

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ENFERMAGEM

ANA CAROLINA ACORINTE

Discursos dos usuários dependentes de substâncias psicoativas sobre sua
imagem discursivamente construída.

São Carlos

2017



ANA CAROLINA ACORINTE

Discursos dos usuários dependentes de substâncias psicoativas sobre sua
imagem discursivamente construída.

Dissertação de Mestrado, apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de
São Carlos para obtenção do título de
Mestre em Ciências da Saúde.

Linha de pesquisa: Processo de cuidar
em saúde e enfermagem

Aluna: Ana Carolina Acorinte
Orientadora: Prof^a Dr^a Sônia Regina
Zerbetto

São Carlos

2017

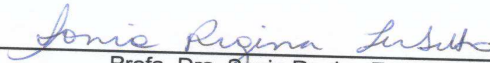


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

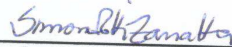
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

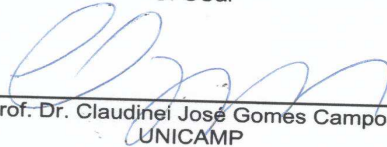
Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Ana Carolina Acorinte, realizada em 13/07/2017:



Profa. Dra. Sônia Regina Zerbetto
UFSCar



Profa. Dra. Simone Teresinha Protti Zanatta
UFSCar



Prof. Dr. Claudinei José Gomes Campos
UNICAMP

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

À minha mãe querida Carolina; obrigada pelas orações...sou grata pela vida e pela liberdade.

À orientadora Profa. Sonia Regina Zerbetto, por toda paciência, parceria, motivação e pela compreensão dos meus momentos difíceis e decisivos.

Ao meu querido Roberval com quem divido o cotidiano e o extraordinário... Fundamental e companheiro nos últimos momentos de escrita, e que vem me ensinando a ser, a um só tempo, responsável nas minhas críticas e confiante na minha capacidade.

Aos queridos Fernando Calzavara, Ana Lúcia Delapina que me deram a regalia da suas amizades e colorem minha vida com carinho e reflexões... Quero levar essa parceria de trabalho e essa amizade por muito tempo!

À querida Dra. Juliana Rosano, pela escuta, ajuda e cuidado.

Aos amigos Gisele Giovannetti, e Thiago Campione, com quem aprendi que a saúde mental pode ser vivida de forma mais intensa e séria.

Aos colegas de trabalho do CAPS AD pela inspiração.

Aos usuários do CAPS AD participantes dessa pesquisa, por voluntariamente me agradecerem com suas histórias

À Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, pelo acesso ao campo de pesquisa.

Ao PPGENF da UFSCar pelo ensino e oportunidade do meu crescimento pessoal e profissional.

Aos membros da Banca: Profa. Simone T. Protti e Prof. Claudinei Campos, pela disponibilidade e contribuições.

RESUMO

ACORINTE, A. C. **Discursos dos usuários dependentes de substâncias psicoativas sobre sua imagem discursivamente construída.** 2017. 95 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de São Carlos, UFSCar-SP, São Carlos, 2017.

A constituição do discurso do usuário de drogas sobre sua imagem e seu lugar e posição está determinada por condições sócio históricas, bem como pode estar permeada por outros discursos anteriores, atravessados pelos sentidos dominantes do modelo biológico, manicomial e moral, que podem designar a imagem que ele tem de si mesmo e de sua posição-sujeito. O objetivo deste estudo foi analisar o discurso do usuário de álcool e outras drogas em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas (CAPS AD) de um município do interior paulista sobre a imagem que ele tem de si mesmo, enquanto sujeito dependente de substâncias psicoativas, dos outros dependentes e do lugar e posição social assumida por ele. Para alcançar os objetivos deste estudo, pensou-se em um referencial teórico-metodológico que abrangesse os processos ideológicos e as formações imaginárias que os usuários de álcool e outras drogas têm sobre si e sobre a doença. Portanto, como referencial teórico e metodológico utilizou-se da Análise de Discurso (AD) de matriz francesa, baseada nos constructos teóricos de Michel Pêcheux. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas do município de São Carlos - São Paulo. Participaram do estudo doze usuários de substâncias psicoativas desse serviço de saúde mental. Utilizou-se de um roteiro de entrevista semiestruturada para a coleta de dados e com o recurso de gravador todas as entrevistas foram gravadas. Como resultados emergiram dois blocos discursivos: 1) As imagens que o dependente de substâncias psicoativas em tratamento tem de si e do dependente químico: predominou imagem negativa, maléfica e diabólica, reforçando discurso Cristão. A memória discursiva esteve relacionada ao paradigma biológico e moral. 2) O discurso da sociedade sobre o sujeito dependente de substâncias psicoativas: os entrevistados perceberam discurso pejorativo, preconceituoso e de segregação social. Concluí-se que o efeito ideológico e a naturalização de alguns sentidos produziram a interpretação que o usuário de drogas é rejeitado e marginalizado por ser um desviante e que o sujeito, e sua fala a partir da ideologia, evocada de sua memória discursiva, é permeada pelo modelo moral e biomédico.

Palavras-chave: Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Fala; Saúde Mental; Usuários de drogas

ABSTRACT

ACORINTE, A. C. **Discourses of the psychoactive substances users about their image discursively constructed.** 2017. 95 f. Dissertation (Master's) - Program Graduate in Nursing. Federal University of São Carlos, SP-UFSCar, São Carlos, 2017.

The constitution of the discourse of the drug user about his image, his place and position is determined by social and historical conditions, as well it can be filled by others previous discourses, crossed by the dominant senses of the biological, manicomial and moral pattern, which can appoint the image he has about himself and about his position as a position-subject.

The purpose of this study was analyzing the discourse of the alcohol users and other drugs users in treatment in CAPD AD, it was about the image he has of himself as a subject addicted to psychoactive substances, the image of the other addicted people and the place and position conceived by him. In order to get this purpose, we are based on a methodological and theoretical reference which would include the ideological processes and the imaginative formations that the alcohol and other drugs users have about themselves and about their disease. Thus, this theoretical reference was based on French Discourse Analysis, constructed upon the theory of Michel Pêcheux. It is a qualitative research, developed in CAPS AD in the city of São Carlos, São Paulo. Twelve psychoactive substances users who are treated by the mental health service participated in this study. We used a half structured interview script for data collecting and a recorder to have the conversation saved. As a result, it emerged two discursive blocks: the images which the psychoactive substances user in treatment has about himself and the discourse of the society about this subject who is psychoactive substances addicted to.

It was concluded that the ideological effect and the naturalization of some senses is the interpretation that the drug user is rejected and harassed because he is a deviant person and that the speech of this subject from an evocated ideology of his discursive memory is filled by de biomedical and moral pattern.

Key words: Substance-Related Disorders; Speech; Mental Health, Drug users

RESUMEN

ACORINTE, A. C. **Discursos de los adictos a sustancias psicoativas sobre su imagen discursivamente construida**. 2017. 95 f. Disertación (Master) - Programa de Postgrado em Enfermería. Universidad Federal de São Carlos, SP-UFSCar, São Carlos, 2017.

La constitución del discurso del drogadicto sobre su imagen, su lugar y su posición está determinada por condiciones sociohistóricas, sino también puede estar influida por otros discursos anteriores, atravesados por los sentidos dominantes del modelo biológico, manicomial y moral, que pueden designar la imagen que el drogadicto tiene de sí mismo y de su posición-sujeto. El reto de este estudio fue el análisis del discurso del adicto respecto del alcohol y otras drogas en tratamiento en el CAPS AD y sobre la imagen que se tiene de sí mismo como sujeto adicto a sustancias psicoactiva, de los otros adictos en el lugar y la posición social asumida por él. Para alcanzar los retos de este estudio, se había pensado en una referencia teórico-metodológica que incluyera los procesos ideológicos y las formaciones imaginarias que los adictos al alcohol y otras drogas tienen sobre sí mismos y sobre su enfermedad. Por lo tanto, como referencia teórica y metodológica se ha utilizado el Análisis del Discurso (AD) de matriz francesa, basada en los constructos teóricos de Michel Pêcheux. Se trata de una investigación cualitativa, realizada en el CAPS AD del municipio de São Carlos – São Paulo. Han participado del estudio doce adictos a sustancias psicoactivas del servicio de salud mental. Se ha utilizado un bosquejo de entrevista semi-estructurada para la colecta de datos y con el recurso del grabador que permitió que las entrevistas fueron grabadas. Como resultado, surgieron dos bloques discursivos: las imágenes que el adicto tiene de las sustancias psicoactivas en tratamiento y del adicto a sustancias químicas y el discurso de la sociedad sobre el sujeto adicto a sustancias psicoactivas. Se concluye que el efecto ideológico y la naturalización de algunos sentidos produjeron la interpretación de que el drogadicto es rechazado y marginalizado por ser un desvirtuado y que el sujeto y su habla a partir de la ideología, evocada por su memoria discursiva, es influida por el modelo moral y biomédico.

Palabras-llave: Trastornos Relacionados com Sustancias; Habla; Salud Mental; Consumidores de drogas

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD Análise de Discurso

CAPS Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga

CAPS I Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CID 10 Classificação Internacional de Doenças 10

DSM-V Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – V

LSD Ácido Lisérgico

MDMA Metilenedioximetanfetamina

MS Ministério da Saúde

OMS Organização Mundial da Saúde

OPAS Organização Pan- Americana da Saúde

RAPS Rede de Atenção psicossocial

RD Redução de Danos

SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

Sd Seqüência discursiva

SD Sujeito do Discurso

SPA Substância Psicoativa

SUS Sistema Único de Saúde

TCLE Termo de Consentimento Livre Esclarecido

UFSCAR Universidade Federal de São Carlos

UPA Unidade de Pronto Atendimento

USP- Universidade de São Paulo

LISTA DE DESENHOS

Desenho 1: produção artística do participante SD 1

Desenho 2: produção artística do participante SD 3

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	11
2. INTRODUÇÃO.....	13
2.1 Uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas através da história e seus sentidos.....	13
2.2 Modelos explicativos da dependência química.	21
2.4 Significados do consumo de drogas e cuidados.....	27
3. JUSTIFICATIVA	33
4. PRESSUPOSTO	34
5. OBJETIVO.....	35
5. Objetivo geral.....	35
6. REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	36
6.1 Referencial Teórico: Análise de Discurso	36
7. METODOLOGIA.....	40
7.1. Tipo do estudo.....	40
7.2. Local do estudo	40
7.3. Condições de produção do município de São Carlos	41
7.4. As condições de produção do CAPS AD	44
7.5. Participantes da pesquisa.....	47
7.6. Coleta de dados.....	48
7.7. Procedimentos éticos.....	49
7.8. Análise dos dados.....	50
8. RESULTADOS E DISCUSSÃO	52
8.1. Perfil dos sujeitos do discurso	52
8.1.1. Sujeito do Discurso 1 (SD 1)	52
8.1.2. Sujeito do Discurso 2 (SD 2)	52

8.1.3. Sujeito do Discurso 3 (SD 3)	53
8.1.4. Sujeito do Discurso 4 (SD 4)	53
8.1.5. Sujeito do Discurso 5 (SD 5)	54
8.1.6. Sujeito do Discurso 6 (SD 6)	54
8.1.7. Sujeito do Discurso 7 (SD 7)	55
8.1.8. Sujeito do Discurso 8 (SD 8)	55
8.1.9. Sujeito do Discurso 9 (SD 9)	55
8.1.10. Sujeito do Discurso 10 (SD 10)	56
8.1.11. Sujeito do Discurso 11 (SD 11)	56
8.1.12. Sujeito do Discurso 12 (SD 12)	57
9. APRESENTAÇÃO DOS BLOCOS DISCURSIVOS.....	58
9.1. Bloco discursivo 1: As imagens que o dependente de substâncias psicoativas em tratamento tem de si e do dependente químico	58
9.2. Bloco discursivo 2: O discurso da sociedade sobre o sujeito dependente de substâncias psicoativas.....	70
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
12. APÊNDICE.....	92
12.1. APÊNDICE I	92
12.2. APÊNDICE II	93
12.3. ANEXO I	94
12.4. ANEXO II	95

1. APRESENTAÇÃO

A dependência de substâncias psicoativas não é de longe um tema tranquilo e facilmente aceitável no mundo das pesquisas, mas é sem dúvida a minha inspiração, onde desejo futuramente continuar estudando. Poder participar do processo de tratamento de cada usuário do serviço, visualizar suas pequenas mudanças, e grandes transformações, é minha motivação. Meu salário afetivo, meu estímulo para continuar fazendo a diferença.

Terminei a graduação em enfermagem em 2004, na época, passei num concurso público na cidade de Matão- SP e fui trabalhar num Ambulatório de Saúde Mental, onde tive oportunidade de me aproximar mais da área da saúde mental. Em 2005, fiz o curso de especialização em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, enfocando meus estudos na área de álcool e drogas, e desde então busquei sempre voltar minha prática para reflexão dessa temática. Posteriormente, ao prestar novo concurso, agora na cidade de São Carlos, fui ser enfermeira de Unidade de Saúde da Família no município de São Carlos, tendo mais a frente assumido cargo de supervisora e posterior enfermeira do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), onde permaneço até o momento e me sinto muito satisfeita e realizada profissionalmente.

Percebo que muitos discursos dos usuários do serviço advêm muitas vezes das próprias instituições públicas que reforçam a demonização das drogas. Assim, entendo a importância como enfermeira, quanto pesquisadora, estudar para buscar entender e melhorar a prática dentro do serviço que estou alocada.

Os frutos desse trabalho foram a organização na forma textual de um referencial acerca da relação exclusão e preconceito, para os considerados diferentes e desviantes. Nesse trabalho também foi abordado os modelos de atenção para os usuários de substâncias psicoativas, emergindo do conteúdo estudado o quanto a lógica manicomial reforça a exclusão desse usuário. Na metodologia foi explorado o referencial teórico e metodológico escolhido que é a Análise de Discurso. Na apresentação dos resultados, é possível conhecer cada sujeito dessa pesquisa e o que cada um traz nos seus discursos.

Concluindo, esse trabalho é uma forma de dar voz aos usuários de substâncias psicoativas, e de enxergar além do dito por cada um deles. Uma maneira de cada profissional repensar esse olhar.

2. INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, a dependência de álcool e outras drogas é um dos mais relevantes temas nas ciências sociais e de saúde, mas que ainda é visualizado no imaginário social como problema associado à moralidade, ordem, segurança pública, marginalidade, violência e pobreza (ACIOLI NETO;SANTOS, 2014; MEDEIROS et al., 2015). Tal temática é complexa no âmbito da pesquisa, pois há ainda o estigma e preconceitos de muitas pessoas ao se referirem a essa população.

Nos dias de hoje há uma grande discussão entre as designações para o termo usuário de drogas entre o campo da medicina e o senso comum. Para medicina, no modelo de doença, a pessoa que consome drogas é reconhecida como doente, mas, para o senso comum, é considerada desviante (MELO;MACIEL, 2015), designando o usuário como maconheiro, viciado, drogado, drogadito, adicto, toxicômano, chapado e entre outros.

A imagem do usuário de substâncias psicoativas (SPA) está sempre marcada por preconceitos, processo de estigmatização e pré-julgamentos, o que desencadeia uma segregação social associada, muitas vezes, às denominações moralistas e estigmatizantes, tais como marginal e vagabundo. Considerando tais questões, no imaginário social, o sujeito dependente ou abusador de drogas assume posições sociais que lhe foram designadas, podendo ocupar um lugar de doente, transgressor, marginal, vagabundo, louco ou perigoso (MORALES, 2002; ACIOLI NETO;SANTOS, 2014; MELO;MACIEL, 2015).

Assim, convém compreender brevemente os sentidos desta temática através de suas condições de produção.

2.1. USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ATRAVÉS DA HISTÓRIA E SEUS SENTIDOS

O uso de drogas na história da humanidade é uma prática milenar e universal, considerada uma condição histórica estruturante de grande parte das

sociedades. Possui duas funções sociais: superação da angústia existencial e prazer (BUCHER, 1991; ARAÚJO; MOREIRA, 2006).

Nesse sentido, cabe apontar que um dos motivadores possíveis para o homem ao consumir substâncias psicoativas é da busca em escapar e esquecer-se da consciência de sua transitoriedade e finitude existencial, tentando minimizar a angústia que tal sentimento lhe provoca. Considerando que as drogas têm efeitos tranquilizadores e ansiolíticos, nos dias atuais, tais sensações são oferecidas às pessoas através da comercialização de medicamentos psicotrópicos, os quais são consumidos de forma indiscriminada, apesar da existência de legislação que os regulamenta no âmbito da prescrição médica (BUCHER, 1991).

A relação entre indivíduo e o uso de drogas têm perpassado toda a existência da humanidade, ora na dimensão lúdica, promovendo sensações místicas e religiosas, como para fins curativos e medicinais. Salienta-se que até o final do século XIX, esse modo de consumo foi raramente concebido como ameaçador à ordem social constituída, porém, a concepção de malefício advindo do uso e abuso indiscriminado das drogas, é um fenômeno da contemporaneidade (SILVA, 2007).

A palavra “droga” tem sua origem do idioma holandês antigo *droog*, e o seu significado é “folha seca” (MORALES, 2002). Atualmente, é considerada droga toda e qualquer substância natural ou sintética, que ao ser introduzida no organismo gera alterações físicas e/ou psíquicas, provocando sensações de prazer ou desprazer capazes de contribuir para que alguns de seus usuários façam um uso abusivo ou dependente. Essas substâncias psicoativas são àquelas que alteram o funcionamento do Sistema Nervoso Central, da consciência, das funções cognitivas e sensopercepção (OUTEIRAL, 2003).

Segundo Mota (2007), a palavra psicoativo ou psicotrópico tem origem no idioma grego e significa “substâncias que agem sobre a mente, produzindo estados de euforia, calma, excitação e potencializa tristezas, alegrias ou fantasias” (p.24-25). Desta maneira, para fins de conceituação, o termo substância psicoativa é considerado o mais adequado, devido à possibilidade de agrupar várias e diferentes substâncias, tais como o álcool, café, nicotina, cocaína, heroína, crack, maconha, tranquilizantes entre outros (p.24).

Considerando-se a evolução e transformação do homem, a história mostra que os homens primitivos utilizavam as drogas dentro de seus rituais, com a finalidade de contatar entidades divinas, tornando-se parte da atividade cultural e religiosa dessas civilizações (CARMO, 2000).

Conforme Da Silveira e Moreira (2006), os primeiros ancestrais eram herbívoros e tinham nas frutas, nozes, raízes e plantas psicoativas as suas principais fontes de alimentos. Segundo Sullivan e Hagen (2002), os povos primitivos coletavam, caçavam para a sua subsistência e o consumo de plantas psicoativas, tais como folha de coca e tabaco, os auxiliavam para tolerar as adversidades do ambiente em que viviam, suportando a fome e a fadiga.

Na Idade Antiga, os egípcios usavam substâncias psicoativas com propósitos médicos e profanos. Os hindus usavam as substâncias com finalidade religiosa. Segundo a mitologia hindu, quando Buda meditava, gotas de orvalho caíam do céu na forma de daturas¹, sendo assim, o hábito de fumar maconha e datura permeou os primeiros tempos das meditações budistas. A América Central, por sua vez, tem o maior número de plantas com propriedades psicoativas e todas foram incorporadas aos rituais de purificação e êxtase dos toltecas, maias e astecas. As civilizações amazônicas usavam várias plantas alucinógenas com finalidade religiosas. Desta forma, como se pode observar, durante toda a Antiguidade Clássica, as substâncias eram usadas com finalidade médicas, rituais religiosos e profanos (DA SILVEIRA; MOREIRA, 2006).

Na Idade Média o uso de substâncias químicas foi proibido, por estar associado a atitudes demoníacas, as quais eram passíveis de penas capitais. Além disso, as pessoas que insistiam em manipular tais substâncias eram denunciadas por bruxaria (DA SILVEIRA; MOREIRA, 2006). No entanto, durante a Idade Média a única droga permitida para o consumo pela Igreja Católica era o álcool, mais especificadamente o vinho, utilizado no rito da Eucaristia, sendo que, atualmente este é considerado importante, pois

¹ É uma planta que constitui em nove espécies de vida curta. SIMÕES, C. M. O. Alcalóides e outras plantas tóxicas In: SIMÕES, C. M. O et al. (Org). Farmacognosia da planta ao medicamento. 4ª ed. Porto Alegre: Editora Universidade UFRGS, 2002. p. 833.

representa simbolicamente o sangue de Jesus Cristo (TOSCANO², 2001 apud PRATTA; SANTOS, 2009).

