



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

JOEDNA SOUZA DE MEDEIROS

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA
SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O USO DE DROGAS PSICOATIVAS NO
MUNICÍPIO DE FORTALEZA**

FORTALEZA
2006

JOEDNA SOUZA DE MEDEIROS

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA
SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O USO DE DROGAS PSICOATIVAS NO
MUNICÍPIO DE FORTALEZA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, nível Mestrado, da Universidade Federal do Ceará – UFC, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Prof. Dra. Ângela Maria Bessa Linhares

FORTALEZA
2006

JOEDNA SOUZA DE MEDEIROS

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS PROFISSIONAIS DO PROGRAMA
SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O USO DE DROGAS PSICOATIVAS NO
MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Aprovada em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Ângela Maria Bessa Linhares (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof^o.Dr. Adalberto Barreto
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof^a. Dra. Violante Augusta Batista Braga
Universidade Federal do Ceará - UFC

DEDICATÓRIA

A Deus, meu guia espiritual, que me impulsiona, motiva, inspira, abençoa, encoraja para a realização de todas as minhas missões, realizando milagres e dádivas no percurso da minha caminhada.

À minha família, que sempre me ajudou, incentivou, motivou e apoiou em mais uma etapa de minha vida.

Ao meu esposo Juvenal, que de todas as formas, sempre me incentivou e compreendeu os momentos de ausência para o desenvolvimento deste estudo.

AGRADECIMENTOS

À orientadora Ângela Maria Bessa Linhares, pelo acompanhamento didático, apoio e compreensão.

Aos profissionais do Programa Saúde Família , da Unidade Básica de Saúde do Aguiomar Arruda, no bairro do Pirambu, pela colaboração e entrevistas concedidas.

À coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior – CAPES, pela concessão de bolsa que me deu a possibilidade de continuação dos meus estudos e realização da pesquisa de campo.

Aos amigos e colegas do Mestrado em Saúde Pública, especialmente Valniza da Silva, pelo estímulo e companheirismo.

Aos professores e servidores do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará, pela rica convivência, pela oportunidade de crescimento pessoal e pelas orientações durante o curso, em especial, pela ajuda sempre acolhedora de Zenaide e Dominique.

A todos aqueles, que de outras formas, contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

As transformações que vêm ocorrendo no mundo globalizado têm ocasionado mudanças nos diversos segmentos sociais como o educacional, econômico, cultural e o de saúde, contribuindo, assim, para a condição de instabilidade na vida moderna. Nesse contexto, muitas pessoas desejam escapar, seja pela destruição da velha ordem e criação de um mundo novo e melhor, seja pela retirada para um mundo interior, utilizando, para isso, as substâncias psicoativas. O consumo das drogas sejam lícitas ou ilícitas que parecem ter aumentado na conjuntura atual, tem-se tornado um desafio no campo da saúde e para os estudiosos das áreas humanas, sociais, educacionais e jurídicas, que tentam compreender como as informações e medidas preventivas podem enredar-se em leituras de teias simbólicas inscritas em ações concretas vividas pelas populações. Nesse ponto, destacamos que o Programa Saúde da Família, por ser estratégia do Sistema Único de Saúde e por visar a ações de promoção e prevenção em saúde popular, deveria favorecer e garantir a mudança de paradigmas, de práticas e de resultados em torno do campo da saúde. Assim, este estudo teve como objetivo apreender as representações sociais dos profissionais da equipe de saúde da família na Unidade de Saúde do Pirambu, acerca das drogas psicoativas e seus usuários no município de Fortaleza. O estudo utilizou, como método de investigação, a análise qualitativa e foi estruturado com o aporte teórico-metodológico da Teoria das Representações Sociais. O instrumento utilizado para coletar os dados foi um roteiro de entrevista semidirigida, em que foi utilizado um gravador mediante a autorização dos participantes. Os dados foram analisados conforme o método de categorização proposto por Bardin (1977). Os profissionais do PSF que participaram do estudo utilizam um discurso da ordem do direito e da penalidade, demonstrando ofuscar o potencial de suas ações na comunidade, sobretudo no âmbito preventivo, insentando-se de vinculações com às práticas de saúde. Para esses profissionais parece existir uma representação de naturalização e vulgarização do consumo das drogas ilícitas na comunidade estudada. Verificamos que os profissionais reificam os sujeitos usuários das substâncias ilícitas. Assim, as representações sociais dos profissionais do Programa Saúde da Família estudado, parecem caracterizar o usuário das drogas ilícitas como um indivíduo excludente do meio social, que está ancorado no imaginário social do qual se desvincula o ato do uso da droga e do todo da pessoa, com suas características subjetivas, singulares de cidadão, negando-se-lhe uma visão mais totalizadora de si como sujeito. Nesse ponto, percebemos que as práticas de saúde preventivas voltadas para o sujeito usuário, principalmente quando o início do consumo ocorre na juventude, possui uma dimensão esquecida no PSF em decorrência do modelo formado dos profissionais que situam o discurso, ora no nível patológico, ora no campo jurídico das sanções. É importante, então, no campo da representação social, a orientação para uma reconstrução da complexidade das relações sociais estabelecidas por esses profissionais, bem como da sociedade em relação às drogas ilícitas e seus usuários.

Palavras Chaves: Programa Saúde da Família, Drogas Psicoativas, Usuário das Drogas Psicoativas.

ABSTRACT

The transformation that is happening in the global world provokes changes in social segments like educational, economical, cultural and health, contributing to instability condition in modern life. In this context, a lot of people desire to escape, destroying the old order or creating a new and better world, for retired to an interior world or utilizing for that, psychoactives substances. The act of consuming drugs, licit or illicit, is big at present and is a challenger in areas like health, human, social, educational and law, that is trying to understand how information and preventives steps can be living for population. In this point we detach that The Family Health Program is trying to visa promotion's action and prevention of popular health but should give a support and guarantee paradigms changes, of practices and results in health area. This study had like objective; learn social representation of the health professional team Family Health Program in Pirambu, about psychoactives drugs the city of Fortaleza. This study made use of investigation methods, qualitative analyses and was structured in theory-methodologic points of the Social Representation Theory. The instrument utilized to collect dados, was an interview, utilizing a recorder with people authorization. The dados take analysis conform Bardim (1977) method. The PSF professionals make use of law speech, trying to make then understand their preventive actions with no vinculum in health practices. To this professionals, seems exist, representation of naturalization and vulgarization of illicit dugs consumption, in this community. The professionals try to rectify the illicit drugs costumers. Social representation of the PSF professionals seems characterize the illicit drugs costumers like out of social life with subjective characteristics of citizen, denying their selves. When the consume occur in teenage, this practices are denied in PSF because the professionals' speech is about law. So, it is important to say that the social representation needs orientation to rebuilding social relations for this professionals and society helps for change costumers' reality.

Keywords: Family Health Program, Psychoactives Drugs, Psychoactives Drugs Costumers

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIDS – Síndrome do Imuno-Deficiência Adquirida

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre as Drogas psicotrópicas.

CPDOC - Centro Popular de Pesquisa, Documentação e Comunicação do Pirambu.

DST – Doença Sexualmente Transmissível

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

LSD – Dietilamida do Ácido Lisérgico.

MDMA – Metileno Dióxido Metanftamina.

PSF – Programa Saúde da Família

SNC – Sistema Nervoso Central

SUS – Sistema Único de Saúde

THC – Tetra-hidrocanabinol.

UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos entrevistados por faixa etária e sexo.....	38
Tabela 2	A prevalência do uso de drogas uma vez na vida.....	39
Tabela 3	O consumo de drogas na adolescência	40

SUMÁRIO

RESUMO	6
ABSTRACT.....	7
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	8
LISTA DE TABELAS	9
1. INTRODUÇÃO.....	12
2. OBJETIVOS.....	21
2.1 Objetivo Geral.....	21
2.2 Objetivos Específicos	21
3.TERCENDO UM BREVE PERCURSO HISTÓRICO, SOCIAL E CONCEITUAL SOBRE AS DROGAS.....	22
3.1 A Juventude e o Paradigma do Consumo das Drogas.....	35
3.2. Programa Saúde da Família	44
3.3 O Cenário da Comunidade do Pirambu: um breve histórico.....	50
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	55
4.1 Representações Sociais e as Nuances Históricas	55
4.2 Ancoragem.....	60
4.3 Objetivação.....	61
4.4 Relação das Representações Sociais dos Profissionais do Programa Saúde da Família com o Uso das Drogas e Seus Usuários	63
5. PERCURSO METODOLÓGICO.....	65
5.1 Natureza da Pesquisa.....	65
5.2 Área Geográfica do Estudo.....	65
5.3 Inserção no Campo	65
5.4 Sujeitos	65
5.5 Instrumento para Produção dos Dados	66
5.6 Procedimento.....	67

5.7 Análise dos Dados	67
6. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: REDES COMUNICACIONAIS DOS PROFISSIONAIS DO PSF SOBRE O USO DAS DROGAS ILÍCITAS E SEUS USUÁRIOS.....	71
6.1 Representações Sociais dos Profissionais sobre as Drogas e o Seu Consumo	72
6.2 Representações Sociais dos Profissionais sobre o Usuário de Drogas.....	82
6.3 Representações Sociais dos Profissionais sobre as causas do consumo das drogas	93
6.4 Representações Sociais dos Profissionais sobre as Conseqüências do Consumo das Drogas	100
6.5 Representações Sociais dos Profissionais acerca das Intervenções com o Usuário de Drogas	106
6.6 Programa Saúde da Família: ações desenvolvidas na comunidade em relação às Drogas	115
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	123
8. RECOMENDAÇÕES	128
9. REFERÊNCIAS.....	130

APÊNDICES

1 INTRODUÇÃO

A problemática das drogas tornou-se um desafio para os estudiosos das áreas: humana, social, educacional e médica, ao tentarem compreender como informações e medidas preventivas podem enredar-se em leituras de teias simbólicas inscritas em ações concretas vividas pelas populações.

Hoje, as drogas são utilizadas por todas as classes sociais, étnicas, econômicas, sem qualquer distinção. O seu consumo não se relaciona apenas com o sub-mundo e a marginalidade nos contextos urbanos, embora esse aspecto apresente conseqüências bastante preocupantes e ameaçadoras para a sociedade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OLIEVENSTEIN, 1998), droga é toda substância que, introduzida, de forma voluntária ou involuntária, no organismo, provoca alterações no Sistema Nervoso Central (SNC) levando a uma modificação no estado psíquico e físico do organismo do indivíduo.

As chamadas drogas psicoativas ou psicotrópicas são substâncias naturais ou sintéticas que, ao serem consumidas, produzem alterações no sistema nervoso central e, conseqüentemente, alteram o estado emocional e comportamental do ser humano. A existência de tais substâncias na natureza é bastante conhecida pelo homem, há séculos, tendo seu uso integrado as atividades culturais, geralmente vinculadas a rituais religiosos, festividades ou outros momentos especiais da vida comunitária.

Dessa forma, o consumo das drogas, em algumas culturas, encontra-se atrelado às cerimônias religiosas, sendo permitido somente ao líder religioso, com o intuito de alterar seu estado de consciência e possibilitar-lhe a sensação de uma real aproximação dos poderes das entidades divinas. Geralmente está vinculado a diversos tipos de cerimônias grupais e, em muitos momentos, atua como um fator facilitador da interação do grupo.

No decorrer da evolução da espécie humana, com as mudanças no contexto histórico, cultural, social, educacional e econômico, o consumo das drogas passou a ser utilizado com mais freqüência. Seu uso passou a se desvincular das cerimônias e dos rituais, configurando um problema de ordem socioeconômica que vem-se tornando cada vez mais sério na conjuntura atual, tendo como um dos principais agravantes, o álcool droga lícita, que é incentivada pela imprensa e pela sociedade.

A ênfase que vem sendo dada a essa problemática pelos órgãos governamentais e não governamentais e pela sociedade, de uma maneira geral, não só no Brasil, mas, também, no resto do mundo, não é suficiente para reverter suas graves conseqüências para a saúde das

populações. Serão necessárias, então, abordagens urgentes, que possibilitem uma compreensão mais efetiva da questão, vista enquanto problema de saúde pública.

Dessa maneira, o Governo Federal vem priorizando ações sociais dirigidas às pessoas que são portadoras de doença mental e aos dependentes químicos, que levam à assistência e à promoção de ações de saúde para essa população, em que a participação da sociedade e dos familiares é imprescindível para a recuperação dos sujeitos, fortalecendo as propostas de gestão ampliada, atenção integral e controle social do Sistema Único de Saúde – SUS. (BRASIL, 1992).

De acordo com o Relatório das Nações Unidas (2003), com base nos dados de prevalência anual e mensal do uso de drogas ilícitas, a maconha, a cocaína e as anfetaminas são as mais utilizadas pela população, sendo o Brasil considerado um país de consumo médio. Nos últimos dez anos, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CARLINI et al., 2002) desenvolveu quatro estudos que envolveram alunos do ensino fundamental e médio, onde se constatou um aumento de 700% do consumo de cocaína, 325% do uso da maconha, 150% do uso de anfetaminas e 100% do consumo de ansiolíticos.

Para o Ministério da Saúde (2003), o uso de substâncias psicoativas tomou proporção de grave problema de saúde pública no país e encontra ressonância nos diversos segmentos da sociedade constatando-se relação comprovada entre seu consumo e os agravos sociais que dele decorrem ou que o reforçam. Por essa razão, o Ministério da Saúde reconhece a magnitude do problema em saúde pública devendo efetivar um melhor planejamento e operacionalização de ações não apenas ampliadas, mas que busquem diferentes saberes e aportes teóricos-técnicos que venham minimizar e/ou eliminar o uso abusivo de drogas. (BRASIL, 2003).

É importante, então, inserir-se essa política de prevenção, tratamento e de redução do uso de drogas. É também, necessário que seja inserida na interface de programas do Ministério da Saúde, de outros Ministérios, bem como de setores da sociedade civil organizada.

Conforme o Relatório das Nações Unidas (2003), o abuso de drogas, em termos de saúde pública, tem-se baseado no custo do tratamento médico, na perda de produtividade de trabalhadores que são usuários de drogas e nos prejuízos sociais causados por óbitos prematuros ocasionados pelo seu consumo. Dados coletados entre os anos de 1988 a 1999, pelo Ministério da Saúde, demonstraram que nesse período, foram registradas 726.429 hospitalizações na rede pública, decorrentes do uso de drogas. As hospitalizações decorrentes do uso de cocaína e de seus derivados aumentaram de 0,8%, em 1988 para 4,6%, em 1999.

Tais achados vêm demonstrar que se precisa efetivar uma política de prevenção no que concerne ao uso de drogas lícitas e ilícitas. Mas, para se efetivarem medidas de promoção, prevenção e recuperação é importante que se conheça o consumidor, suas características e necessidades, bem como as vias de administração de drogas, que exigem a busca de novas estratégias de contato e de vínculo com o consumidor, com os seus familiares e ambivalência cultural.

Em vista do exposto, o consumo das drogas é algo que não pode ser explicado de forma linear, já que fatores diversos de ordem individual e coletiva podem ser relacionados como tendo implicações no comportamento dos consumidores de drogas.

A maioria dos autores, como Cotrin e Rosemberg (1990); Cotrin e Carvalho (1992); Carlini et al. (2002), que abordam a questão das drogas no contexto brasileiro, aponta que seu consumo tem início geralmente na fase escolar, mais especificamente na juventude. Entretanto, poucos são os estudos que tratam da importância da atuação dos profissionais nas diversas áreas do conhecimento, como o social, o educacional e o da saúde, para desenvolverem ações psicossociais e de prevenção no que se refere ao consumo de substâncias psicoativas, enfocando as ilícitas.

Sob esse prisma, Bucher (1992) enfatiza que uma abordagem preventiva ampla deve visar a uma ação educativa e valorativa da vida humana, uma elevação da qualidade de vida e da auto-realização pessoal e grupal, em uma cultura de comunicação de massas, onde se dá a homogeneização das subjetividades. (GUATTARI; ROLNIK, 1993).

As subjetividades são produzidas como uma linha de montagem, uma espécie de reafirmação do idêntico e um condicionamento feito em torno dos sujeitos. Há uma espécie de padronização dos modos sociais de agir e a subjetividade é produzida do mesmo modo como se produz qualquer mercadoria, como se uniformizassem modos de ser por meio do condicionamento social. Para se caminhar, rompendo essa homogeneização e sujeição dos sujeitos, devemos levar em conta o contexto histórico e cultural no qual o indivíduo encontra-se inserido e os processos de subjetivação que o singularizam.

Retomando as práticas preventivas focalizadas por Bucher (1992) torna-se fundamental que sejam instalados, em vários âmbitos sociais, centros comunitários, associações de bairros, escolas e, sobretudo, serviços de saúde.

Nesse ponto, ganha destaque o Programa Saúde da Família (PSF), por visar a ações preventivas e a dinamicidade nas relações dos profissionais da saúde com a comunidade, podendo também atuar com o Sistema Único de Saúde, elaborando e desenvolvendo ações de promoção, prevenção e reabilitação do uso indevido das drogas. A estrutura do Programa

Saúde da Família fundamenta-se em uma unidade de saúde, com uma equipe multiprofissional, que assume a responsabilidade por uma determinada população a ela vinculada, visando a desenvolver ações que atendam à demanda dessa comunidade. As práticas desses profissionais devem fazer a diferença entre os programas tradicionais e garantam a mudança de paradigma, de práticas e de resultados.

Os estudos na área do Programa Saúde da Família, de acordo com Viana e Dal Poz (1998); Senna (2002); Silvestre e Costa Neto (2003), ressaltam a necessidade de esse Programa Saúde da Família ter um funcionamento que atente para as particularidades das culturas e supere o estigma das ações e programas voltados para as classes populares com uma medicina pobre para pobres.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi regulamentado pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis Complementares, que, gradativamente vêm-se calçando sobre os pilares da universalização, da integralidade, da descentralização e da participação popular, como salientam Silvestre e Costa Neto (2003). Foi implantado, em 1994 pelo Ministério da Saúde, objetivando a substituição do modelo tradicional hospitalocêntrico pela reorganização da atenção básica à saúde, visando a uma nova dinâmica para a organização dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade.

Diante disso, nos interrogamos: Se o Programa Saúde da Família visa a ações de promoção da saúde e intervenções preventivas principalmente em nível primário e secundário, objetivando atender à demanda local; o que se pensa e o que se tem feito pelos profissionais de saúde em relação ao uso de drogas ilícitas pelos usuários do sistema? A partir das reflexões sobre as representações sociais dos profissionais frente às drogas ilícitas e sobre os sujeitos usuários, poder-se-á pensar que a linha de ação poderá ser dirigida para uma atuação psicossocial e educativa junto às populações da periferia, em especial, uma vez que essas representações sociais são construídas e desenvolvidas a partir das relações que se desenvolvem no dia-a-dia e expressam a construção do conhecimento teórico-prático de um determinado grupo de atores.

No percurso deste trabalho surgiram outros questionamentos que nos ajudarão a compreender e a nortear a questão das drogas, bem como possibilitarão reflexões que vão ajudar-nos a reestruturar o entendimento das drogas ilícitas e dos sujeitos usuários, na conjuntura atual, mediante a representação social desses profissionais da área da saúde.

Neste estudo abordaremos às representações sociais dos profissionais de uma equipe de saúde do Programa Saúde da Família sobre as drogas psicoativas, enfocando as ilícitas e os seus usuários e seu uso vivido e construído em circunstâncias históricas precisas. Assim

sendo, a sua existência no cotidiano é dotada de significados relevantes para os grupos sociais que vivem, pensam e agem em determinado contexto social. Tais relações podem ser entendidas como um tecido de significados, instituído pelas ações do ser humano e possível de ser captado e interpretado. (MINAYO, 1998).

Em seus estudos, Jodelet (1984) afirma que, nas representações sociais, toma-se o indivíduo como um sujeito que está inscrito numa situação social e cultural definida, tendo uma história pessoal e social. Não é um indivíduo isolado que é tomado em consideração, mas, sim, as respostas individuais como manifestações das tendências do grupo de pertença ou de afiliação à sociedade do qual o indivíduo participa. O sujeito social como membro de um grupo é definido pelos valores, modelos, pelas tradições de saber e normas do grupo. Dessa forma, ele age como porta-voz e às vezes, como defensor do grupo.

As representações sociais são formadas de acordo com a sua experiência e vivência nas relações sociais, através das quais se constrói e se expressa sentido, configurando-se o espaço social e simbólico do sujeito. De acordo com Madeira (2003), os sentidos atribuídos a certos objetos, que neste estudo, são as drogas ilícitas e seus usuários, não são iguais nem construídos de modo isolado, mas articulam-se àquela configuração, integrando-se com o subjetivo e o objetivo no concreto das relações anteriormente construídas. A representação dos profissionais do Programa Saúde da Família sobre as drogas lícitas, bem como as ações desenvolvidas em relação às drogas ilícitas e seus usuários na comunidade onde se encontram atuando, estão relacionadas com a construção da comunicação, erguendo-se em torno do uso dessas substâncias químicas.

Nessa linha de pensamento,

A estruturação de uma representação se enraíza no processo de atribuição de sentido ao objeto. Este processo, mais uma vez frisamos, não se opera no indefinido, no vago. Vincula-se às articulações do objeto à história pessoal do sujeito, enquanto marcada por determinantes de diferentes níveis e ordens, vincula-se às relações que o sujeito vai estabelecendo no cotidiano do seu viver [...]. (MADEIRA, 2003, p. 119).

As representações expressam, portanto, a construção do conhecimento teórico-prático, e conhecendo como os profissionais representam as drogas ilícitas e seus usuários, podemos saber de que modo se articulam com as ações por eles desenvolvidas junto à comunidade.

Assim dentro dessa conjuntura, através deste estudo, objetivamos conhecer as representações sociais dos profissionais da equipe de saúde da família acerca das drogas

psicoativas, principalmente as ilícitas e dos seus usuários, no bairro do Pirambu, localizado na cidade de Fortaleza-CE. Já que esse Programa tem como estratégia estruturante de inversão um modelo assistencial, que consiste na organização da atenção primária, visando a um dinamismo e um funcionamento preventivo coletivo junto aos profissionais de saúde em sua relação com a comunidade. A escolha desse tema deu-se, sobretudo, pelo elevado índice de consumo de drogas ilícitas naquela área, bem como por ser um bairro em que as ocorrências de violência urbana encontram-se relacionadas com o consumo de drogas, tanto lícitas como ilícitas.

A trajetória de interesses por essa temática está relacionada com a minha experiência pessoal em duas pesquisas desenvolvidas durante a Graduação, no Curso de Psicologia. A primeira, intitulada “Representação social dos meninos de rua sobre os perigos enfrentados e como eles desenvolvem estratégias de enfrentamento”, pesquisa realizada na Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Psicologia, no ano de 2000, tendo como objetivo compreender as representações dos meninos de rua acerca dos perigos enfrentados no seu cotidiano nas ruas da cidade de João Pessoa-Pb.

