeito 22:

um olhar diferenciado que vai trazer outras formas de cuidado. O olhar que vai respeitar bastante o usuário a opinião dele. O usuário ele vive de momentos, o usuário aqui dentro e uma coisa, ele veio para cá porque ele precisa de um cuidado maior, ele solicitou esse cuidado, foi construído esse cuidado com ele (Sujeito 22, Albergue Terapêutico, Redutor de Danos).

Ao mencionar diferentes formas de cuidado, os profissionais relatam em seus discursos as estratégias de cuidado da redução de danos e da abstinência. Alegam que para alguns usuários é possível a prática da redução de danos, mas para outros a abstinência é a melhor estratégia de cuidado. Tal aspecto é visualizado no discurso do sujeito 02:

Cuida da sua família, não é, mas assim, tem pessoas que conseguem fazer o uso de forma esporádica sem ter prejuízos, mas já têm outras que fica difícil esta trabalhando essa redução de danos e para algumas apenas a abstinência (Sujeito 02, Albergue Terapêutico, Terapeuta Ocupacional).

Classe 4 – As dificuldades no cuidado ao usuário de álcool e outras drogas

De forma próxima ao conteúdo apresentado na classe 3, o discurso reunido na classe 4, que corresponde a 13.62% do corpus analisado. Ela é marcada por discursos típicos dos Redutores de Danos que atuam no albergue terapêutico e se posicionam sem religião. Os discursos são em torno das dificuldades dos profissionais em lidar com o processo de alta do usuário, da sua saída do ambiente de albergue e suas possíveis recaídas ao uso da droga.

Poxa é um humano que esta falando e tu deixou ele ir embora esse doido quase que morre na quinta feira passada e tu acha isso normal e tu soltou ele para ele voltar a fazer uso de qualquer forma, não conseguiu construir com ele (Sujeito 22, Albergue Terapêutico, Redutor de Danos).

Como é que eles receberam alta eles vão passar o dia aonde, eles vão voltar a usar porque eles não vão ter o que fazer então eu acho o que falta é a inserção deles em alguma coisa (Sujeito 13, CAPSAD, Redutor de Danos).

Mediante os resultados apresentados nos três dendrogramas percebe-se que os profissionais apresentam diferentes saberes na compreensão do cuidado

aos usuários de álcool e outras drogas. Deste modo, destacam a importância da reforma psiquiátrica e conseqüentemente da Política Nacional de Atenção aos usuários de Álcool e outras Drogas, mas os limites surgem ao mencionarem as dificuldades no lidar com o usuário de crack, realizar um trabalho em rede, como também, quando se referem às poucas condições de trabalho.

Contudo, quando não buscam mais explicações nas políticas e como estas são postas na prática, os profissionais voltam seus saberes para explicações sobre o usuário de drogas, destacando os motivos e quem são as pessoas que fazem uso de drogas.

Deste modo, para os profissionais os usuários são pessoas que têm família desestruturada e problemas afetivos, quando são homens, os profissionais justificam que usam devido a questões culturais e quando são mulheres devido a problemas afetivos. Por fim, os profissionais buscam a separação entre o uso de drogas e o abuso de drogas, destacando o abuso de drogas como a falta de racionalidade.

Assim, na compreensão do cuidado aos usuários de drogas, distintos saberes são elaborados pelos profissionais. A construção de diferentes saberes dentro de um mesmo contexto, grupo social ou no mesmo indivíduo é o que Moscovici levantou como hipótese em seu estudo, *La psychanalyse, son image et son public*, de polifasia cognitiva. Esta é compreendida como “um estado em que diferentes racionalidades, vivem lado a lado no mesmo indivíduo ou coletivo” (JOVCHELOVITCH, 2008, p. 125).

Pensando no objeto de estudo da redução de danos percebe-se que o mesmo assume para os profissionais, duplo sentido: de conhecimento especializado pautado na Política Nacional de Atenção ao usuário de Álcool e outras Drogas, que se estrutura na interface com outros saberes; e de prática que desafia os profissionais a revisitarem seus modos de atuação arraigados no modelo de cuidado pautado na abstinência, com o objetivo de remodelar sua identidade.

Ao atribuírem sentidos à redução de danos, os profissionais atribuem diferentes representações aos usuários de drogas, a sua família e nas formas de uso, assim constroem diferentes racionalidades com o objetivo de justificar suas práticas na atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Considerações Finais

Nesta ocasião buscam-se reflexões a respeito do alcance e dos limites do estudo desenvolvido. Este pode ser útil por permitir considerações sobre as políticas voltadas para os usuários de álcool e outras drogas com ênfase na redução de danos e as práticas profissionais desenvolvidas em dispositivo de saúde como CAPSAD e Albergue Terapêutico.

Neste sentido, é a partir do diálogo entre as políticas públicas e as práticas desenvolvidas pelos profissionais que atuam em CAPSAD e Albergue Terapêutico que se observa a construção e compreensão dos sentidos atribuídos ao cuidado aos usuários de álcool e outras drogas ao longo da história, compreendendo que a construção de um saber está atrelada a dinâmica das interações sociais e dos contextos culturais.