No final da Idade Média houve uma intensa expansão comercial por meio das navegações pelos europeus. Assim, na Idade Moderna, fatores como as grandes navegações, a Revolução Industrial e o Capitalismo levaram a uma significativa concentração urbana, o que contribuiu, por exemplo, para a produção de bebidas alcoólicas de forma industrial, aumentando o seu consumo, fato que tornou-se problemático para a época (MARQUES, 2001). A partir disso, os europeus voltaram a entrar em contato com drogas usadas desde a Antiguidade e com outras trazidas do chamado Novo Mundo. Do século XVIII em diante, foram realizadas várias experiências científicas com as substâncias, sendo produzida grande quantidade de medicamentos a partir das plantas (DA SILVEIRA; MOREIRA, 2006).

O consumo de substâncias psicoativas (SPAs) expandiu-se nas sociedades ocidentais do século XIX, porém difundiu-se no século XX de modo mais intenso, principalmente a partir dos anos de 1960, promovendo o seu uso de forma recreativa e ocasional. Muitos princípios ativos das SPAs que hoje são utilizados como drogas, anteriormente eram plantas úteis para a humanidade, possuíam propriedades farmacológicas como a resina da papoula (ópio) e as flores da cannabis sativa (maconha) que com as expansões marítimas (séculos XV e XVI) chegaram a outros continentes e tornaram-se produtos de consumo massivo, tanto como o café e o tabaco. No século XVII também se deu a grande expansão do álcool destilado, matéria prima para fabricação de bebidas (aguardente) e, posteriormente com o cultivo de grãos, as bebidas fermentadas (cervejas e vinhos) (CARNEIRO; OLIVEIRA, 2014):

Para se compreender a importância econômica, cultural e científica das drogas é indispensável um olhar histórico que desvende os nexos e os interesses que buscam regulamentar socialmente o consumo destas substâncias que assumem importantes papéis culturais como veículo de devoção, de cura, de identidades étnicas, de gênero e nacionais, entre outras (CARNEIRO; OLIVEIRA, 2014, p. 14).

Convém ressaltar que a partir do século XIX, tais substâncias psicoativas passaram a ser usadas com finalidade recreativa, sendo este um

² TOSCANO, J.R A. Um breve histórico sobre o uso de drogas. In: SEIBEL, S.; TOSCANO JR.A. Dependência de drogas. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 7-23.

período de grande tolerância em relação a elas, com a criação de vinhos e bebidas à base de folhas de coca, início de salões de ópio e consumo de maconha. Ocorreu a fundação do Clube dos Haxixins, em 1842, pelo médico psiquiatra francês Moreau de Tours que usava haxixe para tratamento da insanidade mental. O respectivo clube era frequentado por vários intelectuais da época como, por exemplo, Victor Hugo, Charles Baudelaire e Eugene Delacroix. Desta forma, delineou-se novos padrões de consumo e o aparecimento de complicações e danos físicos, psicológicos e sociais relacionados aos mesmos, necessitando criar mecanismos de controle pelo Estado (DA SILVEIRA; MOREIRA, 2006).

Deste modo, o consumo de substâncias químicas começou a se tornar um problema social e de saúde no final do século XIX (CABALLO; SIMON, 2011).

No período de Revolução Industrial (século XIX), os princípios ativos extraídos das plantas em laboratórios, tais como a morfina do ópio, a cocaína da coca e a cafeína do café, passaram a ser comercializados como substâncias puras, visando melhorar o desempenho dos trabalhadores e soldados no período de guerra. No século seguinte, a produção de pesquisas científicas expandiu-se e surgem os psicodélicos como o ácido lisérgico (LSD) e os cogumelos, influenciando toda uma geração a querer experimentá-los, na expectativa de experienciar a “viagem e manifestação do espírito³”. Alguns anos depois surge o MDMA (metilenodioximetanfetamina), conhecido como ecstasy, o qual foi usado inicialmente em psicoterapia, e após sua proibição em 1985 passou a ser consumido em lugares de festas com música eletrônica (CARNEIRO; OLIVEIRA, 2014), denominadas de *Rave*.

Muitas novas substâncias são criadas a cada ano, as chamadas “designer drugs”, grande parte em laboratórios clandestinos, muitas vezes buscando substâncias de efeitos análogos as que são proibidas. A inexistência de um controle público torna o uso de drogas sintéticas uma loteria, pois nunca se sabe exatamente o que elas contêm, havendo adulterantes muitas vezes mais perigosos do que a própria droga que se supõe consumir, com dosagens também nunca calculáveis de forma precisa (CARNEIRO; OLIVEIRA, 2014, p. 18).

³ O movimento psicodélico levou toda uma geração à experimentação, mas causou um pânico moral que fez o governo estadunidense proibir o LSD em 1966 (CARNEIRO; OLIVEIRA, 2014, p. 19).

Conseqüentemente, esse fenômeno do consumo de drogas demanda uma organização social para poder enfrentar todas as dificuldades (SILVA, 2013). Frente a esse fenômeno, pode-se dizer que o século XX é considerado como o século das drogas. Em 1920, os pesquisadores aprofundaram os conhecimentos sobre a influência e ação das drogas no âmbito da saúde, e considerando as suas evidências científicas, as drogas foram proibidas pelos os órgãos governamentais, como por exemplo, o surgimento da “Lei Seca” que proibia o consumo de bebidas alcoólicas nos Estados Unidos (OUTEIRAL, 2003). Conforme Da Silveira e Moreira (2006), a “Lei Seca” proibia a venda, o uso e a distribuição das bebidas alcoólicas e vigorou em todo o território americano de 1919 a 1933.

Portanto, as drogas passaram a ser utilizadas de forma não ritualizada e indiscriminada, na maioria das vezes associadas à criminalidade e violência. O acesso a essas substâncias tornou-se facilitado, uma vez que as drogas estavam disponíveis nas farmácias e drogarias, em compras pelo correio, sendo divulgadas pela propaganda que abordavam sobre efeitos benéficos das substâncias (OUTEIRAL, 2003).

No Brasil, a expansão e massificação do uso das substâncias psicoativas não foi diferente. Inicialmente, os indígenas utilizavam-se apenas do tabaco indígena e do guaraná como substâncias estimulantes para consagração entre soldados e religiosos; porém, com a chegada dos colonizadores passaram a ter acesso e conhecimento do café e álcool destilado. A maconha foi trazida pelos escravos negros e se disseminou em camadas populares das grandes cidades e áreas do interior do país (CARNEIRO; OLIVEIRA, 2014).

A maioria dos indivíduos faz uso das substâncias químicas por esperar tirar benefício de tal consumo, seja na obtenção de prazer ou para evitar dores na dimensão física ou emocional, incluindo o uso recreativo. Entretanto, o seu uso também implica potencial de dano, a curto ou em longo prazo, causando assim, prejuízos biológicos, psicológicos, sociais (OMS, 2004), educacionais, legais e trabalhistas para o usuário

Crives e Dimenstein (2003) destacam que o aumento no consumo de drogas a partir do século XX tem tomado dimensões preocupantes, produzindo graves conseqüências como dependência química, crimes, marginalidade

social, “desestruturação” familiar, principalmente para os jovens e adultos jovens, promovido, muitas vezes, pela banalização do uso e pelo fácil acesso às drogas, sendo desencadeado pela cultura do consumo:

Diversos danos secundários ao consumo abusivo de substâncias psicoativas foram ressaltados a saber: acidentes de trânsito, overdoses, envenenamentos, doenças cardiorrespiratórias e a violência decorrente da ação farmacológica dos produtos: brigas, homicídios, furtos e roubos, entre outros (CRIVES; DIMENSTEIN, 2003, p. 28).

Faz-se necessário destacar que os fatores que influenciam a responsividade às drogas e à dependência de uma pessoa são multifatoriais, isto é, envolvem fatores biológicos, psicológicos, sociais e espirituais. Segundo Da Silveira e Moreira (2006) no âmbito genético, por exemplo, filhos biológicos de alcoolistas que foram adotados têm uma probabilidade quatro vezes maior de se tornarem alcoolistas se comparados a outras crianças adotadas de não alcoolistas. No referente aos fatores ambientais, quando o indivíduo se expõe a objetos associados ao ritual de utilização da droga (seringas e agulhas) ou a ambientes onde ocorria o uso, pode desencadear fissura e recaída; o estresse que é considerado um importante fator de risco que pode aumentar a vulnerabilidade a uma série de transtornos psicológicos, incluindo a dependência de drogas. Quando o indivíduo apresenta a dependência e é exposto a agentes estressores, este aspecto é considerado um importante fator para a recaída. Na dimensão espiritual, Paula e Vale (2012) consideram que um momento de crise existencial relacionado ao sentido da vida da pessoa pode possibilitar a busca pelo consumo de drogas.

Segundo Outeiral (2003), os fatores que podem contribuir para o uso de drogas, especificamente em adolescentes, são, primeiramente, os aspectos sociais, incluindo a cultura, a família, grupos de amigos e em segundo os aspectos individuais que incluem a genética, as vivências particulares e aprendizagem.

É importante destacar que, várias pessoas experimentam substâncias psicoativas ao longo de sua trajetória. Entretanto, existem pessoas que fazem uso casual de uma substância psicoativa e não se tornam dependentes, enquanto outras pessoas que utilizam substâncias psicoativas tornam-se

usuários de risco, abusivos ou dependentes de drogas. Isso acontece devido ao padrão de consumo e da interação de fatores distintos como “tipo de droga utilizada, características biológicas e psicológicas do usuário, contexto em que se dá o consumo de drogas” (DA SILVEIRA; MOREIRA, 2006, p. 4).

Para Crives e Dimenstein (2003), outro ponto que chama atenção neste contexto das drogas, é situação de vulnerabilidade social vivida por alguns grupos, bem como a cultura do consumo em nossa sociedade, já citada anteriormente. Ambas as situações contribuem não só para o consumo, mas também ao mundo do comércio, ou seja, a venda de drogas passa a ser um meio de vida. Esse ponto de vista implica numa percepção das drogas como produto sócio-cultural e seu uso multideterminado; e como alternativa para este processo é a busca de atendimento e tratamento.

No caso de pessoas que utilizam drogas e não apresentam quadro de dependência, uma abordagem orientada à saúde pode abarcar educação, informação qualificada, breve aconselhamento motivacional e comportamental, medidas para facilitar a reintegração social, reduzir o isolamento e a exclusão social. Já as pessoas que são dependentes de drogas, tal abordagem pode englobar um apoio social mais abrangente, tratamento farmacológico, psicossocial específico e acompanhamento pós-intervenção (GUERRA; CLARK, 2010).

Segundo Mota (2007), é necessário salientar que no caso do tratamento da dependência química, o incentivo da família e das pessoas que tem o mesmo problema é de grande valia. Tal aspecto, em praticamente todos os procedimentos terapêuticos, atua como prevenção contra as recaídas. Os grupos terapêuticos que funcionam nas clínicas de recuperação enfatizam o papel familiar e substituem os valores hedonistas pelas práticas que têm objetivos de integração social, com a lealdade nos relacionamentos amorosos, o trabalho e a participação em grupos religiosos. Nos mesmos ressalta-se, ainda, a importância do laço social como substituto aos comportamentos autodestrutivos do indivíduo.

É fundamental a compreensão dos fatores de risco e as consequências da dependência de drogas, as quais são físicas, psicológicas, sociais, jurídicas, trabalhistas e educacionais. Desse modo, é necessário procurar a ajuda de

uma equipe interdisciplinar que contemple médico, psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional e outros profissionais, como acontece nos serviços de saúde mental. Compreende-se que esses profissionais são as pessoas mais qualificadas para diagnosticar e cuidar das pessoas com transtornos decorrentes de consumo de SPAs, proporcionando-lhes o tratamento e cuidado de maneira humanizada e singular (CABALLO;SIMON, 2011).

2.2 MODELOS EXPLICATIVOS DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA.

Os modelos explicativos da dependência química são baseados em construtos teóricos que auxiliam na compreensão do surgimento, permanência e manutenção do consumo de substâncias psicoativas (DIHEL et al., 2011). Os modelos mais predominantes são: Modelo Moral, Modelo Biológico e Modelo Psicossocial.

2.2.1. Modelo Moral

A etiologia da dependência química, antigamente, era tratada como desvio de caráter do indivíduo, pautada em uma visão moralista (DETONI, 2009). Segundo Zanelatto e Laranjeira (2012), nesta visão, o consumo de substâncias e a dependência química seriam escolhas pessoais do indivíduo. Dessa forma, o uso seria um desrespeito às normas sociais, transformando o dependente em um transgressor. Frente a esse pensamento, o indivíduo passa a ser criticado pela sua doença, sendo o mesmo responsável por ela. Essa visão, muitas vezes, faz o dependente ser tratado com críticas, desatenção e punição em serviços de saúde.

Tal visão tem reflexos diretos na terapêutica, considerando que o grande obstáculo para o tratamento da dependência química envolve compreender um problema que pertence à dimensão biológica para uma dimensão moral. Esta distorção de olhar terapêutico permite deixar de cuidar de uma pessoa doente e condená-la ao preconceito e exclusão social (MOTTA,2007).

Nesse modelo é enfatizado que o fenômeno do uso de substâncias psicoativas é única e exclusivamente por escolha do indivíduo (DIHELet al., 2011).

2.2.2 Modelo Biológico

O modelo biológico é entendido quando um indivíduo apresenta um quadro patológico, de doença ou transtorno mental decorrente do consumo de substâncias. De acordo com os critérios diagnósticos pela Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) ou DSM V, elaborado pela Organização Mundial da Saúde (2008), publicado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA, 2014), os Transtornos Relacionados a Substâncias abarcam dez classes diferentes de drogas: álcool, cafeína, cannabis, alucinógenos, inalantes, opióides, sedativos, hipnóticos e ansiolíticos; estimulantes; tabaco; e outras substâncias. Todas as drogas que são consumidas em grandes quantidades têm em comum a ativação direta do sistema de recompensa do cérebro (a ponto de fazer com que o indivíduo negligencie as atividades normais), estando envolvido no reforço do comportamento e na produção de memória. Entretanto, os mecanismos farmacológicos nos quais se produz recompensa são diferentes para cada droga, mas ativam o sistema de recompensa e produzem a sensação de prazer. Indivíduos com baixo autocontrole podem ser predispostos a desenvolver transtornos por uso de substância, sugerindo que, a origem dos transtornos pelo consumo pode se observar nos comportamento muito antes do início atual propriamente dito em algumas pessoas.

Considerando-se esses aspectos, para a Associação Psiquiátrica Americana (2014, p. 483-484), de maneira geral, o diagnóstico de um transtorno por consumo de substância tem base no padrão patológico de comportamentos relacionados ao seu consumo. Considera-se um transtorno por consumo de substância a presença de dois ou mais critérios.

O primeiro grupo de critérios (Critérios 1-4) para diagnóstico é o baixo controle sobre o uso da substância: Critério 1 – o indivíduo pode usar a substância em grandes quantidades ou um período maior de tempo do que pretendido inicialmente; Critério 2 – o indivíduo pode anunciar um desejo persistente ou regular do consumo e pode falar sobre

vários esforços que não foram sucedidos para diminuir ou parar o uso; Critério 3 – pode gastar muito tempo para conseguir a substância, usá-la e se recupera de seus efeitos; Critério 4 – A fissura é manifestada em um desejo e necessidade intensos de usar a droga que pode acontecer a qualquer momento, porém com grande probabilidade em ambiente onde a droga foi conseguida ou consumida anteriormente. A atual fissura do indivíduo costuma ser consumida como medida de resultado de tratamento, pois pode ser um sinal de recaída. O segundo grupo de critérios (Critérios 5-7) é o prejuízo social: Critério 5 – pode resultar no fracasso em desempenhar as principais obrigações (trabalho, escola, lar) devido o consumo periódico da substância; Critério 6 – embora apresente problemas sociais ou interpessoais o indivíduo continua usando a substância; Critério 7 – pode reduzir ou abandonar atividades importantes (social, profissionais ou recreativas) devido ao uso da substância. O terceiro grupo de critérios (Critérios 8 e 9) é o consumo arriscado da substância: Critério 8 – consumo periódico da substância em casos que envolvem risco a integridade física; Critério 9 – pode continuar o consumo embora esteja ciente de apresentar um problema físico ou psicológico que provavelmente foi causado pelo consumo da substância. O quarto grupo de critério (Critérios 10 e 11) são os farmacológicos: Critério 10 – A tolerância ocorre quando precisa de doses maiores para conseguir os efeitos desejados ou quando o efeito é reduzido após da dose habitual; Critério 11 – A síndrome de abstinência acontece quando as concentrações de uma substância diminuem no sangue ou nos tecidos do indivíduo que teve consumo intenso. Os indivíduos tendem a usar a substância para aliviar os sintomas da abstinência.

A Organização Mundial da Saúde (2004) traz contribuições relevantes referentes às evidências científicas da neurociência sobre as bases biológicas da dependência química, desmistificando o conceito deste transtorno no enfoque moral, minimizando a visão preconceituosa, que impede de o indivíduo procurar o tratamento, contribuindo, conseqüentemente, para a implementação de políticas efetivas e eficazes em relação à promoção à saúde, prevenção dos agravos e tratamento. Desse modo, a OMS (2004) afirma que a dependência química é um transtorno cerebral como qualquer outra patologia psiquiátrica ou neurológica. Neste modelo, o determinante da dependência química está no orgânico, portanto o tratamento também deverá ser voltado para o corpo da pessoa. O tratamento é focado na eliminação dos sinais e sintomas, portanto a cura, por meio de tratamento farmacológico .(COSTA-ROSA, 2000).

2.2.3 Modelo psicossocial

No modelo explicativo psicossocial, vários fatores estão relacionados ao surgimento da dependência química. Sendo assim, o indivíduo não é a única causa para explicar o desenvolvimento da doença, o curso e o prognóstico da mesma. De acordo com essa visão a substância química é apenas um dos fatores de uma tríade que inclui além da droga, o indivíduo e a sociedade (ZANELATTO; LARANJEIRA, 2012).

Mota (2007) acredita que o modelo biopsicossocial é o mais apropriado para posteriormente pensar em tratamento para os dependentes, pois se faz necessário a investigação deste fenômeno que é, ao mesmo tempo biológico, psicológico e social. Para compreender a questão da drogradição, é indispensável abordar o sujeito na sua totalidade como ser biológico e psíquico inseridos em um contexto sócio e histórico específico.

Considerando os princípios advindos da Reforma Psiquiátrica e da prática da atenção psicossocial e, por meio da análise de discurso de sujeitos que se encontram inseridos em um dos equipamentos criados em substituição ao modelo asilar ou hospitalocêntrico, considera-se necessário descrever essa pretensa mudança de paradigma assistencial, a fim de melhor delimitar o debate advindo dos resultados desta pesquisa. Nesse sentido, cabe salientar que com o processo de substituição dos hospitais psiquiátricos ou antigos manicômios que vem se instituindo junto à política de saúde mental no Brasil, por meio da implantação entre outros serviços de base comunitária, tais como os CAPS, , ocorreu também a adoção de nova prática de trabalho, denominada de atenção psicossocial, com vistas a romper com o modelo asilar anteriormente adotado.

Segundo Costa-Rosa (2000) a efetivação dessa mudança será garantida se a essência de suas práticas se encaminharem em sentidos oposto ao modelo manicomial, quanto aos seus parâmetros basilares. Assim, considera-se relevante compreender que para além do lugar de tratamento, torna-se evidente a necessária garantia em termos de mudanças das práticas estabelecidas. Por sua vez, outras transformações também ocorreram e vem ocorrendo na ampliação dos modos de cuidado ao usuário de saúde mental e seus familiares, os quais enfatizam a interação dos diferentes trabalhadores de

saúde e saúde mental, de maneira não padronizada e que permita um diálogo e decisões coletivas dos rumos do tratamento, com base nas demandas e carências do sujeito (YASUI, 2009), o qual é protagonista de seu projeto terapêutico.

Nessa perspectiva, pode-se compreender a Atenção Psicossocial enquanto paradigma transformador da Reforma Psiquiátrica por ter tido a ousadia de inventar um novo modo de cuidar do sofrimento humano, por meio da criação de espaços de produção de relações sociais pautadas por princípios e valores que buscam reinventar espaços sociais constituindo um novo lugar para o louco (YASUI, 2009). Tal definição traria, portanto, um novo modo de pensar o sujeito para além de sua dimensão biológica em termos do binômio saúde/doença, reconhecendo outros determinantes que envolvem aspectos culturais, sociais, inclusive os seus familiares, para a análise do cotidiano de vida das pessoas.