Nessa pesquisa, observamos a fragilidade das ações referentes às políticas públicas concernentes à promoção e à prevenção da saúde, ao relacioná-las com o exercício da cidadania e, mesmo, sua reação junto aos atores sociais excluídos. Constatamos que o desenvolvimento dessas ações estavam relacionados com o contexto político local, registrando-se ainda, algumas iniciativas isoladas, que aconteciam, sem o apoio da Secretaria Municipal de Saúde, resultando no fim, algum benefício por serem realizadas geralmente por outros setores, como o da educação e o da ação social, que atuavam de um modo mais consistente, não existindo, porém, um trabalho cooperado entre os diferentes setores sociais e suas intervenções.

A segunda pesquisa reportou-se à “Representação social dos profissionais da área de saúde mental acerca da gênese da loucura”, também realizada na Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Psicologia, no ano de 2001, tendo como objetivo verificar as representações estabelecidas pelos profissionais da saúde que lidam com o adoecimento mental.

Através dessa pesquisa, foi possível ampliar minha compreensão de como trilhar o caminho para a promoção da saúde, o que significa romper os paradigmas tradicionais referentes aos serviços de saúde tornando-se o apoio social dos grupos populares organizados, em especial, imprescindível nas novas estratégias de trabalho e ações políticas, onde a descentralização possa restituir uma nova forma de ressignificar as políticas públicas.

Constatamos também, a potencialidade das representações sociais para impulsionar novas visões e, portanto, fundar novas ações junto às políticas públicas.

Neste estudo, consideramos fundamental a contextualização dessa pesquisa em um bairro onde a violência urbana teve de ser enfrentada por população de despossuídos imigrantes que tiveram que sair da sua terra natal para a capital, em busca da concretização de um sonho relacionado com a melhora das condições de vida, deparando-se no entanto, com uma realidade bastante diferente da almejada. Assim, a comunidade do Pirambu começou a ser habitada por pessoas vindas do sertão do Ceará, que inicialmente, não tinham onde residir e começaram a se alojar debaixo de pontes, praças e nas próprias ruas. (SILVA, 1992).

Diante desse cenário, também por curiosidade para se buscar uma compreensão das representações sociais dos profissionais do PSF, na comunidade do Pirambu, concernentes às drogas ilícitas e seus usuários, podemos no âmbito da saúde pública efetivar medidas preventivas concretas relacionadas com a confluência individual e coletiva em meio às especificidades e particularidades culturais do ato de se consumir drogas, principalmente as ilícitas, pelos sujeitos atores dessa comunidade.

A escolha desse campo se deu, sobretudo, com o intuito de se tentar desvelar que os atores sociais que fazem uso das drogas ilícitas padecem de retificações e apagamentos veiculados pelo corpo social, na maioria das vezes, e pelos próprios profissionais das mais diversas áreas: educacional, jurídica, social, e saúde não intervindo de maneira positiva nesse ato aditivo desses sujeitos.

Por conseguinte, os atores sociais que fazem uso das drogas ilícitas, principalmente por consumirem uma substância cujo consumo é abolido em nosso contexto socioeconômico e cultural, são tidos como indivíduos que carregam consigo vários estigmas, preconceitos, estereótipos e até mesmo, o próprio apagamento enquanto sujeitos de transformação das teias simbólicas relacionais. Mas, as pessoas parecem esquecer ou não atentam, para o fato de que o uso dessas substâncias psicoativas levam esses sujeitos a uma forma de comunicação peculiar. Assim, através desse comportamento da ingestão das drogas, manifesta-se uma linguagem não falada, ocasionando uma justa posição do simbólico, do real e do imaginário, a cada instante por esses sujeitos.

Podemos inferir dentro do imaginário social, o quanto deve ser difícil e doloroso para o sujeito que faz a ingestão dessas substâncias, vivenciar e experienciar nesse âmbito social que o marginaliza por ter um comportamento e desejo aditivo. Para Olievenstein (1990), não se pode extrair de qualquer coisa inaudita o estranhamento do gozo e do prazer, denominado efeito relâmpago, ocasionado pela ingestão da heroína. Assim, o toxicômano participa da

fabricação do não-dito protegendo, assim, uma ordem social que ele respeita e deseja, ao mesmo tempo em que não é capaz de suportar, utilizando para isso as drogas.

Dentro desse contexto, vale ressaltar ainda, que a importância dessa pesquisa justifica-se, sobretudo, pelo crescimento do consumo abusivo de drogas que vem crescendo principalmente entre a população cada vez mais jovem e tornando-se atualmente, um complexo problema social, com grandes implicações para a Saúde Pública. Assim, através dos resultados deste estudo, podem ser oferecidos subsídios para futuras reflexões a respeito das práticas pretendidas e/ou realizadas, principalmente, pelos profissionais das unidades de saúde, apontando-se pistas para o aprimoramento de seu papel, tanto profissional quanto social, contribuindo conseqüentemente, para um mais profícuo debate nos cenários de implementações de ações de promoção da saúde nesse campo.

Nessa ordem de idéias, a promoção da saúde apresenta-se como uma estratégia de enfrentamento dos múltiplos fatores que interferem no processo saúde-doença, através de uma articulação dos diversos saberes, tanto científicos quanto populares e de uma ação coordenada entre os diferentes setores da sociedade, visando a uma busca contínua de expansão do potencial positivo de saúde. (SUCUPIRA; MENDES, 2003).

Os determinantes sociais que acompanham o processo da saúde devem ser pensados levando-se em consideração as potencialidades humanas, bem como sua atuação de forma coletiva, considerando-se as diferenças socioculturais em que os atores encontram-se inseridos, exigindo-se uma nova postura com relação ao modo de se pensar saúde coletiva.

Dessa maneira, a saúde como produto social está inserida nos contextos culturais e sociais que a determinam, levando-a à construção de novas abordagens em trabalhos em que atua, em direção à transformação dos fatores que causam a queixa e o sofrimento na coletividade. Mediante a representação social que se desenvolve no campo teórico-prático, e conhecendo como os profissionais do PSF representam as drogas ilícitas e seus usuários, podemos saber que ações e intervenções podem ser desenvolvidas, por eles, na comunidade.

Nessa linha de pensamento, visando a uma melhor compreensão e delineamento do estudo, traçaremos seus objetivos e, no capítulo 3, para uma melhor compreensão da questão das drogas, apresentaremos seu *percurso histórico, social e conceitual*, não se restringindo apenas ao aspecto individualizante do problema.

Com o intuito de dá suporte teórico a este estudo, no capítulo 4, explicitaremos o *referencial teórico da teoria das representações sociais* mediante as teias comunicacionais dos profissionais do PSF, na comunidade do Pirambu, sobre as drogas ilícitas e seus usuários.

No capítulo 5, abordaremos *o percurso metodológico*, enfatizando a investigação qualitativa que nos possibilita conhecer e apreender o singular das culturas, a partir da interação com o grupo e com os atores sociais envolvidos. Para tanto, utilizamos a entrevista que se caracteriza por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala.

No capítulo 6, com base no aporte teórico utilizado, apresentaremos discussões *acerca das representações sociais dos profissionais do PSF acerca das drogas ilícitas e seus usuários*, demonstrando como essa teoria pode nos dar subsídios a partir da comunicação e da rede de relações e significados, de modo a percebermos como os profissionais de saúde formam e orientam a sua conduta diante de um objeto representado, neste estudo, *as drogas ilícitas e seus usuários*.

As considerações finais serão tecidas no capítulo 7.

Finalmente, no capítulo 8, fomentaremos *algumas recomendações* visando ao aperfeiçoamento e à efetivação das ações do PSF concernentes as ações no âmbito coletivo, enfocando-se com a categoria juvenil, temas referente às drogas ilícitas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Apreender as representações sociais dos profissionais do Programa Saúde da Família em uma Unidade de Saúde do Pirambu, acerca das drogas psicoativas e seus usuários.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as representações dos profissionais sobre as causas atribuídas do uso das drogas;
- Identificar as representações dos profissionais sobre as conseqüências do uso das drogas;
- Conhecer as intervenções atribuídas pelos profissionais com o usuário de drogas;
- Identificar ações desenvolvidas pelos profissionais no que concerne ao uso das drogas na comunidade.

3 TECENDO UM BREVE PERCURSO HISTORICO, SOCIAL E CONCEITUAL SOBRE AS DROGAS

Diante da visão fragmentada e complexa sobre as drogas, ainda hegemônica nas práticas de saúde no Brasil que não conseguem dar conta do complexo fenômeno da drogadição, é importante conhecermos o aspecto histórico e social do consumo das drogas, não se limitando ao terreno do individual, demonstraremos, também um painel que nos situará a questão das drogas.

De acordo com Bucher (1992); Bergeret e Leblanc (1991); Santos e Silva (1998), desde a Antiguidade os povos já faziam uso de drogas, que geralmente eram utilizadas para fins religiosos, sociais, medicinais, econômicos, culturais, psicológicos. Suas funções, seus padrões e sua frequência variavam, de acordo com a sociedade em que esses povos estavam inseridos.

Foi descoberto em Huaca Prieta (2500 a.C.), na Costa do Peru, em um sítio arqueológico, um recipiente com cal e folhas de coca utilizadas para mastigação. Através de escavações confirmou-se que os índios da América faziam uso da folha da coca, há mais de 4.500 anos, conforme Delpirou e Labrousse (apud MACIEL, 1997). Segundo uma lenda grega, dissipavam-se a tristeza e a cólera, dissolviam-se maus pensamentos e curavam-se males com o suco da papoula. No percurso histórico da humanidade, as palavras empregadas para se descreverem as drogas sofreram inúmeras variações.

Na Antiga Grécia, o termo *pharmako* possuía um duplo sentido: remédio e veneno. Remédio, por reportar-se à substância que tratava da dor da alma, e o veneno dissociava e ao mesmo tempo excluía o sujeito das suas redes relacionais. Esse conceito ambivalente representava a tentativa dos gregos de traduzir o poderoso efeito dessa substância sobre a mente e o corpo do indivíduo. Os antigos não acreditavam que as drogas fossem exclusivamente boas ou más. Os gregos, por exemplo, entendiam que qualquer droga podia constituir um veneno em potencial, dependendo da dose, do objetivo do uso, da pureza, das condições de acesso a esse produto e dos modelos culturais de seu uso.

O uso da droga é, então, milenar e seu consumo encontra-se geralmente vinculado aos rituais de dor, infortúnio e, por outro lado, a celebrações e festas coletivas que acontecem na diversidade das práticas culturais. Assim, nos interrogamos, que significações esses grupos dão ao seu uso?

O étimo da palavra *droga* é incerto. Ela pode ter sido derivada de *drowa* (árabe), cujo significado é *bala de trigo*. Pode ainda, ter sido originária de *drooge vate* (holandês), cujo

significado é *tonéis de folhas secas*, uma vez que, na Antigüidade, quase todos os medicamentos eram feitos à base de vegetais. O primeiro país a utilizar a palavra como é conhecida hoje foi a França quando se refere a *drooge*: ingrediente, tintura ou substância química ou farmacêutica, remédio, produto farmacêutico.

O uso das drogas se expandiu na área médica e proporcionou o tratamento de muitas doenças. Com os aprimoramentos da industrialização e os avanços da química, chegou-se à descoberta de novas drogas que permitiram, inicialmente, aos médicos europeus e norte-americanos, no ano de 1869, experimentá-las no controle das sensações dolorosas. Até então, a dor constituía um problema, pois não era controlada totalmente com os antigos anestésicos como o éter e o clorofórmio, sentindo-se então, a necessidade de se buscar uma alternativa mais eficaz, encontrando-se ao longo de pesquisas, a morfina, objetivando-se com isso, anestésiar o organismo humano, bem como tornar possível a realização de operações cirúrgicas, sem sofrimento para o paciente. (MACIEL, 1997).

A Medicina define droga, como qualquer substância capaz de modificar o funcionamento dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento.

Para Bucher (1992), a maconha podia ser usada, medicinalmente, no tratamento de certas doenças, como algumas neuroses, atuando como calmante e sedativo, servindo também, para acessos de asma e de coqueluche, produzindo efeitos contra inapetência e nevralgias dentárias. Afirma o autor que, em doses moderadas, a maconha estimula a circulação, aumenta o calor periférico, desperta o apetite e excita os órgãos de locomoção. Serve ainda para cólicas uterinas e perturbações gastrintestinais, em função dos seus efeitos calmantes, narcóticos e analgésicos.

Com referência à utilização da droga na indústria e no artesanato, conforme Nahas (apud MACIEL, 1997), já no século X, a maconha era utilizada na fabricação de fibras, por ser considerada bastante resistente e útil para confecção de vários utensílios, como: tapetes, cintos, tecidos, velas e corda para navios.

Portanto, a utilização das drogas, de caráter religioso ou médico, expandiu-se com o homem nas suas migrações, contribuindo para a sua marginalização e tornando-se culturalmente aceitável e até mesmo banal. (CALANCA, 1991).

Quanto ao Brasil, de acordo com Fonseca (apud MACIEL, 1997), do século XVII até o início do século XIX, o cultivo e o comércio da maconha foram encorajados, em grande escala, pelas autoridades governamentais e por pessoas ilustres que a utilizavam, tanto para fins industriais como para fins medicinais.

No Brasil, até o início da década de 1980, não se desenvolviam estudos epidemiológicos concernentes às altas taxas de consumo de drogas entre os jovens. Somente, em 1987, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas-CEBRID, vinculado à Universidade Federal de São Paulo, deu início a uma série periódica de levantamentos epidemiológicos desse consumo entre estudantes do 1º e do 2º Grau (hoje Ensino Fundamental e Ensino Médio), em dez capitais brasileiras. No IV Levantamento, referente ao ano de 1997, com uma amostra de 15.503 estudantes, pôde-se constatar uma tendência para o aumento do consumo de maconha e cocaína/crack, em quase todas as capitais estudadas. O dado mais alarmante refere-se à proporção de uso, na vida do sujeito de qualquer droga (exceto álcool e tabaco) que se aproxima dos 25% da amostra. (CARLINI et al., 2002).

Foi a partir de 1987 que os estudiosos, como Olievenstein (1998); Cotrim e Rosemberg (1990); Calanca (1991); Bucher (1992); Kalina (1999); Carlini et al. (2002) e outros demonstraram interesse nessa área de conhecimento, começando a desenvolver estudos relativos ao campo das substâncias psicoativas. Desde então, no Brasil, começou a haver estatísticas sobre o uso e abuso das drogas, dentre as quais as drogas ilícitas aparecendo, como mais consumidas: a maconha com 6,9% e a cocaína com 2,3%. (CARLINI et al., 2002).

As drogas capazes de alterar o funcionamento mental ou psíquico são denominadas drogas psicotrópicas ou psicoativas. Os psicotrópicos advêm da junção de psico, significando “mente” e trópico significando “atração por”. Desse modo, as drogas psicotrópicas são aquelas que atuam sobre o cérebro humano, alterando a maneira de sentir, de pensar e de se comportar do sujeito. Mas, essas alterações do psiquismo não são iguais. Cada substância é capaz de causar diferentes reações em diferentes indivíduos. Essas alterações vão depender das características de cada indivíduo que a usa, da droga utilizada, de sua quantidade e do contexto em que o indivíduo encontra-se inserido.

Por conseguinte, não podemos deixar de mencionar alguns termos que são considerados importantes para compreendermos a complexidade do fenômeno drogas. O termo toxicomania foi utilizado inicialmente na década de 1920, amplamente por médicos, juristas e sociólogos que tentaram cada um dentro das suas especialidades, definir esse termo, através de seu saber, suas técnicas e sua ideologia. Contudo, foi a partir da Organização Mundial de Saúde - OMS, que surgiu uma definição da toxicomania utilizando-se alguns termos: “desejo ou necessidade incontrolável de continuar consumindo a droga ou de buscá-la por todos os meios”; “tendência a aumentar as doses”; “dependência psíquica e, geralmente, física em relação aos efeitos da droga”; “efeitos nocivos ao indivíduo e à sociedade”. (CALANGA, 1991, p. 56). Tendo em vista uma gama bastante ampla de conceitos utilizados

para se definir toxicomania, os especialistas da OMS, propuseram o termo “farmacodependência” para designar o

Estado psíquico e às vezes igualmente físico, resultante da interação entre um organismo vivo e um medicamento. Esta interação se caracteriza por modificações do comportamento e por outras reações que obrigam cada vez mais intensamente o usuário a tomar o medicamento de forma continuada ou periódica, a fim de obter seus efeitos psíquicos e algumas vezes para evitar o mal-estar da privação. Este estado pode ser acompanhado ou não de tolerância. (OLIEVENSTEIN, 1990, p. 13).

Inicialmente, a ingestão causa uma dependência psíquica e, só com a continuidade do seu uso, produz uma dependência física.

Kalina (1999) acrescenta para o sujeito que faz uso das drogas o termo drogadição. O substantivo adição designa, na língua portuguesa, inclinação ou apego de alguém por alguma coisa. O adjetivo aditivo define a pessoa propensa à prática de alguma coisa-crença, atividade. Assim, a forma *aditiva*, origina-se, no particípio passado do verbo *addico*, que significa adjudicar ou designar.

Dessa maneira, de forma bastante sucinta, os termos drogadição, farmacodependência, toxicomania, toxicodependência são empregados para designar um consumo compulsivo de substâncias psicoativas.

Apontamos para a necessidade de compreensão em dividir as drogas em lícitas e ilícitas, e os diversos efeitos que podem causar no organismo.

As drogas lícitas são aquelas socialmente consumidas e comercializadas, sem muitas restrições. Todavia, seu consumo inadequado pode causar risco à saúde e dependência ao organismo, como o tabaco, a bebida alcoólica, o calmante, entre outras substâncias da farmacologia, que são consumidas indiscriminadamente. Por sua vez, por drogas ilícitas, entende-se as que não são socialmente aceitas nem comercializadas e são proibidas por lei. Também podem causar dependência ao organismo, como a maconha, heroína, entre outras. É importante frisar, que com referência à droga ilícita, devemos levar em consideração o contexto e a significação que os atores sociais atribuem ao ato de usá-las. Nosso estudo envolve essa tematização, enfocando o conhecimento dos profissionais do Programa Saúde da Família acerca dessa questão.

Quanto aos aspectos farmacológicos apresentaremos exemplos de algumas substâncias psicoativas que são classificadas, segundo Aquino (1998), conforme seus efeitos no organismo:

- a) as estimulantes,
- b) as depressoras,
- c) as alucinógenas e perturbadoras,
- d) as inalantes.

a) **As estimulantes** são as que causam aumento da atividade mental, como:

- Tabaco - cujos três principais componentes são: a nicotina, o alcatrão e o monóxido de carbono. A nicotina atua como um estimulante do coração e do sistema nervoso central. O alcatrão, na fumaça, contém muitas substâncias que provocam câncer e insuficiências respiratórias. O monóxido de carbono reduz a habilidade do sangue em carregar oxigênio para o cérebro ou para os tecidos do corpo, sendo um dos responsáveis pelo desenvolvimento da arteriosclerose (endurecimento das artérias causado pelo depósito de gorduras ou ateromas).
- Anfetaminas - muitas vezes utilizadas de forma perigosa em dietas alimentares para o controle do apetite. Conforme o número de doses, podem provocar inquietação, ansiedade, mudança de humor, pânico, pensamentos paranóides, alucinações, convulsões, distúrbios cardíacos e circulatórios. Quando ingeridas de forma freqüente e em grandes quantidades, podem resultar em um distúrbio muito particular: a dificuldade de se transformar pensamentos em palavras.
- Ecstasy - MDMA (Metileno Dióxido Metanfetamina) - droga sintética, resultado da mistura de anfetamina com um alucinógeno. Age sobre o sistema nervoso central, aumentando as concentrações de serotonina e dopamina (neurohormônios cerebrais, responsáveis pela regulação bioquímica do humor). Provoca um forte sentimento de depressão. Sua ingestão, de forma indevida, pode acarretar a morte, devido ao alto grau de elevação da temperatura do corpo que ela causa.
- Cocaína - extraída das folhas da planta da coca, sendo mais comumente utilizada sob a forma de cloridrato de cocaína. Provoca dilatação das pupilas, aumento da pressão arterial, dos batimentos cardíacos, da freqüência respiratória e da temperatura do corpo. Mesmo em pequenas doses, acarreta sentimentos de euforia, ilusão do aumento da capacidade de percepção sensorial, diminuição do apetite e da necessidade de dormir. Inalações freqüentes dessa droga provocam corrosão da membrana nasal.

- Crack - obtido do pó da cocaína, pode ser fumado em cachimbos especiais. Atinge o cérebro, de maneira intensa e perigosa, levando o indivíduo rapidamente à dependência, à loucura e à morte;
- Cafeínas e Xantinas - encontradas no café, chás, refrigerantes do tipo cola, chocolates e em alguns remédios, como os usados para combater enxaqueca. Seus efeitos mais comuns são: aumento dos batimentos cardíacos, da temperatura do corpo, da atividade dos rins e da secreção do suco gástrico. Pode interferir na sensação de fome e na profundidade do sono.

b) **Depressores**, são as que causam diminuição na atividade mental:

- Álcool - atua primeiramente nas regiões do cérebro que comandam o autocontrole e a censura interna. Em altas doses, diminui a capacidade de perceber sensações e perturba a coordenação muscular, a memória e o julgamento. Em grandes quantidades e por um período longo de tempo, pode danificar permanentemente o fígado e o coração, além de provocar danos irreversíveis ao cérebro.
- Tranquilizantes e Barbitúricos - são drogas prescritas por médicos para pacientes que sofrem de ansiedade (tranquilizantes) ou disritmia (barbitúricos). Os tranquilizantes ficam depositados na gordura do corpo durante muitos dias, desprendendo-se lentamente e sendo lançados na circulação sanguínea;
- Heroína - droga semi-sintética (produzida em laboratório) tendo como matéria prima a morfina. É uma droga que tem alto poder para causar dependência física. Conduz, inicialmente, a um estado de lassidão e euforia. Com o passar do tempo de uso, as doses precisam ser aumentadas para se obter o mesmo efeito.

c) **Alucinógenos e Perturbadores** são as que causam distorção da percepção:

- L.S.D. (Dietilamida do Ácido Lisérgico) - é encontrado nos grãos de centeio. Droga extremamente poderosa, sendo efetiva em quantidades muito pequenas (microgramas). Seus efeitos variam conforme a dosagem, a personalidade do usuário, o momento em que está sendo usada. Basicamente, ela causa mudanças nas sensações (ilusões e alucinações);
- Maconha - cigarro feito com folhas, caule, frutos e sementes de uma planta denominada *cannabis sativa*, cujo princípio ativo ou alucinógeno principal é o tetra-hidrocanabinol - THC. Quanto mais THC tiver no cigarro de maconha, maior o seu potencial psicoativo. Seus principais efeitos são: aumentos dos batimentos cardíacos, vermelhidão dos olhos, secura na boca e na garganta. Estudos indicam que a droga interfere temporariamente na memória,

altera o sentido do tempo e reduz a habilidade para se cumprir tarefas que requerem respostas rápidas;

- Inalantes - também chamados solventes caracterizam-se por provocar alucinações, agressividade, além de causar sérios danos ao sistema nervoso, o fígado e aos rins. Os mais conhecidos são a cola de sapateiro, a cola de modelagem, os sprays, esmaltes, gasolina e benzina. Todos os solventes contêm grandes quantidades de chumbo, que podem causar danos irreversíveis aos pulmões, ao sistema nervoso central, ao sangue e aos rins.