Os profissionais, a partir dos discursos, destacam que apesar de contar com políticas públicas de saúde e assistência social voltadas para o usuário de álcool e outras drogas, ainda se observa, cenários de desassistência, com uma “rede fragilizada, uma rede que ainda não esta pronta para ajudar o usuário” (Suj. 09), o que deixam inúmeras brechas no cuidado com os usuários de drogas. Tais cenários são visualizados novamente quando os profissionais destacam nos discursos as poucas condições de trabalho, como a falta de profissionais e de estrutura física dos dispositivos, o que possivelmente poderá interferir em suas práticas profissionais.

E quando os profissionais se deparam com o avanço do uso do crack, destacam em seus discursos a necessidade da reelaboração das políticas voltadas para o usuário de álcool e outras drogas, como foi visualizado na fala do suj. 05 “o crack é quem chega trazendo uma série de necessidades de reformas da própria clínica, da escuta, de uma série de políticas que precisam estar mais claras”.

Tais dificuldades no lidar com a assistência aos usuários de álcool e outras drogas, potencializando-se com o avanço do uso do crack, deve-se possivelmente ao fato do modo como as políticas voltadas para os usuários de drogas foram construídas no Brasil, inicialmente com o parâmetro da política norte-americana de prevenção e combate às drogas e em 2003, com a Política Nacional de

Atenção aos usuários de Álcool e outras Drogas, que tem como parâmetro as estratégias de redução de danos.

Outro possível fator é a pouca ou, por vezes nenhuma, formação técnica dos profissionais no lidar com a clínica da dependência química e no caso do crack, por ser um elemento novo e não familiar, os profissionais amparados por ideias que circulam na sociedade como sendo o crack o “grande mal” que deve ser combatido, passam a repensar a forma que as políticas foram construídas e conseqüentemente suas práticas profissionais no cuidado ao usuário de drogas.

Na busca de compreensão do usuário de drogas, os profissionais atrelam ideias construídas socialmente sobre quem são os usuários de drogas e os motivos que levam as pessoas a usarem as drogas. Neste sentido, objetivam os motivos das pessoas usarem drogas. Assim os usuários seriam filhos de pais separados ou sujeitos que fazem uso de drogas por apresentarem na família ou nas relações sociais dificuldades afetivas. Essas explicações se ancoram no modelo hegemônico de família e no “mito” da família ideal.

Deste modo, é nesse jogo de responsabilidades que os profissionais se inserem, buscam explicações para o uso de droga no usuário ou em sua família. Quando a explicação de uma família desestruturada não é suficiente ou consistente com o caso, os profissionais consideram que o usuário tem “problemas”. Quando os profissionais não atribuem a responsabilidade ao usuário ou a sua família, mencionam as dificuldades dos serviços, através da ausência de um trabalho em rede e de estrutura, como forma de racionalizar a prática exercida.

Ao questionar quem seriam as pessoas que fazem uso dos serviços de CAPSAD e Albergue Terapêutico, os profissionais destacam que são homens e mulheres. Contudo, enfatizam os homens ancorados em crenças culturais, os profissionais consideram que os homens são mais propícios a fazer uso de droga, enquanto as mulheres, que são mães, adolescentes e donas de casa, o fazem devido a problemas afetivos.

Tais aspectos demonstram que os profissionais objetivam o ser mulher naquela que é mãe e cuidadora da casa o que promove o resgate do pensamento da sociedade patriarcal marcado pela mulher voltada para o espaço doméstico e o homem para o espaço público, a rua.

Deste modo é interessante observar como as representações sobre as mulheres e os homens foram construídas na sociedade e o quanto essas representações ainda se mostram presentes nos discursos dos profissionais, articulando-se com as representações sociais de usuário de drogas. Vale destacar que o Brasil conta com diversas políticas públicas voltadas para as mulheres, dentre elas o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (2004), que tem por objetivo discutir as desigualdades de gênero e raça no país.

No processo de construção de um saber os profissionais desenvolvem práticas cotidianas normatizadas por portarias ministeriais que caracterizam os serviços e cuidado ao usuário de drogas, contudo, tais práticas, por vezes, se separam do universo reificado (formado pelas políticas públicas) e são tensionadas a partir de teorias do senso comum (universo consensual) construídas no cotidiano das relações sociais. Deste modo, é nessa interação entre os dois universos que surgem as tensões, o que desencadeia uma convivência entre os conhecimentos científicos, técnico e as teorias do senso comum.

Deste modo, os profissionais resgatam a reforma psiquiátrica e a Política Nacional de Atenção aos usuários de Álcool e outras Drogas como forma de legitimar suas práticas, mas esse saber entra em confronto com as ideias que circulam na sociedade sobre o uso de drogas, ou seja, como aquilo que provoca o “mal” e assim deve ser combatida, e com o avanço do uso do crack tal confronto se potencializa. É na convivência entre a contradição de saberes que se observa como as teorias são construídas na sociedade e quais processos subjacentes estão atrelados na remodelação identitária de um grupo.