Segundo Amarante (2007, p.69):

“ao se colocar a doença entre parênteses nos deparamos com o sujeito, com suas vicissitudes, seus problemas concretos do cotidiano, seu trabalho, sua família, seus parentes e vizinhos, seus projetos e anseios, isto possibilita uma ampliação da noção de integralidade no campo da saúde mental e atenção psicossocial.”

Neste novo modelo, o olhar do trabalhador de saúde mental considera como fontes de interesses a subjetividade e singularidade do indivíduo, considerando que ao longo da história da psiquiatria e saúde mental foram valorizados os sintomas decorrentes dos quadros psiquiátricos ou das doenças manifestas, bem como a categorização e identificação de seus quadros nosológicos.

De acordo com De Oliveira Borba et al. (2012) a consolidação deste novo modelo de intervenção ao usuário que sofre psiquicamente envolveria, portanto, a desconstrução dos modos de pensar e conceber a loucura, de práticas e discursos que conferem caráter de objeto a mesma, sem levar em conta o indivíduo e seu contexto. No entanto, essa mudança só se firmaria no Brasil com o processo efetivo de fechamento dos grandes hospitais psiquiátricos e implantação de equipamentos substitutivos que viessem a efetivar novas práticas em seu cotidiano de funcionamento.

Segundo Yasui, Luzio, Costa-Rosa (2003) essas transformações têm seu correspondente no contexto brasileiro a partir da década de 80, ocasião em que psicossocial passa a ser utilizado como um significante para designar novos dispositivos institucionais (Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial), que aspiram outras lógicas funcionais nos âmbitos de fundamentação teórico-técnica e ética, em detrimento daquelas do paradigma psiquiátrico. Da passagem de equipamentos que reproduziam uma prática asilar e que desencadearam processos de cronificação dos quadros de saúde dos sujeitos em virtude dos longos períodos de institucionalização, para outros que constituem em novo espaço de oferta de cuidado que abarcam multiplicidade de ações assistenciais, com vistas à adoção de uma mudança em termos políticos por meio da incorporação do controle social e, teóricos e técnicos acerca do cuidado em saúde mental.

No modo de atenção psicossocial, a concepção de loucura e sofrimento psíquico não incorpora saberes advindos de uma racionalidade científica psiquiátrica que valoriza a remoção dos sintomas e, portanto, a cura do sujeito, mas os reintegra como parte da existência da condição humana (BASAGLIA, 1982; COSTA-ROSA, 2000). Diante disso, os conflitos vividos pelo sujeito e suas carências e necessidades o constituem enquanto ser humano e designam o seu posicionamento e lugar sociocultural (COSTA-ROSA, 2000).

Desta maneira, o que se busca neste paradigma é um reposicionamento deste sujeito, de maneira que não se assuma como sofredor dos efeitos desses conflitos, mas que se reconheça como agente envolvido neste “sofrimento” e que tem potencial e possibilidades para realizar mudanças (COSTA-ROSA, 2000).

Diante desta nova perspectiva, busca-se uma ressonância dessa lógica de cuidado não apenas em torno dos dispositivos assistenciais, preferencialmente destinados ao cuidado em saúde mental, mas também à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Compreende-se que os trabalhadores de saúde inseridos na RAPS necessitam assumir uma nova postura relacional diante dos usuários que buscam ajuda nestes serviços, de maneira a reconhecê-los enquanto sujeitos de direitos, evitando-se reproduzir saberes e práticas constituintes do modelo manicomial.

Para Oliveira Borba et al. (2012, p.20):

“ entretanto, a implementação e a consolidação do modelo psicossocial no cenário brasileiro acontecem de forma lenta e pode-se dizer incipiente, visto que implica no repensar de um fazer que orientou por muitos anos a tradicional assistência psiquiátrica, bem como em oferecer de fato uma rede de atenção em saúde mental na qual os serviços sejam complementares, integrados e resolutivos.”

Para que não haja retrocessos quanto aos avanços alcançados até o presente momento, em termos de manutenção e garantia de acesso aos usuários de saúde mental deve-se, portanto, buscar estabelecer no âmbito das políticas instituídas o atendimento a alguns parâmetros de exigência como a adoção da interlocução e não relação entre loucos e sãos; livre trânsito e não interdição e clausura; atenção integral e territorializada e não estratificada por níveis; desinstitucionalização do paradigma psiquiátrico e sua substituição pelo paradigma psicossocial (YASUI, LUZIO, COSTA-ROSA (2003, p.40).

2.3. Significados do consumo de drogas e cuidados

As pesquisas que abordam a Teoria das Representações Sociais do consumo de drogas, junto a estudantes universitários e trabalhadores da área de saúde, salientam visões preconceituosas, tais , como por exemplo: a imagem de que fingem que são normais; que são infratores e fora da lei; quem usa drogas é criminoso; quem usa maconha é doente; as mulheres buscam tardiamente ajuda e tratamento; a busca e uso de drogas correlacionam-se à prazer e diversão. Destaque para o uso descontrolado de crack (devido à fissura e que leva à morte) (COUTINHO et al.,2004;OLIVEIRA et al.,2006; ARAÚJO et al., 2006; CASTANHA; ARAÚJO,2006; FONSECA et al.,2007).

Destacam-se também nestas pesquisas que o uso de álcool não é considerado droga, é socialmente aceito e que guarda pouca relação com consequências negativas. Outro ponto de destaque é o “status do que é legal e ilegal”. Em contramão a estes discursos têm-se os primeiros trabalhos que lutam pela mudança na Lei de Drogas sobre os limites de ser usuário e ser traficante e reduzir o estigma associado às pessoas que usam drogas (COUTINHO et al.,2004;OLIVEIRA et al.,2006; ARAÚJO et al., 2006; CASTANHA; ARAÚJO,2006; FONSECA et al.,2007).

Diante das pesquisas científicas, compreende-se que o imaginário social de futuros profissionais de saúde e atuais trabalhadores de saúde ainda predomina a imagem das pessoas que usam drogas como criminosas, descontroladas, perigosas e que precisam ser internadas involuntária ou compulsoriamente. Além disso, há uma tendência de desumanizar a pessoa que usa droga ilícita.

Reduzir uma pessoa que consome drogas ilícitas à substância que ela consome é perigoso sob qualquer aspecto que se analise esta ação. Suspendem-se características humanas devido a um determinado comportamento, desconsiderando que a característica que aproxima todos os seres humanos é a diversidade e não a uniformidade (CARNEIRO; OLIVEIRA, 2014, p. 44).

Para Silva (2007) hoje, os significados para o consumo pautam-se em três abordagens diferentes. A primeira refere-se ao combate às drogas. A segunda refere-se à erradicação do consumo das drogas e a terceira refere-se à dinâmica relacional entre sujeito, droga e meio sócio-cultural: trata-se de desmistificar o sujeito e este deixa de ser marginal e passa a ser considerado a partir do seu padrão de consumo (experimental, recreativo, habitual).

Pode-se afirmar que na perspectiva dessa diferenciação de tipos de uso passa-se a considerar a história do indivíduo, seu meio, o contexto sócio-cultural e ainda:

Na nossa sociedade de consumo, as drogas se transformaram numa poderosa indústria e num comércio abundante. O seu poder de gerar lucros é imenso, sendo considerada uma das mais fortes economias nas sociedades contemporâneas. A economia das drogas oferece diferentes substâncias, em natureza e qualidade, para atender à demanda existente (marcas de bebidas, cigarros, charutos, cannabis misturada, cocaína “pura” ou “batizada”), que tornam acessíveis, através de misturas, as substâncias consideradas mais “nobres”, assim como oferecem marcas ou qualidades diferenciadas para consumidores com maior poder aquisitivo, estabelecendo, assim, uma hierarquia social da droga (SILVA, 2007, p. 36).

Estudos sobre representações sociais do *crack* na perspectiva de dependentes em tratamento salientam a visão negativa, destrutiva e diabólica desta substância, responsabilizando somente o usuário de drogas pelos danos sociais, desconsiderando outros determinantes sociais, econômicos,

culturais e históricos para a problemática das drogas na sociedade (MELO;MACIEL, 2015; MEDEIROS et al., 2015).

Pesquisa que buscou identificar a ideologia que permeia textos sobre drogas, utilizando-se da Análise de Discurso, aponta visão preconceituosa, repressora e moralista, desconsiderando todo o contexto social, histórico e cultural do fenômeno do consumo de substância psicoativa (SPA) (BUCHER;OLIVEIRA, 1994). A pessoa que faz uso de drogas é vista como viciada, marginal e desviante de normas sociais, assumindo comportamentos que ameaçam a “ordem social, a moral e os bons costumes”, tornando-se um ser anti-social, portanto, necessitando ser excluído do convívio da sociedade (BUCHER;OLIVEIRA, 1994;FARIA;FUREGATO, 2005).

A literatura aponta que o sujeito dependente de drogas em tratamento e o sujeito usuário de drogas que não está em tratamento reconhecem a problemática da dependência enquanto doença. Entretanto, há uma contradição nos discursos, sendo que o usuário de drogas considera o dependente uma pessoa frágil e defende o consumo de SPA, considerando o seu aspecto de ser prazeroso e alternativo para os problemas da vida. O discurso do dependente de SPA sinaliza a preocupação pelos seus danos, a relação perigosa com traficantes e a polícia. Para ambos, a posição assumida enquanto sujeito está relacionada ao lugar de compulsivo, usuário e paciente (MORALES, 2002). Devido a este discurso proibicionista e estigmatizante, o usuário de álcool e outras drogas muitas vezes não consegue entender o seu processo de adoecimento. Um estudo salienta que o alcoolismo foi descrito como doença para a maioria dos familiares entrevistados, mas, essa condição foi associada a sentimentos de tristeza, solidão, bem como a um mal incurável ou doença grave. O alcoolismo na visão desses familiares continua sendo algo que provoca perdas, castigo e está relacionado à coisa do diabo (ALVES, 2009).

Entretanto, atualmente busca-se um novo olhar do dependente de álcool e outras drogas, ou seja, o termo doença dá espaço para uma nova compreensão, entendido como uma resposta diferente para o reconhecimento de um novo sujeito social. Portanto, um ser de direitos, com autonomia para fazer consumo de drogas na perspectiva de redução de danos, ter acesso a

bens e serviços de saúde pública de base comunitária, articulados a outras redes de apoio social (SANTOS; VELOSO, 2008).

Nessa perspectiva, as idéias acima vão ao encontro dos preceitos da Reforma Psiquiátrica brasileira⁴ e das atuais políticas de saúde mental para usuários com transtornos mentais e que apresentam comorbidades psíquicas associadas ao uso de drogas.

A maior preocupação destas políticas e das legislações sobre esta temática é a reinserção psicossocial desses indivíduos e o tratamento integralizado, respeitando os seus direitos na sociedade e a sua não segregação social. Para sintetizar apresenta-se brevemente o histórico dessas políticas, enfatizando a política vigente.

Em 2001 com a Lei 10.216, sendo essa um marco legal para a Reforma Psiquiátrica brasileira garante entre outros direitos aos usuários de serviços de saúde mental, incluindo os que sofrem por transtornos pelo uso álcool/outras drogas, universalidade de acesso e direito à assistência e integralidade⁵ (PEREIRA, 2008). Esta lei dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e pessoas portadoras de transtornos mentais relacionados ao uso, abuso e dependência de drogas, e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. O Brasil foi inserido no grupo de países com uma legislação moderna e coerente, com as diretrizes da Organização Mundial da Saúde e seu Escritório Regional para as Américas, a Organização Pan- Americana da Saúde (OPAS).

As mudanças dos modelos de tratamento aos usuários com transtornos mentais e dependentes de drogas, ou seja, do regime de internação para os regimes predominantemente em meio aberto e de base

⁴ Reforma Psiquiátrica brasileira é entendida como processo social complexo, que envolve a mudança na assistência de acordo com os novos pressupostos técnicos e éticos, a incorporação cultural desses valores e a convalidação jurídico-legal desta nova ordem. A reestruturação da assistência, principal pilar da Reforma, contava, desde 1990, com a Declaração de Caracas, documento norteador das políticas de Saúde Mental. É uma lei que indica uma direção para a assistência psiquiátrica e estabelece uma gama de direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais; regulamenta as internações involuntárias e compulsórias, colocando-as sob supervisão do Ministério Público, órgão do Estado guardião dos direitos indisponíveis de todos os cidadãos brasileiros (AMARANTE, 1998).

⁵ Integralidade: é um princípio fundamental do SUS. Garante ao usuário, uma atenção que abrange as ações de promoção e prevenção à saúde, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde. A integralidade também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não em um recorte de ações ou enfermidades (BRASIL, 2005).

comunitária, também encontram-se respaldadas através da nova política de saúde mental (portaria 336/GM, Ministério da Saúde 19/02/02) que estabelece os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas (CAPS AD) como unidades de serviço para o atendimento, tanto a pessoas com transtornos mentais como a pessoas com transtornos decorrentes do uso prejudicial e da dependência de substâncias psicoativas. A política governamental brasileira vigente de assistência especializada para dependentes de SPA é baseada nas diretrizes da Política Nacional Sobre Drogas, Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outra Drogas do Ministério da Saúde e nos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), requerendo um trabalho intersetorial e descentralizado através dos CAPS AD (SENAD, 2006).

Em 2011, surge uma a portaria n.3.088 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).⁶

Atualmente, com as novas portarias, o que se busca para população de usuários problemáticos de álcool e outras drogas consiste em investir no usuário para que ele se comprometa com o tratamento, resgatando a sua singularidade, apostando em seu protagonismo, na tentativa de romper com a lógica de que a dependência de drogas é sua identidade (PEREIRA, 2008). Mas para isso, é de extrema importância que se consiga identificar o que esse processo de dependência de SPA significa para o usuário, para melhor compreendê-lo e atendê-lo.

Dessa maneira, apreender o discurso do usuário de álcool e outras drogas sobre a sua imagem resultante de projeções, portanto, de seu lugar empírico para posição de sujeitos no discurso, ou seja, a imagem que a sociedade faz deles (papéis ou posições sociais), enquanto discursivamente construída, possibilita identificar as formações imaginárias e ideológicas que este processo discursivo supõe. A constituição do discurso do usuário de drogas sobre sua imagem e seu lugar e posição está determinada

⁶ O leitor pode verificar mais detalhadamente os demais pontos de atenção na página 42.

por condições sócio históricas, bem como pode estar permeada por outros discursos anteriores, atravessados pelos sentidos dominantes do modelo biológico e manicomial, que podem designar a imagem que ele tem de si mesmo e de sua posição-sujeito. As palavras, expressões, proposições alternam seu sentido de acordo com a posição assumida pelos sujeitos que as produzem, ou seja, de acordo com as formações ideológicas (PÊCHEUX, 1995). Assim, o sentido deve ser analisado e interpretado sob a perspectiva da dimensão ideológica, no domínio da constituição imaginária dos processos de produção de sentidos (PÊCHEUX, 1995). Portanto, é possível analisar e interpretar os aspectos ideológicos constitutivos do discurso do usuário de álcool e outras drogas.

Considerando a relevância do exposto, indagou-se: Qual é a imagem que o sujeito do discurso (o dependente de álcool e outras drogas) que faz tratamento, tem de si e de seu lugar social e discursivo? Qual é a imagem que ele tem sobre a pessoa dependente química? Quais os sentidos atribuídos a ele próprio e à pessoa dependente química em seu discurso? O seu discurso é perpassado por outros discursos que envolvem o discurso biomédico ou modelo psicossocial? Em quais contextos sócio-histórico e ideológico os efeitos de sentidos foram produzidos?

3. JUSTIFICATIVA

A revisão de literatura aponta lacunas sobre os sentidos produzidos nos pacientes relativos ao tratamento de álcool e outras drogas no CAPS AD, com a abordagem da Análise de Discurso.

Entende-se que, atualmente, a dependência química é considerada um problema de grande impacto de ordem política, social e principalmente de saúde, requerendo a necessidade de intervenções terapêuticas efetivas e eficazes. Este estudo justifica-se no sentido de investigar um tema que possa subsidiar os profissionais de saúde no atendimento aos usuários que fazem uso problemático de substâncias psicoativas, bem como aos usuários que buscam ajuda no CAPS AD.

A importância da análise e interpretação do discurso do usuário de álcool e outras drogas que faz tratamento no CAPS AD permitirá entendê-lo na sua constituição enquanto sujeito e de sua imagem enquanto sujeito dependente químico, as condições históricas de seu dizer e apreender o seu lugar de sujeito, sendo que este lugar lhe foi designado e legitimado pelo imaginário social.

4. PRESSUPOSTO

Apropriando-se das idéias de Orlandi (2013), o usuário de álcool e outras drogas entendido como sujeito na AD, não é compreendido como sujeito empírico, como uma pessoa, mas sim como um ser social, humano genérico, um sujeito do discurso, que se apropria de outros discursos já ditos para a constituição do seu atual discurso. Assim, ao se apropriar inconscientemente de outros discursos, o sujeito usuário ou dependente de drogas pode ser constituído por uma ideologia que orienta o seu discurso. O discurso do usuário de SPA pode ser atravessado por discursos outros, influenciado por traços ideológicos, como por exemplo, dos modelos manicomial, moral e psicossocial, que são efeitos de sentidos produzidos em condições determinadas e presentes nestes dizeres.

5. OBJETIVO

5.1. Objetivo Geral

Analisar o discurso do usuário de álcool e outras drogas em tratamento no CAPS AD de um município do interior paulista sobre a imagem que ele tem de si mesmo, enquanto sujeito dependente de substâncias psicoativas, dos outros dependentes e do lugar e posição social assumida por ele.

6. REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

6.1. Referencial teórico: Análise de Discurso

Para alcançar os objetivos deste estudo, pensou-se em um referencial teórico- metodológico que abrangesse os processos ideológicos e as formações imaginárias que os usuários de álcool e outras drogas têm sobre si e sobre a doença. Portanto, como referencial teórico e metodológico utilizou-se da Análise de Discurso (AD) de matriz francesa, baseada nos constructos teóricos de Michel Pêcheux, que busca “compreender como os objetos simbólicos produzem sentidos” (ORLANDI, 2013, p. 26).

Essa orientação é justificada pelo fato de que a linguagem possui um relacionamento com o externo e este por sua vez não é excluído da linguagem, mas é acrescido como produção do discurso que intersecciona com a materialidade no texto. Ao ultrapassar o domínio da linguagem, a AD provoca um redirecionamento teórico que exige filiações com outras correntes teóricas, como por exemplo, a Linguística, o Marxismo e a Psicanálise. Essa contribuição adveio da linguística, da qual deslocou-se a noção de fala para discurso; do materialismo histórico emergiu a teoria da ideologia de Althusser e finalmente da psicanálise apreendeu-se a idéia de que inconscientemente a AD trabalha com o descentramento do sujeito (ORLANDI, 2013).

No processo de interpretação na AD não se limita à descrição do funcionamento interno da língua enquanto estrutura, mas na articulação entre a materialidade linguística e o histórico, os quais produzem sentidos e nela se inscrevem sentidos de práticas sociais histórica e discursivamente processadas, constituindo-se no discurso, que une aspectos linguísticos, históricos e ideológicos (DEZERTO, 2010).

Para tanto, faz-se necessário explicitar brevemente alguns conceitos importantes utilizados na AD, tais como, o conceito de Discurso. No contexto da AD não se trabalha com a língua em sua forma bruta, portanto, o discurso é descrito como palavra em movimento, andamento, curso, considerado também como prática de linguagem, em que se observa minuciosamente o homem falando (ORLANDI, 2013).

O discurso não é apenas transmissão de informação, mas efeito de sentido entre locutores, pois as relações de linguagem constituem em relações de sujeitos e de efeitos de sentidos, e, portanto a AD é a análise desses efeitos de sentido (PÊUCHEUX, 1997; ORLANDI, 2013). O “discurso não é entendido como mensagem e fala, mas é entendido como objeto teórico constituído por sentidos produzidos historicamente nas práticas sociais” (DEZERTO, 2010, p.5), configurando-se em lugar que relaciona língua e ideologia (DEZERTO, 2010).