Diante do exposto, verificamos que cada tipo de droga, com suas características químicas, tende a produzir efeitos diferentes no organismo do indivíduo. Os diferentes efeitos produzidos ocorrerão de acordo com a quantidade consumida, levando-se em consideração o seu grau de pureza.

Cada consumidor, com suas características biológicas e psicológicas pode apresentar reações diversas sob a ação da droga. São extremamente importantes o estado emocional do usuário e suas expectativas à ação à droga, no momento do uso. Devemos também, levar em consideração a ação do meio ambiente sobre a reação que ela pode produzir. Dessa forma, as pessoas, o ambiente, enfim, todo o contexto onde o uso acontece poderão interferir nos efeitos que a droga vai produzir.

Novos estudos têm assinalado a evolução do uso indevido de drogas, acontecendo a partir do consumo de medicamentos, que vem crescendo gradativamente, em todo o país. Tal consumo recebe incentivo da mídia e da indústria dos psicofármacos. Trata-se de substâncias que, mesmo sendo lícitas, provocam dependência como as drogas ilícitas. Seu consumo exerce um fascínio sobre a população, sobretudo por combater a depressão e a insônia. (BUCHER, 1992).

Rosen (1979) vincula a problemática do abuso de drogas à condição de insegurança da vida moderna. Segundo o autor, cada vez mais as pessoas estão vivendo com a insegurança social, psicológica e moral no mundo. Muitas pessoas não se sentem capazes de acompanhar rapidamente as mudanças às quais têm estado expostas, e não se sentem capazes de compreender o que está acontecendo em sua volta e o que tudo isso significa para sua própria vida. Destaca ainda, que muitas pessoas são assediadas em graus variados pelo medo e pela preocupação, pela solidão, pela apatia e pela frustração, pelos sentimentos hostis e pela agressão.

A forma pela qual o indivíduo em um determinado período histórico percebe seu mundo, a forma pela qual ele o sente depende de seus interesses, crenças e valores, da relação complexa que existe entre sua vida interior, seu padrão de vida e as condições sociais e culturais específicas que ele encontra em seu ambiente. (ROSEN, 1979, p. 62).

Nesse contexto, muitas pessoas desejam escapar, seja pela destruição da velha ordem e criação de um mundo novo e melhor, seja pela *retirada* para um mundo interior, utilizando, para isso, as substâncias psicoativas.

Kalina (1999) compartilha da idéia de que a civilização ocidental em seu percurso histórico, caracterizou-se por uma volatilidade progressiva dos modelos de identificação. Dessa maneira, houve um rápido processo de transformação dos valores, tanto no plano da significação da vida comunitária, como no plano das relações interpessoais, afetando a constituição da identidade pessoal. Diante disso, o que os atores sociais têm feito para se adaptarem às novas formas de valores que a cada dia são transformadas, devido ao processo evolutivo rápido e crescente da era moderna?

Nesse ponto, Kalina (1999) destaca, ainda, que a velocidade das mudanças diminuiu a capacidade de serem incorporados a maneira correta, o efeito e a significação das transformações vividas. A instabilidade e o sentimento de carência incessante provocam uma atrofia de ordem psicológica e moral, cujas conseqüências geralmente são gravíssimas e exigem compensações, que são procuradas e achadas através da drogadição, que constitui um dos mecanismos induzidos socialmente através dos meios de comunicação para aliviar as ansiedades geradas pelas frustrações afetivas. Assim,

[...] deve-se dizer ainda que a drogadição constitui um dos mecanismos induzidos socialmente para aliviar as ansiedades geradas pelas frustrações afetivas. Na medida em que essas frustrações parecem configurar algumas das características da vida urbana contemporânea, cabe assinalar a cidade de nosso tempo como uma das sementeiras do comportamento. (KALINA, 1999, p.102).

Mas, será que a drogadição possibilitará o cessamento das frustrações, ou acarretará após o consumo da droga um vazio existencial maior do que aquele que já existia anteriormente? Haveria a sementeira do comportamento da drogadição?

Diante dos constantes avanços na área social, educacional, econômica e tecnológica, tem sido colocado à margem o processo da subjetivação humana. Rolnik (1997) destaca que as subjetividades tendem a ser povoadas por afetos.

As subjetividades, independentemente de sua morada, tendem a ser povoadas por afetos dessa profusão cambiante de universo; uma constante mestiçagem de forças delineiam cartografias mutáveis e coloca em cheque seus habituais contornos. (ROLNIK, 1997, p. 19).

Dessa maneira, o processo de globalização mistura e pulveriza as identidades, fazendo com que se produzam perfis e padrões de sujeitos, de acordo com a demanda e a necessidade do mercado, que também produz subjetividades. Assim, as identidades locais, regidas por uma singularidade da própria cultura, acabam desaparecendo para dar margem a identidades globalizadas, que mudam em decorrência dos movimentos do mercado conforme a sua necessidade em relação aos novos produtos, novas tecnologias, novos paradigmas, novos hábitos, entre outras mudanças que o mercado incorpora como sendo necessário.

Com muita frequência, os indivíduos fazem uso de substâncias psicoativas diante de uma situação de conflito, para fugir de uma realidade desagradável e, até mesmo, para se divertir, tanto em ocasiões festivas, como fora delas. Para esses indivíduos, o consumo de drogas parece estar dotado de uma vivência subjetiva que é construída em uma realidade permeada de um significado reconhecido e legitimado por quem as consomem.

O significado simbólico da droga para seu usuário é um elemento importante, que pode estar transcrito em uma matriz de conflitos psicossociais intensos, eivados de expectativas e valores sociais. Na maioria das vezes, o seu consumo pode estar associado à melhora dos relacionamentos sociais, possibilitando a conformidade do comportamento e das emoções de determinados indivíduos a um modelo idealizado de conduta.

Nesse ponto, Guattari e Rolnik (1993) concordam que o capitalismo não funciona unicamente no registro dos valores de troca, mas funciona também através de um modo de controle da subjetivação. Destacam ainda os autores, que por meio do capitalismo e da globalização, a cultura tende a produzir indivíduos normalizados, articulados uns aos outros nos sistemas hierárquicos, sistemas de valores e sistemas de submissão, mas sistemas esses que são dissimulados. Assim, produzem uma subjetividade individualista, ou seja, uma produção da subjetividade homogeneizada que se pode encontrar em todos os níveis de produção. Poderíamos então, supor que no contexto da dor e do sofrimento social haveria uma espécie de normatização da subjetividade humana.

Convém destacar ainda, que a subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo, uma vez que ela é essencialmente fabricada e moldada no registro social. “A subjetividade está em circulação nos conjuntos sociais de diferentes tamanhos: ela

é essencialmente social, e assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares”. (GUATTARI; ROLNIK, 1993, p.33). O processo de singularização é algo que frustra os mecanismos de interiorização dos valores concernentes ao capitalismo. Dessa maneira, será que o processo de subjetivação que ocorre com os toxicômanos, quando tentam sair desses valores “normatizados” pelo capitalismo, e o desejo de vivenciar os vetores da singularidade dão-se nos contextos de exclusão através das drogas? Que desejo é esse que transcende, para criar uma singularidade própria e se configura sob essa forma de drogadição?

O sujeito da drogadição usa as substâncias psicoativas como uma forma de linguagem do não-dito, do não falado que, por sua vez, acaba sendo expressa através das drogas para o preenchimento da sua falta. Para Olievenstein (1990), toda falta humana remete a uma outra falta arcaica, e é nisso que se situa a dependência do ser humano. Ressalta ainda, que através da toxicomania permanece um agido e não um dito. E esse agido apenas produz uma ilusão alucinada, remetendo àquele que transgride ainda com mais força e mais dolorosamente à castração e à morte. Nesse sentido, a queda e o retorno ao real serão mais dolorosos e mais, o toxicômano se fechará num não-dito, que acaba se apagando socialmente em atos e que a sociedade, sem vislumbrar o conteúdo do êxtase, apenas irá registrar a falta e a dor.

Nesse caminho sinuoso da teia social, tudo se mistura: a ordem e a desordem, o desejo e o não desejo, a lei e a transgressão, a recordação enfeitada, o terror do presente em um futuro amputado. Ainda é necessário mencionar que a memória do sujeito, no limite do inconsciente e do não dito, acaba sendo enfeitada pelo imaginário do indivíduo, continuamente confrontando-se com uma verdadeira guerra civil psicológica e com tudo o que for considerado diferente do sistema familiar e todos os demais prazeres. Logo, o intuito do toxicômano é por ordem na desordem das emoções de sua vida. (OLIEVENSTEIN, 1990).

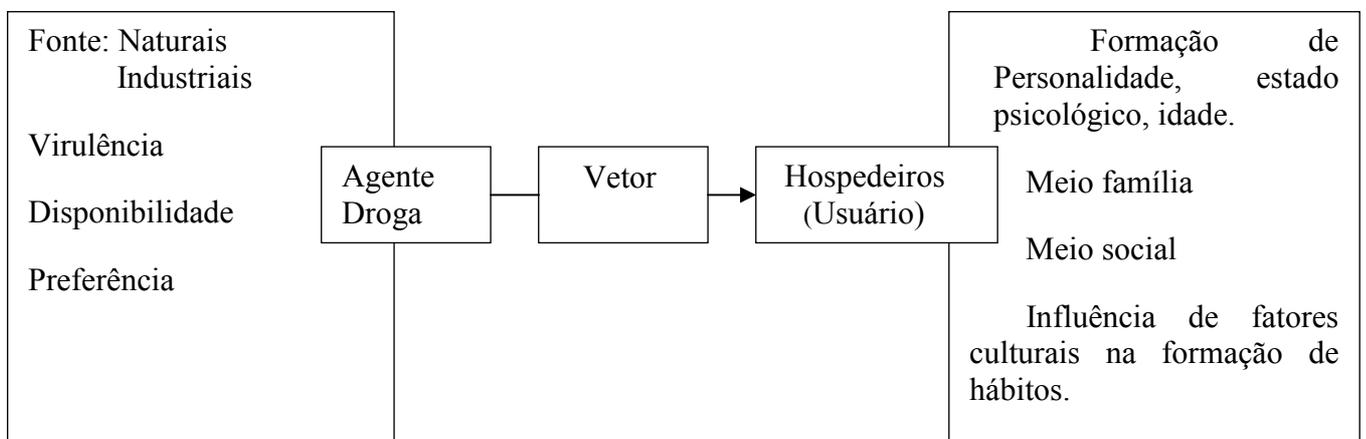
Direcionando o estudo sob o ponto de vista da epidemiologia, é importante mencionar que o seu surgimento se deu com os estudos das doenças infecciosas, que durante séculos, atormentaram as populações, ficando restrito o seu campo de estudo a patologia mencionada acima. Contudo, com o passar dos anos, métodos epidemiológicos foram-se expandindo para outras áreas do agravamento da saúde.

No estudo epidemiológico são utilizados alguns caminhos como a história natural das doenças, em que se enfatiza a população nesse contexto. Assim, através da epidemiologia podemos encontrar respostas para os mecanismos, através dos quais um determinado agravo à saúde atinge uma dada população e progride no seio dela, utilizando-se para isso, tanto a epidemiologia descritiva como a analítica. Na epidemiologia descritiva, podemos dispor de informações como os índices de mortalidade e morbidade, características populacionais, tanto

da sadia como da doente, e variáveis relacionadas com o meio ambiente. Na epidemiologia analítica, procura-se compreender o modo de transmissão das doenças e oferecer subsídios para a sua prevenção. (TANCREDI, 1982).

Do ponto de vista epidemiológico, Tancredi (1982) ressalta que diante da intensificação do seu consumo, a droga pode ser considerada o “agente” de uma doença que sob certas condições ambientais e por ação específica de um “vetor”, atinge o “hospedeiro” que é membro de uma população suscetível, provocando no indivíduo, a doença. A figura a seguir esquematizará o modelo “agente-vetor-hospedeiro”.

Meio Ambiente



Deve-se levar em consideração que, para a doença se manifestar a partir do contato entre o agente e o hospedeiro, é preciso que exista uma série de condições que desencadeiem o consumo das drogas, que, metaforicamente, seria a doença.

Vendo por esse prisma, a doença seria o resultado de um desequilíbrio do organismo, podendo esse desequilíbrio ser provocado por um jogo de forças entre o agente, que tem como missão desencadear a doença (sua virulência e sua patogenicidade) e a capacidade de defesa do organismo, conforme Tancredi (1982). Em relação ao agente-hospedeiro, quanto maior o tempo de exposição, maior o risco de se desenvolver a doença, independentemente da virulência do agente ou da resistência individual. Assim, na terminologia médica, ainda sob a ótica desse autor, o vetor não é apenas o transportador passivo do agente infeccioso, mas uma parte da vida do agente se desenvolve no organismo do vetor, pulsionando a doença.

Rosen (1979) compartilha da idéia de que é importante levar-se em consideração que as relações entre as doenças e as condições sociais estão no terreno da causação. A etiologia da doença pode ser considerada de ordem biológica e social. Geralmente os estudos se detêm sobre a etiologia biológica, enquanto a etiologia social fica em segundo plano. A base social

pode ser considerada sob os aspectos das condições sociais que podem criar ou favorecer uma predisposição para causar a doença diretamente, podendo influenciar o seu curso.

É bem sabido que o consumo de drogas é uma constante nas sociedades ocidentais, e que, em qualquer grupo populacional, se detecta um certo número de indivíduos susceptíveis de se tornarem dependentes, podendo existir suspeita de uma epidemia. Que construções sociais se agravaram para que se chegasse a esse estado? Teria crescido o número de susceptíveis na população? Teriam as drogas se tornado mais disponíveis e mais virulentas?

Nesse sentido, é nos rituais, no meio ambiente e nos contextos psicossociais que se situa a problemática das drogas. Calanga (1991) afirma que a questão das drogas tornou-se problema de saúde pública no mundo, estando atrelado às transformações sociais ocorridas nas últimas décadas, como o rápido processo de urbanização, que trouxe do campo para as grandes cidades de todo o mundo, milhões de famílias que, em busca de bons empregos que lhes permitissem uma melhoria na qualidade de vida, encontraram a pobreza e a marginalização. Ainda, o desenvolvimento dos transportes reduziu significativamente as dimensões da Terra, aproximando povos, eliminando fronteiras e conseqüentemente, facilitando no âmbito mundial, a circulação das drogas. Assim, o que estava concentrado em determinadas regiões do Planeta disseminou-se pelo mundo inteiro.

Não é possível ligar o consumo de drogas a nenhuma classe social, a nenhum sistema socioeconômico, pois nas mais diversas formas de organização humana sempre se utilizaram o álcool, a maconha, a coca e tantos outros narcóticos. Nota-se que as baixas condições socioeconômicas de boa parte da população das metrópoles parecem ter levado ao aumento da exposição das culturas humanas ao uso indevido de drogas. Conseqüentemente, o tráfico de drogas ilícitas tornou-se ao mesmo tempo a principal fonte de renda para amplos setores das populações do mundo, e embora geralmente mantida pelo poder político dominante, o traço dos excluídos é o setor que é aviltado nessa construção social do tráfico. Sob esse ângulo, observamos que a classe social desfavorecida economicamente sofre realmente a exclusão social de modo mais exacerbado.

Por razões de ordem econômica, política e social foi feito do comércio das drogas um investimento dos mais lucrativos nos últimos tempos, estimulando-se a especulação da dependência e do consumo, tanto das drogas lícitas, quanto das ilícitas, como o consumo do álcool.

A permissividade das culturas tem sido apontada como a responsável direta por esse estado de coisas. Entretanto, o negativo da permissividade implica a idéia de repressão ao consumidor, mais ou menos cega, como forma de solucionar o problema. Essa repressão já existe e parece que dela nada de positivo resulta. As sociedades de base competitiva, para além da atitude repressiva, trazem os germes do estímulo para o consumo de toda a gama de estupefacientes, que se presta a dissolver as reivindicações do cidadão inconformado, inquieto ou angustiado. (SANCHEZ; SANCHEZ, 1982, p.143).

Desse modo, referindo-se às drogas ilícitas, constatamos seu comércio articulado ao tráfico de armas, misturando-se a negócios oficiais de exportação e importação e revelando-se como uma das atividades mais lucrativas de que se tem conhecimento. Nesse sentido, políticas repressivas e policialescas, baseadas apenas na perseguição e criminalização do mero usuário, constituem uma perda de tempo e energia, soando como atitudes inúteis e ineficazes.

O Ministério da Saúde (2003), afirma que o uso de substâncias psicoativas tomou proporção de grave problema de saúde pública no país, e encontra ressonância nos diversos segmentos da sociedade, pela relação comprovada entre o consumo e os agravos sociais que dele decorrem ou que o reforçam.

Atualmente, nas políticas públicas a complexidade sobre o consumo de drogas tem sido abordada, através de ações de redução de danos aos usuários de drogas injetáveis. Essa foi uma forma estratégica de saúde pública para desenvolver ações de prevenção das DST/AIDS e hepatites. As ações de redução de danos acontecem por meio de trocas e distribuição de agulhas e seringas, proporcionando mais visibilidade aos usuários de drogas injetáveis no SUS. (BRASIL, 2003).

Tendo em vista que o consumo das drogas parece ocorrer mais na juventude, conforme Werebe (1982); Cotrim e Rosemberg (1990); Bergeret e Leblanc (1991); Bucher (1992); Carlini, et al. (2002) e visando a um melhor entendimento dessa suposta relação, expositaremos como essa categoria parece ser mais susceptível ao uso abusivo das drogas.

3.1 A Juventude e o Paradigma do Consumo das Drogas.

Devido às mudanças que vêm ocorrendo em relação à categoria empregada para definir o termo adolescência, que é um período de vida em que o sujeito encontra-se em um intervalo entre a infância e a vida adulta, alguns autores, como Aberaustury e Knobel (1992); Knobel e Rosenthal (1992); Vizzolto (1992) utilizam a dominância biológica na conceituação da adolescência, enquanto Levi e Schmitt (1996); Diógenes (1998) utilizam o termo juventude como categoria sociológica. Assim, no decorrer deste trabalho utilizaremos as palavras adolescência e juventude, ampliando nossa visão, de modo a transcender o aspecto biológico e alcançar um conceito biopsicossocial.

A adolescência é considerada por Aberaustury e Knobel (1992) um momento importante na vida do indivíduo e constitui etapa decisiva de um processo de desenvolvimento. Ao mesmo tempo, é considerada um momento de crise, porquanto o ser humano tem de optar por novos rumos, tomar decisões importantes, responder a mandatos familiares e sociais. Trata-se de um momento de reorganização e reestruturação. Nessa fase de transição, o adolescente passa por um estágio intermediário entre a infância e a vida adulta, no qual vai formar novos valores, papéis sociais e a própria identidade. Conforme Salles (1998), a partir dessa fase ele começa a se libertar da família e da socialização matricial que se dá no núcleo familiar para atingir a independência pessoal e abarcar uma socialização ampliada.

A adolescência pode ser definida, conforme Knobel e Rosenthal (1992), como uma fase em que o indivíduo procura estabelecer sua identidade adulta, apoiando-se nas primeiras relações objeto-parentais internalizadas. Também tende a buscar uma estabilidade da personalidade em um plano genital, o que o leva a ir vivenciando definitivamente o luto pela identidade infantil.

Segundo uma perspectiva biológica, uma das características mais visíveis da adolescência é o desenvolvimento físico do indivíduo com fortes mudanças internas e externas (até então, possuíam um perfil infantil), com o surgimento de caracteres sexuais primários e secundários (menstruação, espermatorréia, mudança de voz, crescimento de mamas, surgimento de pêlos pubianos, entre outras mudanças), com a conseqüente evidência de novas mudanças na constituição sexual.

As mudanças que ocorrem no corpo, então, vão estimulando mais o indivíduo na busca de uma nova identidade, o que o leva a exigir novas maneiras de convivência no meio educacional, familiar e social. É evidente que as mudanças que ocorrem no nível biológico vão possuir significados diferentes de acordo com o meio em que o indivíduo está inscrito,

pois ele compartilha de experiências de vida que são singularizadas ante os outros da mesma fase de vida, em uma perene criação e recriação do seu mundo interno.

Paralelamente ao desenvolvimento físico, ocorrem também modificações no âmbito social. Através da ampliação da matriz de identidade, passa a incorporar uma leitura dos modelos dos adultos e os amigos passam a ter mais importância e a serem imitados, passando a maneira de falar, de vestir e de agir a ser influenciada pelo grupo. O medo de não ser aceito nem valorizado faz com que o indivíduo procure agir de acordo com a maioria. Não é só o adolescente que sofre com as mudanças ocorridas, mas, também, os pais passam a ter dificuldades para compreender o comportamento dicotômico: o indivíduo se comporta, ora como criança, ora como adulto.

As evidências do modo como a adolescência é tradicionalmente tratada incluem:

[...] busca de si mesmo e de sua identidade, tendência grupal, necessidade de intelectualizar e fantasiar, crise de religiosidade, falta de conceito de tempo, evolução sexual, atividade social reivindicatória, contradições sucessivas em manifestação de conduta, separação progressiva dos pais, flutuações de humor e de estado de ânimo. (VIZZOLTO, 1992, p. 19).

Nessa perspectiva, ainda se assinala a ambivalência ante o desejo de se tornar adulto e o medo de abandonar a infância. Dá-se o rompimento com os velhos esquemas infantis e o desenvolvimento de outros novos, que acompanharão o jovem por toda a vida. De acordo com Knobel e Rosenthal (1992), o adolescente, durante essa transição deverá elaborar três lutos e três perdas:

a) Luto pelo corpo infantil – Esse fato refere-se à elaboração do sentimento de impotência diante das novas modificações do esquema corporal, que, além de assustar o indivíduo, não consegue dominar tais modificações;

b) Luto pelo papel e identidade infantis - Nesse luto, o indivíduo deverá abrir mão da escolha recebida na infância;

c) Luto pelos pais infantis - O adolescente almeja proteção e controle dos pais, ao mesmo tempo em que idealiza uma relação de igualdade com eles.

As elaborações desses lutos e perdas se processam de forma lenta na vida dos adolescentes, gerando comportamentos conflituosos e de contestação peculiar na adolescência.

A adolescência é caracterizada, ainda, pela formação de grupos sociais que podem funcionar como um suporte para que o adolescente possa afirmar-se como igual o que faz com

que busque construir novas identificações e estabelecer novos vínculos. A formação desses grupos também é acompanhada de normas, valores e regras que são aceitas e valorizadas por seus membros. Assim, os significados coletivos elaborados também são passíveis de modificações pelos sujeitos, uma vez que são produtos construídos por eles, tornando-se passíveis de mudanças na sua estrutura, visto que não se trata de algo rígido e absoluto.