Nesta perspectiva, sabe-se que por muitos anos, a forma de “tratamento” do usuário era a partir das internações psiquiátricas, que tinha por meta a abstinência. Com a reformulação das políticas de saúde para os usuários de álcool e outras drogas, outras formas de cuidado passaram a ser discutidas, dentre elas a política de redução de danos, cujo objetivo, é a liberdade de escolha do usuário entre fazer o uso da droga ou a abstinência.

Deste modo, na formulação de uma política é importante que se compreenda quais saberes cotidianos são construídos a partir das relações sociais e da cultura. Logo, se os profissionais não compreendem os saberes que sustentam suas práticas as possibilidades de cuidado ao usuário de drogas se

tornam paliativas e assim, os mesmos buscam diferentes racionalidades na explicação de suas práticas.

Jovchelovitch (2008) destaca que a importância de se compreender as relações sociais na formação dos saberes pode ser observado no estudo de Denise Jodelet, *Loucura e Representações Sociais*. Nesse estudo Jodelet destaca que sem uma avaliação clara dos saberes cotidianos toda tentativa de reintegrar o doente mental à comunidade permaneceria parcial e sem probabilidade de sucesso.

Nesta perspectiva Jovchelovitch (2008) destaca que a principal ideia do trabalho de Jodelet recai sobre na constatação de que ignorar saberes locais “é um erro grave, a ser evitado por especialistas e pelos que elaboram políticas públicas” (JOVCHELOVITCH, 2008, p. 266). Segundo a autora, (2008, p. 266),

O estudo de Jodelet revelou como a necessidade de demarcar identidades e diferenciar o sujeito louco do sadio em um contexto onde a demarcação e diferenciação eram muito difíceis de realizar, produzir estratégias de separação que reergueram, no registro das experiências simbólicas, as paredes materiais do hospício. A questão do saber quem era e quem não era louco se tornou a força urgente a orientar os saberes cotidianos da comunidade, cuja experiência com a loucura evocou medos de fusão e contágio.

A necessidade de demarcação identitária é visualizada, a partir dos dados obtidos com os técnicos de CAPSAD e Albergue Terapêutico, no momento em que o profissional destaca em seus discursos a diferenciação entre quem faz uso e quem faz abuso de drogas, colocando o abuso como falta de racionalidade. Deste modo os profissionais buscam formas de controle na tentativa de justificar as dificuldades de lidar nas suas práticas cotidianas com o uso e o abuso de drogas.

Da mesma forma que Jodelet em seu estudo mostrou a necessidade de separar os ditos loucos, dos sadios, quando os profissionais buscam uma separação entre quem faz uso das drogas e quem abusa da drogas, procuram delimitar a quem serão destinadas as estratégias de cuidado de saúde que vê na abstinência a “cura” e de saúde pautado na redução de danos.

Entretanto, os profissionais em seus discursos destacam práticas da redução de danos como norteadoras do seu dia-dia e da importância do Programa Mais Vida para a compreensão da redução de danos. É nesse jogo de

identidades que se constroem as concepções dos cuidados aos usuários de drogas, marcado por elementos que compõe o pensamento científico e por elementos do pensamento do senso comum, que se encontram em constante intercâmbio. Tais concepções orientam as práticas profissionais desenvolvidas dentro dos dispositivos de saúde e demonstram o duplo caráter que as práticas podem assumir: como ação legitimada e legitimadora do conhecimento científico e como construção subjetiva da realidade.

No que concerne às relações entre as práticas e as representações é válido destacar que estabelecem relações dialéticas de determinação, assim, é impossível analisar as práticas separadas das representações. Por consequência, não se pode analisar as mudanças nas práticas sem considerar as reformulações das representações.

Quando os profissionais destacam as drogas como algo que provoca o “mal” o saber se volta para uma prática pautada na abstinência, quando os profissionais destacam na possibilidade de convivência com as drogas, a prática recai para a redução de danos. Deste modo, a mudança de uma prática é atrelada a mudança de saberes e na mudança de um dado saber implica em pensá-lo em suas experiências objetivas, intersubjetivas e subjetivas. Jovchelovitch (2008, p. 259) destaca que,

todo saber é expressivo, pois procura representar mundos subjetivos, intersubjetivos e objetivos. Longe de serem constructos cognitivos monológicos, sistemas de saber são gerados por tríades intersubjetivas que ligam o conhecimento a pessoas e aos contextos públicos em que é produzido.

Nesta perspectiva pensar na mudança de um saber atrelado as experiências objetivas, intersubjetivas e subjetivas significa compreender que os saberes não devem se limitar a descrição dos objetos sociais e nem dos processos cognitivos subjacentes ao conhecimento. Mas do entendimento das relações que estruturam a base da formação dos saberes, assim, deve-se apreender quais processos cognitivos se relacionam com os aspectos pessoais e sociais que transitam todo o ato do saber (JOVCHELOVITCH, 2008).

É interessante refletir como as representações se modificam e são construídas ao longo do tempo e assim, como os profissionais que atuam na assistência do Programa Mais Vida, que tem como objetivo principal a utilização

de estratégias de redução de danos, constroem ideias sobre o usuário de drogas e as estratégias de cuidado.