Outro conceito importante na AD é a ideologia, a qual interpela o indivíduo em sujeito (PÊUCHEUX, 1995), portanto, o discurso é determinado pela ideologia, materializando-se nos signos e posições ideológicas, e influenciando a imagem que os sujeitos apreendem de si, inseridos no contexto sócio histórico (SILVA, 2009). Assim, a ideologia possibilita evidenciar sentidos, transformando indivíduos singulares em sujeitos do discurso, posicionando-os na economia simbólica social (linguagem), e por solidificar tais posicionamentos como únicos, estáveis e óbvios. Dessa maneira, os indivíduos compreendem o mundo e a si próprios de maneira naturalizada, como se as interpretações e os valores que lhes foram passados fossem o conteúdo genuíno das coisas, sua razão de ser. Sem todo esse processo, não há subjetivação (ORLANDI, 1996). Na AD, o indivíduo é inquirido em sujeito pela ideologia para que se produza o dizer, portanto, a ideologia tem por finalidade estabelecer a relação entre linguagem e mundo, ou seja, efeito da relação do sujeito com a língua e a história para haver sentido (ORLANDI, 2013). Portanto, “não há discurso sem sujeito e não há sujeito sem ideologia” (ORLANDI, 2013, p. 7).

O sujeito na AD não é entendido como indivíduo singular, sujeito empírico, mas o sujeito do discurso, que é influenciado por determinações sociais, ideológicas, históricas, portanto, não pode ser visto como controlador do seu dizer, como se os sentidos do que diz se inaugurassem nele próprio (PÊUCHEUX, 1997; GRIGOLETTO, 2005). A compreensão de sujeito na AD é de um sujeito clivado, assujeitado, influenciado tanto pelo seu próprio inconsciente, quanto às circunstâncias histórico-sociais que o determinam (GRIGOLETTO, 2005, ORLANDI, 2013). O sujeito na AD não tem processos discursivos originados nele próprio, mas na formação discursiva com a qual

ele se identifica, o que se possibilita dizer que há a forma-sujeito, ou seja, “o lugar que o sujeito ocupa na sociedade é determinante do/no seu dizer” (GRIGOLETTO, 2005, p.4). Dessa maneira, o sujeito ao se identificar com diversos conhecimentos, ele se insere em uma formação discursiva, deixando de ocupar o lugar social (a de sujeito empírico) para ocupar o lugar discursivo (o de sujeito discursivo) (ORLANDI, 2013). O que funciona no discurso não são os sujeitos físicos e seus lugares empíricos (inscritos na sociedade), mas pelas suas imagens que resultam de projeções (GRIGOLETTO, 2005; DEZERTO, 2010).

A formação discursiva (FD) é um conjunto de enunciados, marcados pelas mesmas regularidades e regras de formação. Tais enunciados são influenciados pelas posições ideológicas assumidas em dada conjuntura sócio histórica, que determina o que pode e deve ser dito (PÊUCHEUX, 1997; DEZERTO, 2010; ORLANDI, 2013).

O interdiscurso configura-se em outro importante conceito a ser utilizado na AD e é compreendido como aquilo que é dito antes, em outro lugar, que circula na sociedade, atravessando e dando significado ao discurso do sujeito (PÊUCHEUX, 1997; ORLANDI, 2013). O interdiscurso “é o lugar onde se constituem os objetos do saber (os enunciados) e está fora da formação discursiva, mas é nele que o sujeito busca os enunciados que farão parte de seu discurso” (COURTINE, 1982, p.38). É compreendido como um processo de reconfiguração incessante, na qual uma Formação Discursiva (FD) é encaminhada, em função das posições ideológicas que ela representa:

“numa conjuntura determinada, a incorporar os elementos pré-construídos produzidos no exterior dela mesma e a produzir a redefinição ou o retorno, a suscitar igualmente a lembrança de seus próprios elementos, a organizar a repetição, mas também a provocar eventualmente o apagamento, o esquecimento ou mesmo a denegação” (ORLANDI, 1996,p.24).

O intradiscurso corresponde àquilo que se está dizendo em um momento dado e condições dadas, mas que é atravessado pelo interdiscurso (ORLANDI, 2013).

Outras concepções relevantes na discussão deste estudo envolvem Formação Ideológica e Formação Imaginária. Baseando-se no conceito de Formações Imaginárias de Pêcheux, as imagens que os interlocutores de um discurso, aqui denominados de dependentes químicos, atribuem a si mesmos e aos outros já estão determinadas pelo lugar empírico/social a eles designados por uma determinada formação social, portanto, os sujeitos do discurso ocupam uma determinada posição no discurso. No referente à Formação Ideológica:

“Falar-se-á em formação ideológica para caracterizar um elemento (determinado aspecto da luta nos aparelhos) susceptível de intervir como uma força confrontada com outras na conjuntura ideológica, característica de uma formação social em um momento dado; cada formação ideológica constitui assim um conjunto complexo de atitudes e de representações que não são nem ‘individuais’ nem ‘universais’, mas se relacionam mais ou menos diretamente a posições de classe em conflito umas com as outras” (PÉUCHEUX, 1997,p.34).

Outros conceitos importantes que foram utilizados neste estudo estão relacionados à criação de uma realidade discursiva ilusória pelo sujeito do discurso, o qual é afetado pelo Esquecimento n. 1 e n.2. A literatura aponta que o esquecimento n. 1 se refere ao ideológico, caracterizado como sendo o inconsciente (HABER, 2001).O sujeito acredita que ele é o criador absoluto do seu discurso. O esquecimento n. 2 se refere ao da ordem da enunciação, em outras palavras, o sujeito quando fala, o faz de uma maneira e não de outra, mas indicando que o seu dizer sempre poderia ser outro qualquer. Esse mecanismo permite ao sujeito se iludir de que o seu discurso reflete o seu conhecimento objetivo sobre a realidade (BRANDÃO, 1993).

As condições de produção são aquelas situações apreendidas com os sujeitos e as situações, e pode-se ainda observá-las de duas maneiras, no sentido estrito e no sentido amplo, considerados contexto imediato e o contexto sócio-histórico e ideológico dos sujeitos, respectivamente (BRANDÃO, 1993; ORLANDI, 2013).

Presume-se que estudos em AD podem possibilitar reflexões importantes doravante as interpretações dos sujeitos a respeito dos sentidos circulantes sobre dependência química, considerando-se para tanto as condições de produção em que esses discursos foram produzidos.

7. METODOLOGIA

7.1. Tipo de estudo

Utilizou-se da abordagem qualitativa, devido ao interesse em compreender aspectos relacionados às experiências de vida e seus significados frente à dimensão subjetiva dos participantes. Além disso, o método qualitativo tem relevância na área da saúde por se mover sob a superfície de resultados que revelam processos de vida, os quais ao serem compreendidos cientificamente, possibilitam evidências para intervenções promotoras de qualidade de vida (TURATO, 2003).

Os estudos do método qualitativo devem receber tal designação, uma vez que seu objeto são as significações ou os sentidos dos comportamentos, das práticas e das instituições realizadas ou produzidas pelos seres humanos (MINAYO, 2010). Além disso, este método busca aprofundar o caráter social, os atos e as relações que envolvem construções humanas, que se encontram no plano subjetivo (MINAYO, 2010). Por esse motivo, escolheu-se tal abordagem, pois permite explorar o universo de significados, aspirações e concepções de usuários de álcool e outras drogas.

7.1. Local do estudo

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas de uma cidade do interior paulista, o qual é classificado como CAPS AD II, que atende e trata os usuários de abuso e dependência de substâncias psicoativas. O CAPS AD se constitui em uma unidade de atenção especializada na rede de atenção psicossocial, possibilitando apreender maiores informações a respeito da história de vida do usuário, de sua família e da sua relação com a equipe de saúde.

Esse serviço dispõe de uma equipe multiprofissional, composta por psiquiatras, psicólogos, enfermeiro, assistentes sociais, terapeuta ocupacional, entre outras categorias profissionais, e é referência para outros pequenos municípios da região.

7.2. Condições de produção do município de São Carlos - SP

O presente estudo foi realizado no município de São Carlos, estado de São Paulo (SP), cenário escolhido para essa pesquisa por ser considerado um município que conta com uma rede em processo de mudança na área de saúde nos últimos anos (DOBIES; FIORONI, 2010).

Segundo o IBGE, o município tinha população estimada em 2016 de 243.765 habitantes. No último censo, o município de São Carlos tinha 221.950 mil habitantes, sendo que 108.914 são do sexo masculino e 113.036 do sexo feminino. O referido município está localizado na região centro-leste do estado de São Paulo, 58 km do centro geográfico e fica a 230 km da capital. Sendo um município de porte médio conta com 42 equipamentos de saúde (IBGE, 2017).

O município de São Carlos-SP foi organizado de forma territorial, de acordo com as diretrizes de funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), considerando os seus princípios de regionalização e hierarquização dos níveis de atenção e cuidado à saúde. A cidade foi estruturada em cinco regionais de saúde que possuem a função de coordenar e organizar as ações de saúde, a partir das especificidades do território de abrangência de cada indivíduo (OLIVEIRA, 2016).

O processo de territorialização ocorreu em 2003, através da realização de oficinas, envolvendo gestores, trabalhadores de saúde e membros do Conselho Municipal de Saúde. Assim, o município foi dividido em cinco grandes regiões de saúde, chamadas de Administração Regional de Saúde (ARES) (UFSCAR, 2011). Abaixo segue a figura da divisão territorial de saúde do município.



Figura 1: Áreas territoriais das Administrações Regionais de Saúde de São Carlos-SP

Fonte: UFSCAR, 2011

O atual modelo de atenção à saúde do município de São Carlos vem reorientado progressivamente pela Secretaria Municipal de Saúde, e adotou como o estruturador da rede, a Atenção Básica, mais precisamente a Estratégia de Saúde da Família. A cura não é mais o principal enfoque, mas sim, as ações em Vigilância à Saúde. O processo de trabalho em equipe é o grande norteador das ações integrais em promoção e prevenção à saúde, recuperação e reabilitação de danos (UFSCAR, 2011).

Assim como a atenção básica, a saúde mental também encontra-se alocada numa administração regional de saúde.

Os serviços englobados em políticas de atenção especializada no município de São Carlos encontram-se subordinados administrativamente a um ARES da saúde, pois configuram-se também como um serviço que funciona sob a lógica do território (OLIVEIRA, 2016).

Atualmente, a rede de saúde mental do município de São Carlos é composta por um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS i), um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). Conta ainda com três Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), um Hospital Universitário e uma Santa Casa que dão suporte em caso de urgência.

A portaria 336/GM do Ministério da Saúde de 19/02/02 estabelece os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas (CAPS AD) como unidades de serviço para o atendimento,

tanto a pessoas com transtornos mentais como a pessoas com transtornos decorrentes do uso prejudicial e de dependência de substâncias psicoativas. A política governamental brasileira vigente de assistência especializada para dependentes de SPA é baseada nas diretrizes da Política Nacional Sobre Drogas, Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outra Drogas do Ministério da Saúde e nos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), requerendo um trabalho intersetorial e descentralizado através dos CAPS AD (SENAD, 2006).

Em 2011, surgiu a portaria n. 3.088 que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). A Rede de Atenção Psicossocial é constituída pelos seguintes componentes: I - Atenção básica à saúde, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade Básica de Saúde; b) equipe de atenção básica para populações específicas: 1. Equipe de Consultório na Rua; 2. Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório; c) Centros de Convivência; II - Atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades; III - Atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192); b) Sala de estabilização; c) Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas; d) Portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; e) Unidades Básicas de Saúde, entre outros; IV - Atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) Unidade de Recolhimento; b) Serviços de Atenção em Regime Residencial; V - Atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção: a) enfermaria especializada em Hospital Geral; b) serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas; VI - estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção: a) Serviços Residenciais Terapêuticos; e VII - reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Atualmente, com as novas portarias, o que se busca para a população de usuários problemáticos de álcool e outras drogas consiste em investir no usuário para que ele se comprometa com o tratamento, resgatando a sua singularidade, apostando em seu protagonismo, na tentativa de romper com a lógica de que a dependência de drogas é sua identidade (PEREIRA, 2008).

7.3. As condições de produção do CAPS AD

O CAPS AD de São Carlos é um dos dispositivos de saúde mental do município, que atende e trata os usuários de abuso e dependência de substâncias psicoativas. O CAPS AD se constitui em uma unidade de atenção especializada na rede de atenção psicossocial, possibilitando apreender maiores informações a respeito da história de vida do usuário, de sua família e da sua relação com a equipe de saúde. Ele está situado na área central da cidade no intuito de facilitar o acesso à população e também, fazer articulação com os demais serviços do município.

Esse serviço foi inaugurado em 06 de abril de 2006, de acordo com a Portaria n. 579/06, com a primeira finalidade de atender a população infanto-juvenil. Tal fato ocorreu devido ao momento político que o município vivenciava, ou seja, discutia-se a problemática de crianças e adolescentes com transtornos mentais e os advindos de consumo de substâncias psicoativas. Assim, a implantação buscou evitar internações desnecessárias em instituições geridas por órgãos não governamentais e promover o processo de desospitalização (DOBIES; FIORONI, 2010).

No primeiro semestre de 2011, o CAPS AD começou a atender também a população adulta e, atualmente, o serviço apresenta uma demanda de 40 a 45 novos usuários que buscam o tratamento e 30 que retomam o acompanhamento terapêutico, após abandono do tratamento (CICCILINI, 2015; SILVA, 2016). Em 2017, o número de usuários cadastrados no serviço consiste em 4648.

O CAPS AD São Carlos é composto pela seguinte equipe multiprofissional: 03 assistentes administrativos, 01 assistente social, 02 auxiliares de enfermagem, 01 enfermeira, 01 médico clínico geral, 01 médico

psiquiatra, 03 psicólogos, 01 supervisor de unidade, 01 auxiliar de limpeza e 02 oficinairos.

Este serviço configura-se em dispositivo de referência ao cuidado e tratamento à problemática de álcool e outras drogas aos demais municípios da região de saúde pertencentes à DRS III- Araraquara, dando suporte aos municípios menores, tais como: Descalvado, Dourado, Ibaté, Porto Ferreira e Ribeirão Bonito (SÃO PAULO, 2013).

Em relação ao espaço físico, o CAPS AD encontra-se em uma casa alugada e adaptada na região central de São Carlos, com vários ambientes para atendimentos tanto individuais como grupais. Possui um espaço para ambiência composto por televisão, banheiros para usuários e funcionários, uma sala para oficinas terapêuticas, e 3 consultórios para atendimentos individuais e grupais. Conta ainda com uma recepção que é a porta de entrada do serviço, uma garagem adaptada para atividades terapêuticas, uma varanda para refeições dos usuários e copa/cozinha, 01 sala de enfermagem e um sobrado com 2 salas e 2 banheiros para atividades administrativas e de supervisão do serviço. O horário de atendimento à população é de segunda à sexta-feira das 7 às 17 horas, mantendo-se aberto para o horário de almoço. Às sextas-feiras são realizadas as reuniões semanais de toda a equipe no período da manhã. Os usuários que estão em tratamento intensivo recebem café da manhã, almoço e café da tarde.

As ações desenvolvidas pelo CAPS AD constituem em atividades em modalidades de atendimento individual, em grupo e visita domiciliar.

O acolhimento consiste no primeiro contato do usuário ou família do usuário ao serviço. É realizado por um dos profissionais de nível superior, que tem o intuito de realizar escuta qualificada das demandas e necessidades do usuário/família, construção de vínculo, avaliação dos riscos e vulnerabilidades e a construção de um Projeto Terapêutico Singular que determinará também o tipo de modalidade de atendimento ao usuário. O acolhimento é realizado através da coleta da história pessoal e familiar, do padrão de consumo da substância psicoativa e se necessário, o encaminhamentos referenciados aos demais serviços da rede de atenção ou visitas domiciliares.

O CAPS AD desenvolve diversas atividades terapêuticas, sociais e culturais.

O Grupo de Família tem como objetivo reunir os familiares dos usuários para verbalizarem os sentimentos e dificuldades compartilhadas no contexto da dependência de substâncias psicoativas; proporcionar espaço terapêutico para troca de experiências entre seus participantes, bem como orientá-los, acompanhá-los e auxiliá-los no tratamento. É realizado semanalmente pela psicóloga, pela terapeuta ocupacional e pela assistente social, com aproximadamente 1 hora de duração.

O Grupo de Prevenção de Recaídas tem a função de prevenir recaídas, através de intervenções do Plano de Prevenção de Recaídas (PPR). É realizado às quintas-feiras, coordenado pelo psicólogo do serviço.

A oficina de Caminhada e Atividade Física são realizadas as segundas e quartas-feiras, com o objetivo de promover um momento de bem-estar e cuidado à saúde. É realizada pela assistente administrativa do serviço e por um profissional de nível superior.

A Assembléia de usuários consiste em uma atividade de controle social, em que há a participação de usuários, familiares e funcionários do CAPS AD. São discutidos assuntos pertinentes aos direitos e deveres de todos os envolvidos e melhorias para o funcionamento do serviço. Essa atividade é realizada semanalmente, às terças-feiras e é coordenada por pelo menos dois profissionais do CAPS AD.

O Grupo de Alcoolistas consiste em um grupo voltado para os usuários que consomem de modo abusivo ou dependente somente bebida alcoólica. O grupo é formado predominantemente por homens. O foco da atividade consiste em trabalhar a identificação de fatores de risco e proteção, através da abordagem e técnicas cognitivo-comportamentais.

O Grupo de Entrada consiste em um grupo de acolhimento, com o objetivo geral de orientar e realizar escuta qualificada aos novos usuários do serviço. Outro objetivo busca motivar o usuário no processo de engajamento e adesão ao tratamento.

A Oficina Terapêutica Sociocultural consiste em um projeto de extensão desenvolvido desde 2013, por bolsista do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. O projeto tem como objetivo realizar atividades de lazer e dinâmicas que abordam temas sobre autoeficácia,

autoestima, motivação, identificação de situações de risco e proteção, habilidades pessoais e interpessoais. A respectiva oficina ocorre às quintas-feiras, no período da manhã, com duração de 1 hora. A oficina também consiste em espaço de ensino clínico para os acadêmicos de Enfermagem e supervisão de alunos de Pós-Graduação em Enfermagem, ambos da UFSCar.

Cabe ressaltar que este serviço de saúde mental mantém parceria com as universidades públicas e privadas e escolas técnicas profissionalizantes do município, configurando-se assim, em espaço de ensino, pesquisa e extensão (SILVA, 2016).

7.4. Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa consistiram em amostra intencional de doze (12) usuários adultos de álcool e outras drogas, que têm projeto terapêutico singular em regime intensivo e semi-intensivo⁷ no CAPS AD, com o diagnóstico de dependência de substâncias psicoativas, conforme Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Os participantes da pesquisa foram indicados pelos profissionais de saúde do CAPS AD, sendo que dos vinte e um (21) usuários frequentadores diários do serviço, nove (9) não quiseram participar da pesquisa.

Os critérios de inclusão consistiram em: indivíduos na faixa etária maior ou igual a dezoito anos, abstêmios ou não de substâncias, com comorbidades psiquiátricas ou não. Foram excluídos da investigação os sujeitos intoxicados por substâncias psicoativas e em quadro clínico de surto psicótico durante a entrevista.

Nesse estudo, com o intuito de manter o anonimato e facilitar a compreensão, os sujeitos dos discursos foram identificados da seguinte maneira: no referente ao Sujeito do Discurso, utilizou-se das letras “SD”,

⁷ Define-se como atendimento intensivo aquele destinado aos usuários que, em função de seu quadro clínico atual, necessitam de acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos usuários que necessitam de acompanhamento frequente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS ad; (WEBER et al, 2004; BRASIL, 2011).

sendo seguidas por uma numeração seqüencial relacionada à ordem dos entrevistados, como por exemplo: SD1, ou seja, Sujeito do Discurso, número um.

7.5. Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio da entrevista semiestruturada (APÊNDICE I), que visa apreender o ponto de vista dos participantes da pesquisa e passa a ser um instrumento que orienta uma conversa com finalidade (MINAYO, 2010).

As entrevistas foram previamente agendadas, considerando o melhor momento e local para os participantes e pesquisadora. As entrevistas foram realizadas no período de maio a setembro de 2016 e o tempo médio de duração delas foi de 1 hora e 12 minutos, porém, respeitando as dinâmicas dos encontros, ocorrendo flexibilidade para que não houvesse interrupção do raciocínio.

As entrevistas foram gravadas em áudio e caso o entrevistado se sentisse constrangido com o gravador, foi utilizado o diário de campo, o qual representa um instrumento importante para que o pesquisador registre suas impressões (MINAYO, 2010).

A entrevista constituiu de uma parte de caracterização dos participantes da pesquisa, contendo dados de identificação pessoal e das seguintes questões norteadoras: Qual é a sua visão sobre a pessoa que é dependente de drogas? Como você se percebe enquanto dependente químico em tratamento? Como você percebe o seu tratamento?

Para ajudar na construção da imagem do sujeito dependente químico, foi utilizada a técnica projetiva sob a forma de desenho (TRINCA, 1987), em que foi solicitado ao participante da pesquisa que fizesse um desenho, através da frase: Desenhe como você se vê enquanto dependente químico. Comente sobre o seu desenho.