Ampliando a perspectiva calçada essencialmente nas mudanças biológicas, embora alcançando aspectos psicossociais, como foi visto, Diógenes (1998) assegura que a juventude constitui-se de uma categoria social, tecida em um terreno de constantes transformações, em que o próprio marco conceitual torna-se irredutível a uma definição concreta e estável através da fisiologia. Dessa visão, compartilham Levi e Schmitt (1996), pois nenhum limite fisiológico basta para identificar uma fase da vida que se pode explicar melhor pela determinação cultural das sociedades, conforme o modo pelo qual tratam de identificar, de atribuir ordem e sentido a essa passagem.

Os jovens, por mais que busquem formas de expressão estética referendadas no consumo de massa, são os atores sociais que mais parecem expressar *diferenças*, tendo como princípio a noção compactuada de *território* e a construção de *signos compartilhados* a serem lidos de modos diversos por grupos divergentes. Devido às diversidades culturais que representa, de forma diferente, esse grupo homogêneo, deve-se ter cuidado para não se querer estabelecer os mesmos padrões metodológicos e as mesmas categorias teóricas utilizadas para os demais atores. (DIÓGENES, 1998).

Na maioria das vezes, em nossa contemporaneidade, os jovens pobres encontram-se sem perspectivas como classe social, sem um campo de desejo e luta definido, o que pode levá-los a uma inibição nas suas relações com os outros, fazendo com que a sua angústia, muitas vezes, se manifeste em passagens e atos violentos contra as pessoas e contra si mesmos. Em relação a isso, Werebe (1982) menciona que a camada mais frágil da população jovem, a menos estruturada, a mais desprovida afetivamente, poderá, eventualmente, na sua trajetória, encontrar nas substâncias psicoativas uma alienação para seus conflitos.

Assim, embora o consumo de drogas esteja relacionado com a população jovem, segundo uma pesquisa desenvolvida por Cotrim e Rosemberg (1990), encontra-se associada primeiramente à *cultura grupal*, depois à *rebeldia*, aos valores dominantes, à inconformidade social, ao convívio com amigos num cotidiano pouco planejado e excludente entre outros fatores. Devemos levar em consideração a subjetividade e a significação que o indivíduo está dando ao ato de consumir a droga.

Outros autores, como Bergeret e Leblanc (1991) e Bucher (1992), chamam também a atenção para a relação existente entre adolescentes e o consumo de drogas, uma vez que eles são considerados consumidores natos de substâncias psicotrópicas, por encontrarem-se também, em uma época de descobertas, onde o jovem experimenta a possibilidade de ser adulto, de exercer poder e controle de si mesmo. É um momento de diferenciação em que ocorre um afastamento gradual da família e adesão a grupos de iguais. A pressão desse grupo para determinados comportamentos é algum dos fenômenos comuns nessa fase e que pode levar o jovem à primeira experiência com as drogas ilícitas.

Em um levantamento realizado por Carlini et al. (2002) acerca do consumo de substâncias psicoativas, os autores chamam a atenção para a ocorrência de que é na juventude que o indivíduo experimenta a droga, como podemos verificar na tabela 1:

Tabela 1 – Distribuição dos entrevistados por faixa etária e sexo.

Faixa Etária	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
12 a 17	511	14,0	489	10,1	1000	11,6
18 a 25	688	18,9	873	18,1	1561	18,2
26 a 34	811	22,2	1005	20,9	1816	21,1
≥ 35	1686	46,3	2526	52,6	4212	49,0
Total	3696	100,0	4893	100,0	8589	100,0

Fonte: Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil. São Paulo. CENAD, CEDRID, UNIFESP, 2001.

Amostra: 8589, idades 18ª a 65 anos

De acordo com o levantamento epidemiológico desenvolvido por Carlini et al. (2002), através do CEBRID, podemos observar ainda, que as drogas foram utilizadas pelos jovens pelo menos uma vez na vida, conforme a tabela 2:

Tabela 2 – A prevalência do uso de drogas uma vez na vida.

Tipo de Droga	Total %	Homem %	Mulher %
Maconha	6,9	10,6	3,4
Cocaína	2,3	3,7	0,9
Crack	0,4	0,7	0,2
Merla	0,2	0,3	0,1
Analgésicos	1,4	1,1	1,6
Anfetamina	1,5	0,8	2,2
Anticolinérgicos	1,1	1,1	1,0
Alucinógenos	0,6	0,9	0,4
Heroína	0,1	0,1	0,0
Esteróides	0,3	0,6	0,1
Barbitúricos	0,5	0,3	0,6
Codeína	2,0	1,5	2,4
Orexigênos	4,3	3,2	5,3
Benzodiazepínicos	3,3	2,2	4,3

Fonte: Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil. São Paulo. CENAD, CEDRID, UNIFESP, 2001.

Amostra: 8589, idades 18ª a 65 anos

Dentro desse panorama, a inserção dos jovens no mundo das drogas é um fenômeno que vem crescendo em todo o mundo, ao mesmo tempo em que é um tema difícil de ser abordado. O pavor vivido pelos adultos diante desse tipo de comportamento, alimentado muitas vezes por mito e pela falta de informações corretas, pode incentivar, em vez de evitar tal conduta entre eles. O primeiro passo para se intervir de forma correta, sobre o consumo das drogas na adolescência, consiste em se conhecer melhor esse fenômeno, sem as limitações nem a rigidez que os preconceitos costumam impingir a essa conduta. (GORGULHO, 1996).

Como existe uma diversificação de formas de consumo de drogas, é importante conhecermos e diferenciar a classificação dos usuários de drogas. (BRASIL, 1992).

- a) Experimentador: limita-se a experimentar uma ou várias drogas, em geral por curiosidade, sem dar continuidade ao uso;
- b) Usuário Ocasional: utiliza uma ou várias substâncias, quando disponível ou em ambiente favorável, sem rupturas nas relações afetivas, sociais ou profissionais;

c) Usuário Habitual ou "Funcional": faz uso freqüente, ainda controlado, mas já apresenta sinais de rupturas;

d) Usuário Dependente ou "Disfuncional": (toxicômano, drogadito, dependente químico): vive pela droga e para a droga, descontroladamente, com rupturas em seus vínculos sociais, com marginalização e isolamento.

Assim, através dessa classificação, poderemos ver que há uma evolução gradativa na quebra dos vínculos sociais que vão se consolidando. O sujeito, ao usar droga no imaginário social, parece procurar uma maneira de *normalizar* o seu consumo, castrando seu processo de singularização e inserção junto aos mandatos comunitários.

O levantamento realizado por Carlini et al. (2002), em dez capitais brasileiras sobre o consumo de substâncias psicoativas, também demonstrou que, na cidade de Fortaleza o consumo vem aumentando na juventude, como podemos ver na tabela a seguir:

Tabela 3 – O consumo de drogas na adolescência em 10 Capitais

USO NA VIDA (%)				
Capital	1987	1989	1993	1997
Belém	13,5	21,6	16,9	24,5
Belo Horizonte	21,6	34,2	24,9	23,1
Brasília	26,3	24,0	22,0	25,0
Curitiba	15,6	20,7	20,0	26,3
Fortaleza	17,6	21,5	22,4	28,1
Porto Alegre	21,1	24,3	22,9	29,5
Recife	23,5	28,8	26,8	25,9
Rio de Janeiro	25,6	29,3	22,8	22,0
Salvador	22,5	25,6	20,7	20,9
São Paulo	23,5	30,6	26,6	18,5
TOTAL	21,1	26,1	22,6	24,4

Fonte: Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil. São Paulo. CENAD, CEDRID, UNIFESP, 2001. Amostra: 8589, idade 18 a 65 anos.

Em uma pesquisa realizada por Souza et al. (1997), com 627 alunos de Medicina da Universidade Federal do Ceará, para se verificar a prevalência do uso de drogas lícitas e ilícitas, revelou-se que a droga lícita mais consumida foi o álcool, com 92%; o lança-perfume, com 46,9%; o tabaco, com 45%; os xaropes, com 40,2%; os ansiolíticos, com 14,5% e a maconha, com 13,1%. Foram verificadas associações entre o uso de mais de uma substância, como o tabaco e o álcool, o álcool e o lança-perfume.

Diógenes (1998) aponta para o fato de que na nossa cultura, os indivíduos que fazem uso da droga ilícita são tidos como “desviantes”, como aqueles que representam uma “ameaça” para a sociedade; como pessoas “criminosas” passíveis de punições. Muitas vezes, a marginalização e o preconceito sofridos começam na própria estrutura familiar, ocasionando reações de rejeição e exclusão do usuário, levando-o às vezes, para o aumento do consumo.

Nesse momento em que a própria família cria um cenário de estigmatização juvenil, o indivíduo, na maioria das vezes, principalmente nos grandes centros urbanos, organizam-se em galeras, gangues, que, para Diógenes (1998) seriam um modo de “inclusão” forçada feita pela juventude como um modo de *resistência* de classe social, cuja marca cultural é o território, que transcende a dimensão físico-espacial dos espaços segregados das cidades.

Diógenes (1998) acrescenta ainda, que ao se organizarem dessa maneira (galeras e gangues), os jovens estão de certa forma contrapondo-se ao vazio de referentes das classes sociais dominantes, que recortam o cotidiano das grandes cidades. Assim, a expressão das tensões e as rupturas dos tramas da exclusão social, acabam oferecendo ao público a visão de uma face mais exacerbada, seu ponto paroxístico. Diante da segregação sofrida e da própria dificuldade de acesso e de inserção na própria comunidade, os jovens tendem a criar, como alternativa, grupos de solidariedade restritos e fechados.

Na nossa sociedade, um indivíduo que utiliza a droga ilícita passa a carregar consigo uma marca classificatória segregadora, permeada pelo referente da marginalidade, do estigma e do desviante. Velho (1985) já mencionava que a conotação dada ao termo *desvio* está relacionada com a significação de marginalidade e, geralmente quando empregada, encontra-se associada a uma visão negativa, razão pela qual ao utilizá-la, deve-se ter bastante cuidado. Dessa idéia compartilha Diógenes (1998), assinalando que o termo marginalidade foi difundido depois da Segunda Guerra Mundial, com o desenvolvimento urbano, em que as pessoas passaram a se concentrar nas periferias desses centros, advindas de périplos migratórios, carregando consigo tal rótulo.

Dentro dessa orientação, o desviante, para Velho (1985), é um sujeito que não está inscrito fora da sua cultura, mas que faz uma leitura dela divergente. Assim, existem áreas de comportamento em que ele agirá como qualquer cidadão “normal”, mas, em outros momentos divergirá, com o seu comportamento, dos valores dominantes.

É importante analisar que cada cultura possui características peculiares que são próprias e naturalizadas dentro da sua organização social. Portanto, um determinado comportamento que é considerado desviante em uma sociedade, poderá ser padrão em uma

outra cultura. Os processos de divergência também são sementeiras para a construção de novas identidades.

O comportamento humano pode variar amplamente, mas cada comunidade estabelece parênteses simbólicos em volta de um certo segmento dessa zona demarcada. Esses parênteses são, de certa forma, as fronteiras da comunidade. (...) Formas de comportamento desviante, marcando os limites externos da vida do grupo, dão à estrutura interna seu caráter especial e assim fornecem o arcabouço dentro do qual as pessoas desenvolvem um sentido ordenado de sua própria identidade. (ERIKSON APUD VELHO, 1985, p. 24).

Nessa perspectiva, devemos levar em consideração a singularidade do ser humano como sujeito que pode transcender normas e a moral social, mas que se encontra inscrevendo sua subjetividade no contexto das relações sociais onde vive.

Outro fato a se destacar é a forma alarmista e deturpada com a qual a mídia atinge essa população quando o assunto se refere às drogas. Em vez de alarmes e deturpações, deveria haver um posicionamento sério e comprometido de se formar essa população, informá-la acerca do consumo, do abuso, da dependência e dos efeitos que uma droga pode causar em um indivíduo.

A visão de juventude enquanto uma dimensão biológica vivida por sujeitos psicológicos, que estão a se inserir no mundo adulto, um mundo de trabalho e de solicitações de novos papéis sociais, ainda se insere em contextos econômicos e culturais específicos.

Dentro desse contexto, é importante mencionar que o comportamento individual e a formação da consciência moral dos sujeitos, enquanto agentes de transformação social, são desenvolvidos principalmente dentro da estrutura familiar.

Com o advento da economia capitalista, que eclodiu nos séculos XIX e XX, ocorreram grandes mudanças econômicas, educacionais e sociais. Essas mudanças repercutiram nos padrões de comportamento e, conseqüentemente, nas mudanças da estrutura familiar. Todavia, algumas dessas mudanças foram renovadoras, outras ocasionaram o progressivo isolamento da célula familiar, fatos que, aliados a um consumo indutor e a uma busca de prazer instantâneo e imediato, contribuíram para o surgimento de conflitos e desajustes, entre os quais se encontra o abuso de drogas.

A educação dada pelo núcleo familiar, conforme Barreto (2002), é fundamental para que o sujeito possa desenvolver-se sem criar uma dependência que começa na própria relação mãe-filho, família-filho, que, na maioria das vezes, acaba sendo transferida para a

dependência das substâncias psicoativas. A relação desenvolvida dentro da família, deve ser baseada na inter-relação e interdependência de todos os fenômenos físicos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais.

Para Barreto (2002), os pais devem educar os filhos para a autonomia. Assim, toda dependência química mascara e esconde uma outra forma de dependência alicerçada na educação do filho, muitas vezes tratado, inconscientemente, como “incapaz” de assumir responsabilidades, como simples tarefas, que vão da arrumação do quarto, ao uso da televisão e do videogame. Dessa maneira, os limites impostos pelos pais são importantes para que os filhos possam desenvolver-se com autonomia e independência, diante das escolhas no percurso da vida.

O núcleo familiar parece focalizar o elo simbiótico existente entre mães e filhos que, na maioria das vezes, favorece uma relação indulgente, apegada e super-protetora, que leva os indivíduos a se tornarem dependentes, e, por sua vez, essa dependência pode ser transferida para a ingestão das drogas. (FENDER, 1996). Assim, o indivíduo que se torna um dependente de substâncias psicoativas, é desvalorizado como pessoa. Sua família sente-se impotente e culpa causas externas (amigos e vizinhos) pelo problema. Em algumas famílias, esse uso acaba sendo o foco de todos os seus conflitos e problemas, e o usuário é frequentemente tratado como uma pessoa desamparada. Nessas famílias, a droga é vista como uma força, à qual o filho não tem capacidade de resistir.

Diante dessa complexidade, os pais encontram-se desinformados para lidar com os seus filhos, tornando-se angustiados e rejeitando qualquer situação que envolva o uso de drogas. Isso, quando se descobre, revela-se muitas vezes de forma súbita, o que acentua por vezes, a ausência de uma comunicação sincera entre pais e filhos ou a presença de um conflito latente na família. (BUCHER, 1998).

Conforme Bucher (1998), o usuário ou dependente de drogas, em geral, vive conflitos intensos em seu ambiente familiar. O toxicômano rejeita o sistema de valores dos pais sem, entretanto, lograr romper o vínculo com eles. Em alguns casos, ocorre um rompimento brusco com a família. Essa ruptura não é definitiva nem clara, tanto para o jovem quanto para os pais, o que ocasiona uma relação de intensa ambivalência.

Estudos realizados por Stanton e Todd; Vaillante (apud FENDER, 1996) demonstraram que os dependentes químicos costumam se manter estreitamente ligados à família de origem, apesar de, aparentemente, terem deixado o lar. Com frequência, o usuário de substâncias psicoativas mostra-se como um indivíduo dependente e inadaptado, ou seja,

despreparado para assumir responsabilidades e compromissos sociais, como se necessitasse de uma proteção ainda não garantida suficientemente do seu ponto de vista.

Segundo Fender (1996), em algumas famílias, o problema da drogadição persiste, por ser tomado como o foco de todos os problemas existentes no núcleo familiar.

Dentro dessa ótica, ressalta-se a importância de desenvolver medidas de promoção à saúde e ações preventivas em relação a essa problemática, pelos serviços de saúde, dentre os quais o Programa Saúde da Família. Esse programa visa a ações preventivas que não são realizadas individualmente, mas administradas em conjunto com a comunidade, levando-se em consideração os aspectos socioeconômicos, culturais e educacionais peculiares às comunidades.

Dessa forma, o Programa Saúde da Família, em consonância com o Sistema Único de Saúde, prioriza ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família. Esse Programa visa à reorganização da prática assistencial no que se refere à saúde e exige mudanças, tanto na estrutura organizacional dos serviços, como na relação comunidade e profissional, uma vez que as práticas dos profissionais encontram-se centradas na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, proporcionando, assim, uma melhor compreensão do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. Sob esse prisma, é importante conhecermos como está estruturado e organizado o Programa Saúde da Família, para entendermos as suas diretrizes e sua aplicabilidade dentro da rede das relações sociais.

3.2 Programa Saúde da Família

A partir da década de 1990, várias transformações ocorrerem no âmbito social, educacional, econômico e cultural nos mais diversos países e, inclusive no Brasil. Tais mudanças levaram os sistemas de saúde no Brasil, a passar por reformas. De acordo com Viana e Dal Poz (1998), estariam agregadas à separação das funções de provisão e financiamento das ações de saúde, a inclusão de mecanismos de mercado através da competição administrativa e da ênfase na efetividade clínica.

O debate referente aos Cuidados Primários de Saúde ocorreu em 1978, em Alma-Ata, através de um evento significativo no âmbito da implementação da questão da saúde. Assim, nessa conferência, firmou-se a meta de “saúde para todos no ano de 2000” e foram apresentadas algumas recomendações que vieram influenciar nas políticas de saúde em vários

países, incluindo o Brasil. Nas recomendações encontra-se incluída a reafirmação de saúde como um direito humano essencial, instituindo-se os princípios da universalização, equidade, regionalização e hierarquização do setor saúde.

A Primeira Conferência Internacional referente à Promoção da Saúde aconteceu, em 1986, em Ottawa no Canadá, reafirmando o campo da saúde como um produto social. Assim, a área da saúde, com referência ao âmbito coletivo-público-social, tem passado por sucessivos movimentos em que se colocam as práticas sanitárias como resultantes da articulação entre sociedade e Estado, que definem em cada conjuntura, as respostas sociais para as necessidades e para os problemas de saúde. (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Dessa forma, a promoção da saúde demanda uma estratégia de enfrentamento associada a múltiplos fatores que interferem no processo saúde-doença, propondo-se uma articulação de vários saberes, tanto populares como técnicos, bem como uma ação coordenada entre os diferentes setores da sociedade, visando a uma busca contínua de expansão do potencial positivo de saúde e a de se repensar o modo de atuação da saúde coletiva.

Direcionando a saúde para o contexto brasileiro, em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília, firmaram-se os princípios e diretrizes norteadores das políticas públicas de saúde, resultando na formulação da proposta da reforma sanitária, fortalecendo o conceito ampliado de saúde, o reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado, o Sistema Único de Saúde (SUS), a participação popular, a constituição e ampliação do orçamento social. (WESTPHAL, 2003).

Foram assim, implementados conforme a conjuntura social, os diferentes processos da constituição e, de acordo com as operações dos sistemas de saúde, uma nova estratégia de intervenção na reforma do Sistema Único de Saúde – SUS. Assim, considerando-se as transformações no SUS, existem os Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), que efetivamente ocasionaram mudanças, tanto nas modalidades de alocação de recursos, formas de remuneração das ações de saúde, quanto na forma de estruturação dos serviços.

O PACS teve como enfoque a família, como célula germinadora de ação da saúde, deixando para trás as ações que se concentravam no indivíduo, a partir de sua patologia. Também foi introduzida a noção de área de cobertura, a partir de um número específico de famílias, em que interações relacionadas com a saúde passaram a ser desenvolvidas. Através desse Programa, foi possível introduzir uma visão ativa da intervenção em saúde, ou seja, não esperar a população ir em busca de ações curativas, mas agir sobre ela, preventivamente,

estabelecendo-se um instrumento real de reorganização da demanda. (VIANA; DAL POZ, 1998).

O Programa Saúde da Família – PSF foi regulamentado pela Constituição Federal de 1988 e pelas Leis Complementares, que gradativamente vêm ocorrendo sobre os pilares da universalização, de integralidade, de descentralização e da participação popular. (SILVESTRE; COSTA NETO, 2003). O PSF foi implantado em 1994, pelo Ministério da Saúde, objetivando a substituição do modelo tradicional hospitalocêntrico, pela reorganização da atenção básica à saúde, visando a uma nova dinâmica para a organização dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade. Tal programa possui o compromisso de:

- Reconhecer a saúde como um direito de todos os cidadãos, devendo as práticas de saúde estar pautadas em práticas humanizadas e haver um bom relacionamento dos usuários com os profissionais de saúde;
- A população deve ter assistência pautada na universalidade, integralidade e resolutividade e de boa qualidade, tanto na unidade de saúde, como no atendimento em domicílio;
- Identificar os fatores de risco aos quais a população encontra-se exposta e neles intervir de forma apropriada;
- Incentivar e estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social;
- Proporcionar parcerias para o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem à manutenção e à recuperação da saúde da população.

A implantação desse Programa visa à integralidade da assistência e à criação de vínculos de compromisso e de responsabilidade compartilhados entre os serviços de saúde e a população.

A estruturação do Programa Saúde da Família ocorre, a partir da unidade de saúde, com equipes multiprofissionais que assumem a responsabilidade por uma determinada população a elas vinculadas, objetivando desenvolver ações que venham atender à demanda da comunidade. As práticas desses profissionais é que farão diferença com relação aos programas tradicionais e que garantirão a mudança de paradigma, de práticas e de resultados alcançados.

Dessa maneira, hoje sentimos a necessidade de se abordar temáticas relacionadas com o uso indevido de drogas ilícitas no Programa Saúde da Família, tendo em vista que esse

Programa prioriza ações preventivas que têm o intuito de promover uma melhor qualidade de vida da população. Então, como os profissionais entendem e percebem a questão do uso de drogas nas comunidades por eles assistidas? Qual a dimensão das possíveis ações desenvolvidas pelo PSF, no sentido de trabalhar estratégias que visem à prevenção ao uso abusivo de drogas ilícitas em seus contextos locais? Essas são algumas indagações às quais se buscará responder neste estudo.

Com base nesse pressuposto, Rosen (1979) menciona que a manutenção de uma boa saúde e a atenção concedida ao doente, são importantes para conhecermos a realidade onde estão instaurados os problemas da vida comunitária. Como atividade social, a atenção à saúde funciona das mais diversas formas e graus, sendo primordial vivenciar a estrutura da vida comunitária de que faz parte. Nesse sentido é importante a participação ativa da equipe do PSF, na comunidade onde está atuando, para poder intervir de maneira adequada.

Partindo dessas considerações, a estrutura da atenção médica, como parte de uma organização inserida no contexto social, não pode ser vista através de uma análise estática, de um corte transversal. Daí a importância para Rosen (1979) de se ter intercâmbio com outros saberes (sociológico, psicológico, antropológico entre outros) para se compreender o processo de transformação que vem ocorrendo nos últimos anos, concernente às mudanças na estrutura da atenção à saúde, dando-lhe conseqüentemente um significado.