Este estudo traz novos elementos sobre a heterogeneidade sócio-cognitiva do campo representacional no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas. Os profissionais ao tentarem compreender a redução de danos, ora resgatam na busca de uma racionalidade, o modelo de cuidado pautado no jurídico-policial e de doença que tem como foco a abstinência para justificar o não uso das drogas, e ora resgatam a possibilidade da estratégia de cuidado da redução de danos e quando o foco recai no uso do crack os profissionais propõem a reelaboração das políticas existentes.

Castro e Batel (2007) mencionam que quando novas representações são construídas na sociedade, não quer dizer que o sistema representacional já existente mude de forma repentina, rescindindo-se a antiga e aceitando a nova. Contrariamente, é necessário um período de tempo que pode ser bastante longo. A mudança deriva na convivência simultânea de representações concorrentes (com frequência, logicamente incompatíveis, mas socialmente aceitáveis), mergulhado em discursos distintos. Tal aspecto reforça a ideia dialógica das representações sociais e é visualizada a partir da concepção do conceito de polifasia cognitiva que se caracteriza, segundo Jovchelovitch (2004, p. 3), “como a coexistência de diferentes modalidades de saber correspondendo a relações específicas entre o homem e seu contexto”.

Nesta perspectiva, na compreensão e identificação dos limites e possibilidades da intervenção dos profissionais que trabalham na atenção aos usuários de drogas, os profissionais atribuem sentidos a sua prática profissional, construindo saberes que possivelmente se refletem nas suas práticas cotidianas e se estruturam em crenças e valores.

No estudo das representações deve-se buscar compreender quais os processos que constituem a representação, deste modo, visualizar, como os profissionais objetivam o cuidado aos usuários de drogas e ancoram suas explicações.

Este estudo tem também uma importante contribuição ao levantar indicativos para a discussão acerca de como as políticas para os usuários de drogas foram construídas no Brasil, como também, acerca do distanciamento da formação dos profissionais em relação às exigências da prática profissional no

cuidado ao usuário de drogas, o que fica mais evidente com a questão do uso do crack. Logo tais indicativos poderão auxiliar os profissionais a repensar suas práticas e sua formação, o que possivelmente ocasionará práticas mais “responsáveis” na medida em que o profissional se coloca como sujeito ativo, construtor da realidade e nela construído no processo de elaboração e compreensão da clínica da dependência.

No desenvolvimento do estudo foi visualizado como limite, para melhor compreensão da prática dos profissionais que atuam na assistência do Programa Mais Vida, a ausência dos Projetos Terapêuticos das instituições, uma vez que tais documentos orientam as práticas a serem realizadas nas unidades de saúde.

Acredito que outras pesquisas no campo da dependência química, que tenham como enfoque as políticas voltadas para os usuários de álcool e outras drogas seriam de grande relevância. O destaque é visualizado a partir dos discursos dos profissionais acerca das dificuldades e limites na assistência ao usuário de drogas, em virtude de como as políticas públicas foram e são construídas no Brasil. Logo, tais estudos possibilitariam melhor compreensão sobre as mesmas, e assim, maior entendimento sobre as práticas profissionais desenvolvidas em dispositivos de saúde e assistência social que tenham como sujeito de demanda, o usuário de drogas.

Como também, pesquisas em torno da mulher usuária de drogas visto que os profissionais mencionam em seus discursos a dificuldade das mulheres em procurar os serviços de saúde ou quando procuram demonstram dificuldade em aderir aos serviços de cuidado ao usuário de drogas. Deste modo, cabe aprofundar com os profissionais e com as usuárias de drogas, quem são essas mulheres e o os motivos que as levam a não procurarem ou não aderirem aos procedimentos propostos nos serviços de saúde e de assistência social.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRIC, J-C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.). **Estudos interdisciplinares de Representação Social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 27 – 38.

_____. O estudo experimental das representações sociais. In: JODELET, D. (Org.). **Representações Sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 155 – 171.

_____. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: CAMPOS, P. H. F.; LOREIRO, M. C. S. (Org.). **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: Ed. da UCG, 2003. p. 37-57.

ALMEIDA, A. M. A pesquisa em representações sociais: proposições teórico-metodológicas. In: SANTOS, M. F. S.; ALMEIDA, L. M. (Org.). **Diálogos com a teoria das representações sociais**. Recife: UFPE/UFAL, 2005. p. 119 – 160.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à Educação. **Revista Múltiplas Leituras**, São Paulo, SP, v.1, n. 1, p. 18-43, Jan./Jun. 2008. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/ML/article/view/1169/1181>. Acesso em: 24 Nov. 2010.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV. Tradução de Batista. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

AZEVEDO, D. M., MIRANDA, F. A. N. Práticas Profissionais e Tratamentos nos CAPSAD do Município de Natal – RN: com a palavra a família. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, Salvador, BA, v. 14, n.1, p.56-63 Jan/Mar 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a09.pdf>. Acesso em: 15 de Mar. 2012.

BERGER, P.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 1993.

BRASIL. Lei nº 11.343, de 11 de agosto de 2006. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=254672>.

Acessado em: 15 Out. 2011.

_____. Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Disponível em <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=234247>. Acessado em: 15 Out. 2011.