7.6. Procedimentos éticos

Trata-se de uma pesquisa com seres humanos, em que foram observados e respeitados todos os aspectos éticos preconizados pela Resolução 466/12 regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Foram assegurados aos participantes deste estudo, o anonimato, bem como a manutenção do sigilo quanto às informações coletadas e da privacidade dos mesmos. Foi encaminhada uma solicitação à Secretaria Municipal da Saúde para liberação da pesquisa no campo escolhido (ANEXO I). Esse projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, parecer n. 1.006.631, de 16/02/2015 (ANEXO II). Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE II).

Por se tratar de uma pesquisa que envolve seres humanos, existiam riscos, ou seja, causar constrangimento e ansiedade ao participante da pesquisa durante a entrevista e produção artística. Porém, para evitar ou reduzir tais riscos, as entrevistas foram realizadas em local privativo, de maneira empática e respeitosa. Quanto ao sigilo, assegurou-se que o nome do participante da pesquisa não fosse divulgado. Caso se percebesse qualquer risco ou dano ao participante, as atividades seriam imediatamente suspensas e a pesquisadora estaria disponível para esclarecer dúvidas junto ao entrevistado.

A pesquisa foi considerada um momento benéfico, enriquecedor e de aprendizagem para ambas as partes, sendo assim a pesquisadora constitui em um instrumento multiplicador de ações e informações. O benefício indireto desta pesquisa constitui-se, respectivamente, em subsidiar os trabalhadores de saúde para melhoria da construção dos Projetos Terapêuticos Singulares dos usuários de drogas no CAPS AD e contribuir para a área o conhecimento científico e reflexões sobre a política de saúde mental vigente no município estudado.

7.7. Análise dos dados

Para valorizar aspectos qualitativos, a análise dos dados foi orientada pelo método da Análise de Discurso (AD) de linha francesa. A AD busca compreender como os objetos simbólicos, neste caso os enunciados das entrevistas e a imagem dos desenhos, produzem sentidos e como estão investidos de significância para e por sujeitos (PÊUCHEUX, 1997).

O pesquisador-intérprete apreende nas entrevistas e desenhos o que há além das evidências; busca e compreende a opacidade da linguagem, os sentidos determinados pela historicidade, capta o sujeito constituído pela ideologia, historicidade e o manifesto do inconsciente (ORLANDI, 2013).

Portanto, através do discurso dos usuários adultos do CAPS AD possibilitou a produção de efeitos de sentidos sobre a dependência de álcool e outras drogas para os usuários do CAPS AD e sua imagem discursivamente construída.

Para constituir o *corpus* para análise do discurso, utilizou-se de material empírico, isto é, a entrevista e o desenho produzido pelos usuários do CAPS AD. Há vários mecanismos de análise, dentre eles escolheu-se da Formação Imaginária e Ideológica e a análise do sujeito. Para sistematizar a coleta de dados, foram seguidas as etapas de análise descritas por Orlandi (2013).

Na primeira etapa, há a passagem da superfície linguística, ou seja, do material bruto coletado para o texto (discurso), buscando-se de superficializar, isto é, sair da ilusão da transparência e transpondo-se para a materialidade lingüística. Neste momento de transição, buscam-se por vestígios, pistas, indícios, o dito e o não dito, através das polissemias e metáforas⁸, por exemplo. Nesta fase, houve o processo de transcrição completa da gravação da produção verbal de todo o material empírico, garantindo a fidedignidade das palavras e recursos lingüísticos utilizados pelos entrevistados, “preservando o sentido que se pretende fornecer ao dito no momento da enunciação” (ORLANDI, 2013; GOMES,2007,p.558) e

⁸ Conceito de polissemia: determinada palavra ou expressão que adquire um novo sentido além do seu sentido original, guardando uma relação de sentidos entre elas. Conceito de metáfora: é a palavra ou expressão que produz sentidos figurados por meio de comparação implícita (FERREIRA, 1988) ,

explorando as marcas lingüísticas. As regularidades das marcas lingüísticas que apareceram no discurso fazem parte da subjetividade do pesquisado, trazendo sentidos pré-construídos que figuram na memória do dizer da sociedade. A AD não trabalha com a forma e o conteúdo, mas busca os efeitos de sentido que podem ser apreendidos mediante interpretação (ORLANDI, 2013). A operacionalização desta fase requer leituras e releituras indo do óbvio aparente para a compreensão dos mecanismos de produção de sentido utilizados pelos entrevistados, construindo os contornos da Formação Discursiva, estabelecendo os “recortes discursivos”, tentando perceber que as mesmas palavras possuem sentidos diferentes para os sujeitos, bem como a articulação entre o que é dito e a posição social e discursiva do anunciador.

Na segunda etapa há a passagem do objeto discursivo para as formações discursivas (FD). Foram analisadas as seqüências discursivas (Sd) (frases), possibilitando a materialidade e sentido ao discurso produzido. Neste momento, a pesquisadora buscou relacionar as FDs com a formação ideológica, apreendendo tais pontos nas metáforas, estruturando o dito do enunciado ao dito cristalizado na sociedade, lugar em que a ideologia permeia e se concretiza na discursividade (ORLANDI, 2013; GOMES, 2007).

Na terceira etapa, aconteceu a transformação do processo discursivo em formação ideológica e imaginária, momento em que há uma “categorização dos dados”, constituindo-se em blocos discursivos. Da interação de todos os entrevistados constitui-se uma ideologia comum, de onde emerge as FDs, em que os participantes da pesquisa são inseridos. Nesta fase, há o processo de descrição, discussão e interpretação dos resultados, ou seja, os efeitos produzidos, os dispositivos analíticos e as condições que determinaram tal formação (ORLANDI, 2013; GOMES, 2007). No processo de abordar a formação ideológica presente no discurso, a pesquisadora também descreveu e discutiu a formação imaginária dos sujeitos analisados. Além disso, a pesquisadora apreendeu as imagens resultantes de projeções advindas da percepção do entrevistado sobre si mesmo (ORLANDI, 2013), neste caso dos usuários de álcool e outras drogas.

8. RESULTADOS E DISCUSSÃO

8.1. Perfil dos Sujeitos do Discurso

8.1.1. Sujeito do Discurso 1 (SD1)

Solteira, 32 anos, travesti. Foi evangélica, porém foi expulsa pelo pastor devido ao uso de drogas e pela orientação sexual. Estudou até o 3º ano do ensino médio. Usuária de álcool, tabaco, crack, maconha e cocaína há mais de 15 anos. Já foi internada duas vezes em comunidades terapêuticas. Atualmente está desempregada, mas já foi cabeleireira. Uma vez por semana realiza trabalho de diarista (limpeza), para auxiliar financeiramente na moradia junto a uma amiga. A usuária está em tratamento há 4 anos, entretanto, nesse período abandonou o tratamento por diversas vezes, retornando para tratamento intensivo há 3 meses. A entrevista foi previamente agendada e realizada em uma sexta-feira, depois das atividades terapêuticas, nas quais a entrevistada estava inserida, em um dos consultórios nas dependências do CAPS AD. A entrevistadora não estava utilizando o jaleco para melhor interação com a entrevistada.

8.1.2. Sujeito do Discurso 2 (SD2)

Solteira, 23 anos, sexo feminino, religião evangélica, está inserida no grupo de geração de renda da Universidade Federal de São Carlos. Em tratamento intensivo no CAPS AD há 5 meses. Usuária de álcool, tabaco, maconha e cocaína há 8 anos. Foi internada uma vez numa comunidade terapêutica. A entrevista foi previamente agendada, aconteceu em uma segunda-feira, depois do almoço da entrevistada e, em um dos consultórios nas dependências do CAPS AD. Após a entrevista, a entrevistada iria participar do grupo de geração de renda, sendo que a entrevistadora-pesquisadora teve a percepção de que a usuária tinha certa pressa em finalizar a entrevista, para ir ao seu compromisso. A entrevistadora não estava utilizando o jaleco para melhor interação com a entrevistada.

8.1.3. Sujeito do Discurso 3 (SD3)

Solteira, 47 anos, sexo feminino, espírita Kardecista, ensino fundamental incompleto (até a 7ª série), tendo como justificativa a situação de rua e consumo de drogas; desempregada há 2 anos e meio, mas é ajudante de cozinha. Atualmente, em tratamento intensivo há 5 meses, mas já iniciou e abandonou o tratamento por várias vezes. Usuária de álcool e crack há mais de 30 anos. Já foi internada 7 vezes em comunidades terapêuticas. A entrevista foi previamente agendada, realizada em uma sexta-feira, depois das atividades terapêuticas, em que a entrevistada estava inserida, em um dos consultórios nas dependências do CAPS AD. A entrevistadora não estava utilizando o jaleco para melhor interação com a entrevistada.

Durante a entrevista, a entrevistada se emocionou, principalmente quando falava de sua condição de vida.

8.1.4. Sujeito do Discurso 4 (SD4)

Sexo masculino, 54 anos, solteiro, evangélico (freqüenta a igreja três ou mais vezes por semana); estudou até o 2º ano do ensino fundamental, justificado pela necessidade de trabalhar na roça e ajudar os pais. Foi servente de pedreiro e ajudante de serviços gerais. Está aposentado por invalidez há cinco anos. Teve várias internações devido à dependência de álcool. Usuário de álcool e tabaco há mais de 30 anos. Já foi internado cinco vezes em hospitais psiquiátricos para a dependência química. No CAPS AD está em tratamento há 5 anos, sendo que antes freqüentava somente grupos no CAPS AD e comparecia à consulta médica. Há 2 anos está em tratamento intensivo. A entrevista foi previamente agendada, realizada em uma sexta-feira, depois das atividades terapêuticas, em que o entrevistado estava inserido, em um dos consultórios nas dependências do CAPS AD. A entrevistadora não estava utilizando o jaleco para melhor interação com a entrevistada.

O entrevistado mostrava-se feliz em participar da entrevista e ao final desta, cantou uma música evangélica (“um louvor”, como ele dizia).

8.1.5. Sujeito do Discurso 5 (SD5)

Sexo masculino, 37 anos, solteiro, espírita Kardecista e evangélico; estudou até a 7ª série do ensino fundamental, interrompendo os estudos devido o uso do álcool, maconha, crack, cocaína e thinner. Iniciou o uso de drogas na adolescência. Já foi internado duas vezes em comunidade terapêutica para o tratamento da dependência química. Retornou aos estudos, freqüentando a Educação de Jovens e Adultos (EJA), porém por dificuldades na compreensão da matemática, parou novamente. Pensa em retomar aos estudos quando melhorar sua condição de saúde (dependência química). Atualmente, está desempregado, mas já trabalhou como servente de pedreiro, pintor e entregador de panfleto. Está em tratamento intensivo há 3 anos. A entrevista foi previamente agendada, realizada em uma sexta-feira, depois das atividades terapêuticas, em que o entrevistado estava inserido, em um dos consultórios nas dependências do CAPS AD. A entrevistadora não estava utilizando o jaleco para melhor interação com a entrevistada. O entrevistado foi receptivo e colaborador ao longo da entrevista.

8.1.6. Sujeito do Discurso 6 (SD6)

Solteiro, sexo masculino, 47 anos, católico, mas disse que foi a religião evangélica que o ajudou bastante. Estudou até a 6ª série do ensino fundamental, interrompendo os estudos para trabalhar e ajudar financeiramente a sua família. É ajudante de máquina pesada, mas está afastado para tratamento. Usuário de álcool, tabaco, maconha, crack e cocaína há mais de 25 anos. No CAPS AD está em tratamento há 3 anos e meio, porém em tratamento intensivo há 2 meses. Têm em número total de 32 internações em comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos devido à dependência do álcool e de outras drogas. A entrevista foi previamente agendada, aconteceu em uma sexta-feira, em um dos consultórios nas dependências do CAPS AD, depois das atividades terapêuticas que o entrevistado estava inserido. A entrevistadora não estava utilizando o jaleco para melhor interação com a entrevistada. O entrevistado foi receptivo e colaborador ao longo da entrevista

8.1.7. Sujeito do Discurso 7 (SD7)

Solteira, 22 anos, sexo feminino, evangélica, interrompeu os estudos no ensino fundamental. Pensa em retomar e fazer faculdade de veterinária; atualmente está desempregada, mas já trabalhou como garçomete, na entrega de panfletos e na coleta seletiva. Iniciou o tratamento na adolescência, retornou há 5 meses no CAPS AD e está em tratamento intensivo. Usuária de álcool, tabaco, maconha, crack e cocaína há 7 anos. Foi internada três vezes em comunidades terapêuticas. A entrevista foi previamente agendada, aconteceu numa sexta-feira depois das atividades na qual a entrevistada estava inserida, em um dos consultórios nas dependências do CAPS AD. A entrevistadora não estava utilizando o jaleco para melhor interação com a entrevistada.

8.1.8. Sujeito do Discurso 8 (SD8)

Solteiro, 21 anos, evangélico, ensino fundamental completo, profissão de pintor, mas atualmente está desempregado. No momento da entrevista relatou ser usuário de múltiplas substâncias psicoativas. Usuário de álcool, tabaco, maconha, crack e cocaína há 8 anos. Já foi internado 4 vezes em comunidades terapêuticas para a dependência química. Está em tratamento há 7 anos, entretanto, interrompeu a terapia por diversas vezes. Apresenta diversas internações em comunidades terapêuticas, porém em tratamento intensivo há 3 meses no CAPS AD. A entrevista foi previamente agendada, realizada em uma sexta-feira, depois das atividades terapêuticas, na qual o entrevistado estava inserido, em um dos consultórios nas dependências do CAPS AD. A entrevistadora não estava utilizando o jaleco para melhor interação com a entrevistada. O entrevistado foi receptivo e colaborador durante a entrevista.

8.1.9. Sujeito do Discurso 9 (SD9)

Divorciado há 4 anos, sexo masculino, 50 anos, evangélico, estudou até a 5ª série do ensino fundamental. Atualmente trabalha como "Chapa" (ajuda a

descarregar caminhões), mas foi padeiro por 27 anos. Usuário de álcool e tabaco há mais de 20 anos. Nunca foi internado. Encontra-se em tratamento intensivo há mais de 4 meses. A entrevista foi previamente agendada, aconteceu numa terça-feira, depois do almoço do entrevistado, no horário que não tinha atividades terapêuticas para os usuários, em um dos consultórios nas dependências do CAPS AD. A entrevistadora não estava utilizando o jaleco para melhor interação com a entrevistada. O entrevistado não quis fazer o desenho, porém escreveu uma receita de confeito.

8.1.10. Sujeito do Discurso 10 (SD10)

Solteiro, 29 anos, evangélico, ensino médio completo, era ajudante de cozinha e atualmente está desempregado. Em tratamento intensivo há mais de 1 mês. Usuário de álcool, cocaína, crack e tabaco há mais de 6 anos. Já foi internado duas vezes em comunidade terapêutica para tratamento de dependência química. A entrevista foi previamente agendada, realizada em uma terça-feira, depois do almoço do entrevistado, no horário que não tinha atividade terapêutica para os usuários, em um dos consultórios nas dependências do CAPS AD. A entrevistadora não estava utilizando o jaleco para melhor interação com a entrevistada. O entrevistado mostrou-se feliz por participar da entrevista. Não teve pressa em finalizar a entrevista e o desenho, sendo muito cauteloso e minucioso.

8.1.11. Sujeito do Discurso 11 (SD11)

Sexo feminino, solteira, 46 anos, católica, mas respeita todas as religiões; interrompeu os estudos na 2ª série do ensino fundamental e não pretende retornar aos estudos. Trabalha na rua com reciclagem há 3 anos, após saída da prisão. Usuária de álcool, cocaína, crack e tabaco há mais de 20 anos. Já foi internada sete vezes em comunidade terapêutica para tratamento de dependência química. Encontra-se em tratamento intensivo há 2 meses no CAPS AD. A entrevista foi previamente agendada, em uma sexta-feira depois das atividades na qual a entrevistada estava inserida, em um dos

consultórios nas dependências do CAPS AD. A entrevistadora não estava utilizando o jaleco para melhor interação com a entrevistada. Durante a entrevista, a entrevistada se emocionou e chorou.

8.1.12. Sujeito do Discurso 12 (SD12)

Separada, 38 anos, sexo feminino, evangélica, interrompeu os estudos no ensino fundamental para se casar. Atualmente está desempregada, mas trabalhou como cozinheira. Usuária de álcool e tabaco há 18 anos. Nunca foi internada em comunidade terapêutica. Iniciou o tratamento intensivo no CAPS AD há 7 meses. A entrevista foi previamente agendada em uma sexta-feira, depois das atividades terapêuticas, nas quais a entrevistada estava inserida, em um dos consultórios nas dependências do CAPS AD. A entrevistadora não estava utilizando o jaleco para melhor interação com a entrevistada. A entrevistada foi receptiva e colaboradora durante a entrevista.

9. APRESENTAÇÃO DOS BLOCOS DISCURSIVOS

9.1. Bloco discursivo 1: As imagens que o dependente de substâncias psicoativas em tratamento tem de si e do dependente químico

Neste bloco discursivo foram abordados os efeitos de sentido produzidos das enunciações e dos desenhos dos dependentes de substâncias psicoativas. Portanto, é no dizer deles que se apreendem os efeitos de sentido sobre as imagens que os sujeitos do discurso, neste caso os dependentes de substâncias psicoativas, têm de si, do dependente químico e de sua posição-sujeito.

Apropriando-se dos conceitos da Análise de Discurso (ORLANDI, 2010), o dependente químico ao enunciar um discurso, é assujeitado e clivado, portanto, ele fala a partir de uma ideologia, a qual está presente em sua manifestação discursiva, o que possibilita identificá-lo (inclusive a sua posição-sujeito) com a sua formação discursiva dominante. O sujeito resulta de vários outros discursos, os quais podem envolver paradigmas psicossocial, biológico/doença/psiquiátrico e o moral.

Os dois recortes (Recorte n.1 e Recorte n.2) abaixo citados apontaram as seqüências discursivas Sd1 e Sd2 dos sujeitos enunciadores que expressam em seus dizeres, sentidos de uma mesma Formação Discursiva, ou seja, relacionaram a imagem do dependente de substâncias psicoativas e dele mesmo à imagem negativa e maléfica, bem como enquanto ser sofredor, pois está associada à figura do diabo.

Observando-se o efeito de sentido do enunciado “o dependente químico são tudo pessoas usadas pelo diabo”, entende-se que o “diabo” representa a droga, enquanto algo do mal e, portanto, personalizada na figura demoníaca.

O enunciado “Você é escravo do diabo” exprime o efeito de sentido de o dependente químico ser escravo da droga, e portanto, dominado e submetido à vontade dela, e conseqüentemente, privado de liberdade. Dessa maneira, é a droga que usa as pessoas, as escraviza e as aprisiona. A droga está relacionada ao diabo.

Entretanto, o pronome de tratamento “você” também possibilita interpretar que o participante SD1 ao falar sobre a imagem do dependente químico,

mescla e sobrepõe à sua própria imagem, a imagem do “escravo do diabo”, ou seja, escravo da droga.

Recorte n.1: [...] minha visão é que o dependente químico, na minha visão, são tudo sofredor (sd1), né mano... são tudo pessoas usadas pelo diabo (sd2). (SD8)

Recorte n.2: Você é o escravo do diabo (sd3). [...] minha vida era um isqueiro, um cachimbo, a pedra e um cigarro (sd4), era isso, entendeu? (SD1).

A imagem maléfica e diabólica também foi reforçada pelo desenho 1 (SD1), em que o sujeito enunciador desenha a si próprio com dois chifres. Para os sujeitos do discurso, os dependentes químicos são pessoas sofredoras, pois são usadas e escravizadas pelo diabo, pela droga, tornando-se também um ser diabólico e do mal.



Figura 2:Desenho de produção artística do participante SD1

Os dados corroboram estudos sobre as representações sociais das pessoas que consomem substâncias psicoativas, na perspectiva de usuários de drogas em tratamento. Eles salientam que estas pessoas são representadas de maneira negativa e reconhecidas como sofredoras, angustiadas e coitadas (MELO;MACIEL, 2016). A droga é considerada maldita e associada ao Diabo, o qual tem o poder de destruir a vida do usuário (MELO;MACIEL, 2015).

Estudo que analisa a ideologia que permeia a reportagem sobre o crack aponta que esta substância escraviza o ser humano (ROMANINI; ROSO, 2012).