Os grupos e os indivíduos não podem ser separados das instituições em que atuam, na medida em que é no interior desta estrutura que suas psicologias são formuladas. A forma pela qual um indivíduo em um determinado período histórico percebe seu mundo, a forma pela qual ele o sente dependem de seus interesses, crenças e valores, da relação complexa que existe entre sua vida interior, seu padrão de vida e as condições sociais e culturais específicas que ele encontra em seu ambiente. (ROSEN, 1979, p. 62).

Dessa maneira, torna-se importante que as ciências médicas não se limitem apenas ao aspecto biológico da doença nos atores sociais, mas que se relacione com os aportes das outras áreas como as ciências sociais e que entenda a subjetividade e a singularidade humana para poder intervir de forma eficaz juntamente com as ações desenvolvidas na comunidade em que está atuando.

Rosen (1979) compartilha da idéia de que a doença e a saúde são produtos da instabilidade onipresente, são expressões das relações mutáveis entre os vários componentes do corpo, entre o corpo e o ambiente externo no qual ele existe. Por essa razão, as causas do

adoecimento são procuradas no reino da natureza, contudo, no homem a doença possui uma outra dimensão: a doença não existe como “natureza pura”, sendo modificada e moldada pela atividade social e pelo ambiente cultural que tal atividade cria e se desenvolve.

É importante destacarmos que o Programa Saúde da Família é um programa que está direcionado para a atenção à saúde dos excluídos, ou seja, “um sistema de saúde pobre para pobres” (SENNA, 2002). Isso implicar dizer que o Programa Saúde da Família se enquadra na denominação proferida por Foucault (1979) “[...] os encargos coletivos da doença eram realizados pela assistência aos pobres”. (FOUCAULT, 1979, p. 195).

Nesse ponto, as ações devem ser concentradas visando à melhoria da qualidade de vida, bem como intervenções preventivas que venham evitar o agravamento das doenças na população envolvida nesse processo. Assim, partindo do pressuposto de que o consumo abusivo das drogas ilícitas tem sido uma constante em nosso meio, nós nos interrogamos: O que tem sido feito frente a esse fenômeno mediante as políticas públicas existente no PSF pelos profissionais de saúde? Que ações preventivas têm sido desenvolvidas? Sabemos que um dos objetivos do PSF é desenvolver ações preventivas, podendo assim, os profissionais realizar trabalho preventivo da drogadição, tendo consciência da amplitude do fenômeno, elaborando estratégias de intervenção que levem em conta a especificidade de cada população-alvo.

Partindo dessas considerações, percebemos que o trabalho preventivo das drogas ilícitas não é fácil, pois os profissionais de saúde carregam consigo preconceito, estereotipo, estigmas e levam isso para a sua relação de trabalho, dificultando o entendimento dos discursos da população, dos que são eleitos como prioritários conforme as suas necessidades.

Westphal (2003) chama atenção para o conceito de saúde e das estratégias de promoção de saúde, ampliando nossos horizontes, mas o risco do preconceito continua. Diante disso, torna-se necessário compreender que os valores e as necessidades são relativos, que os comportamentos necessitam de condições para serem modificados, buscando-se para isso, uma integração com outros aportes nas camadas populacionais.

Pensando nesse novo modelo de atuação, como forma de intervir na atenção à saúde, o Governo do Estado do Ceará, através da Secretária de Saúde, em 1995, implantou o Programa Saúde da Família, pois até então, as ações no campo da saúde centravam-se no processo do adoecimento de forma individualizada. Por isso, o Estado ao implantar o PSF, adotou os princípios norteadores da universalização, da equidade e da integridade da atenção, fortalecendo as ações de promoção e prevenção das doenças e a participação da comunidade.

Em seu estudo, Andrade (1998), com referência ao PSF do Ceará, abrangendo a sua estrutura de funcionamento, entre as limitações e dificuldade mais significativas, apontou que os profissionais encontram-se despreparados para atuar na comunidade. Tal resultado está vinculado à formação predominantemente para a atenção hospitalar, conferida pelos cursos de nível superior de Medicina e Enfermagem.

O Estado do Ceará, em 2002, possuía 1.181 equipes no Programa Saúde da Família, conforme o Ministério da Saúde (2004). Cada equipe era constituída por profissionais, como: médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de enfermagem, auxiliar de odontologia, agente comunitário de saúde, além de outros profissionais que trabalham na Unidade Básica de Saúde.

Contudo, vale ressaltar que, na Unidade Básica de Saúde, existe uma variação do número de equipes, pois as equipes formadas se estabelecem de acordo com a demanda da população cadastrada, existindo também, variações das ações desenvolvidas.

Geralmente as ações desenvolvidas no PSF concentram-se nas doenças compulsórias, como diabetes, hipertensão, hanseníase entre outras que são preconizadas pelo Ministério da Saúde, e acabam redirecionando para o assistencialismo, entrando na contra mão do que preconiza o PSF. Assim, a promoção e a prevenção da saúde acabam ficando em segundo plano. Como menciona Sucupira (2003), a assistência está contida na promoção da saúde, em uma visão ampla do termo, influenciando diretamente outros níveis de atenção, na medida em que se concebe o PSF como estratégia estruturante de todo o sistema.

Paim e Almeida Filho (1998) ressaltam que, no campo da saúde pública, é importante salientar para uma construção da prática social e histórica em que se tecem os sentidos e significados extraídos do potencial da comunidade contextualizada e vinculada nesse processo de formação da promoção da saúde. Nesse ponto, as intervenções deveriam ser institucionalizadas sob a forma de movimentos organizados no âmbito local das comunidades urbanas, destinados principalmente, à ampliação da ação social nos setores de habitação, educação e saúde. Na saúde as ações deveriam estar palpadas na promoção e prevenção, proposta da saúde comunitária. Nesse caso, a ênfase maior seria para o conhecimento dos processos socioculturais e psicossociais, mediante a integração das equipes de saúde nas comunidades, através da identificação e cooptação dos agentes e forças sociais locais para os programas de educação em saúde.

Partindo desse pressuposto, os profissionais deste estudo como atores sociais no processo de transformação diante das práticas-ações de saúde parecem não buscar parcerias que existem na própria comunidade, ao contrário do Centro Comunitário Luiza Távora,

localizado ao lado da Unidade de Saúde da Família, que busca o apoio e estimula as lideranças na mobilização e articulação da comunidade, buscando alternativas coletivas para a solução de seus problemas e incentivando a participação popular na construção de uma consciência crítica e cidadã. Também o Projeto 4 Varas desenvolve atividades no Pirambu, no âmbito do fortalecimento dos vínculos familiares, comunitários e sociais, buscando a autonomia nas lutas populares por melhores condições de moradia, transporte, educação, saúde, entre outras conquistas que venham propiciar uma melhor qualidade de vida.

Como destaca Rosen (1979); Paim e Almeida Filho (1998) a área da saúde mantém relação no âmbito coletivo-público-social, através de movimentos sucessivos de recomposição das práticas sanitárias distintas que se constituem de articulações entre sociedade e Estado que definem, em cada conjuntura, as respostas sociais para as necessidades e aos problemas de saúde. Dessa forma, é importante mencionar que o PSF é centrado num espaço de desafios e que os profissionais, em seu cotidiano, experienciam contradições e conflitos, acabando suas práticas sendo desenvolvidas através do modelo biomédico. Ao mesmo tempo, as contradições inerentes ao corpo social estimulam o aparecimento da doença e, nesse cenário tão heterogêneo e múltiplo, torna-se importante conhecermos o processo de formação e de militância da comunidade em que se deu o desenvolvimento deste estudo.

3.3 O Cenário da Comunidade do Pirambu: um breve histórico

O desenvolvimento industrial, o crescimento do capitalismo, a concentração de renda e de propriedade e as contradições do processo de desenvolvimento econômico contribuem para aumentar o fluxo migratório e o conseqüente aumento desordenado nos grandes centros urbanos. Assim, na cidade de Fortaleza, começou o crescimento urbano na década de 1940, em que passou a crescer de forma desordenada.

Fortaleza forma um aglomerado, cujos recursos de infra-estrutura como moradia, emprego, educação, e saúde não conseguem dar suporte suficiente e necessário a toda a população, o que ocasiona carência social, exclusão econômica e social, bem como o agravamento da problemática urbana.

De acordo com Silva (1992), o processo de favelização, na cidade de Fortaleza, encontra-se associado aos constantes deslocamentos de lavradores sem terra e pequenos

proprietários que se dirigiram à cidade devido à rigidez da estrutura fundiária, que na maioria das vezes, bloqueia o acesso desses lavradores à terra e a outros meios de produção. Assim, as pessoas que saem da sua terra natal e buscam na capital um sonho de melhorarem as condições de vida deparam-se com uma realidade ainda mais cruel.

Silva (1992) destaca ainda, que as pessoas vindas do interior para as grandes cidades, a princípio não têm um local para residir e acabam ficando debaixo de pontes, nas praças e nas próprias ruas. Assim, os becos, as zonas de difícil acesso e os locais desabitados passam a abrigar um número cada vez mais considerável de pessoas vindas do sertão. Com dificuldade do retorno à cidade de origem, o nomadismo vai provocando um intenso processo de periferização da cidade e de “territorização”, levando esses excluídos à violência urbana entre iguais.

O processo de periferização na cidade de Fortaleza fez surgir a comunidade do Pirambu, que de acordo com as delimitações geográficas de Fortaleza, encontra-se localizada na zona oeste da cidade, à beira-mar, e a uma distância média do centro da cidade de aproximadamente 5 (cinco) quilômetros, tornando-se atrativo para aqueles que, em condições difíceis, buscam na cidade uma vida melhor.

De acordo com Ervedosa (1990), a palavra Pirambu é de origem tupi e designa um nome de um peixe. Foram os pescadores nativos, que ao saírem para o mar, encontraram grande quantidade de um peixe chamado pirambu e, deste então, por ser uma região que possui muitos desses peixes, a comunidade foi batizada com esse nome.

O Pirambu se localiza na costa cearense, passando a funcionar como escoadouro de freqüentes migrações que atraíam os agricultores sem terra que eram impulsionados a deixar o campo para migrarem para os centros urbanos, dando uma nova significação ao ambiente de moradia. Assim é que, a comunidade do Pirambu, situada na região litorânea, começou a abrigar uma população que busca uma vida melhor nas grandes cidades.

Conforme depoimento dos primeiros moradores, o Pirambu sofreu grandes transformações desde a sua fundação. Antigamente, a área era formada por morro e dunas que tinham uma areia branca, e as águas do mar eram cristalinas. Os moradores desse tempo possuíam vínculos de solidariedade e sentimentos coletivos. (ERVEDOSA, 1990).

Essa comunidade possui enorme densidade demográfica, com uma população de aproximadamente 270 mil habitantes, integrando o chamado “Grande Pirambu”, formado por bairros como Nossa Senhora das Graças, Cristo Redentor, Colônia, Tirol e Quatro Varas.

Na primeira fase de formação dessa comunidade, já se apresentaram as difíceis condições de vida das pessoas que aí passaram a habitar. Os habitantes se constituíram de

retirantes que fugiram da seca do interior, denominados de migrantes. Eram pescadores que viam na pesca a única forma de sobrevivência, os operários das fábricas, desempregados e trabalhadores com sub-emprego, entre outros indivíduos das classes populares que passaram a se integrar como primeiros moradores. (CAVALCANTE, 2000).

A partir da segunda metade da década de 1940, com a democratização do País, após a ditadura de Vargas e o apoio recebido do Partido Comunista Brasileiro, que passa a atuar de forma incisiva no meio popular cearense, no Pirambu se ensaia um movimento popular articulado, em que se discute sobre melhores condições de moradia, transporte, água potável e outras reivindicações por melhores condições de vida.

Com a chegada do padre Hélio Campos, o primeiro vigário da comunidade que assumiu a paróquia de Nossa Senhora das Graças do Pirambu, no ano de 1958, deu-se início a um importante trabalho social, com base nas reformas da Igreja Católica, em favor dos pobres. A atuação de Igreja, nessa época, voltou-se para a situação de desamparo social e religioso dos moradores da comunidade e focalizou um trabalho de evangelização, como luta social, em que se preconizava a valorização da pessoa humana, numa perspectiva de vida cristã capaz de transformar as desigualdades sociais.

O bairro foi palco de reivindicações que ocorreram no ano de 1962, e ficou marcado com a Marcha do Pirambu, organizada pelo Padre Hélio e pelos próprios moradores, consistindo em uma reivindicação por melhores condições de moradia e melhores condições de vida. A marcha contou com a participação de 30 mil pessoas e teve como resultado a edição do decreto de desapropriação das terras do Pirambu, homologado em maio daquele mesmo ano, pelo Ministro do governo João Goulart, Tancredo Neves, com assinatura do Ministro da Viação e Obras Públicas - o cearense Virgílio Távora. (CAVALCANTE, 2000). Essa marcha simbolizou historicamente o potencial de luta e resistência que a população do Pirambu possui.

Em 1964, ocorreu o golpe militar e a repressão que se seguiu ocasionou o refluxo do movimento popular. Nesse período Padre Hélio foi transferido para outro Estado e, então, a paróquia do Pirambu foi dividida em duas paróquias: a de Nossa Senhora das Graças, sob a responsabilidade do Frade Frei Kerginaldo Memória, e a do Cristo Redentor, que passou a ser administrada pelo Padre Caetano. De acordo com Cavalcante (2000), a saída do Padre Hélio fez com que o trabalho social que vinha desenvolvendo-se ficasse desarticulado. A repressão vivida pelos moradores fez sufocar sua expressão política até o fim da década 1970, de modo que, foi só a partir da década de 1980, com a abertura política, que ressurgiu o trabalho social e político no Pirambu, em escala superlativa.

Com a reabertura política no Pirambu, como em todo o país, ressurgiu a redemocratização e os movimentos sociais passaram a mobilizar amplos setores da população; novas idéias e ações de transformações foram encetadas e novos centros abarcaram canais de participação da coletividade. A criação do Centro Popular de Pesquisa Documentação e Comunicação do Pirambu – CPDOC representa bem esse esforço dos moradores para legitimar a memória de luta que marcou a trajetória de construção dessa comunidade.

O CPDOC, em 1999, lançou uma publicação intitulada “Historiando o Pirambu”, objetivando a narrativa do percurso histórico de desenvolvimento dessa comunidade, para que seja levada aos acervos, às escolas, associações e aos grupos de reflexões. Assim, através do CPDOC, foi possível conhecer e resgatar a história, a memória dessa comunidade e incrementar o desenvolvimento de ações que contribuíram para o processo de conscientização, mobilização e organização, além de funcionar como pólo cultural e educativo dos moradores do bairro, bem como fortalecer sua identificação com o lugar.

No percurso histórico dessa comunidade, podemos observar que a constituição e o desenvolvimento da sua formação encontram-se engendrados em intensa militância em movimentos políticos e sociais, resultando na formação de uma consciência coletiva e na construção de mecanismos de proteção do grupo e de seus interesses. Assim, os moradores são sujeitos produtores e reprodutores de uma nova cultura política, expressando e manifestando contestações ao poder institucional e evidenciando ultrapassagens na base do poder, possibilitando, com isso, que espaços se abram para se ouvir sua voz e se configurarem suas visões.

Convém destacar, ainda que, antes de se constituir a Unidade Básica de Saúde da Família como a conhecemos, o funcionamento do posto pertencia à responsabilidade do Estado. Somente em 1998, com o processo de municipalização e a descentralização das ações, principalmente no âmbito da saúde, ocorreu uma mobilização da comunidade, participando desse processo na busca da transformação da realidade.

Como menciona Westphal (2003), torna-se importante que nesse processo de pensar e produzir a saúde socialmente, todos os atores, sejam individuais ou coletivos devem participar das ações, uma vez que a tarefa será não só o atendimento ao doente e/ou à doença, mas a minimização gradativa dos efeitos das causas dos problemas.

Na verdade, com a redistribuição de responsabilidades na esfera político-administrativa concernente à instância municipal, a estadual e a federal, compreendemos que cada um desses níveis possui funções específicas e complementares no sistema. Então, destacamos o reforço da instância municipal no que se refere aos serviços de saúde, por ser

essa esfera mais próxima das comunidades, tendo a possibilidade de conhecer as suas reais necessidades, o que facilitará a oferta de serviços mais adequados, ao mesmo tempo em que tornará mais viável a participação da população na formulação, no acompanhamento e na fiscalização das ações de saúde. (ANDRADE, 1998).

Assim, a implantação do PSF no bairro do Pirambu, poderá vir a corroborar o fortalecimento das lutas populares, bem como impulsionar ações coletivas referentes à complexidade das drogas, principalmente as ilícitas, nessa comunidade.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Representações Sociais e as Nuances Históricas

A Teoria das Representações Sociais foi introduzida na Psicologia Social por Moscovici (1978), a partir da sua Tese de Doutorado, “La Psychanalyse: son image et son public”, que teve como finalidade averiguar a difusão da Psicanálise e sua integração na cultura francesa, no intuito de desenvolver uma nova teoria psicossocial sobre a transmissão da comunicação entre os indivíduos. O presente trabalho utilizou-se dessa teoria para sua fundamentação teórica.

Tal teoria discorda das formas psicológicas da Psicologia Social, que na época, exercia grande influência nos Estados Unidos da América. Moscovici (1978) contrapõe-se, então, à referida ciência estudada naquele país, que está mais direcionada ao comportamento dos indivíduos, enquanto seus estudos estão voltados para o conhecimento psicossociológico do indivíduo. Segundo Farr (1995), a teoria das representações sociais é uma forma sociológica da Psicologia Social. Por isso, Moscovici, no início da abordagem da Psicologia Social, chama a atenção para o conceito esquecido de representação coletiva de Durkheim, fazendo uma diferenciação entre o estudo das representações individuais (o domínio da Psicologia) e o estudo das representações coletivas (o domínio da Sociologia).

Ante a perspectiva individualista ou “psicologista” que se estabelecem na Psicologia Social, surge o conceito das representações coletivas, desenvolvido pelo sociólogo Émile Durkheim, para se contrapor à perspectiva individualista. Para ele, a representação coletiva designa o pensamento social em relação ao pensamento individual, ou seja, os indivíduos que formam a sociedade seriam portadores e usuários das representações coletivas, mas essas não poderiam ser reduzidas ao conjunto das representações individuais, das quais difeririam essencialmente.

Moscovici percebeu que a definição durkheimiana sobre as representações coletivas abrangia uma gama bastante extensa e heterogênea de formas de conhecimento, presumindo estar nelas centralizada a maior parte da história intelectual da humanidade. Moscovici estava considerando, então, como objeto de estudo uma psicossociologia do conhecimento. As representações sociais deveriam ser reduzidas a uma modalidade específica de conhecimento que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos na vida cotidiana (SÁ, 1993).

Um outro aspecto em que Moscovici diverge do conceito durkheimiano sobre a definição da representação coletiva é que essa constitui um conceito bastante estático, enquanto, na representação social, a visão é essencialmente dinâmica.

As representações sociais são conjuntos dinâmicos. Seu status é o de uma produção de comportamentos e de relações com o meio ambiente, de uma ação que modifica aqueles e estas, e não de uma reprodução desses comportamentos ou dessas relações, de uma reação a um dado estímulo exterior. (MOSCOVICI, 1978, p. 50).

Dessa forma, Moscovici sentiu a necessidade de postular a Teoria das Representações Sociais, que tem suas raízes no uso das Representações Coletivas, como partida para a reflexão e postura epistemológica que embasa a teoria. A postura epistemológica que dá sustentação às representações sociais tem caráter essencialmente dinâmico dos fenômenos sociais, privilegiando a ação comunicativa como centro da atenção na Psicologia Social.

O que levou na verdade, Moscovici à substituição da terminologia foi a necessidade de pensar a representação como um elo entre o mundo individual e o social, em uma visão de sociedade em mudanças constantes, e numa rede de interações em que qualquer coisa de individual pode torna-se social, ou vice versa. (NÓBREGA, 2003).

Implicando um decisivo afastamento da perspectiva “sociologista”, Moscovici elaborou e formulou sua nova teoria. A elaboração e a formulação de uma nova disciplina na Psicologia Social proporcionou um conhecimento não meramente psicológico, mas um vasto campo de estudos psicossociológicos.

As representações sociais, o fato de que se trate de uma forma de conhecimento acarreta o risco de reduzi-la a um evento intra-individual, onde o social intervém apenas secundariamente; o fato de se tratar de uma forma de pensamento social acarreta o risco de diluí-la nos fenômenos culturais ou ideológicos. (JODELET, 1984, p. 24).

Segundo Jodelet (1984), o termo representação social insere-se entre o social e o psicológico. Primeiramente nós somos sujeitos sociais, sofremos transformações na vida cotidiana e escolhemos e refazemos informações que transitam no corpo social. Jodelet (1984) distingue conhecimento “espontâneo”, que costumamos chamar “conhecimento do senso comum”, de conhecimento científico. O conhecimento do senso comum se constitui a partir das experiências e informações que adquirimos na interação social. Dessa forma, a

representação social é, sob vários aspectos, um conhecimento socialmente elaborado e compartilhado.

Por mais simples que pareça, na Psicologia Social há dificuldades sobre o termo representações sociais, e mesmo Moscovici, recusa-se a dar um fechamento sistematizado da sua conceitualização, pelo fato de não querer pôr limites à evolução do conceito e a seus campos de aplicação. Apesar disso, ele refere-se à representação social como:

[...] um conjunto de conceitos, proposições e explicações criadas na vida cotidiana no decurso da comunicação interindividual. São o equivalente em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; podem ainda ser vistas como a versão contemporânea do senso comum. (LIME, 1993, p. 47).

Nos mais diversos trabalhos, vêm-se desenvolvendo o campo das representações sociais, nos últimos anos, e alguns autores mais próximos de Moscovici, especialmente Denise Jodelet, propõem a seguinte conceituação geral:

O conceito de representação social designa uma forma específica de conhecimento, o saber do senso comum, cujos conteúdos manifestam a operação de processos generativos e funcionais socialmente marcados. Mais amplamente, designa uma forma de pensamento social.

As representações sociais são modalidades de pensamento prático orientadas para a comunicação, a compreensão e o domínio do ambiente social, material e ideal. Enquanto tais, elas apresentam características específicas no plano da organização dos conteúdos, das operações mentais e da lógica. (SÁ, 1993, p. 32).