_____. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **A POLÍTICA DA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – PNAS**. Brasília, Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Legislação em Saúde Mental**. 1990 -2004. 5ª. Edição ampliada. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Final III Conferencia Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2002.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004. Disponível em: http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sepm/arquivos/integra_pnpm. Acesso em: 10 Mai. 2012.

BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. **Psicologia ciência e profissão**, Natal, RN, v. 28, n. 3, p. 632-645, set. 2008.

BUCHER, R. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

CARDOSO, C. L.; FÉRES-CARNEIRO, T.; GIOVANETTI, J. P. Um estudo fenomenológico sobre a vivência de família em uma comunidade popular. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v.29, n.4, Abr. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932009000400010&script=sci_arttext. Acesso em: 20 Jul. 2012.

CANOLETTI, B.; SOARES, C. B. Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, SP, v.9, n.16, p.115-29, set.2004/fev., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a10.pdf>. Acesso em: 15 de Mar. 2012.

CARLINI-COTRIM, B. H. **A escola e as drogas: realidade brasileira e contexto internacional**. 1992. 230f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Departamento de Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 1992.

CASTRO, P.; BATEL, S. Técnico e cidadão, eis a questão: Um caso de participação pública no espaço urbano. **Psicologia**, Portugal, v.21, n.2, p. 99-117, 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psi/v21n2/v21n2a07.pdf>. Acesso em: 30 Mar. 2012.

CRUZ, M. S. Redução de Danos, Prevenção e Assistência. **Prevenção ao uso indevido de Drogas: Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias**. 3. ed. Brasília: Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD, 2010.

DOMANICO, A. **Craqueiros e Cracados: Bem Vindo ao Mundo dos Nóias. Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil**. 2006. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, 2006.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Caderno Pesquisa**, São Paulo, SP, v.6, n.115, p. 139-154, Mar. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010015742002000100005&script=sci_arttext. Acesso em: 11 Mai. 2011.

ESPÍNDOLA, L. F. G. **Redução de Danos: Uma Análise da Prática Profissional das Assistentes Sociais nos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Outras Drogas – CAPSAD**. 2010. 133f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, 2010.

FARR, R. **Teoria e método no estudo das representações sociais**. Trad. de S. C. Dumont, C. M. A Leal; Z. A V. Flores; L. M. M. Santos; I. G. Fernandes, A G. L. Affonso; L. M. Ximenes; A M. Souza, sob a supervisão de Ângela M. O Almeida - IP/UnB. Do original: Robert Farr. Theory and method in the study of social representations. In: G. M. Breakwel; D. V. Canter. **Empirical approaches to social representations**. Oxford: Oxford University Press, 1993.

GOMES, L. F. **Nova lei de drogas: descriminalização da posse de drogas para consumo pessoal**, 2006. Disponível em <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=9180>>. Acesso em: 15/10/2011.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. **Revista Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 9, n.2, p. 48-55, Mar., 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11514.pdf>. Acesso em: 12 Nov. 2011.

GRANJA, E; RAMEH, R.; SANTOS, L. A Implementação dos Fúmodromos na rede de atenção aos usuários de álcool, fumo e outras drogas na cidade de Recife: um olhar sob a perspectiva da Redução de Danos. Trabalho apresentado

no XV encontro da ABRAPSO, 2009, Macéio, AL. Disponível em: http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/574.%20a%20implementa%C7%C3o%20dos%20fum%D3dromos%20na%20rede.pdf. Acesso em: 24 Mar. 2012.

GUARESEHI, P. A. Representações sociais: avanços teóricos e epistemológicos. **Temas e l'sicDlogia da SBp**, São Paulo, SP, v. 8, n. 3, p. 249-256. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v8n3/v8n3a04.pdf>. Acesso em: 10 Jun. 2012.

JODELET, D. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet, D. (Org.). **Representações Sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 17 – 44.

_____, D. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005.

JOVCHELOVITCH, S. **Os contextos do Saber**. Petrópolis: Vozes, 2008.

LACERDA, L. C. **Redução de Danos: Um Desafio no Sistema Prisional**. 2006. 135 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, 2006.

LEAL, E. M. O campo da reforma psiquiátrica brasileira: noções de “sujeito” e “mundo” presentes nos discursos do agente de cuidados. **Cadernos IPUB, Antropologia e História dos Saberes Psicológicos**, Rio de Janeiro, RJ, v. 6, n.18, p. 102- 122, 2000.

DESCHAMPS, J. C.; MOLINER, P. **A identidade em psicologia social: dos processos identitários às representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2009.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Caderno Pesquisa**, São Paulo, SP, v.6, n.115, p. 139-154, Mar. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010015742002000100005&script=sci_arttext. Acesso em: 11 Mai. 2011.

LOPES, P. L.; MARASCHIN, C. Políticas cognitivas e as propostas de intervenção e tratamento para usuários e dependentes de drogas. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, RJ, v. 20, n. 2, p. 149-161, Jul. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652008000200011&lng=en&nrm=iso Acesso em: 10 Mai. 2011.