Retomando-se a Sd 2 “pessoas usadas pelo diabo” e a Sd 3 “você é escravo do diabo”, ambas carregam marcas e vestígios do sentido religioso. Refletindo-se sobre as condições de produção dos enunciados em sentido estrito e da apropriação de seus sentidos pelos seus anunciadores-autores do discurso, revelam-se sujeitos afetados pela história cultural e religiosa, em que estão inseridos. Ambos os sujeitos dos discursos são cristãos evangélicos, que buscaram e buscam apoio em suas instituições religiosas para o tratamento da dependência química, e que, portanto, possibilita-se pensar sobre as suas práticas discursivas. De acordo com a AD, em todo o dizer há um já dito, ou seja, em todo o discurso está presente o interdiscurso. Em todo discurso perpassa outro discurso, que está inserido na memória discursiva do enunciator, porém, de maneira inconsciente (ORLANDI, 2010). Portanto, a visão diabólica associada ao consumo da droga tem sido reforçada e condenada pelas religiões cristãs, e este aspecto da malignidade das substâncias psicoativas tem-se ancorado no conhecimento religioso, associando a droga à imagem demoníaca (MOTA, 2009; MELO; MACIEL, 2015).

Segundo Melo e Maciel (2015) os significados das drogas foram construídos no período medieval e as drogas têm sido condenadas até hoje pelos representantes do cristianismo. O uso das plantas, inclusive as alucinógenas, era proibido pela igreja católica na idade média, por considerá-las demoníacas e componentes de rituais de feitiçaria nos rituais pagãos. A única droga permitida era o álcool, ou seja, o vinho, que era utilizado nos rituais da religião católica (MOTA, 2009), o que continua nos dias atuais.

Assim, tais dizeres produzem sentidos que remetem ao imaginário social de que a pessoa que é dependente de drogas é uma pessoa diabólica, ruim, que merece padecer no inferno. Resgatando-se o período histórico do século IX, depois de Cristo, com o domínio da igreja católica e a tentativa de eliminar o paganismo, a igreja se apropria da iconografia de Satã, representada na imagem do Deus grego Pã da mitologia clássica, possuidor de chifres, patas de bode e tridente. A iconografia demoníaca era utilizada como meio de propaganda, considerando a necessidade de expandir o domínio do

Cristianismo (MENON, 2008; MOTA, 2009). Portanto, para se buscar a transformação do imaginário social que demoniza a pessoa que consome substâncias psicoativa, classificando-o como marginal, perigoso ou criminoso, há necessidade de desmistificar tais concepções (BARD et al., 2016), através de ações articuladas e simultâneas nas dimensões políticas, sociais, de saúde, culturais, econômicas e jurídico-legais.

Resgatando a Sd4 “[...] minha vida era um isqueiro, um cachimbo, a pedra e um cigarro”, o Sujeito Discursivo 1 compara a sua vida com a droga e os acessórios utilizados no uso do crack, ou seja, “a pedra”, “o cachimbo” e o “isqueiro”. Em relação à interpretação sobre a visão dos sujeitos sobre o dependente químico, o participante SD1 articula o sentido de que a vida de um dependente químico e a dele própria são limitadas aos acessórios utilizados para fumar o crack. Tais acessórios que produzem efeitos de sentido de promover aquecimento através do fogo para queimar a pedra. O isqueiro, que produz o fogo, que aquece o cachimbo que aquece a pedra. Portanto, significantes relacionados ao ambiente quente e que reportam ao local do inferno. Assim, a vida do dependente químico é um inferno, onde o crack os aprisionava e os escravizava. Segundo Melo e Maciel (2015), os efeitos negativos, nefastos e dominadores atribuídos ao crack pelos consumidores desta substância, possibilitam-lhes uma atitude passiva e conformista que os reconhecem como vítimas e incapazes de decidir e tomar decisões diante desta situação. Considerando a crença do poder atribuído à droga para subjugar e retirar a autonomia do ser humano, tornando-o passivo e impotente diante da situação de dependência, tal concepção ratifica o discurso médico e de doença, preconizando a abstinência como única alternativa terapêutica (MOTA, 2009; MELO; MACIEL, 2015).

Assim, na seqüência discursiva Sd1 do Recorte n.1, o significante “dependente químico” reporta-se à pessoa que depende da substância química e este significante está relacionado a outros discursos, tais como o domínio do modelo biológico/da doença/médico. Percebe-se que o anunciador utiliza de linguagem advinda de sua memória discursiva relacionada ao paradigma biológico e médico, e, portanto, parafraseando a linguagem do discurso médico. Para a AD, o sujeito é afetado pelo inconsciente neste processo, mas

a ideologia permeia qualquer manifestação discursiva, permitindo se identificar com a formação discursiva que o domina (ORLANDI, 2010).

Este paradigma biológico insere a pessoa dependente de substâncias psicoativas no quadro patológico, de doença ou transtorno mental decorrente deste consumo. Diante deste modelo explicativo para a dependência, a pessoa dependente de drogas apresenta sintomas comportamentais, cognitivos e fisiológicos decorrentes do consumo repetitivo dessas substâncias.

Desta maneira, a dependência é considerada um distúrbio comportamental, cognitivo e fisiológico; portanto, a pessoa que é dependente é considerada um ser desviante que deve ser controlado para evitar a desordem social. O tratamento é focado nos sinais e sintomas, os quais devem ser eliminados, e, portanto, o objetivo é a cura, por intermédio principalmente de medicamento e mudança de comportamento.

Neste modelo, o determinante da dependência está no orgânico, requerendo, portanto, a intervenção terapêutica básica no âmbito farmacológico. A pessoa é reconhecida como doente pelo contexto social, sendo a intervenção centrada no organismo da pessoa. Decorrente desta visão, a pessoa é isolada do ambiente familiar e social, bem como da participação de seu tratamento e cuidado (COSTA-ROSA, 2000).

A maioria dos estudos aborda os significados sociais da dependência química como doença, tendo como único causador, as substâncias psicoativas (MOTA, 2009; VARGAS et al., 2013; SILVA et al., 2014; MELO; MACIEL, 2015).

No Recorte n. 3, abaixo citado, o Sujeito Discursivo 2 (SD2) fala de dois momentos em que assumiu a sua posição-sujeito, antes de usar as drogas e depois de usá-las. Antes, sua posição-sujeito diante dos pais era enquanto filha abstinente que tinha um imaginário social das pessoas que consumiam substâncias psicoativas, como vagabundas e que desencadeavam um sentimento de medo. A posição-sujeito nas condições de produção em que SD2 se encontrava na época em que ainda não era dependente, apontava um discurso permeado pelo modelo moral. Atualmente, a partir de sua posição-sujeito de consumidora de substâncias psicoativas revela em suas enunciações direcionadas à enfermeira de saúde mental e pesquisadora, marcas e vestígios discursivos de sentimentos de pena e compreensão pela situação vivenciada pelos seus pais, por assumir enquanto dependente de substâncias psicoativas.

O significante “usuária” materializado no discurso do Sujeito Discursivo 2 reforça esta posição-sujeito, a qual possibilita constituir sentidos no processo discursivo.

Recorte n.3: Na verdade eu já tive uma opinião antes de usar e hoje eu tenho outra, de ser usuária (sd5). Minha opinião antes era que era igual a dos meus pais hoje em dia: tudo vagabundo (sd6), eu tinha medo (sd7) e hoje em dia não, eu tenho dó (sd8), porque eu sei o que eles passam [...] (SD2)

Assim, na AD, percebe-se uma memória discursiva, situada no interdiscurso, instância que é interpelada por discursos outros, já ditos, que estão na dimensão da exterioridade e do esquecimento, no domínio do intradiscurso (PÊUCHEUX, 1997; ORLANDI, 2005), que reporta ao modelo biológico ou de doença. Para o sujeito deste discurso, ser usuária associa-se à classificação nosológica de ser dependente, não diferenciando padrões de consumo, ou seja, de modo recreacional, experimental, abusivo ou dependente.

A noção de sujeito na AD considera os elementos social, histórico e ideológico constitutivos desta noção, portanto, o lugar ocupado pelo sujeito do discurso é determinante do e no seu dizer (GRIGOLETTO, 2005). Portanto, apropriando-se das idéias de Pêcheux (2001) sobre formações imaginárias, a imagem que a pessoa que consome substâncias psicoativas em um discurso apreende de si mesma e ao outro são determinadas pelo lugar empírico (lugar social) a ela atribuído por uma determinada formação social. Desta maneira, o enunciador deste estudo assume um lugar social e posição-sujeito de “usuária de drogas” ou “dependente de drogas” considerando-se o seu espaço empírico e condições de produção, i.e., em um serviço de saúde mental e a ideologia pela formação social advinda de um paradigma biomédico.

Estudo que analisa as representações sociais das drogas e de seus usuários na legislação brasileira sobre drogas salienta que o usuário está associado ao uso nocivo/abusivo e dependente, apresentando uma diferenciação entre esses termos muito sutil e superficial no decorrer do documento legal, confundindo-se usuário com dependente (ACIOLI NETO; SANTOS, 2015).

Os dados acima também corroboram estudo que aborda as representações sociais de usuários de substâncias psicoativas em tratamento em instituições psiquiátricas, na perspectiva destes, e salienta a percepção de indivíduos adoecidos, coitados e vítimas das drogas (MELO;MACIEL, 2016). Tal condição fortalece a auto-imagem negativa e de baixa autoestima (MELO; MACIEL, 2015), reforçando o sentimento de auto piedade pelo próprio sujeito que consome as drogas.

O Recorte n.4 e os desenhos elaborados pelo Sujeito do Discurso 3 (SD3) apontados a seguir, trazem enunciados que comparam o dependente de substâncias psicoativas a uma lixeira e lixo.

Recorte 4: Uma lixeira (sd9)... Sem comentários. (SD3) .



Figura 3: Desenho 2 de produção artística do participante SD3

A lixeira consiste em um receptáculo que coleta o lixo, assim pode-se inferir que o sujeito dependente de substâncias psicoativas pode sentir-se como algo que pode ser desprezado, jogado fora ou excluído; ser algo que não tem mais utilidade. Ele também pode sentir-se como algo que pode receber coisas/objetos que devem ser jogados fora, conter coisas inúteis, ou seja, como uma lixeira.

Estudo sobre significados sociais do usuário de drogas salienta que ao ser representado de maneira negativa, ele é objetivado, tanto por ele mesmo como pela sociedade, em objeto inanimado e resumido à condição da droga

(MELO;MACIEL, 2016) e não a um ser-cidadão, sujeito de direitos e deveres, com sua singularidade e subjetividade.

Entretanto, a percepção negativa expressada pelo SD3, no recorte 4, pode influenciar e prejudicar a auto-imagem da pessoa, tornando-a com baixa autoestima e intensificando o processo de se auto estigmatizar, ou seja, situação em que a pessoa adota uma conduta passiva, envergonhada e de autodesvalorização e deixa de desempenhar os seus papéis sociais, sendo o principal obstáculo à recuperação e reabilitação do indivíduo (ROCHA, 2013). Assim, os discursos apontam efeitos de sentido que se reportam ao dependente de substâncias psicoativas como uma das mazelas da sociedade capitalista. De fato, a literatura corrobora tais achados quando aponta que os usuários de drogas internalizam os estereótipos negativos associados à dependência das substâncias psicoativas e os aplicam a si mesmos, expressando sentimentos de vergonha ou de inferioridade, desencadeando baixo *status* hierárquico social (SILVA et al., 2014; MORA-RÍOS et al., 2016; BARD et al., 2016; MELO;MACIEL, 2016).

Desta maneira, para se transformar tais ideais, percebe-se a necessidade de se implementar estratégias que problematizem saberes e práticas, no intuito de democratizar outras concepções e práticas sociais que não se configuram em normas moralizantes e práticas excludentes, mas que valorizem a história de vida destas pessoas (BARD et al., 2016), suas singularidades e subjetividades. Além disso, criar estratégias que despertem a responsabilidade e conscientização da sociedade para esta temática (BARD et al., 2016).

Em continuidade ao processo analítico, as sequências discursivas 10 e 11 do Recorte n.5 e a sd 16 abaixo citadas expressam em seus dizeres, sentidos de uma mesma Formação Discursiva, ou seja, a posição-sujeito de doente assumida pelo Sujeito Discursivo 3.

Percebe-se que o enunciador recorre à linguagem evocada de sua memória discursiva relacionada ao paradigma biológico e médico ao parafrasear “doença”, “doentes”, “cura”. No referencial teórico da AD, o sujeito é assujeitado e clivado, portanto, a ideologia permeia a sua manifestação discursiva, permitindo se identificar com a formação discursiva que o domina (ORLANDI, 2010).

Recorte n.5: Bom, isso é uma doença (sd10). A princípio é uma curtição! É tiração de barato... É curtir! Depois, já passa ser uma doença. Então, a minha visão é que nós todos somos doentes (sd11). [...] porque a gente tenta a cura (sd12)... Todos nós viciados (sd13), a gente conversando entre nós, nós não queremos isso! Não queremos mais, né! (choro) a gente quer a cura, mas não consegue (sd14)! É difícil. É uma doença carnal, espiritual (sd15). (SD3)

Recorte n.6: Agora eu aprendi uma coisa: que é uma doença (sd16) que ela [dependência] é, “pro” resto da vida (sd17). (SD6)

Percebe-se também que os significantes “doença” e “cura”, materializados no discurso de SD3, reforçam novamente a apropriação do discurso do modelo biomédico. Os enunciadores SD3 e SD6 relatam que a doença que eles vivenciam requer a cura, entretanto, não conseguem. Além disso, seus discursos apontam a situação da incurabilidade nas seqüências discursivas 14 e 17.

Para Pillon e Luis (2004), a dependência de substâncias psicoativas é compreendida no modelo médico como patologia progressiva, com manifestações orgânicas (tanto física como mental) e requerendo tratamento médico. Portanto, neste modelo, o determinante da dependência química está no orgânico (hereditariedade e/ou disfunções neuroquímicas) e a pessoa que consome drogas é reconhecida como portadora de uma doença (tornando-se doente), para a qual se deve prever a cura (COSTA-ROSA, 2000; PILLON;LUIS, 2004; SCHNEIDER;LIMA, 2011). Este modelo pressupõe que o consumo de drogas exerce papel de doença, requerendo um tratamento do dependente (PILLON;LUIS, 2004) e possibilidades de cura, portanto, a ausência de doença demarca a saúde. Entretanto, a síndrome de dependência de substâncias psicoativas compreendida neste modelo, enquanto conjunto de sinais e sintomas que determina uma doença crônica, recorrente, apresenta comportamento compulsivo e progressivo ao consumo das substâncias, reconhecendo seu aspecto de continuidade de gravidade e incurável (PILLON;LUIS, 2004). Na concepção biológica da doença, a dependência é concebida como doença crônica, “inata” do organismo, que perdura pela vida toda, mas que pode ser tratada e controlada, quando se reduz os sintomas,

porém recorrente (AGUILAR;PILLON, 2005). Tais fatos justificam muitas vezes o impedimento de decisão e vontade da pessoa em parar de consumir a droga (HALPERN;LEITE, 2012).

Salienta-se também que no Recorte n.5, o sujeito do discurso recorre ao significante “viciados” (sd 13), evocado de sua memória discursiva permeada por uma ideologia do modelo Moral. Este modelo pressupõe que o consumo de drogas, seja no modo de abuso ou dependência, advém de escolhas pessoais, tornando a pessoa uma transgressora e que desrespeita as normas morais e bons costumes da sociedade (SCHNEIDER;LIMA, 2011;MELO;MACIEL, 2016). Assim, ela se torna uma “desviante” e que o dependente é responsável pela sua doença e pelas conseqüências que advém deste consumo, portanto, a alteração de seu comportamento depende de sua força de vontade e condição moral (SCHNEIDER;LIMA, 2011). Tais idéias corroboram estudo sobre significados do consume de drogas de usuários de CAPS ad em abstinência sobre as drogas. Entretanto, é interessante perceber que para eles há uma diferença conceitual nos significantes “viciados” e “dependentes”, resultando na alegação de se reconhecerem como dependentes e não viciados. Na concepção dos participantes do referido estudo, o primeiro termo os reporta à imagem pejorativa, preconceituosa, discriminatória e de atributos negativos, enquanto que a segunda terminologia denota terem autocontrole, estarem em abstinência ou redução de danos, desejarem o tratamento e melhoria no estilo de vida (SILVA et al., 2014).

Outra percepção neste paradigma, é que o estado de intoxicação por substâncias psicoativas é compreendido como falha de caráter da pessoa. Assim, a pessoa que consome drogas torna-se alvo de julgamento, repressão e punição pela sociedade (SCHNEIDER; LIMA, 2011).

Percebe-se também que na sequência discursiva 17 (sd17), o enunciador (SD6) dá indícios do silenciamento, ou seja, ele fala algo para que outros sentidos não apareçam, como por exemplo, quando o significante “ela” corresponde à “dependência”. O Sujeito do Discurso 6 utilizou-se de determinado termo (no caso “ela”) para construir o seu dizer, apagando ou silenciando outro significante (“dependência”). Segundo Orlandi (2007, p.73), a política do silêncio, em sua forma de silêncio constitutivo, o sujeito diz X para não dizer Y, ou seja, na produção de “determinado enunciado, o sujeito apaga

outros sentidos possíveis, os quais podem ser indesejáveis, em determinada situação discursiva dada”.

Resgatando a sequência discursiva 15 do Recorte n.5: “É uma doença carnal, espiritual (sd15)”, do Sujeito Discursivo 3, os efeitos de sentido apontam que a dependência de substâncias psicoativas, enquanto doença incurável, se torna “carnal”, pois deixa marcas no corpo e na pele, contrapondo-se à doença “espiritual”. Percebe-se que o enunciador pode se reportar às marcas do estigma, o qual evidencia manchas na reputação de uma pessoa, como sinal indigno e vergonhoso, que pressupõe contágio e contaminação, requerendo seu isolamento social (BARD et al., 2016). Salienta-se que condições de produção imediatas do discurso produzido pelo Sujeito 3 traz em sua essência, a posição-sujeito assumida pelo enunciador de espírita Kardecista.

Os Recortes n.7 e n.8, abaixo citados, salientam efeitos de sentidos do enunciador no referente ao comportamento social inadequado e atitudes transgressoras diante das regras morais da sociedade, tais como, descuido com sua higiene pessoal (sd17 e sd 20), falta de etiqueta durante as refeições (sd18 e sd 19) e falhas de caráter, reconhecidas no ato de pedir dinheiro na rua e o mentir (sd 21 e sd 22).

Nestes dois Recortes os sujeitos do discurso expressam em seus dizeres, sentidos de uma mesma Formação Discursiva, ou seja, relacionam a imagem do dependente de substâncias psicoativa e dele mesmo à imagem do ser desviante, transgressor, que “dá problema” para a sociedade, pois interrompe o sono do outro, ao “levantar de madrugada”, “pede dinheiro na rua e mente” Tais formações imaginárias são hegemônicas e dominantes na sociedade e esses estereótipos foram apreendidos pelos usuários, influenciando-os na formação de sua autoimagem (MELO;MACIEL, 2016), associando-os ao indivíduo “vagabundo”, “desviante” e “transgressor”.

Além disso, os enunciadores se comparam ao bicho do mato, de hábito de vida noturna como o leopardo, que vai à caça na noite e no crepúsculo. Uma pessoa que come que nem bicho, pois devora a comida.

Os indícios demonstram a utilização de metáforas, ou seja, figuras de linguagem produtoras de sentidos figurados através de comparações implícitas. No Recorte n. 7, infere-se que o sujeito do discurso se comparou e comparou o dependente de substâncias psicoativas a situações de vida animal, com

hábitos noturnos, pois o dependente sai durante a noite, busca a substância e a utiliza de maneira voraz.

Recorte n.7: Que dá "problema", levanta de madrugada...Não toma banho (sd17), e come comida "que nem" leopardo (sd18). Tem vez que ele não chega nem pra "jantar". Levanta "de" noite e vai lá [*biqueira*] "comer" (sd 19). (SD4)

Recorte n.8: Não tomava banho, ficava semanas sem tomar banho (sd20)... Imagina, uma travesti barbuda... eu pedia dinheiro na rua.(sd21).. eles me davam... eu mentia (sd 22)...entendeu? (SD2)

Recorte n.9: A visão que eu tenho, eu acho que é...é uma fraqueza que você não consegue controlar (sd 22). Que quando vê, você já tá lá [*biqueira*]. Você já tá usando (sd 23). (SD6)

Os Recortes n. 7 e n.9 trazem outros indícios de silenciamento, quando os sujeitos utilizaram determinado termo em determinada situação discursiva para construir o seu dizer, como por exemplo "lá", apagando o significante "biqueira", que pode produzir sentidos indesejáveis. Esses outros sentidos são os sentidos que se quer evitar, por pertencerem a outras formações discursivas, por exemplo, a periculosidade, criminalidade e transgressão.