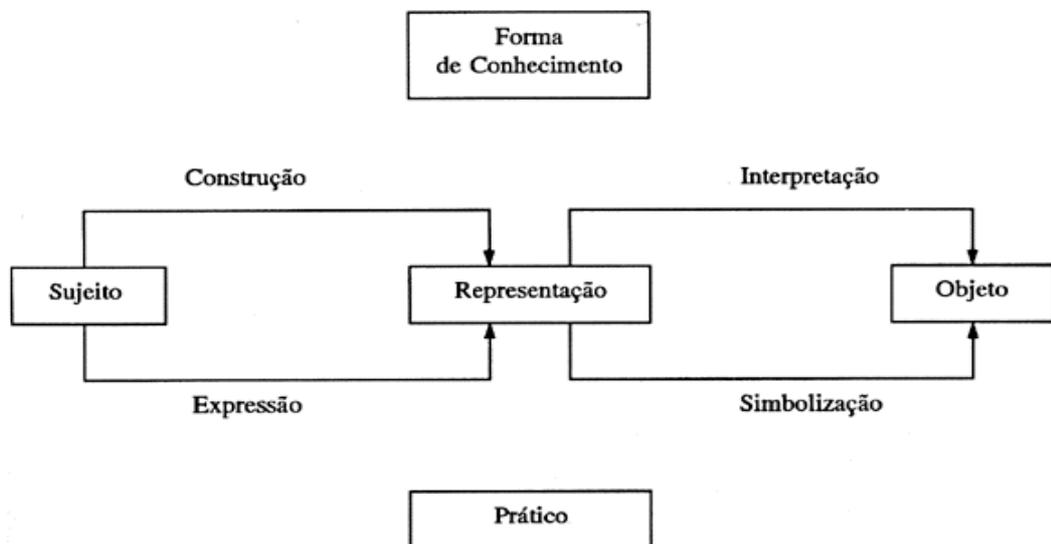
Mais tarde, Jodelet (1984) sugeriu uma definição sintética, sobre a qual parece existir hoje um amplo acordo dentro da comunidade de seus estudiosos: “representação social é uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e partilhado, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social”. (SÁ, 1993, p. 32).

A fim de fazer justiça à complexidade do conceito, Jodelet fez algumas observações esclarecedoras. Por um lado, enfatiza uma representação social como uma forma de saber prático que liga um sujeito (família, grupo, indivíduo) a um objeto (um trabalho a realizar, um personagem social). Por outro lado, afirma ser a representação uma construção e uma expressão do sujeito, medida que há de integrar a análise daqueles processos e as

participações sociais. Como podemos perceber, as representações sociais não constituem um conceito fechado; seu campo encontra-se aberto, inacabado e em permanente construção.

Para melhor compreender o campo de atuação da representação social, Jodelet (1989) esquematiza dois eixos de estudos: no primeiro as representações constituem formas de conhecimento prático orientadas para a compreensão do mundo e para a comunicação; no segundo eixo, elas emergem como elaboração de sujeitos sociais a respeito de objetos socialmente valorizados. (SPINK, 1993).

FIGURA 1. O Campo de Estudos da Representação Social



Adaptado de Jodelet (1989a).

Através da figura de Spink (1993), visualizamos dois eixos principais desse campo de estudo. No primeiro eixo, as representações constituem formas de conhecimentos práticos orientadas para a compreensão da realidade, do mundo e para a comunicação. O segundo eixo remete à atividade de elaboração de sujeitos sociais (ou grupos), a respeito de objetos socialmente valorizados.

Destaca ainda Spink (1993) que os dois aspectos são relevantes para os pressupostos de natureza epistemológica sobre a natureza do conhecimento, uma vez que a relação indivíduo-sociedade foge ao determinismo social e busca um posicionamento mais integrador, abrindo espaço para as forças criativas da subjetividade. Assim, as representações sociais vão além do trabalho individual do psiquismo e emergem como um fenômeno das redes nas interações sociais, não se centralizando no sujeito individual, mas nos fenômenos produzidos pelas construções particulares da realidade social, pois, como coloca Jodelet (1984), o

conhecimento produzido pelos atores sociais é fruto, não somente das experiências individuais, mas também, das informações, dos conhecimentos e modelos de pensamentos que são transmitidos através da tradição, educação e comunicação social.

Ao discorrer sobre as representações sociais, não podemos meramente nos deter em um só grupo (indivíduos), mas na interação do grupo com o meio externo, ou seja, devemos considerar a dinamicidade do grupo na interação com o meio no qual está inserido.

Devido às várias definições atribuídas à representação social, Moscovici (1978) enfatiza a diferença existente na dimensão funcional do fenômeno, defendendo a consideração da gênese social das representações. Observamos que o fato de elas serem socialmente compartilhadas não é suficiente para diferenciá-las de outros sistemas de pensamento coletivo, como a ideologia e a ciência. Para ele, o termo representação social deveria ser restrito àquela “[...] modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos”. (SÁ, 1993, p. 26).

Do mesmo modo, Guareschi e Jovchelovitch (1998) afirmam que a Teoria das Representações Sociais não se centra numa epistemologia do sujeito "puro" nem do objeto "puro", mas considera as relações entre os dois. A teoria recupera, então, um sujeito que por meio de sua atividade e relação com o objeto-mundo, constrói tanto o mundo como a si próprio.

Nessa perspectiva, o sujeito na sua relação com o mundo, constrói um novo mundo de significações, não existindo a possibilidade para a construção simbólica fora de uma rede de significados já construídos anteriormente. Assim, dentro dessa rede, origina-se o trabalho do sujeito de re-criar o que já existe, de modo que, “o sujeito psíquico, portanto, não está nem abstraído da realidade social, nem meramente condenado à reproduzi-la. Sua tarefa é elaborar a permanente tensão entre um mundo que já se encontra constituído e seus próprios esforços para ser um sujeito”. (JOVCHELOVITCH, 1998, p. 78).

As representações sociais são construídas e desenvolvidas a partir das relações que se desenvolvem no dia-a-dia. Assim sendo, a existência no cotidiano, é dotada de significados que são relevantes para os grupos sociais que vivem, pensam e agem em determinado contexto social. Tais relações podem ser entendidas como um *tecido de significados*, instituído pelas ações do ser humano e que é passível de ser captado e interpretado. (MINAYO, 1998).

Em estudos realizados por Jodelet (1984), ela afirma que, nas representações sociais, toma-se o indivíduo como um sujeito social que está inscrito numa situação social e cultural definida, tendo uma história pessoal e social. Não é um indivíduo isolado que é tomado em

consideração, mas sim, as respostas individuais como manifestações das tendências do grupo de pertença ou de afiliação à sociedade da qual os indivíduos participam. O sujeito social, como membro de um grupo, é definido pelos valores, modelos, tradições de saber e normas do grupo. Dessa forma, ele age como porta-voz e às vezes, como defensor do grupo.

A conversação, através da qual as informações são transmitidas, adquirindo uma compreensão, um significado a respeito do que é o objeto da discussão, é que forma as representações sociais, havendo uma reconstrução, uma moldagem, uma modificação no texto, onde as palavras mudam de sentido.

A elaboração e o funcionamento das representações sociais são constituídos por dois processos fundamentais: a *ancoragem* e a *objetivação* que compreendem a imbricação e a articulação entre atividade cognitiva e as condições sociais em que são forjadas as representações.

4.2 Ancoragem

A ancoragem caracteriza-se pela integração cognitiva do objeto nas relações sociais. Segundo Jodelet (1984), consiste na integração cognitiva do objeto representado a um sistema de pensamento social preexistente e nas transformações implicadas em tal processo. De acordo com Moscovici (1978), ancorar é classificar e denominar “coisas” que não são classificadas nem denominadas. São estranhas, não existentes e, ao mesmo tempo ameaçadoras. Este processo concerne à

maneira na qual as informações novas são integradas e transformadas em um conjunto de conhecimentos socialmente estabelecidos e na rede de significações socialmente disponíveis, para interpretar o real, onde são, em seguida, reincorporadas na qualidade de categorias servindo de guia de compreensão e de ação”. (NOBREGA, 2003, p.69).

Moscovici (1978) divide o processo de ancoragem com a finalidade de se fazer compreender melhor:

a) Como instrumento do saber – Dá-se à medida em que o objeto científico (não comum) é interpretado e expresso mediante uma simbolização (representação) do senso comum, de modo que todos os indivíduos, por sua vez, o compreendem e fazem uso dele. É uma fonte de

facilitação, para que o indivíduo entenda as suas relações com o meio e com o grupo a partir de códigos de linguagem do grupo diante de outros grupos;

b) Como designação de sentido – O sentido dado ao objeto da representação vai depender do sistema de valores do grupo a que o indivíduo pertence. Assim, esse grupo vai expressar sua identidade por meio do sentido que ele dará à representação;

c) Como enraizamento no sistema de pensamento – A representação de um objeto se insere num sistema de pensamentos, existindo um pensamento preexistente, podendo ocasionar mudanças ou não.

Dessa maneira, a ancoragem consiste em nomear e classificar coisas que nos parecem inclassificáveis e nomear o que não tinha nome. A representação é, pois, fundamentalmente, um sistema de classificação e de denotação, como também de alocação de categorias e nomes. (MOSCOVICI, 2004).

4.3 Objetivação

A objetivação, segundo Jodelet (1984), consiste em uma operação imaginante e estruturante, pela qual se dá forma ou figura específica ao conhecimento acerca de um objeto, tornando concreto e quase tangível o conceito abstrato, como que materializando a palavra, isto é, transformando-a em objeto o que é representado.

Desse modo, o processo de objetivação consiste em três fases:

a) Seleção e descontextualização – Diante de um determinado objeto, há uma triagem das informações recebidas acerca do grupo desse objeto, ao mesmo tempo em que são levados em consideração valores e normas sociais. Isso pode variar de grupo para grupo, de acordo com as informações existentes;

b) Formação de um núcleo figurativo – Esse processo refere-se a uma estrutura de imagens, que reproduz de forma figurativa uma estrutura conceitual. No entanto, há uma esquematização que organiza os conteúdos de uma dada teoria, num modelo capaz de fornecer a idéia básica transmitida pela representação;

c) Naturalização – Ocorre esse fenômeno quando o esquema figurativo passa a fazer parte do senso comum, tornando-se natural, à medida em que penetra no meio social.

Para Moscovici (1978), um outro pressuposto teórico importante, além da objetivação e ancoragem, é a transformação do não-familiar em familiar: a comunicação entre os seus

próprios membros. A partir do momento em que o objeto representado se relaciona com outros objetos, torna-se familiar esse objeto que transforma e é transformado, porquanto está proporcionando uma comunicação comum.

De modo geral, as representações sociais como modelos de pensamento prático têm como funções a orientação para a comunicação, a compreensão e o domínio social. Dessa forma, entre as várias funções atribuídas às representações sociais, destacam-se: a familiaridade com o desconhecido, a orientação da comunicação, a formação de condutas e a proteção e legitimação das identidades sociais. As funções das representações sociais abordadas por Moscovici foram sistematizadas em quatro, por Abric (1996): Função de saber, funções identitárias, função de orientação, função justificatória.

1. Função de saber – Essa função permite explicação da realidade mediante o saber prático do senso comum. Do mesmo modo, facilita e é condição necessária para as comunicações sociais, cuja eficácia atinge outros domínios, como o da construção de identidade grupal e o da justificação dos comportamentos grupais. Assim, essa função diz respeito, basicamente, à transmissão e difusão do saber prático, do senso comum;

2. Funções identitárias – As representações sociais têm a função de fornecer aos indivíduos e aos grupos uma identidade social. É através dela que as pessoas constroem a visão de mundo. A construção dessa realidade reflete a especificidade dos grupos, tendo por função situar os indivíduos e grupos no campo social, o que possibilita a elaboração de uma identidade social, em termos dos valores e da cultura em que estão inseridos. Por essa razão, cada grupo possui uma identidade própria. Por sua vez, a identidade grupal desempenha um importante papel no controle social exercido pela coletividade sobre cada um de seus membros, no processo de socialização;

3. Função de orientação – A representação social tem entre outras características, o poder de orientar as comunicações e contribuir para a formação de condutas, determinando o tipo de relações pertinentes ao sujeito, guiando os comportamentos e as práticas. Dessa forma, nessa representação, o sujeito interage com a realidade, pelos processos de seleção e filtragem de informações e interpretações, que visam a concretizar essa realidade conforme a representação;

4. Função justificatória – Essa função refere-se às funções desempenhadas pelas representações sociais, ao promover uma justificativa, a posteriori, dos comportamentos e das tomadas de posição, o que permite aos indivíduos explicar sua conduta em determinadas situações. A representação social, quando tem como premissa a justificação da diferenciação social, pode objetivar a discriminação ou a manutenção de uma distância entre os grupos.

Assim, as representações acabam desempenhando o papel de manter ou reforçar a posição social de um determinado grupo.

Assim, a funcionalidade das representações sociais mostra como essa teoria pode dar-nos subsidio a partir da comunicação e da rede de relações e significações, de modo a percebermos como os atores sociais formam e orientam as suas condutas diante de um objeto representado. Como poderemos ver adiante, os profissionais do Programa Saúde da Família, mediante das trocas comunicacionais em seu ambiente de trabalho, compõem representações sociais sobre as drogas ilícitas e os sujeitos usuários, através dessas redes de significações, relacionando-se com as ações desenvolvidas na comunidade do Pirambu, na cidade de Fortaleza.

4.4 Relação das Representações Sociais dos Profissionais do Programa Saúde da Família com o Uso das Drogas e Seus Usuários

A Teoria das Representações Sociais é formada do conhecimento prático que circula no dia-a-dia, constituindo assim, um instrumento de comunicação. Segundo Minayo (1998), elas não só acontecem no campo da consciência, mas perpassam o conjunto da sociedade ou de determinado grupo social, como algo anterior e habitual que se desenvolve, se reproduz e se modifica, a partir das estruturas, das relações coletivas e dos grupos.

É importante mencionar, que cada grupo social concretiza sua visão de mundo feita sob a forma das representações sociais, a partir da posição que ocupa na sociedade. Para se compreender e se mediar a representação social, faz-se imprescindível a utilização da linguagem, pois é através dela que se dá a relação social na vida cotidiana.

Dessa maneira, as representações formadas pelos profissionais do Programa Saúde da Família em uma Unidade de Saúde resultam das trocas comunicacionais realizadas em seu ambiente de trabalho e na própria comunidade, acerca das drogas e seus usuários, e resultam das trocas existentes com outras pessoas e instituições com o meio em que vivem. A representação é, sob vários aspectos, um conhecimento socialmente elaborado e compartilhado no meio social.

Os pressupostos teóricos das representações sociais possibilitam a compreensão acerca do comportamento dos profissionais do PSF, no que tange ao uso das drogas ilícitas e como interagem com os usuários. Elas irão influenciar e determinar a conduta desses

profissionais, uma vez que compõem seu corpo de saberes que norteia suas ações com o grupo (drogas e seus usuários). Essas representações sociais revestem e constituem a prática desses atores sociais, influenciando, pois, diretamente no trabalho de prevenção das drogas, na comunidade em que estão atuando.

Convém ressaltar que as práticas comunicacionais e as concepções sobre as drogas e seus usuários manifestam-se de forma específica, de acordo com cada sociedade e grupo social. Sendo assim, as representações sociais visam a estabelecer um saber do “senso comum” por oposição ao saber “reificado” científico, acerca do objeto.

Nessa perspectiva, as representações sociais são reconhecidas como fenômenos psicossociais históricos e culturalmente condicionados, na medida em que sua explicação encontra-se nos níveis de análise posicional e ideológico, além dos níveis intrapessoal e interpessoal. Para Farr (1995), elas encontram-se presentes, tanto na construção dos processos cognitivos como se tecem na cultura e ao mesmo tempo circulam na comunicação social, diferenciando-se de acordo com os conjuntos sociais que as elaboram e as utilizam.

É importante, então, a busca das representações sociais que os profissionais do Programa Saúde da Família produzem sobre as drogas ilícitas e os seus usuários, uma vez que as representações sociais constituem uma rede de significados, afetos, condutas, comportamentos frente ao objeto representado, já que elas surgem a partir do sistema de normas e de valores utilizados pelos sujeitos, influenciando assim diretamente, o contexto social e ideológico que os cerca. Como destaca Spink (1993), as representações sociais são reconstruções, nunca são reproduções, mas interpretações da realidade, mediadas por categorias históricas e subjetivamente construídas.

Dessa forma, as representações não funcionam de maneira isolada, mas a partir das comunicações e das interações dos sujeitos, em um determinado contexto cultural específico, pois os sujeitos, ao representar algo, são responsáveis por significativas transformações entre o que é proveniente do real e o que a ele é devolvido. É que, através da representação desses profissionais no PSF, poderemos influenciar e produzir ações coletivas no âmbito da saúde pública para o uso das drogas ilícitas e para os seus sujeitos usuários, de forma que venham a efetivar medidas preventivas concretas capazes de atuar na confluência entre o individual e o coletivo, em meio às especificidades culturais.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 Natureza da Pesquisa

A análise das representações sociais pode ser feita em dois níveis. O primeiro incide diretamente sobre os atributos das unidades sociais. Nesse tipo de avaliação, são feitas análises das representações sociais através de documentos. O outro refere-se ao conhecimento dos indivíduos como elementos representativos de grupos específicos. Na presente pesquisa utilizamos o segundo nível, a partir da análise de uma amostra de atores sociais que estão inseridos num mesmo contexto social, com proximidade na experiência social, no pensamento e na ação, possuindo elementos comuns do conhecimento, compartilhados pelos padrões de ação e linguagem. O método de investigação utilizado no estudo é a análise qualitativa.

A investigação qualitativa para Minayo (1998), possibilita que o singular das culturas possa ser reflexionado a partir da observação e interação com o grupo e com os atores sociais envolvidos, fugindo à idéia de uma suposta neutralidade científica.

5.2 Área Geográfica do Estudo

O estudo foi desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família, localizada no bairro do Pirambu, na cidade de Fortaleza-CE, onde funcionam quatro equipes de saúde da família.

5.3 Inserção no Campo

O primeiro contato foi realizado com a Coordenação da Equipe do Programa Saúde da Família para informação sobre os objetivos do estudo e solicitação ao Coordenador (a) o compromisso com o desenvolvimento do projeto. O segundo contato ocorreu com os profissionais que se dispuseram a colaborar com a pesquisa.

5.4 Sujeitos

Os sujeitos do estudo foram constituídos por profissionais que atuam no Programa Saúde da Família, ou seja, médicos, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultórios dentários e agentes comunitários de saúde. Foram 11 profissionais

de nível médio e 8 de nível superior, totalizando 19 profissionais que contribuíram para este estudo.

Como a equipe é composta por profissionais de nível médio e de nível superior, diferenciaremos os discursos em duas categorias para um melhor entendimento das representações dos discursos referentes à temática abordada: as drogas e seus usuários. Assim, os nomes utilizados nos discursos dos profissionais de nível médio foram substituídos por nomes fictícios que se referem a nomes de flores, e os nomes dos profissionais de nível superior foram substituídos por nomes fictícios de pássaros.

A escolha dos profissionais foi feita de acordo com a disponibilidade em que se encontram no seu local de trabalho. Tiveram a liberdade de aceitar ou rejeitar a participação na pesquisa. Foi-lhes garantido o mais total anonimato, com o intuito de preservar sua identidade.

5.5 Instrumento para Produção dos Dados

O instrumento utilizado para a produção dos dados constituiu-se de um roteiro de entrevista semidirigida, que teve como finalidade atender aos objetivos da pesquisa. Foi utilizado um gravador, mediante a autorização dos participantes.

A entrevista constitui, para Minayo (1994), uma fonte de informação importante referente a opiniões, a fatos, a crenças, à maneira de pensar, a sentimentos, à maneira de atuar e de se comportar frente a um dado objeto real ou imaginário. Cruz Neto (1994), também compartilha da idéia de que a entrevista é uma técnica que se caracteriza por uma comunicação verbal, que reforça a importância da linguagem e do significado da fala. Por outro lado, também serve como um meio de coleta de informações sobre um determinado tema científico. Assim, a entrevista “não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa, que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada”. (CRUZ NETO, 1994, p.57).

Através das entrevistas procuraremos conhecer as representações sociais e em que contextos comunicacionais os profissionais do PSF estabelecem diretrizes preventivas e informações a usuários do sistema, fazendo uso de uma abordagem essencialmente qualitativa. O instrumento encontra-se em anexo.

5.6 Procedimento

Antes de se realizar a produção dos dados, foi realizado um estudo piloto para se averiguar a boa compreensão dos atores sociais, bem como a sua adequação aos objetivos propostos.

As entrevistas foram gravadas, para não prejudicarem a integridade do discurso dos atores sociais e, posteriormente transcritas. Foram realizadas no próprio âmbito da unidade de saúde, em um local reservado, de modo que não houvesse interrupções pelos demais profissionais. As entrevistas foram desenvolvidas no período de outubro a dezembro de 2004, na própria Unidade de Saúde da Família, no bairro do Pirambu.

O procedimento para a produção de dados obedecerá aos princípios da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde que incluem os aspectos básicos para pesquisa envolvendo seres humanos, do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa. (BRASIL, 1996).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará, tendo sido aprovado na reunião do dia 28 de outubro de 2004, sem ressalva. Encontra-se em anexo, o parecer.

5.7 Análise dos Dados

Para a análise dos dados, utilizamos o método de categorização proposto por Bardin (1977). Para a análise das entrevistas, em uma primeira instância, realizamos uma “leitura flutuante”. A partir dessa leitura, foi possível “recortar” os discursos e estabelecer códigos que constituíram as unidades de análise.

A segunda operação no processo de construção das categorias, ao serem analisadas as entrevistas, foram a categorização e a classificação dos seus conteúdos.

O terceiro passo refere-se à definição das unidades de análise - palavras, frases, temas ou unidades de informações. O critério adotado foi o agrupamento das unidades de acordo com as semelhanças de significados, organizando-se como que em redes semânticas.

Conforme Bardin (1977), a análise de conteúdo desenvolveu-se nos Estados Unidos, aproximadamente há 70 anos. Nesse período, o material analisado foi do jornalismo – Escola de Jornalismo da Columbia. Deu-se a análise por meio dos estudos quantitativos, que vinham se expandindo.

Foi por intermédio de H. Lasswell que a história da análise de conteúdo passou a ter uma nova perspectiva. Segundo Bardin (1977), H. Lasswell fez uso dela para estudar a análise

da imprensa e da propaganda, a partir de 1915, época em que os Estados Unidos rejeitavam a introspecção intuitiva, em benefício da Psicologia comportamental objetiva.

Conforme Bardin (1977), com a Segunda Guerra Mundial, os Estados Unidos passaram a valorizar o desenvolvimento da análise de conteúdo nos departamentos de ciências políticas. Segundo a mesma autora, do ponto de vista metodológico, o fim da década de 1940 foi marcado, sobretudo, pelas regras da análise de conteúdo elaboradas por B. Berelson, auxiliado por P. Lazarsfeld. B. Berelson define-a como [...] “uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação”. (BARDIN, 1977, p. 19). Essa definição resume as preocupações epistemológicas daquele período.

Dessa forma, segundo Bardin (1977), os critérios da análise de conteúdo foram marcados pela preocupação em se trabalhar com amostras reunidas de maneira sistemática, pela indagação sobre a validade do procedimento dos resultados, verificando-se a fidelidade dos codificadores e até medida da produtividade da análise.