LUCCHIARI, D. H. Uma abordagem genealógica a partir do genoprofissiograma e do teste de três personagens. In: LEVENFUS, R. S.; SOARES-LUCCHIARI, D. H.; SILVA, I. C.; LISBOA, M. D.; LASSANCE, M. C.; KNOBEL, M. (Org.), **Psicodinâmica da escolha profissional** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 135-160.

MACRAE, E.; GORGULHO, M. Redução de Danos e Tratamento de Substituição Posicionamento da Reduc (Rede Brasileira de Redução de Danos). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 52, p. 371-374, Set./Out., 2003. Disponível em: http://www.neip.info/upd_blob/0000/11.pdf. Acesso em: 30 Mar. 2012.

MARQUES, F.; DONEDA, D. A política brasileira de Redução de Danos. In BASTOS, F. I. (Org.). **Troca de Seringa: Drogas e AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. p. 137 -152.

MARLATT, G. A. **Redução de Danos: estratégias para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Artes Médicas do Sul, 1999.

MELLO, S. L. DE. Classes populares, família e preconceito. **Revista de Psicologia USP**, São Paulo, SP, v.3, n. 1/2, p. 123-130, 1992. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000074&pid=S0102-7972199800010001000014&lng=en. Acesso: 15 Mar. 2012.

MESQUITA, J. F.; NOVELLINO, M. S. F.; CAVALCANTI, M. T. A reforma psiquiátrica no Brasil: um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental. In: Trabalho apresentado no XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, 2010, Caxambu, MG. Disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2010/docs_pdf/eixo_4/abep2010_2526.pdf. Aceso em: 10 Mai. 2011.

MESQUITA, F. AIDS e drogas Injetáveis. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde Loucura**. São Paulo: Hucitec, 1991. p. 46-53.

MESQUITA, F.; BASTOS, F. I. **Drogas e AIDS Estratégias de Redução de Danos**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 9-30.

MOSCOVICI, S. A representação social: um conceito perdido. In: **A representação social da Psicanálise**. Trad. de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. p. 41-81.

_____. Representações Sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.). **Representações Sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 2001. p. 42 – 49.

_____. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MOREIRA, F. G.; SILVEIRA, D. X; ANDREOLI, S. B. Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, RJ, v.11, n.3, p. 807-816, Jul./Set. 2006 Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000300028&script=sci_arttext. Acesso em: 10 Mai. 2011

NARDI, H. C.; RIGONI, R. Q. Marginalidade ou cidadania? A rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, PR, v.10, n.2, p. 165-173, Mai. 2005 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a14.pdf>. Acesso em: 12 Nov. 2011.

NÓBREGA, S. M. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P. (Org.). **Representações Sociais: teoria e prática**. João Pessoa: Editora Universitária, 2001. p.55-87.

O'BRIEN, C. P. Dependência e uso abusivo de drogas. In: GOODMAN, A. H. (Org.). **As bases farmacológicas da terapia**. Rio de Janeiro: McGraw, 1996. p. 405-419.

O'HARE, P. Redução de danos: alguns princípios e prática. In. MESQUITA, F.; BASTOS, F. I. (Org). **Drogas e AIDS estratégias de redução de danos**. São Paulo: Hucitec, 1994.

OLIVEIRA, D. C.; SIQUEIRA, A. A. F.; ALVARENGA, A. T. Práticas Sociais Em Saúde: Uma Releitura À Luz da Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.). ESTUDOS INTERDISCIPLINARES DE REPRESENTAÇÃO SOCIAL. GOIANIA: AB, 1998. p. 162-190.

OLIVEIRA, J. F., Paiva, M. S. Vulnerabilidade de Mulheres Usuárias de Drogas ao HIV/AINDA em uma perspectiva de gênero. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, Salvador, BA v. 11, n.4., p.625-631, Dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n4/v11n4a11.pdf>. Acesso em: 20 Fev. 2012.

OLIVEIRA, J. F., Paiva, M. S.; VALENTE, C. L. M. Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, RJ, v.11, n.2, p. 473-481, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232006000200024&script=sci_arttext. Acesso em: 25 Mai. 2012.

OLIVEIRA, J. A. A fase adolescente e as motivações para a droga. In: BUCHER, R. (Org.). **Prevenção ao Uso Indevido de Drogas**. Brasília: Universidade de Brasília, 1989. p. 63-74.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento da CID - 10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas**. Coord. Organiz. Mund. da Saúde. Tradução de Dorgival Caetano, Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Levantamento dos motivos e dos responsáveis pelo primeiro contato de adolescentes do ensino médio com substâncias psicoativas. **SMAD, Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, SP, v.2, n.2, p. 263- 274, Ago/2006. Disponível em: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/803/80320204.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2010.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. **Revista Teoria e Pesquisa**, São Paulo, SP, v. 25, n. 2, p. 203-211, Abr./Jun. 2009, Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n2/a08v25n2.pdf>. Acesso em: 10 Dez. 2010.

RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, R. C. **CASAS DO MEIO DO CAMINHO: um relato da experiência de Recife na busca da atenção integral à saúde dos usuários de álcool, fumo e outras drogas.** 2008. 191 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, PE, 2008.