O silenciamento é efetuado por meio de um mecanismo que consiste na substituição de um enunciado por outros. O silêncio invade o dito, de maneira que o não dito se signifique (ORLANDI, 2007).

Resgatando o Recorte n. 9, os efeitos de sentidos apontam uma imagem da fraqueza do dependente, quando ele não controla o seu consumo, levando-o à compulsão de seu comportamento e de seu uso. Percebe-se uma Formação Discursiva do modelo moral, o qual salienta que os indivíduos são considerados responsáveis tanto pelo início e o desenvolvimento do problema, quanto pelas soluções e, portanto, acredita-se que necessitam apenas de motivação apropriada. A principal limitação do modelo moral é que as pessoas são levadas a sentirem-se culpadas pelo desenvolvimento do problema e a pensarem que, de alguma forma, lhes faltam força de vontade ou "fibra moral",

por não conseguirem alterar com sucesso seu comportamento (MARLATT, 1993; PILLON; LUIS, 2004).

Os efeitos de sentidos no Recorte n. 10 salientam a Formação Discursiva da exclusão social do dependente de drogas, através dos significantes “excluído” e “desligado”.

Recorte n.10: Aqui é a sociedade e o dependente excluído da sociedade, desligado da sociedade (sd24) (SD8).

Os estudos que abordam as situações de dependência de substâncias psicoativas e exclusão social salientam o ideário social de que são sujeitos improdutivos nas dimensões do trabalho e das relações sociais, pois não trabalham, sem vínculos familiares e moradia, bem como despossuídos de direitos (BARD et al., 2016). Ventura et al. (2013;2014) reflete sobre a temática de direitos humanos e dependentes de substâncias psicoativas na percepção dos usuários. Os seus estudos apontam que esta população vivencia a segregação e preconceito social, bem como diferença de direitos entre eles e as pessoas não usuárias de SPAs.

9.2. Bloco discursivo 2: O discurso da sociedade sobre o sujeito dependente de substâncias psicoativas

As seqüências discursivas apresentadas nesse bloco têm como proposta apresentar as percepções que a sociedade tem em relação ao sujeito dependente de substâncias psicoativas (SPA), a partir da visão do próprio sujeito que faz uso de SPA. Dentre os fragmentos discursivos analisados, houve presença constante de falas negativas com tom pejorativo, preconceituosas e de segregação social.

Estudos sobre segregação social realizados pelo sociólogo Erving Goffman tiveram como objetivo trazer à discussão os sujeitos estigmatizados. A palavra estigma por definição está baseada na história dos gregos antigos, que marcavam o corpo das pessoas com cortes ou fogo para identificá-los como escravo, criminoso ou traidor. Com o tempo, o termo estigma passou a

ser utilizado para identificar socialmente pessoas que não atendem às exigências de percepção das pessoas “normais” (GOFFMAN, 1988; KIKAWA, 2008).

Inicialmente, foram analisados alguns recortes que sustentam o estigma social percebidos pelos sujeitos que fazem uso de substâncias psicoativo.

Recorte n.11: só que muitos que nós somos safados e sem vergonhas...e Não é! (sd 25) [...] e a sociedade não vê dessa forma, a sociedade critica, né? (sd 26) ... fala que nós é ladrão. (sd 27)_[...] Minha visão que ela [pessoa dependente] passa por muita dificuldade né e a sociedade não entende isso (sd 28), muitos da sociedade vêm como... a o cara não presta, o cara é vagabundo (sd 29) (SD8).

No discurso acima, a repetição freqüente da expressão “né” demonstra a necessidade confirmatória esperada pelo depoente, apontando o não dito da importância de ser ouvido, ser escutado e ter sua fala valorizada. Traz também a idéia de que a sociedade enxerga a questão da dependência química como direta e tão somente ligada a questões pessoais e na vontade ou não do indivíduo em permanecer nessa condição, não vinculando a problemática do uso de substâncias psicoativas a questões mais complexas de contexto social, econômico, cultural, familiar e de saúde “a sociedade não entende isso” (sd 28), pois utiliza de um olhar que os julga como “safado, “sem vergonha”(sd 25), “ladrão”(sd27), “não presta”, “vagabundo” (sd 29).

Observa-se através do discurso dos usuários, portanto, a naturalização dos sentidos, o sujeito (dependente químico) ocupando o lugar de marginalizado na sociedade.

Estudo feito sobre os sentidos produzidos acerca do consumo de substâncias psicoativas por usuários de um programa público revelaram que a prática de associar a pessoa que faz uso de SPA com a criminalidade é freqüente. As entrevistas que revelaram representações construídas socialmente em torno das pessoas que usam drogas são identificadas como “marginais”, “fora da lei”, prevalecendo uma visão discriminatória e punitiva vinculando o uso de drogas à questão criminal (CRIVES; DIMENSTEIN, 2003).

Corroborando ao exposto acima, Corrêa e Maximiano (2013) enfatizam que o estigma sofrido por muitos dos usuários de SPA está relacionado à postura moralista da sociedade, que os julgam como pessoas de mau caráter e criminosos. Pode haver também associação de uso de substâncias psicoativas como um ato de autodestruição, pois o uso se dá, muitas vezes, em lugares insalubres e muito arriscados. Desta maneira, a marca da exclusão social do dependente químico fica muito mais evidente.

Resgatando o Recorte n.11 e as considerações dos autores acima, infere-se que os efeitos de sentido de criminalização pelo uso de substância pode ser um dificultador para aceitação do dependente químico nos espaços sociais e de saúde. Sendo assim, a criminalização condiciona os usuários de SPA ao afastamento social, conseqüentemente, há prejuízos com sua saúde.

A criminalização do uso de drogas pode interferir negativamente no modo como o indivíduo é entendido socialmente e também como ele cuida da sua saúde. O processo de estigmatização lançado pela criminalização, não deixa os dependentes químicos aderirem a serviços de saúde. Vê-se uma estratégia de melhoria dessa condição através das políticas de redução de danos, que propõem ações de cuidado à saúde, alternativas às políticas repressivas (ROSA, 2014).

Nesse momento, falar de políticas de Redução de Danos é muito pertinente. Bard et al. (2016) ressaltam que os usuários de drogas são taxados como àqueles que não se encaixam nos padrões sociais, pois são “improdutivos” e considerados como marginais e criminosos devido ao seu comportamento transgressor. Nos resultados, os pesquisadores encontraram que há uma grande necessidade de romper com esse imaginário da sociedade que tanto demoniza o usuário de drogas, necessitando de políticas públicas de combate ao estigma com ações de educação e prevenção em saúde e informações.

Entende-se que resgatar a singularidade perdida pelas marcas do estigma é um dever da sociedade e dos familiares para com o dependente químico. E também a busca do entendimento da sociedade de compreender que não existe apenas um perfil de usuário, e, portanto, a generalização da idéia de que todo usuário é criminoso e irresponsável faz com que diminua a

rotulação desses indivíduos. Assim, percebe-se que se o estigma existe, ele também pode ser combatido (MOTTA, 2014).

Para Orlandi (2015), a linguagem silenciada, o não dito, é primordial para que todos os significados presentes nos discursos sejam analisados, abrindo uma possibilidade infinita de interpretações. No Recorte n.11 a palavra “muitos” remete ao não dito “não todos, apenas alguns” e revela a concordância do sujeito com a percepção social. A fala “nós somos” utilizada imediatamente na seqüência discursiva (sd 25) reforça a idéia de que a percepção não é somente no imaginário social, mas a dele próprio. Por mais que o sujeito tente expressar uma visão diferente da visão da sociedade, nas expressões “somos safados e sem vergonha” (sd 25), o sujeito se inclui no que é dito, e ao fazer uso do plural, se assemelhando com o “cara não presta, o cara é vagabundo”, ou seja, a percepção do sujeito dele mesmo é tão igual ao da sociedade. O estigma presente na sociedade é absorvido pelo próprio indivíduo, isto é, internalizado.

O recorte abaixo corrobora com a aceitação e apropriação desse estigma.

Recorte n.12: A sociedade em...é...infelizmente, num ponto eu falo, ela tem o preconceito (sd 30) porquê, o que a droga traz? Ela traz... ela faz a gente roubar (sd 31). (SD6)

Embora o Recorte n.12 revele a questão do preconceito, o modo como a palavra preconceito aparece neste fragmento nos aponta um genérico discursivo, visto que o que é discursado envolvem o estigma do roubo e a normalidade deste acontecimento. O roubo é narrado como não sendo praticado pela vontade e planejamento do locutor, mas sim motivado e interpelado pela droga, “ela que faz” (sd 31). O sujeito não entende como sendo o seu comportamento e não se responsabiliza pelo ato praticado. Neste contexto, o efeito ideológico, a naturalização de alguns sentidos produz a interpretação que o usuário de SPA é rejeitado e marginalizado por ser um desviante.

Para enfrentar a rejeição alheia e a complexidade de informação sobre si próprios, os estigmatizados utilizam-se da projeção nos outros. Ausência de

interação entre normais e estigmatizados gera a discriminação podendo levar até mesmo violência, o que pelo ponto de vista do estigmatizado justifica o fato de viver isoladamente ou em companhia de seus iguais (GOFFMAN, 1988).

Farias e Furegato (2005) reiteram no seu estudo que o fenômeno do uso das drogas muitas vezes é visto e analisado como algo articulado somente ao usuário e questiona: “Há, por parte da sociedade, interesse em tentar encobrir a verdadeira lógica da ordem econômica e estrutural que existe nessa situação?” (p. 705). Sobre esse questionamento, as autoras trabalham o tema da disseminação do estigma, que está fortemente correlacionado à maneira que a sociedade transfere as causas que geram conflitos ao usuário de drogas, excluindo-o e reforçando a idéia de inaceitável e repreensível.

Carreteiro (2003) enfatiza que a sociedade, muitas vezes, conduz os estigmatizados para um caminho denominado sofrimento social. Assim, a sociedade, com suas práticas excludentes, redireciona o estigmatizado para fora de seus códigos e valores de convivência. Com isso, percebe-se o aparecimento de sentimentos como medo, culpa e vergonha.

Recorte n.13: O mundo lá de fora tá muito difícil... (sd 32) Você vai procurar um emprego você não arruma... Você é muito discriminado [...] a própria sociedade que discrimina, te obriga a ser condenado, porque ela faz com que você se sintá isso. (sd 33) [...] Porque você fala: pô ! sai lá [CAPS AD] de dentro com um objetivo de mudar, (sd 34) mas como você vai mudar, se a própria sociedade que discrimina, deseja que você seja condenada... (sd 35). (SD 11)

Nesse recorte há a produção de sentido do indivíduo não se sentir pertencente a “esse mundo”; ele se percebe como se estivesse em um mundo à parte; a seqüência discursiva (sd 32), “mundo lá de fora tá muito difícil” revela que além da percepção do não pertencimento, está o não dito de que o “mundo de dentro tá fácil”. Esse não dito indicia que o sujeito está bem resolvido com ele mesmo; o difícil é ser entendido, compreendido, aceito e acolhido pelo outro.

A utilização dos pronomes “você, te, você” intensifica e reforça a análise do “não eu”. O discurso da falta de pertencimento, ao se valer da palavra

“você” no discurso, o sujeito se refere ao outro e não a ele próprio; “ela faz com que você se sinta isso” (sd 33), a responsabilidade do que é sentido é de quem o ouve e da sociedade. O encargo é da sociedade, a responsabilidade aqui foi única e exclusivamente transferida para a sociedade. O sujeito em uso de substância psicoativa, seus efeitos e conseqüências ficaram isentos de qualquer responsabilidade. Percebe-se a dificuldade do sujeito em entender a sua participação e (co)responsabilização neste processo.

A expressão “Pô!”- infere cansaço, exaustão. Um grito de socorro solicita uma “trégua” social, um pedido de mudança de olhar; assemelha-se a uma palavra de ordem para ser olhada de modo diferente pela sociedade e por ela mesma, um pedido para ser olhada sem discriminação e sem condenação.

Isto posto, percebe-se a existência marcante da exclusão e preconceito, ambos presentes tanto na relação da sociedade com o sujeito, quanto do próprio sujeito com ele mesmo.

Recorte n. 14: [a sociedade] Te olha com desprezo (sd 36). É assim, como você fosse um lixo... (sd 37). (SD11)

No recorte acima, observa-se que olhar com desprezo indica o não querer olhar, a rejeição, o sentimento de repulsa, o não querer perto; percepção esta que é confirmada com a seqüência discursiva “como você fosse um lixo” (sd 37). A comparação do humano ao lixo remete à ausência de afeto a que os indivíduos que fazem uso de SPA estão expostos. O lixo para nada serve, ele contamina, exala odor desagradável, torna o ambiente esteticamente não viável, por isso é necessário que seja retirado das cidades e levado para longe. A aproximação com o lixo urbano pode apresentar o desejo social de “remoção” das pessoas para espaços coletivos de serviços assistenciais distantes.

Durante a história da psiquiatria pode-se ver que o processo de internação foi e tem sido o tratamento mais solicitado e utilizado pelos dependentes químicos, e, portanto, o mais aceito pela sociedade. O ato de internar constitui no modo de exclusão e segregação daqueles que possuem comportamento desviante. Assim, configura-se como abordagem que higieniza as ruas, reforçando a segurança social, pois controla e assegura que os

indivíduos não desviem das normas sociais (FOSSI; GUARESCHI, 2015).

Para finalizar, entende-se que algumas atitudes sociais preconceituosas fazem com que o usuário de drogas sintam-se uma pessoa estragada e diminuída, reforçando assim, o aumento da violência e criminalidade, pois esse indivíduo vai se posicionando no lugar mais baixo da hierarquia social. Conseqüentemente, o desempenho desse usuário fica ainda mais prejudicado, sem oportunidades e esse sujeito ocupa o lugar de marginalizado (BARD et al., 2016).

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou apreender a produção de sentidos dos discursos dos usuários de substâncias psicoativas em tratamento no CAPS Ad sobre a imagem que eles têm de si mesmo, enquanto sujeitos dependentes e dos outros dependentes, bem como de sua posição-sujeito.

Os resultados apontaram que a imagem do dependente de substâncias psicoativas e dele mesmo ainda está associada à imagem negativa, maléfica e diabólica, reforçando a Formação Discursiva Cristã. Entretanto, percebeu-se que os anunciadores utilizam de linguagem advinda de suas memórias discursivas relacionadas ao paradigma biológico e médico, bem como do modelo moral.

Os sujeitos do discurso expressaram em seus dizeres, sentidos de uma mesma Formação Discursiva, ou seja, relacionaram a imagem do dependente de substâncias psicoativa e dele mesmo à imagem do ser desviante, transgressor, vagabundo, portanto, reforçando a Formação Discursiva da exclusão social do dependente de drogas e seu processo de estigmatização.

Relacionados ao discurso da sociedade sobre o sujeito dependente de substâncias psicoativas evidenciou-se a presença constante de falas negativas com tom pejorativo, preconceituosas e de segregação social. O efeito ideológico e a naturalização de alguns sentidos produziu a interpretação que o usuário de SPA é rejeitado e marginalizado por ser um desviante.

Desta maneira, os resultados apontaram que os usuários do CAPS AD em estudo ainda reproduzem em seus discursos, outros dizeres do modelo médico, biológico e moral. Tal fato demonstra que os profissionais do CAPS AD necessitam investir em discursos outros que abordem o modelo psicossocial, desmitificando esta imagem e posição-sujeito.

Por fim, enfatiza-se que a utilização da AD francesa nas ciências da saúde é de grande relevância, dada a riqueza de possibilidades quanto aos efeitos de sentidos dos processos discursivos. Os resultados deste estudo contribuíram para um reconhecimento do significado da dependência química no âmbito do CAPS AD e para melhoria das construções dos Projetos Terapêuticos Singulares dos usuários do serviço. Além disso, trouxe também

contribuições para a área científica e novas discussões sobre as políticas de saúde e saúde mental vigentes no município em estudo, mas, destaca-se a importância da realização de mais estudos que abordem essa temática.

Ao se apreender o discurso do usuário dependente químico sobre a imagem que ele faz de si mesmo, este estudo subsidia os trabalhadores de saúde na compreensão desta população e de suas reais necessidades, possibilitando-lhes desenvolver durante as atividades no CAPS AD, intervenções mais resolutivas, e, conseqüentemente, realizar um melhor acolhimento e escuta qualificada do dependente químico.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACIOLI NETO, M.L.; SANTOS, M.F.S. As máscaras da pobreza: o crack como mecanismo de exclusão social. **Psicol estud.** Maringá, v. 20, n.4, p.611-623, Dez. 2015. Available from: <http://www.redalyc.org/pdf/2871/287145780010.pdf>. Access on 28 Feb. 2017.

_____. Alterity and Identity Refusal: The Construction of the Image of the Crack User1. **Paidéia.** Ribeirão Preto, Ribeirão Preto , v. 24, n. 59, p. 389-396, Dec. 2014. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103863X2014000300389&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 Out. 2016.

AGUILAR, L.R.; PILLON, S.C. Percepción de tentaciones de uso de drogas en personas que reciben tratamiento. **Rev Latino-Am.Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. especial, p. 790-797, 2005.

ALVES, V.S. **Caderno de Saúde Pública. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas.** 2009: novembro, 2009; n. 25: p. 2309-2319.

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

ARAUJO, LF; CASTANHA, AR; BARROS, APR e CASTANHA, CR. Estudo das representações sociais da maconha entre agentes comunitários de saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online].** 2006, vol.11, n.3, p. 827-836.

ARAÚJO, M. R.; MOREIRA, F. G. Histórias das drogas. In: Silveira, D. X.; Moreira, F. G. (orgs.). **Panorama atual de drogas e dependências.** São Paulo: Atheneu, 2006.

ASSOCIAÇÃO PSIQUIÁTRICA AMERICANA (APA). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-V**. 5.ed. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento. Revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 481-590.

BARD, N.D. et al. Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, p. e2680-, jan. 2016. Available from: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/113355/111315>>. access on 03 June 2017. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0852.2680>.

BASAGLIA, F. **Scritti II (1968-1980):Dall' apertura del manicômio alla nuova legge sull' assistenza psichiatrica**. Torino:ENAUDI, 1982. 485p.

BRANDÃO, H.H.N. **Introdução à análise do discurso**. 2ª ed. Campinas:Editora UNICAMP,1993.

BRASIL, Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde**, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 344p.

_____. Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011(*)**http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.

_____, **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil - Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005

BUCHER, R; OLIVEIRA, S.R.M. O discurso do "combate às drogas" e suas ideologias. **Revista de Saúde Pública**. 1994. N. 28, p. 137-145.

BUCHER, R.. **Visão Histórica e Antropológica das Drogas**. In: Prevenção ao uso indevido de drogas. Volume 1. 2 ed. Editora Universidade de Brasília, 1991, c1989.

CARNEIRO, H. OLIVEIRA, W.F.de. (orgs); **Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão**. Álcool e sociedade [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Florianópolis : Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014. 63p

CARRETEIRO, T. C. Sofrimentos sociais em debate. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 57-72, 2003.

CASTANHA, AR; ARAUJO, LF. Álcool e agentes comunitários de saúde: um estudo das representações sociais. **Psico-USF (Impr.)** [online]. 2006, vol.11, n.1, p. 85-94

CICCILINI, M. F. **O trabalho da equipe do centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas no atendimento às mulheres**. 2016. 181f. Tese (Mestrado)- Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2015.

CORRÊA. F. K.; MAXIMIANO, V. A. Z. (Orgs.). **Capacitação para comunidades terapêuticas – Conhecer para cuidar melhor**: Curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2013.

COSTA-ROSA, A.. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar In: AMARANTE, P. (org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

COSTA-ROSA A, LUZIO, C.A, YASUI, S. **Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva.** In: Amarante P, organizador. Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2003. p. 13-44.

COURTINE, J.J. **Définition d' orientatios théoriques et construction de procedures en analysedu discours.** Philosophiques, vol IX, n 2, octobre:1982.

COUTINHO, MPL; ARAUJO, LF; GONTIÈS, B. Uso da maconha e suas representações sociais: estudo comparativo entre universitários. **Psicol. estud.** 2004, vol.9, n.3, p. 469-477.

CRIVES, M.N. dos S.; DIMENSTEIN, M.; **Sentidos produzidos acerca do consumo de substâncias psicoativas por usuários de um Programa Público,** In: Saúde e Sociedade v.12, n.2, p.26-37, jul-dez 2003

DA SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G (Org.). **Panorama atual de drogas e dependências.** São Paulo: Editora Atheneu, 2006.