Após o período Pós-Guerra, na década de 1950, a análise de conteúdo passou a desenvolver novos modelos no plano metodológico e no epistemológico. No primeiro, usa-se a análise quantitativa:

[...] o que serve de informação é a frequência com que surgem certas características do conteúdo. Na análise quantitativa é a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo ou de um conjunto de características ou de um determinado fragmento de mensagem que é tomado em consideração. (BARDIN, 1977, p. 21).

No segundo, existem dois modelos da comunicação: o modelo instrumental e o representacional.

De acordo com Bardin (1977), a análise de conteúdo deveria ser aplicada a todas as formas de comunicação, independente da sua natureza. Ela possui duas funções que, na prática, podem ou não se dissociar:

- a) Função heurística – na qual a análise de conteúdo enriquece a tentativa exploratória, aumenta a propensão de descoberta;
- b) Função de administração da prova – em que hipóteses sob a forma de questões apelarão para serem verificadas, no sentido de uma confirmação ou de uma informação.

Na prática, tais funções podem na análise, coexistir de maneira complementar.

O mais generalizado, foi denominado Análise Categorial. Esse método de categorias se elucidou de início, por meio de espécies de gavetas ou rubricas significativas que, por sua vez, permitiram a classificação dos elementos de significações constitutivas da mensagem. Portanto, consiste em um método de classificação bem concebido, para mitigar a fome dos colecionadores preocupados em introduzir uma ordem, segundo certos critérios, no conjunto da desordem aparente.

Atualmente, define-se análise de conteúdo da seguinte forma:

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

Portanto, pode-se dizer que ela possui como importância significativa, a palavra, isto é, o aspecto atual e individual da linguagem.

Na sua organização, é importante desmembrá-la em três fases cronológicas.

A primeira fase consiste na pré-análise. Nessa fase, faz-se primeiramente uma organização dos dados que se pretende operacionalizar. É subdividida em três missões:

- a) Escolha do documento a ser submetido à análise – que consiste em se fazer uma leitura flutuante, ou seja, um contato prévio com o material que será analisado;
- b) A escolha do documento – que pode ser determinada *a priori* ou após a determinação do objetivo;
- c) A formulação das hipóteses e dos objetivos – mediante o procedimento da análise, é possível fazer a confirmação ou não das hipóteses. Já seu objetivo é a finalidade com que o estudo se propõe explorar. É importante ressaltar que nem sempre as hipóteses são estabelecidas na pré-análise. Por outro lado, não é obrigatório ter como guia um *corpus* de hipóteses, para ela se realizar.

A segunda fase consiste em se operar codificação, isto é, transformar os dados brutos do texto (por recorte: escolha das unidades; classificação: escolha das categorias; enumeração: escolha das regras de conteúdo) em unidades que possibilitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo.

A terceira fase refere-se ao tratamento dos resultados obtidos e à sua interpretação, a serem tratados de maneira que sejam significativos e válidos. Os resultados analisados podem

ser expostos através das operações estatísticas simples ou complexas que permitem estabelecer quadros de resultados, diagramas, figuras e modelos.

No que tange a esta pesquisa, as entrevistas foram categorizadas e classificadas, conforme a classificação do seu conteúdo, que foi organizado seguindo um significado comum, mediante códigos (categorias). Assim, a inclusão de um segmento de texto numa categoria pressupõe a detecção dos indicadores relativos a essa categoria.

6 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: REDES COMUNICACIONAIS DOS PROFISSIONAIS DO PSF SOBRE O USO DAS DROGAS ILÍCITAS E SEUS USUÁRIOS

No tocante à questão das drogas, as diversas áreas como a social, a educacional, a jurídica e principalmente a da saúde, cada uma dentro das suas especificidades e singularidades, tentam sanar o uso e consumo abusivo das drogas. Assim sendo, buscamos através da teoria da Representação Social, compreender a partir dos discursos dos profissionais do Programa Saúde da Família, as representações sociais sobre o uso das drogas e os sujeitos usuários, tendo em vista que existe uma relação teórico-prática embutida nas políticas de saúde concernentes a essa temática.

Como menciona Jodelet (1984), através dos seus estudos, nas representações sociais toma-se o indivíduo como um sujeito social que está inscrito numa situação social e cultural definida, tendo uma história pessoal e social. Não é um indivíduo isolado que é tomado em consideração, mas sim, as respostas individuais como manifestações das tendências do grupo em seus movimentos de pertença ou de afiliação à sociedade da qual os indivíduos participam. O sujeito social, como membro de um grupo, é definido pelos valores, modelos, pelas tradições de saber e normas do grupo. Dessa forma, ele age como porta-voz e, às vezes como defensor do grupo.

Nessa perspectiva, os profissionais utilizam as representações sociais, na tentativa de compreender a questão do uso das drogas e seus usuários. O sistema de representação do qual se alimentam, insere-se em contextos comunicacionais, onde se articulam o subjetivo e o objetivo, no concreto das relações e vínculos.

Dessa maneira, as representações sociais dos profissionais do Programa Saúde da Família vão interferir, direta ou indiretamente nas comunicações, que são dotadas de significados na comunidade onde se encontram atuando em relação ao objeto representado.

As unidades de análise temática, identificadas no presente estudo, permitiram a discussão das representações desses profissionais sobre o uso das drogas e os sujeitos usuários, no Programa Saúde da Família, conforme mostraremos a seguir. É importante mencionar que os resultados serão apresentados, conforme as categorias e as suas respectivas subcategorias. No início de cada categoria explicitaremos de forma sucinta as subcategorias e, posteriormente, teceremos comentários.

6.1 Representações sociais dos profissionais sobre as drogas e o seu consumo

As unidades temáticas presentes referem-se às definições sobre as drogas lícitas e ilícitas. Com referência à categoria drogas lícitas, encontramos as seguintes subcategorias:

a) Álcool: apesar de ser uma droga lícita, sua nocividade alcança níveis dramáticos no contexto individual e societário.

b) Tabaco: constitui um produto que, mesmo sendo utilizado socialmente, não podemos ignorar sua nocividade no plano biológico, acarretando danos no nível individual e coletivo.

Na categoria das drogas ilícitas, encontramos algumas subcategorias:

a) Produtos Ilícitos: que se referem a algumas substâncias que foram citados pelos atores sociais que são consideradas e classificadas, quanto a seu consumo, como ilícitas em nossa sociedade.

b) Consumo Proibido: o consumo de produtos ilícitos, tanto na área social, de saúde e na área jurídica é proibido na sociedade vigente.

c) Naturalização e Disseminação da Droga Ilícita: as drogas estão inseridas em todas as classes sociais, sem distinção etnocultural, social e econômica e por sua vez, acabam sendo utilizadas de forma banalizada.

d) Uso Abusivo de Medicamentos: a utilização e prescrição de medicamentos de forma indiscriminada, que adquirem dessa forma a característica de drogas ilícitas.

e) Comercialização Ilegal de Medicamentos: que se refere ao uso e venda de medicamentos, ao fato de ser ato ilegal praticado por alguns usuários do sistema de saúde.

Diante dessas subcategorias, foi possível percebermos que a maioria dos profissionais do PSF, que participaram deste estudo, classificaram o álcool e o cigarro, como produtos lícitos que são bastante consumidos em nosso meio sociocultural, ao mesmo tempo em que relacionaram os danos que têm ocasionado em nível individual e coletivo.

Assim, verificamos neste estudo que os profissionais como Cravo, Violeta, Beija-Flor, Dália, Pardal, Azulão e Cáspia possuem uma representação das drogas lícitas, principalmente o álcool, como substância que acarreta grande mal, tanto para quem faz uso como para os demais membros da sociedade. Vejamos alguns depoimentos dos profissionais:

“O álcool também pode ser considerado como uma droga, só que é lícito”.(Cravo).

“O álcool traz muitos problemas, destrói família e a pessoa”. (Violeta).

“O que eu vejo aqui é o grande problema do alcoolismo também”. (Beija-Flor).

“Tem pessoas que começam fazendo uso do álcool e vai para as outras drogas”. (Dália).

“Até o álcool é uma droga mais leve”. (Pardal).

“O consumo do álcool aqui é alto também, e tenho visto muitas famílias que tem problemas de alcoolismo”. (Azulão).

“Haja vista o álcool que é um problema sério e, que o Governo ainda deixa correr muito frouxo”. (Cáspia).

Será que esse discurso é resultado das práticas dos profissionais do PSF na comunidade? Será que é a reprodução, sobretudo do discurso massificado da mídia e veiculado pelos meios de comunicações? Até que ponto os profissionais têm legitimado, mediante suas representações sociais, o discurso midiático? É importante mencionar que os meios de comunicação possuem um discurso ambivalente, pois existe espaço para “noções” educativas em programas específicos, no geral, quando se menciona que o álcool prejudica o indivíduo e o contexto em que está inserido, geralmente vincula-se o uso do álcool aos ritos de festividades, divertimentos, a cenas de prazer em novelas e mini-séries, além de ser posto como um facilitador da interação grupal. Alguns dos entrevistados salientaram essa suposta relação que a mídia tem destacado nos meios de comunicação e que acaba sendo absorvida no corpo social.

“A propaganda de bebida de álcool, eles fazem até assim: Quem bebe é bom, quem não bebe não presta. Quem bebe é esperto, quem não bebe é otário. Se você quiser ver as coisas horríveis que tem, é só você ir para as festas de onde sai muita gente alcoolizada, dirigindo em alta velocidade; é muito perigoso. Eu acho que a questão do álcool ainda é muito séria”. (Lavandeira).

“O álcool que é vendido a portas abertas, com propagandas maravilhosas na televisão, incentivando, criando uma imagem para quem bebe como uma pessoa sociável, bem sucedida, como havia sido feito com o cigarro, há muito tempo. Eu acho que devia se diminuir ou restringir esse tipo de propaganda”. (Rouxinol).

Esses depoimentos nos levam ainda à compreensão de que, ao retratar um dos papéis do paradigma da promoção da saúde, que é efetivamente incorporar o complexo “promoção-saúde-doença-cuidado”, aumentando assim, a viabilidade das metas de saúde para todos

diante das políticas públicas, através de uma maior e mais efetiva participação da sociedade nas questões da vida, saúde, do sofrimento e da morte, o contexto midiático termina deixando transparecer um caráter de duplicidade, no momento em que seu discurso manifesta também, um favorecimento para o aumento do consumo das drogas lícitas. Sendo assim, conforme Paim e Almeida Filho (1998), no campo da saúde pública é importante uma construção da prática social e histórica em que se tecem os sentidos e significados extraídos do potencial da comunidade, vista em seus contextos concretos.

Assim, as intervenções deveriam ser institucionalizadas sob a forma de movimentos organizados no âmbito das comunidades urbanas, destinados principalmente, à ampliação da ação social nos setores de habitação, educação e saúde. Na saúde, as ações deveriam estar palpadas na promoção e prevenção, proposta da saúde comunitária. Nesse caso, a ênfase maior seria dada ao conhecimento dos processos socioculturais e psicossociais, mediante a integração das equipes de saúde nas comunidades, através da identificação e cooptação dos agentes e das forças sociais locais para os programas de educação em saúde. Partindo desse pressuposto, os profissionais deste estudo identificaram problemas decorrentes do uso excessivo do álcool, originando problemas no nível individual e coletivo. Assim, nos interrogamos: Será que esses profissionais, de fato, incorporaram o paradigma de saúde coletiva em suas ações? O que tem sido desenvolvido por esses profissionais através de sua prática no PSF, para a conscientização do não uso das drogas lícitas na comunidade onde atuam?

Para Rosen (1979), as nossas doenças e acidentes refletem de várias formas, o mundo em que vivemos e o que fazemos nele e com ele. Será que o comportamento do alcoolista e da drogadição não vem justamente nos levar a essa reflexão sobre doenças e significações em contextos concretos na nossa sociedade? Será que os profissionais do PSF estão intervindo de forma grupal, diante desses comportamentos? Então, o aparecimento de uma determinada doença em uma população e em uma época, não é somente fruto meramente do acaso. Trata-se de um fenômeno específico que possui determinantes etiológicos, incidência, prevalência e mortalidade a serem estudados e pesquisados, de acordo com a idade, o sexo, a classe social, a profissão, o modo de vida ou com outros fatores relacionados, de uma forma ou de outra com a estrutura cultural, social educacional e psicológica de uma dada sociedade.

É importante assinalar que o consumo do álcool, assim como das drogas ilícitas, acontece geralmente nas interações grupais, em grande parte como traços culturais vinculados a prazer e comemorações coletivas. Esses sujeitos estão inseridos em contextos culturais, sociais específicos, ao mesmo tempo em que possuem vetores de singularização própria.

Dessa forma, seria interessante que esses profissionais desenvolvessem grupos que tematizassem questões referentes ao comportamento de consumir drogas, como nos deteremos na categoria representação dos profissionais acerca das intervenções com o usuário de drogas ilícitas.

Ainda sobre as drogas lícitas, o tabaco também foi mencionado por alguns dos profissionais pesquisados como sendo o início de uma gradativa escalada para vícios maiores. Dessa maneira, o tabaco é visto em sua nocividade (sobretudo em representações vinculadas ao câncer), embora sejam banalizados seu uso e naturaliza-se o mal que causa. O fato de o tabaco ser droga lícita parece, aos seus usuários, atenuar os males decorrentes de seu uso:

“O cigarro pode até ser droga, mas eu acho lícito”. (Pardal).

“O cigarro também é uma droga e faz mal, pode até ocasionar doença como o câncer, contudo ela é lícita”. (Lavandeira).

“O cigarro é uma droga, que na maioria das vezes é incentivado pela mídia, como já aconteceu em várias propagandas na TV, em que coloca o cigarro como algo que vai trazer somente bem estar para os indivíduos”. (Azulão).

No nível comunicacional, percebemos que a mídia banaliza (além de estimular) o uso das drogas em geral. Aqui podemos verificar a naturalização com que o uso das drogas acaba sendo estimulado e incentivado.

Diante das drogas lícitas, observamos que os profissionais do PSF, no caso estudado como um todo, compartilham de uma mesma visão e entendimento, tal como é preconizado na representação social que enfatiza que um grupo homogêneo possui uma mesma linguagem que lhe é peculiar. Inseridos em um mesmo contexto formador e em um mesmo âmbito de atuação profissional, os profissionais de saúde parecem pensar de modo parecido, embora não seja automática sua influência sobre os indivíduos (existem rompimentos com a serialização das representações sociais). A esse respeito, menciona Jodelet (1984) que as representações sociais expressas pelos sujeitos ou por um determinado grupo, quando se encontram inscritos numa situação social comum e culturalmente definida, tendem a coincidir.

Como menciona Jovchelovitch (1998), as representações sociais estão inseridas na comunicação e nas práticas sociais: diálogo, discurso, rituais, padrões de trabalho, produção e, em suma, na cultura. Assim, a realidade social construída pelos profissionais do PSF, frente à representação das drogas ilícitas e seus usuários, emergem como um fenômeno tecido no

texto social, ou seja, através das construções particulares do grupo que conformam dada realidade social. Assim, podemos mencionar que tais representações intervêm e acabam interferindo na conduta desses profissionais, não só em nível pessoal, como também nas suas práticas de saúde.

Na nossa sociedade, as drogas ilícitas são substâncias que não são socialmente aceitas nem comercializadas e são proibidas por lei. Também podem causar dependência ao organismo, como a maconha, heroína, entre outras. É importante frisar, ainda, que diante da droga ilícita, devemos levar em consideração o contexto e a significação que os atores sociais atribuem ao ato de usá-la.

As drogas ilícitas são substâncias proibidas aqui no Brasil, o que não significa dizer que o seu uso como, sua intensidade sejam proibidos em uma outra cultura, já que cada cultura possui suas particularidades, singularidades e subjetividades e as significações que se tecem nas redes das relações não podem ser expandidas e pulverizadas como se fossem mercadorias, no processo da globalização. Como destaca Velho (1985), a cultura não constitui uma entidade acabada, mas sim, uma linguagem permanentemente acionada e modificada por pessoas, que em alguns momentos, desempenham papéis específicos, bem como possuem experiências e existência particulares.

Referindo-se às drogas ilícitas, os profissionais pesquisados, tanto de nível médio como superior, mencionaram que existe o uso de algumas substâncias psicoativas como a maconha, o crack (pedra), a cocaína e os inalantes na comunidade, assegurando que se deparam com pessoas que usam essas substâncias, como veremos na categoria “drogas na comunidade”. Vejamos:

“Aqui a pessoa usa a maconha, cocaína”. (Orquídea).

“A pedra, que é o crack, já chegou aqui no Pirambu”. (Hortênsia).

“Tem cocaína, que é mais fácil e agora essa tal de pedra”. (Boa Noite).

“Acho que aqui no Pirambu tem todo tipo de droga: maconha, crack”.(Beija Flor).

“Aqui no Pirambu já chegou o crack”. (Dália).

“Eles já usam cocaína. Eles falam que cheiram pó”. (Hortênsia).

Também se referiram à droga ilícita como uma substância cujo consumo não é aceito na sociedade vigente e o seu uso é proibido por lei. Observamos que os profissionais da saúde utilizam um discurso da ordem do direito e da penalidade, ofuscando o potencial de suas ações na comunidade, sobretudo no âmbito preventivo, isentando-se de vinculações com as práticas comunitárias, como também, delegando atribuições na questão das drogas a uma outra esfera da sociedade, a área jurídica, essencialmente, como poderemos constatar em algumas falas:

“Droga ilícita é aquela que é fora da lei. Aquela que não é para usar, não é para ser usada. Para mim, droga ilícita deve ser isso. Uma droga que não deve ser usada”. (Orquídea).

“É uma droga que não pode ser usada legalmente, nem comercializada. É uma droga fora da lei” (Lavanda).

“Porque ilícitas são fora da lei, são contra a lei”. (Lavandeira).

“São aquelas que as leis brasileiras consideram ilícitas”. (Pardal).

“Aqui na comunidade, as pessoas usam drogas ilícitas ao lado da delegacia e nada é feito”. (Azulão).

“Às vezes, a própria polícia não pode fazer nada com as pessoas que usam drogas aqui na comunidade” (Rouxinol).

“As drogas ilícitas é aquela que não pode ser usada livremente, mas tem pessoas que chegam a usá-las ao lado do posto de polícia”. (Dália).

“É uma droga que não é permitida socialmente, como também juridicamente. Ilícitas são as drogas que são impedidas de você comprar de uma forma legal”. (Beija-Flor).

“Droga ilícita é aquela que prejudica a sociedade, como a cocaína, a maconha. Prejudica a própria pessoa que faz o uso dela e eu acho que até o álcool também prejudica, tanto a pessoa que está fazendo uso, como à família”. (Hortênsia).

Outro achado da pesquisa é a vulgarização atribuída pela comunidade e pelos profissionais do PSF ao uso e venda de drogas ilícitas. Podemos observar que parece ocorrer uma espécie de naturalização do uso das drogas no cotidiano, isto é, o consumo das drogas

ilícitas ocorre como se elas fossem lícitas entre os usuários. Vejamos então, os discursos dos profissionais que percebem a disseminação das drogas ilícitas que vem ocorrendo nesses últimos anos, de forma indiscriminada e até mesmo, banalizada em alguns contextos, e observemos como isso tem se difundido por todas as culturas e classes sociais, nas representações dos profissionais do PSF:

“Aqui no Pirambu, hoje é tão normal, que acaba sendo banalizado o uso das drogas aqui”. (Violeta).

“Logo quando cheguei aqui, fiquei surpresa com o uso das drogas, mas hoje já me acostumei com o uso”. (Lavandeira).

“Eles falam aqui, assim de droga, de modo tão natural que é como se fosse uma coisa normal”. (Azulão).

“A droga, eu acho que está muito banalizada pelas próprias pessoas da comunidade”. (Lírio).

“Para eles, a maconha já é uma coisa natural, como um cigarro qualquer”. (Dália).

“É fácil demais adquirir, é só ter dinheiro para comprar”. (Boa Noite).

“Tem aqui, eu ouço relatos que vêm pessoas de todos os níveis da sociedade comprar drogas por aqui. Já vi pessoas passando na rua e mostrando crack aqui na porta do posto”. (Lavandeira).

“Aqui no Pirambu, onde a gente trabalha, a gente sabe que tem um grande número mesmo de usuários de drogas, até porque a gente comprova isso quando a gente está atendendo, fazendo visita domiciliar, que em cada casa tem sempre usuário, tem sempre uma história que o filho, a filha tá usando droga. E aqui, a maioria dos nossos clientes, também são usuários”. (Bem te vi).

“De duas, três casas que você visita, que você vai atender por mais que seja pobre ou de nível médio, a droga sempre está presente naquele momento ali”. (Lírio).

Alguns profissionais da pesquisa admitiram que o medicamento, usado de forma indiscriminada é visto como uma droga ilícita, e quando utilizado sem prescrição médica pode causar danos ao sujeito. Tal discurso pode ser constatado pelo fato de serem profissionais da

saúde os que convivem constantemente com situações onde existe comercialização ilegal de medicamentos na comunidade estudada. Esse discurso foi proferido por profissionais do nível superior, no PSF, conforme se vê abaixo:

“Tem pessoas que vêm no posto dizendo que estão doentes só para conseguir medicamento para vender”. (Lavandeira).

“Aqui existem pessoas que vêm quase toda semana se consultar, só para pegar medicamento e vender aí fora”. (Canário).

“Então essa questão da medicação que as pessoas usam, acabam se tornando drogas ilícitas porque elas fazem uso para ficar drogadas”. (Bem te vi).

É importante destacar, que os profissionais do PSF percebem que devido à falta de controle dos medicamentos, às vezes, são requisitadas drogas medicamentosas sem que o sujeito esteja de fato necessitando delas. Referiram-se mesmo às pressões que sofrem para “dar receitas” de remédio controlado. Profissionais, como Orquídea, Rouxinol e Tulipa mencionaram que, na própria unidade de saúde, já presenciaram violência verbal contra outros colegas e que tiveram seus bens (carros) ameaçados por pessoas que queriam receita de medicamentos para fazer uso da sua comercialização na comunidade, conforme a fala de alguns profissionais:

“Geralmente as pessoas usam drogas e vêm ameaçar a gente, para conseguir medicamento que acaba sendo usado como droga”. (Orquídea).

“Alguns medicamentos também do tipo tarja vermelha podem ser enquadrados como drogas ilícitas, se forem mal receitados”. (Rouxinol).

“O que a gente vê aqui, é que eles fazem uso de medicamento para se drogarem”. (Tulipa).

Verificamos que as representações sociais dos profissionais do estudo poderão influenciar diretamente na forma de se lidar com o usuário na comunidade e até de determinar intervenções como essa de “dar receitas” indiscriminadamente, sob pressão. Os profissionais acabam por generalizar experiências singulares vividas (por meio de pressões para aviamentos

de receitas de drogas) - o que resulta em outro tipo de representação que também paralisa ações mais conseqüentes.