RÊSES, E. S. Do conhecimento sociológico à teoria das representações sociais. **Sociedade e Cultura**, Goiás, GO, v. 6, n. 2, p. 189-199, Jul./Dez. 2003. Disponível em: http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/9581/1/ARTIGO_ConhecimentoSociologicoTeoriaRepresentacao.pdf. Acesso em: 15 de mar. 2012.

ROMANINI, M.; ROSO, A. Mídia e Crack: Promovendo Saúde ou Reforçando Relações de Dominação? *Revista Psicologia: Ciência e Profissão*, São Paulo, SP, v. 32, n. 1, p. 82-197, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v32n1/v32n1a07.pdf>. Acesso em: 15 Jul. 2012.

ROUQUETTE, M. L. Representações e Práticas Sociais: Alguns Elementos Teóricos. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org). **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. Goiânia: AB, 1998. p. 39 – 46.

SÁ, C. P. **A construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

SANTOS, M. F. A teoria das representações sociais. In: Santos. M. F. S.; ALMEIDA. L. M. (Org.). **Diálogos com a teoria das representações sociais**. Recife: Universitária da UFPE/ UFAL, 2005. p. 15 – 38.

SCHWEBEL, R. **Antes que aconteça**. São Paulo: Claridade, 2002.

SIDRIM, M. I. C. **Reabilitação Social como Objeto de Estudo. As representações sociais da reabilitação psicossocial. Um estudo sobre o CAPS**. Curitiba: Juruá, 2010. p. 49-61.

SILVA, P. de L. **As Representações Sociais do uso de drogas entre familiares de usuários em tratamento**. 2007. 203 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, 2007.

SILVEIRA, R. W. M.; REZENDE, D.; MOURA, W. A. Pesquisa-intervenção em um CAPSAD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas. **Revista Interinstitucional de Psicologia**, Uberlândia, MG, v. 3, n. 2, p. 184-197, 2010. Disponível em: <http://www.fafich.ufmg.br/gerais/index.php/gerais/article/viewDownloadInterstitial/19/121>. Acesso em: 15 Dez. 2011.

SODELLI, M. **Repensando o Modelo de Redução de Danos. Uso de Drogas e Prevenção. Da desconstrução da postura proibicionista às ações Redutoras de Vulnerabilidade**. São Paulo: IGLU, 2011.

SOUZA, J. C. A.; MELO, L. F.; LUCENA, R. M. **Estratégias de redução de danos: uma alternativa de prevenção e tratamento ao uso abusivo de drogas. Estudo realizado junto ao Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras drogas (CAPSad) Professor José Lucena.** 2004. Monografia (Departamento de Serviço Social) Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, 2004.

SOUZA, T. de P. **REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL: A clínica e a política em movimento.** 2007. 116 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2007.

SZYMANSKI, H. Teorias e Teorias da Família. In. CARVALHO, M.C.B. (Org.) **A Família Contemporânea em Debate.** São Paulo: Educ/Cortez, 1995.

_____ Educação para família: uma proposta de trabalho preventivo. **Rev. Bras. Cresc. e Des. Humano**, São Paulo, v. 4, n. 1, p. 34-39, 1994.

_____ O psicodrama e o Trabalho com Famílias. In: Puttini, E. F. e Lima, L. M. **Ações Educativas: vivências com psicodrama na prática pedagógica.** São Paulo: Agora, 1997.

TRINDADE, Z. A. Reflexões sobre o estatuto das práticas na teoria das Representações Sociais. In: **I SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.** Natal, 1998. Textos para Discussão. v. 1, Natal, 1998. p.18-28.

VIEIRA FILHO, N. G. Clínica psicossocial: terapias, intervenções, diagnósticos. In. VIEIRA FILHO, N. G. (Org). **Fundamentos do atendimento psicoterápico psicossocial.** Recife: Universitária da UFPE, 1998. p. 37 – 139.

APÊNDICE A - 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 “Representação Social da Redução de Danos para profissionais que atuam pelo Programa Mais Vida da cidade do Recife”.

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 das atividades do serviço ou outras atividades cotidianas, sendo previamente combinados com você os dias e horários mais favoráveis para os encontros, os quais serão realizados no seu local de trabalho.

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 entrevista semi-estruturada, instrumento este que será utilizado para a coleta dos dados a partir dessa autorização. Vale destacar que a entrevista será gravada mediante sua autorização, caso não deseje será respeitado sua vontade, não sendo realizada a gravação. 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.

Como possíveis **benefícios**, a pesquisa poderá gerar conhecimentos importantes para a compreensão da prática dos profissionais de saúde no que concerne à redução de danos, os quais poderão nortear o trabalho dos profissionais e políticas públicas, beneficiando usuários e profissionais. Além disso, o profissional participante será convidado a pensar, mesmo que rapidamente, sobre o tema e se ele desejar, a pesquisadora se compromete a apresentar os resultados do trabalho, o que pode gerar reflexões interessantes para a sua atividade profissional. No entanto, tais reflexões poderão gerar alguma forma de **risco** para o entrevistado. Neste caso, a pesquisadora se compromete a conversar com o profissional, visando minimizar qualquer desconforto e se for o caso, a entrevista será interrompida. Caso seja necessário, você poderá ser encaminhado (a) para atendimento na Clínica de Psicologia da UFPE, uma vez que a pesquisa é vinculada ao Departamento de Psicologia e Programa de Pós-Graduação em Psicologia desta instituição.