DE OLIVEIRA BORBA, L. et al. Assistência em saúde mental sustentada no modelo psicossocial: narrativas de familiares e pessoas com transtorno mental. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** v. 46, n. 6, p. 1406-1414, 2012.

DETONI, M. **Guia prático sobre drogas: conhecimento, prevenção, tratamentos.** 2. ed. São Paulo: Rideel, 2009.

DEZERTO, F.B. **Sujeito e sentido:uma reflexão teórica.** *Revista Icarahy*.n.4, 2010

DIEHL, A. CORDEIRO, D.C.; LARANJEIRA, R. In: DIEHL, A. CORDEIRO, D.C.; LARANJEIRA, R (Orgs.). Dependência Química: prevenção tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

DOBIES, D. V.; FIORONI, L. N.. A assistência em saúde mental no município de São Carlos/SP: considerações sobre a história e a atualidade. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 14, n. 33, p. 285-299, June 2010. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141432832010000200005&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000200005>.

FARIA, F.L.R; FUREGATO, A.R.F. O dito e o não dito pelos usuários de drogas, obtidos mediante as vivências e da técnica projetiva. **Rev.Latino-am Enfermagem**. 2005.set/out; v. 13, n. 5, p. 700-707.

FERREIRA, A. H. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988, p. 214.

FONSECA, A.A et al. Representações sociais de universitários de psicologia acerca da maconha. **Estudo em Psicologia**. (Campinas) [online]. 2007, vol.24, n.4, p. 441-449

FONSECA, E.M.; BASTOS, F.I.; **Os Tratados Internacionais Antidrogras e o Brasil: políticas, desafios e perspectivas**, In: ALARCO, S.; SOARES JORGE, M.A. (orgs) **Álcool e outras drogas diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**, Rio de janeiro: Editora Fio Cruz, 2012 (capitulo 01, p.15-43)

FOSSI, L.B; GUARESCHI, N. M. F, O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: praticas confessionais na conformação. **Estudos de pesquisas em Psicologia**, v.15, n.1, p 94-115, 2015.

GOFFMAN, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

GOMES, A. M. T. Do discurso às formações ideológica e imaginária: análise de discurso segundo Pêcheux e Orlandi. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2007, v.15, n.4, p.555-62.

GRIGOLETTO, E. **O lugar discursivo do jornalista e do cientista: o imbricamento de diferentes posições-sujeito.** In: O discurso de divulgação científica: um espaço intervalar. Tese de Doutorado. PPG Letras/UFRGS, 2005.

GUERRA, G; CLARK, N. **Da coerção à coesão: Tratamento da dependência de drogas por meio de cuidados em saúde e não da punição.** Documento para discussão com base em uma oficina técnica UNODC, Viena 28-30 de outubro de 2009. Nações Unidas: Nova York, 2010. Disponível em: http://www.unodc.org/documents/lpobrazil//noticias/2013/09/Da_coercao_a_coesao_portugues.pdf Acessado em: 04 fev. 2015.

HABER, G.L.W.J. **Pesquisa em enfermagem; métodos; avaliação; crítica e utilização.** ed., editor. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. 352 p.

HALPERN, E.E.; LEITE, L.M.C. Representações de adoecimento e cura de pacientes do Centro de Dependência Química do Hospital Central da Marinha. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 4, p. 1079-1089, Apr. 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232012000400029&lng=en&nrm=iso>. access on 03 June 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400029>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas das populações residentes segundo município. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/sp/sao-carlos/panorama>. Acesso em 22 mar.2017.

MARLATT, G.A. Determinantes situacionais da recaída e intervenções de treinamento de habilidades. In: MARLATT, G.A.; GORDON, J.R. Editores. **Prevenção recaída.** Porto Alegre:Artes Médicas; 1993. p.64-97.

MARQUES, A. C. P. R. O uso do álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento. **Revista IMESC**, n. 3, p. 73-86, 2001.

MEDEIROS, K. T. et al . Vivências e Representações sobre o Crack: Um Estudo com Mulheres Usuárias. **Psico-USF**, Itatiba , v. 20, n. 3, p. 517-528, Dec. 2015 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712015000300517&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 Out. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712015200313>.

MELO, J.R.F., MACIEL, S.C. Representações sociais do crack elaboradas por usuários em tratamento. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 20, n.1,p.23-32, jan/mar, 2015. Available from: http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/23989/pdf_4. Acesso em: 06 out 2016.

_____. Representação social do usuário de drogas na perspectiva de dependentes químicos. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 36, n. 1, p. 76-87, Mar. 2016. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14149893201600010076&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Feb. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000882014>.

MENON, M.C. O diabo: um personagem multifacetado. **Línguas e Letras**, v.sp, p.217-227, 2008.

MINAYO, M.C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. ed, editor. São Paulo HUCITEC; 2010.

MORALES, B.S. V. **A dependência de drogas no discurso do psicólogo: efeitos de sentido** [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.

MORA-RÍOS et al. Addiction-related stigma and discrimination: a qualitative study in treatment centers in Mexico City. **Subst Use Misuse**. v. 27, p.1-10, Dec 2016. Available from: doi: 10.1080/10826084.2016.1245744. Acess on 28 Feb. 2017.

MOTA, L. A. **Dependência química: problema biológico, psicológico ou social?** São Paulo: Paulus, 2007. – Coleção Questões Fundamentais da Saúde, v. 12.

MOTTA, M. A. **O mundo moral local dos usuários de crack em situação de rua: construção sociocultural da doença mental**. 2014. 72 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Fortaleza – UNIFOR, Fortaleza, Ceará.

OLIVEIRA, F.C. **Implementação da rede de atenção psicossocial (RAPS) no contexto na política de saúde mental do município de São Carlos/SP (2010-2015)**.2016. 128f. Tese (Mestrado)- Programa de Pós-Graduação em Gestão de Organizações e Sistemas Públicos- Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.

OLIVEIRA, JF; PAIVA, MS; VALENTE, CLM. Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. **Ciência e saúde coletiva [online]**. 2006, vol.11, n.2, p. 473-481

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas: resumo**. 2004. Disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf
Acessado em: 1 Març. 2015.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: principio & procedimentos**. 12^a ed. Campinas: Pontes Editores, 2015. 98p.

ORLANDI, E. P. **A Linguagem e seu funcionamento: as formas do discurso**. 4a. ed. Campinas: Pontes ; 1996.

ORLANDI, E.P. **Análise de Discurso: princípios & procedimentos**. 11 ed. Campinas, SP: Pontes Editores; 2013. 100 p.

ORLANDI, E.P. **As formas do silêncio: no movimento dos sentidos**. 6ª ed. Campinas, SP:UNICAMP, 2007.

ORLANDI, E.P. **Discurso e Texto: formulação e circulação de sentidos**. 2. ed. Campinas, SP: Pontes, 2005. 218 p.

OUTEIRAL, J. **Adolescer: Estudos revisados sobre adolescência**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

PÊCHEUX, M. Análise automática do discurso (AAD-69). In: GADET, F.;HAK, T. (Org). **Por uma análise automática do discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux**. 3ª ed. Campinas, SP: UNICAMP, 2001, p.61-162.

PILLON, S.C.; LUIS, M.A.V. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.12, n.4, p.676-682, 2004. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692004000400014&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S010411692004000400014>.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25 n. 2, p. 203-211 Abr-Jun 2009.

PAULA, J.D.; VALE, G.A. Legislação e políticas antidrogas. **Caderno do Instituto Federal do Paraná para o Sistema Escola Técnica Aberta do**

Brasil (e-Tec Brasil); Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia - Educação à Distância. Curitiba, Paraná, 2012.

PÊCHEUX, M. **Discurso: estrutura ou acontecimento.** Campinas: Pontes, 1997.

PÊCHEUX, M. **Semântica e discurso: uma crítica à afirmação do óbvio.** (Trad.) Eni P. Orlandi. 2.ed. Campinas:Unicamp, 1995.

PEREIRA, A.S.; ALETHEIA. A. **A toxicomania enquanto doença incurável e sua relação com um tratamento possível.** 2008 jan./jun. 2008, n. 27, p. 210-21.

ROCHA, F.L. Direito biomédico, neurociências e psiquiatria: aspectos teóricos e práticos - doença mental estigma. **Percursos Acadêmicos**, Belo Horizonte, v. 3, n.5, p.145-55, 2013.

ROMANINI, M.; ROSO, A. Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação?. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 32, n. 1, p. 82-97, 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000100007&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Mar. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000100007>.

ROSA, P. O. Outra história do consumo de drogas na modernidade. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. Suplemento Especial, p. 161-172, 2014

SANTOS, M.S.D.D; VELÔSO, T.M.G. Alcoolismo: representações sociais elaboradas por alcoolistas em tratamento e por seus familiares. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação.** 2008, n.12, p. 619-34.

SÃO PAULO, Secretaria Estadual de Saúde, Departamento Regional de Saúde III – Araraquara. **Plano de Ação Regional Rede de Atenção Psicossocial**, Araraquara/SP, 2013.

SCHNEIDER, D.R.; LIMA, D.S. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. **Psico**. Porto Alegre, v.42, n.2, p.168-178, 2011. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4069175.pdf>. Acesso em: 03 Mar 2017.

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. **A prevenção do uso de drogas e a terapia comunitária**. Brasília: SENAD; 2006. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/327616.pdf>.

SILVA, S.E.D. et al. Dependente sim, viciado não: representações de dependentes químicos. **Enferm Foco**. Brasília, v.5, n.1/2, p.17-20, 2014. Available from: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/598/268>. Access on 03 Mar. 2017.

SILVA, R. Linguagem e ideologia: embates teóricos. **Ling. (dis)curso**, Tubarão, v. 9, n. 1, p. 157-180, Apr. 2009. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15187632200900010008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 Out. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1518-76322009000100008>.

SILVA, C. J. **Dependência Química no Brasil e o papel das Organizações Sociais na gestão dos serviços de tratamento: estudo do Caso UNAD – Unidade de Atendimento ao Dependente Químico**. São Paulo, 2013. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/images/stories/publicacoes/outros/TCC%20Case%20UNAD%20final%203.pdf> acessado em: 22 de fev. 2014.

SILVA, A.A. **Estudo da autonomia pessoal de usuários em início de tratamento por uso de drogas ilícitas no centro de atenção psicossocial álcool e drogas de São Carlos/ SP.** 2016. 80f. Dissertação (Mestrado)- Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica- Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.

SILVA, P. de L.; **As representações sociais do uso de drogas entre familiares de usuários em tratamento.** Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007

TRINCA, W. **Investigação clínica da personalidade - o desenho livre como estímulo da percepção temática.** São Paulo: EPU; 1987.

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativas: construção teórico- epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.** ed., editor. Petrópolis Vozes; 2003.

UFSCAR. Manual da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade 2009-2011. **CCBS – Centro das Ciências Biológicas e da Saúde.** Universidade Federal de São Carlos.

VARGAS, D.; OLIVEIRA, M.A.F.; BITTENCOURT, M.N.;ROCHA, F.M. Social representation from nurses from psychosocial care centers for alcohol and drugs (CAPS AD), about the chemical dependent. **Esc Anna Nery (impr.)** Rio de Janeiro, v.17, n. 2, p. 242-248, 2013. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n2/v17n2a06.pdf>. Access on 03 Mar. 2017.

VENTURA, C.A.A. et al. The perception of drug users about their human rights. Arch Psychiatr Nurs, v.28, p.372–376, 2014. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2014.08.009>. Access on 03 Mar. 2017.

VENTURA, C.A.A et al. Human rights of drug users according to health professionals in Brazil. *Nurs Ethics* v. 20, n.2, p. 58–167, 2013. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0969733012452681>. Access on 03 Mar. 2017.

YASUI, S. A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 1-9, jan./abr. 2009.

ZANELATTO, N. A.; LARANJEIRA, R (Org.). **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais**. Editora: Artmed Editora, 2012.

12. APÊNDICE I

12.1. ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

I- Dados de identificação pessoal

Número da entrevista:

Sexo:

Idade:

Estado Civil:

Religião:

Escolaridade:

Profissão atual:

Trabalha: () sim () não.

Se sim, qual atividade profissional? _____

Tempo de tratamento:

II - Questões norteadoras:

1. Conte um pouco da sua história.
2. Como você chegou até ao CAPS ad?
3. Como você percebe o seu tratamento?
4. Qual é a sua visão sobre a pessoa que é dependente de drogas?

2. Para ajudar na construção da imagem será utilizada uma Produção artística:

Desenhe como você se vê enquanto dependente químico. Comente sobre o seu desenho

12.2. APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

1. Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa: Os discursos dos usuários dependentes de álcool e outras drogas do CAPS AD sobre sua imagem discursivamente construída.
2. Você foi escolhido (a) por ser paciente do Centro de Atenção Psicossocial: Álcool e outras drogas. Sua participação não é obrigatória.
3. O objetivo geral desta pesquisa consiste em analisar o discurso do usuário de álcool e outras drogas em tratamento no CAPS AD sobre a imagem que ele tem de si mesmo,
4. Sua participação contribuirá para auxiliar os profissionais de saúde no atendimento aos usuários que fazem uso problemático de substâncias psicoativas, bem como aos usuários que buscam ajuda no CAPS AD. Desta forma estará colaborando com a produção de conhecimento desta temática. Não haverá nenhum benefício direto à sua pessoa.
5. Sua participação nesta pesquisa será em responder às perguntas durante entrevista individual e elaboração de um desenho. A entrevista será gravada com uso de gravador de áudio.
6. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar sua participação.
7. Se você não quiser participar, isso não trará nenhum prejuízo em sua relação com as pesquisadoras, Universidade Federal de São Carlos ou serviço de saúde.
8. Este estudo não deve oferecer qualquer despesa ou desconforto para você. Esta pesquisa não envolve procedimentos invasivos, no entanto, há possibilidade de riscos, tais como: você se sentir ansioso (a) e constrangido (a) diante da entrevista gravada, ou mesmo preocupado (a) com a garantia do sigilo. Com relação à ansiedade e constrangimento, as pesquisadoras além de explicitarem todos os procedimentos éticos, também terão uma postura empática e acolhedora durante o procedimento de coleta, realizando as entrevistas em local privativo. Quanto ao sigilo, as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e assegura-se que seu nome não será divulgado.
9. Caso se perceba qualquer risco ou dano à sua pessoa, não previstos neste termo, as atividades desta pesquisa poderão ser imediatamente suspensas. A qualquer momento as pesquisadoras estarão disponíveis para esclarecimentos com relação à pesquisa.
10. Os resultados dessa pesquisa serão apresentados em Congressos da área e publicados em revista científica, garantindo-se sempre o sigilo dos participantes.
11. Você não terá nenhuma compensação financeira pela participação na pesquisa.
12. Você receberá uma via deste termo onde constam o telefone e o endereço das pesquisadoras, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Ana Carolina Acorinte
Mestranda do Programa de Pós-Graduação
da Enfermagem UFSCar
Rodovia Washington Luís, Km 235
Telefone para contato: (16) 988422106
Email: carolinacorinte@yahoo.com.br

Profª Drª Sonia Regina Zerbetto
Rodovia Washington Luís, Km 235
Monjolinho – São Carlos – SP-CEP 13565-905
Departamento de Enfermagem
Telefone (16) 3351- 9449

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, km. 235 – Caixa Postal 676 – CEP:13.565-905 – São Carlos – SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Local e data: _____

Participante da pesquisa



Prefeitura Municipal de São Carlos

Secretaria Municipal de Saúde

Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial
Rua 9 de Julho, 754 – São Carlos-SP

PARECER Nº 62/2014

Trata-se de solicitação de autorização para o desenvolvimento do Projeto de Pesquisa de Mestrado intitulado: *“Os discursos dos usuários dependentes de álcool e outras drogas do CAPS ad sobre sua imagem discursivamente construída”*; a ser desenvolvido pela Enfermeira Ana Carolina Acorinte; aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSCar, sob orientação da Profa. Dra. Sonia Regina Zerbeto, tendo como objetivo geral analisar o discurso do usuário de álcool e outras drogas em tratamento no CAPS AD sobre a imagem que ele tem de si mesmo, enquanto sujeito dependente de drogas, dos dependentes químicos e do lugar e posição assumida por ele.

Considerando que a metodologia proposta apresenta mínimo risco aos participantes, visto que serão realizadas entrevistas semi-estruturadas com adultos usuários de álcool e drogas acompanhados no CAPS ad; vale ressaltar o risco de desconforto pela participação, desta forma deverá ser dada liberdade de escolha aos sujeitos da pesquisa, em não participarem do estudo ou desistirem de participar a qualquer momento, bem como as atividades serem imediatamente suspensas, caso se percebam riscos ou danos à sua pessoa, não previstos nos TCLE.

A pesquisadora deve garantir sigilo das informações colhidas, de modo a não divulgar os nomes dos sujeitos da pesquisa mantendo uma relação empática e respeitosa, explicitando os objetivos e finalidade desta pesquisa.

As entrevistas gravadas ou de diário de campo deverão ser única e exclusivamente utilizadas para o presente projeto, sem divulgação e utilização para outros fins.

Considerando que os resultados da pesquisa certamente contribuirão para o fortalecimento das ações que objetivam a construção da Rede Saúde Escola em nosso município, e para auxiliar os profissionais de saúde no atendimento aos usuários de substâncias psicoativas, este Departamento nada tem a opor e faz as seguintes considerações:

- Considerando que o Projeto apresentado aponta que a coleta dos dados será realizada com usuários do CAPS ad, caso haja necessidade de utilização dos espaços da Unidade afeta ao DGCA para o desenvolvimento de alguma das etapas do trabalho, as atividades deverão ser pactuadas de forma a não causar prejuízos ao cotidiano da equipe;
- O contato e formalização do convite aos sujeitos da pesquisa, assim como a realização das entrevistas, deverão ser realizados pela pesquisadora sem qualquer ônus para o serviço;
- A pesquisadora deverá se apresentar à gestão das equipes portando cópia deste parecer;
- O projeto só poderá ser iniciado após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa em seres Humanos, e após a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes;
- Após a conclusão do projeto os resultados deverão ser enviados para que possamos socializar com os demais profissionais do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial.

São Carlos, 17 de Dezembro de 2014.

Michelle Miorim Líbero
Diretora do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial
Secretaria Municipal de Saúde – São Carlos - SP

Via pesquisadora

12.4 ANEXO II

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Os discursos dos usuários dependentes de álcool e outras drogas do CAPS AD sobre sua imagem discursivamente construída

Pesquisador: Ana Carolina Acorinte

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 41517615.4.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.006.631

Data da Relatoria: 16/02/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto relevante e cuidadosamente descrito

Objetivo da Pesquisa:

Descrito no TCLE: "O objetivo geral desta pesquisa consiste em analisar o discurso do usuário de álcool e outras drogas em tratamento no CAPS AD sobre a imagem que ele tem de si mesmo"

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos descritos no TCLE: "Este estudo não deve oferecer qualquer despesa ou desconforto para você. Esta pesquisa não envolve procedimentos invasivos, no entanto, há possibilidade de riscos, tais como: você se sentir ansioso (a) e constrangido (a) diante da entrevista gravada, ou mesmo preocupado (a) com a garantia do sigilo. Com relação à ansiedade e constrangimento, as pesquisadoras além de explicitarem todos os procedimentos éticos, também terão uma postura empática e acolhedora durante o procedimento de coleta, realizando as entrevistas em local privativo. Quanto ao sigilo, as informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e assegura-se que seu nome não será divulgado. Caso se perceba qualquer risco ou dano à sua pessoa, não previstos neste termo, as atividades desta pesquisa poderão ser imediatamente suspensas. A qualquer momento as pesquisadoras estarão disponíveis para esclarecimentos com relação à pesquisa."

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO CARLOS/UFSCAR



Continuação do Parecer: 1.006.631

Benefícios descritos no projeto: "A pesquisa pode ser considerada um momento benéfico, enriquecedor e de aprendizagem para ambas as partes, sendo assim a pesquisadora constitui em um instrumento multiplicador de ações e informações. O benefício direto e indireto desta pesquisa consiste, respectivamente, em subsidiar os trabalhadores de saúde para melhoria da construção dos Projetos Terapêuticos Singulares dos usuários de drogas no CAPS AD; contribuir para a área o conhecimento científico e reflexões sobre a política de saúde mental vigente no município estudado."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa cuidadosamente descrita, feita com base em entrevistas e análise de um desenho

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada a declarar

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO CARLOS, 31 de Março de 2015

Assinado por:
Ricardo Carneiro Borra
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