Para esclarecimento em qualquer fase da pesquisa, você poderá entrar em contato com a pesquisadora **Vivian Lemos Mota**: Av. Prof. Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária, Recife – Programa de Pós-Graduação em Psicologia/UFPE (Tel.: 2126.8730); pelo telefone (81) 86836722 ou pelo e-mail vivianlemos@hotmail.com. 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.

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 – Vivian Lemos: _____

Assinatura da testemunha 1: _____

Assinatura da testemunha 2: _____

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. De acordo com o caso apresentado. Como você conduziria o tratamento do usuário?
2. Porque você acha que P. A. faz uso abusivo de drogas?
3. Você acha que ele vai aderir ao tratamento? Por quê?
4. Para você, o que é um tratamento de sucesso?
5. De acordo com o caso, é possível pensar na redução de danos? Como?
6. Para você, o que é a redução de danos?
7. Na sua prática, você desenvolve a redução de danos? Como?
8. No caso apresentado, trata-se de um jovem. Como você compreende o homem usuário de drogas? E a mulher usuária de drogas?
9. Para você o que é saúde?
10. O que é a droga?
11. Como você compreende o uso de drogas? E o abuso?
12. Você poderia falar um pouco sobre a política de saúde voltada para as pessoas que fazem uso/abuso de álcool e outras drogas.
13. Como você compreende a assistência a pessoas que fazem uso/abuso de drogas?
14. Você poderia falar sobre o programa Mais Vida (Objetivo e diretrizes)

APÊNDICE C - INSTRUMENTAL DE COLETA CAPSAD

Nome (iniciais): _____ Sexo: _____ Religião: _____
Formação: _____ Tempo de formada: _____ Especialização na
área: _____ Área de atuação: _____
Tempo de atuação na unidade: _____

A seguir será apresentada a história de um usuário que faz uso de drogas e a partir de tal contexto, algumas questões serão elaboradas.

Nome: P. A.

O usuário foi encaminhado ao CAPs AD pelo Centro de Referência Especializada da Assistência Social (CREAS). Mencionou ter 35 anos, reside com a genitora e dois irmãos. Faz uso abusivo de álcool, maconha e crack há dois anos. Mencionou que seu uso é diário e quando faz uso do álcool é que sente mais vontade de usar o crack, a maconha refere que usa para relaxar um pouco (sic). Atualmente não trabalha, mas faz alguns “bicos” para poder comprar a droga. Colocou que seu problema é o crack e por isso deseja diminuir seu consumo, mas a maconha e o álcool não causam prejuízos (sic). Quando sente vontade de usar o crack chega a fazer dívidas e já cometeu alguns furtos. Relatou ansiedade e dificuldade para dormir. Estava consciente, orientado no tempo e espaço, discurso coerente. Pouco higienizado e nos últimos 6 meses, referiu que perdeu bastante peso.

APÊNDICE D – INSTRUMENTAL DE COLETA ALBERGUE TERAPÊUTICO

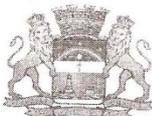
Nome (iniciais): _____ Sexo: _____ Religião: _____
Formação: _____ Tempo de formada: _____ Especialização na
área: _____ Área de atuação: _____
Tempo de atuação na unidade: _____

A seguir será apresentada a história de um usuário que faz uso de drogas e a partir de tal contexto, algumas questões serão elaboradas.

Nome: P. A.

O usuário foi encaminhado ao Albergue Terapêutico pelo Centro de Referência Especializada da Assistência Social (CREAS). Mencionou ter 35 anos, reside na rua há cerca de seis meses. Faz uso abusivo de álcool, maconha e crack há dois anos. Mencionou que seu uso é diário e quando faz uso do álcool é que sente mais vontade de usar o crack, a maconha refere que usa para relaxar um pouco (sic). Atualmente não trabalha, mas faz alguns “bicos” para poder comprar a droga. Colocou que seu problema é o crack e por isso deseja diminuir seu consumo, mas a maconha e o álcool não causam prejuízos (sic). Quando sente vontade de usar o crack chega a fazer dívidas e já cometeu alguns furtos. Relatou ansiedade e dificuldade para dormir. Estava consciente, orientado no tempo e espaço, discurso coerente. Pouco higienizado e nos últimos 6 meses, referiu que perdeu bastante peso.

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE



Prefeitura do Recife
Secretaria de Saúde

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Vivian Lemos Mota**, estudantes do Curso de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE, a desenvolver pesquisa nos Distritos Sanitário I ao VI e na Coordenação do Programa Mais Vida, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "**Representação Social da Redução de Danos para Profissionais que Atuam Pelo Programa Mais Vida da Cidade do Recife**", sendo orientada por Maria de Fátima Souza Santos.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.
- O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 26 de maio de 2011.


Cinthia Kalyne de A. Alves
Diretora Geral de Gestão do Trabalho

Cinthia Kalyne de A. Alves
Diretora Geral de Gestão do Trabalho - DGGT
Secretaria de Saúde do Recife
Mota 12-0