Assim, no campo das representações sociais, verificamos conforme Jodelet (1984), que a representação social se inscreve no universo de significados, onde o indivíduo como um sujeito social está no contexto de uma situação social e culturalmente definida. A sua inclusão como sujeito de cultura o fez adotar valores, modelos, tradições de saber e normas sociais que ele ora reafirma, ora transgride (ou recria). Desse pensamento compartilha Jovchelovitch (1995), ao mencionar que:

[...] não há possibilidade para a construção simbólica fora de uma rede de significados já constituídos. É sobre e dentro dessa rede que se dão os trabalhos do sujeito de re-criar o que já está lá. O sujeito psíquico, portanto, não está nem abstraído da realidade social, nem meramente condenado a reproduzi-la. Sua tarefa é elaborar a permanente tensão entre um mundo que já se encontra constituído e seus próprios esforços para ser um sujeito. (JOVCHELOVITCH, 1995, p. 78).

Dessa maneira, as representações sociais são transmitidas, preservadas ou rompidas, transgredidas, ao mesmo tempo constituindo produtos de uma seqüência de elaborações e mudanças que ocorrem no decurso do tempo e são resultados do trabalho do sentido, elaborado por sucessivas gerações. Vimos até aqui, aspectos como: naturalizações (do que é mutante e histórico); apagamentos (a não visão de determinado fato); reificação (trata como objeto a si e não como sujeito); generalizações; legitimações e reverberações.

Nesse cenário das representações sociais dos profissionais frente às drogas ilícitas e seus usuários, vêem-se condicionamentos psicossociais e o que é histórico, como as representações sociais que se tecem na própria cultura, passa a ser tomado como estático, pois “as representações estão, tanto na cultura, quanto na cognição, que circulam através da comunicação social cotidiana e se diferenciam de acordo com os conjuntos que as elaboram e as utilizam”. (SÁ, 1996, p. 22).

Observamos até aqui, um processo de serialização ou homogeneização das subjetividades - aspectos que Guattari (1993) já estudava nos processos de serialização das subjetividades maquínicas, como se vê no capitalismo hoje. O processo de singularização (que é diferente do individualismo ou da individualização), na sociedade moderna capitalista, é negado por um sistema de produção de subjetividades, que tende a bloquear caminhos de diferenciação contestadora e produtiva, instaurando-se processos de uniformização e também de individualização em que “os homens, reduzidos à condição de suporte de valor, assistem

atônitos ao desmanchamento de seus modos de vida. Passam então a se organizar segundo padrões universais, que os serializam e os individualizam”. (GUATTARI; ROLNIK, 1993, p. 38). Até que ponto a não grupalização dos indivíduos junto aos movimentos sociais agravaria essa produção de subjetividades maquínicas de que fala Guattari?

É nessa perspectiva que Guattari e Rolnik (1993) observam que os grupos-sujeitos que têm funcionamento próprio singular parecem estar mais propensos a romper as serializações e homogeneizações. Nesses contextos, os grupos processam suas representações sociais e cristalizam mais facilmente as veiculadas pela mídia.

Assim, neste estudo, olhando sob o prisma da representação social a questão de a droga ser lícita ou ilícita, aponta para a complexidade das relações sociais estabelecidas no meio cultural e social do Pirambu, onde as representações e significados dos profissionais do PSF parecem apagar a consideração com a história de vida do ator social, e seus grupos, sua subjetividade, singularidade e visão de mundo em seus contextos grupais que são a base para uma intervenção crítico-criativa em saúde.

6.2 Representações sociais dos profissionais sobre o usuário de drogas

Nessa categoria, descreveremos as unidades temáticas no que se refere ao usuário de drogas.

- a) Adolescente/Jovem: os participantes do estudo referiram que é geralmente nessa categoria que se dá a entrada dos sujeitos no mundo das drogas.
- b) Reificação do Sujeito: nessa subcategoria encontramos os estereótipos e estigmas que ainda persistem na nossa sociedade em relação ao sujeito que utiliza as drogas.
- c) Usuário/Periferia: descrições relacionando o usuário de drogas com o ambiente em que residem.
- d) Apagamento da Pessoa: expressão atribuída por esses profissionais às pessoas que consomem drogas e acabam ficando condicionadas a esse ato, deixando, assim de possuir um futuro promissor.

Alguns autores, como Cotrim e Rosemberg (1990), Bergeret e Leblanc (1991), e Bucher (1992), Kalina (1999) mencionam que o consumo das substâncias psicoativas geralmente têm início na juventude e encontra-se associado à cultura grupal, à rebeldia, aos valores dominantes, à inconformidade social, ao convívio com amigos, ao cotidiano pouco planejado e excludente, entre outros fatores. Isso pode ser constatado em nossa pesquisa, através dos discursos de Dália, Lírio, Bem-te-vi, Hortênsia, Cáspia, Azulão, Rouxinol, Galo Campina e Girassol, onde assinalam que o consumo das drogas geralmente tem início na juventude e na adolescência, como podemos verificar nessas verbalizações:

“O consumo de droga aqui no Pirambu se dá com os jovens e adolescentes de 18 a 20 anos”. (Dália).

“A droga é a perdição principalmente desses jovens. Os jovens deixam de fazer as coisas boas para entrarem na droga”. (Lírio).

“Aqui adolescentes de 12, 13, anos estão fazendo uso de drogas. Os jovens, a maioria faz uso de drogas”. (Bem-te-vi).

“É alto o consumo das drogas aqui no Pirambu. Ocorre até por menores de 16 anos”. (Hortênsia).

“A gente que trabalha aqui, vê logo cedo jovens fazerem uso das drogas. O uso ocorre tanto dos meninos, como as meninas”. (Caspia).

“Aqui no Pirambu a gente vê os jovens, adolescentes fazendo uso das drogas, como maconha, álcool e crack”. (Azulão).

“O consumo das drogas acontece cedo entre os adolescentes. A gente se depara com pessoas que não têm nem 13, 14 anos usando drogas”. (Rouxinol).

“Os jovens aqui consomem droga. A gente se depara quando vai fazer visita, com os adolescentes usando drogas”. (Galo Campina).

“A gente se depara aqui na comunidade com os jovens fazendo uso das drogas.” (Girassol).

Sabe-se que a juventude vive em cada sociedade de forma peculiar, com significados simbólicos, promessas e ameaças vividas, potencialidades e fragilidades que se organizam como construções culturais que acabam despertando cautela e expectativa diante dessa fase da vida. (LEVI; SCHMITT, 1996).

Para Diógenes (1998), a juventude constitui-se de uma categoria social tecida em um terreno de constantes transformações, em que o próprio marco conceitual torna-se irreduzível a uma definição concreta e estável através da fisiologia. Dessa visão compartilham Levi e Schmitt (1996), pois nenhum limite fisiológico basta para se identificar uma fase da vida que se pode explicar melhor pela determinação cultural das sociedades, conforme o modo pelo qual tratam de identificar, de atribuir ordem e sentido a algo que é transitório como o significado, no mundo das culturas.

Os jovens são atores sociais que mais parecem ansiar mais fortemente pela expressão de suas diferenças, tendo como princípios a reiteração e a compactuação de territórios com a construção de signos compartilhados para aqueles que fazem parte do mesmo grupo. Assim, não podemos expandir os mesmos padrões metodológicos e as mesmas categorias teóricas utilizadas para os demais atores sociais, quando se trata de juventude. Desta maneira, o sujeito simbolizado como vivendo uma época especial carrega para si a idéia de cristalização de comportamentos indicadores de crises sociais e desvios. (DIÓGENES, 1998).

Dessa forma, devemos levar também em consideração a subjetividade e a significação que o indivíduo está dando ao ato de consumir a droga. As representações sociais nos fornecem balizas para entendermos essa confluência entre o social e o singular nas pessoas.

Diante do ato de se consumir substâncias ilícitas, os profissionais do PSF devem perceber a complexidade dos sujeitos e seus contextos. Como salienta Rosen (1980), os membros da sociedade, às vezes, necessitam e utilizam mecanismos de defesa para satisfazer necessidades neuróticas inconscientes.

Conforme Guattari e Rolnik (1999), os sujeitos são resultantes de uma produção de massa, mas parecem expressar modos de produção de subjetividade que foram varridos com a ascensão dos sistemas capitalistas.

Ao alargar o olhar para as drogas e seus usuários verificamos que o seu consumo é milenar e encontra-se associado a diferentes contextos socioculturais. Nesse ponto, devemos verificar em que contexto têm-se utilizado as drogas e com que finalidade. A partir das representações sociais fica mais claro o fato da vida social consistir na conduta cotidiana dos sujeitos, sendo carregada de significações culturais. Essas significações são dadas, tanto pela base material, como pelas idéias dentro de uma relação, em que ambas se condicionam mutuamente. (MINAYO, 1995).

Podemos perceber ainda, que alguns entrevistados, tanto os que residem na própria comunidade, como os que residem em outras localidades, compartilham de um mesmo discurso estigmatizante, preconceituoso e excludente onde o indivíduo que faz uso de drogas parece residir apenas nas periferias, como se em outras classes ditas “privilegiadas” não ocorresse o consumo das substâncias psicoativas. Logo, alguns profissionais percebem as nuances locais, como um uso mais aberto, conforme os discursos abaixo:

“Aqui o consumo de droga é muito alto. Porque aqui é um bairro grande, populoso, muito pobre, muito carente”. (Beija Flor).

“A droga nas áreas mais carentes, se tornam mais legalizada, mais que nas áreas em que as famílias vivem em condições melhores”. (Lírio).

“Mas continua sendo o maior número de casos de drogas mesmo na periferia” (Bem-te-vi).

“Aqui tem muito, muito mesmo, mas é mais para o lado da praia. O lado da praia, onde ficam os casebres muito concentrados e o consumo das drogas é maior”. (Galo Campina).

“Para mim, o consumo das drogas se concentra na periferia”. (Azulão).

“Aqui é uma área de risco e tem muita gente que usa droga aqui. A maior parte se refere a esse tipo de pessoa”. (Lavanda).

“A gente que trabalha aqui, se depara com pessoas drogadas e as vezes a gente fica até com medo que essas pessoas façam algum mal”(Dália).

“O uso de drogas aqui é muito alto. Eu acho que o consumo é forte principalmente aqui na periferia, na área de baixo da praia”. (Lavandeira).

“Às vezes quando vou fazer visita e que vejo alguém usando droga, tento ir por outro caminho”. (Tulipa).

A complexidade do tema e a fragilidade de cada pessoa se fazem presentes em seu discurso, contudo o importante é se buscar o sentido da droga para os grupos sociais, como base para reflexões sobre a maneira de se lidar com esse fenômeno. É necessário, também, pensar na qualidade de vida do trabalhador de saúde e nas suas implicações para assegurar-lhe um bom atendimento, pois ele também lida com o sofrimento do outro e isso exige condições relacionadas com as esferas afetivas e práticas para as quais o profissional da saúde pode não estar preparado.

A construção da idéia de periferia é algo novo - embora o fenômeno tenha advindo com a explosão das cidades e a intensa migração do interior para as zonas urbanas. As idéias sobre periferia parecem vincular-se a uma discriminação do *pobre*, que parece ser visto como alguém que mais facilmente produz condutas viciosas.

A prática de se detectar o usuário de drogas aparece como uma postura bastante freqüente entre os profissionais. Contudo, essa prática refere-se a uma prevenção em nível terciário, onde o indivíduo que faz uso de substâncias psicotrópicas é dependente, por isso é encaminhado a um serviço especializado. Observamos, assim, que não existe uma prevenção em nível primário nem em nível secundário.

Podemos perceber, então, como essa dificuldade com ações de prevenção e promoção social parece amparar-se em representações sociais que fazem uma associação de periferia com marginalidade. Vejamos essa consideração de modo mais explícito:

“Geralmente, as pessoas da periferia vão se marginalizar”. (Orquídea).

“Eu comecei a mostrar que se continuassem usando drogas, as pessoas iriam se marginalizar”. (Girassol).

“O que eu vejo aqui, é que quando as pessoas começam a usar drogas elas ficam marginais”. (Tulipa).

“Para mim, o uso da droga leva a pessoa para a margem, pois as vezes ela pratica coisas como furto, roubo só para conseguir dinheiro para comprar droga”. (Lírio).

“Vai ser uma pessoa marginal. Mesmo que sejam pessoas que trabalhem, vão ser tidas como marginais, pois as pessoas têm isso como marginal”. (Margarida).

Podemos perceber no discurso desses profissionais, que existe uma representação social ancorada no imaginário social, em que se colocam as “pessoas de bem” como diferentes daquelas que moram na periferia e são usuárias das substâncias psicoativas. Assim, nos questionamos: Será que a visão estigmatizadora dos usuários de drogas funciona como barreira para o profissional não formar grupos com essa categoria? Ou o impele para uma colocação do problema como algo definitivo onde ele não pode atuar em nenhuma instância?

Ainda referindo-se à categoria dos usuários das drogas, os entrevistados os compreendem como *pessoas fracas*, que não possuem *perspectivas de um futuro promissor*. A conotação dada à palavra fraca traz a idéia e que o indivíduo possui um defeito pessoal, tornando-se incapaz de superação diante dos seus conflitos.

“Eu acho que a pessoa, na realidade é fraca. Eu acho que a pessoa vai na onda e deixa se envolver; é fraca”. (Cravo).

“Acho que são pessoas fracas. Às vezes até é falta de futuro da juventude também”. (Lavanda).

“Para mim, essa pessoa é fraca, pois ela não tem domínio próprio”. (Lírio).

Ressaltamos aqui uma associação entre o uso de drogas e a falta de um projeto social que possibilite à classe trabalhadora pensar em termos de futuro. (DIÓGENES, 1998). A autora assinala também, que o país não construiu um futuro para os filhos da classe trabalhadora. Vemos então, o vínculo inexpugnável entre o futuro como escolha pessoal e como perspectiva coletiva gestada politicamente também.

Observamos que Lavanda associou o uso de drogas à falta de futuro da juventude. Como bem coloca Diógenes (1998), a perspectiva de integração ensinada pelos jovens de esferas sociais diversas, parece estar dirigida para os novos modos de inserção que se

poderiam denominar de *cidadania global*. Acrescenta ainda, Diógenes (1998) que o trabalho para os jovens de periferia aparece como um ponto vazio de definição, seja em relação ao futuro, seja como fomentador de redes associativas no campo da juventude. Assim, o trabalho passa a ser experienciado como um tempo ausente de significados no universo juvenil dos bairros de periferia. Assim nos perguntamos: Será que os que promovem a saúde não têm refletido sobre essas questões?

Ressaltamos ainda, que Orquídea, Margarida e Lírio consideram que as pessoas que fazem uso das drogas ilícitas encontram-se fora do campo da “normalidade”, ou seja, são vistas por esses profissionais como não “normais”, como pessoas que vão-se “marginalizar”, como podemos verificar em algumas verbalizações:

“Porque elas vão saber que você está usando a droga e que você já não é do meio das pessoas normais. Então você que usa droga já não é uma pessoa normal”. (Orquídea).

“A pessoa que usa droga não é uma pessoa normal como você e eu; ela fica na margem, vai-se marginalizar”. (Margarida).

“Para mim, a pessoa que usa droga ela não é uma pessoa normal, ela acaba ficando na margem da sociedade”. (Lírio).

No tocante à verbalização de Orquídea, existe na prática uma corroboração do pensamento de Rosen (1980), que observa que a linha divisória entre a normalidade e a anormalidade, entre sanidade e insanidade, nem sempre é facilmente estabelecida. As pessoas, em uma dada comunidade ou grupo social, tendem a avaliar o comportamento daqueles com quem entram em contato e interagem no cotidiano a partir de alguma concepção do “normal”, baseadas em critérios de normatizações culturais. Assim, para se considerar um comportamento aberrante deve-se observar em que contexto sócio-cultural ele ocorre.

É importante destacar, que é o próprio meio que marginaliza o sujeito, na medida em que o sistema de valores de cada sociedade define o que é proibido ou não. Como coloca Velho (1985), é preciso que os estereótipos, os preconceitos e os estranhamentos diante do comportamento do Outro, sejam percebidos e “investigados”, conforme o Outro define a sua própria realidade, conforme articula aspectos vividos e de acordo com o peso que têm os fatos que vivenciam. Devemos considerar que os profissionais da área da saúde se encontram inseridos em uma rede social de significados onde o adoecimento acarreta sofrimento para os

sujeitos que atendem à categorização estigmatizante. Diante desses indivíduos, parece ser paralisadora a intervenção do PSF.

Também alguns participantes utilizaram a terminologia *viciado* para o sujeito que faz uso de substância psicoativa. Tal palavra possui uma conotação pejorativa, estigmatizadora e preconceituosa para com esses sujeitos sociais. Acentua-se no termo, uma visão *definitiva* de algo que é transitório (o uso de drogas). O sujeito viciado é tido como alguém que é definitivamente definido pela droga, ao mesmo tempo em que não se distingue o ato do uso da droga do próprio sujeito como um todo. Não se vê o uso como algo possível de mudança. Ocorre aqui também uma reificação do humano possível (tornar o sujeito à coisa que ele usa).

“A pessoa acaba ficando viciada”. (Dália).

“O viciado em droga vai se marginalizar e fica viciado também”. (Cravo).

“A pessoa que usa droga, é um viciado”. (Lírio).

“Aqui na comunidade tem muitos viciados”. (Lavanda).

“Eu vejo que, a pessoa que usa droga fica viciada”. (Rouxinol).

“O consumo da droga faz com que a pessoa fique viciada”. (Girassol).

“A pessoa quando começa a usar não sabe mais deixar de consumir a droga e, fica viciada”. (Hortênsia).

É importante destacar que existe um estigma nos profissionais pesquisados frente aos indivíduos que fazem uso das drogas, principalmente das drogas ilícitas, relacionando o seu consumo com o ambiente em que vivem, como se o lugar - de moradores do povo, para esses profissionais apenas interviesse de maneira negativa e fosse determinante do consumo de drogas. Será que a reflexão humana e política não poderiam ser formadoras de visões sobre comunidade e suas práticas sociais, mais consentâneas com a ação que deveria caracterizar a atuação do PSF?

Para Minayo (1998), as representações acontecem no campo da consciência, mas perpassam o conjunto da sociedade ou de determinado grupo social como algo anterior e habitual que se desenvolve, se reproduz e se modifica a partir das estruturas, das relações coletivas e dos grupos em seu conviver. Dentro dessa ótica,

Ainda que algumas formas de pensar a sociedade sejam abrangentes como um cimento que mantém as suas estruturas de dominação, cada grupo social faz da visão abrangente uma representação particular, de acordo com a sua posição no conjunto da sociedade. Essa representação é portadora também dos interesses específicos desses grupos ou classes sociais e de seu próprio dinamismo. (MINAYO, 1998, p. 174).

Partindo dessas considerações, os sujeitos ao utilizarem as representações sociais, buscam de certa forma, idéias que estão ancoradas nas vivências e experiências que possuem, reorganizando elementos que se encontram no passado e acabam projetando-os no futuro, em termos de reprodução da dominação. No entanto, nem só de reprodução vivem as pessoas, mas de resistência ou rompimento e transformação. Assim, para transformarmos sujeitos necessitamos de processos formadores que utilizem as situações e os contextos de reprodução simbólicos vividos.

As verbalizações mencionadas remetem para a idéia de que significações de experiências são somadas a uma realidade que, se móvel, é grandemente predeterminada por convenções. Para Moscovici (2004), as representações sociais definem suas fronteiras, ao distinguirem mensagens significantes de mensagens não significantes. Assim, a mente está ligada a um condicionamento anterior que é base para os atores sociais construírem representações, linguagem e cultura. Dessa maneira, as representações constituem um tipo de realidade para a pessoa que a tem, ou seja, ela é determinada de acordo com o que é preconizado pela sociedade. Como as representações são formadas no meio social, os sujeitos tendem a construí-las conforme o que é preconizado e aceito, nesse meio, embora as representações sociais comportem rupturas e mudanças.

Ademais, a elaboração das representações sociais dos profissionais pesquisados concernentes aos sujeitos usuários das drogas ilícitas, tem a função de direcionar as comunicações e comportamentos referentes aos indivíduos que fazem uso delas, colocando-os em uma categoria de exclusão e estigmatização. Para Velho (1985), a idéia de estigma aproxima-se da noção de “desvio social”, que é produzido pela sociedade, ao mesmo tempo em que é fruto de uma característica que não está *escrita* no sujeito, mas funciona como um veredicto enunciado acerca desse indivíduo por um grupo social. Será que os estigmas e a exclusão que os profissionais de saúde portam sobre os indivíduos que utilizam droga ilícita no Pirambu perpassam para outras classes sociais?

A exclusão social, para Campos (2003), é compreendida como um conjunto de mecanismos que provocam a fragilização dos vínculos e dos elos sociais em torno do excluído e uma perda da capacidade de participar economicamente e politicamente da vida social.

Perdendo a noção de sua totalidade como pessoa, o sujeito passa a ser visto apenas como portador de uma patologia social, enfim, numa situação onde os direitos fundamentais do cidadão não são respeitados, em que se perde a visão de que a pessoa é um todo e não um ato ou um comportamento seu, ainda que repetitivo.

Analisando o estereótipo construído sobre este grupo populacional que consome drogas ilícitas, reconhecemos que:

“a estereotipia designa um estado de simplificação das dimensões dos estímulos, do imediatismo da reação e, às vezes, de rigidez. Em outro nível, mais freqüentemente, esta noção exprime o grau de generalidade de uma opinião, de aceitação ou de rejeição de um grupo ou de uma pessoa”. (NÓBREGA, 2003, p. 72).

Dessa maneira, o estereótipo constitui uma resposta generalizada, rígida e reducionista da complexidade da realidade.

Retomando o campo da representação social, Campos (2003) salienta que o sistema cognitivo interage ao mesmo tempo sobre os indivíduos que o elaboram e sobre a situação social na qual eles se insere. Esse sistema age sobre os indivíduos através de relações de significados e, assim, a representação dá significados a uma dada situação social, bem como aos comportamentos e condutas observados.

Analisando os discursos dos profissionais, podemos verificar que as representações sociais encontram-se ancoradas conforme a integração cognitiva dada ao objeto, que neste estudo referimos às drogas ilícitas e aos seus usuários, do modo como são vistos pelos profissionais do PSF, por meio das significações que não ocorrem ao acaso, mas em confluência com o sistema de valores ao qual adere o grupo.

Destacamos que no processo de ancoragem, segundo Jodelet (1984), articulam-se três funções básicas: a função cognitiva de integração da novidade, moldando-se as representações a outras já existentes; a interpretação da novidade, desencadeando mecanismos como a categorização e a denominação, dentre outros processos de explicação e a orientação das condutas e das relações sociais, que definem os comportamentos adotados em relação aos objetos sociais, nesta pesquisa, as drogas ilícitas e os seus usuários.

Referindo-se a essa terceira função de orientação das condutas, destaca Jodelet (1984), que as representações guiam os comportamentos e as práticas sociais, desenvolvendo um processo de seleção, filtragem e interpretação, de forma a tornar a representação uma realidade.

As representações dos profissionais exercem influência sobre o contexto onde vivem os usuários, passando a carregar estigmas, estereótipos e preconceitos que inviabilizariam a natureza das ações empreendidas pelos profissionais frente às drogas e seus usuários. Assim, nos interrogamos: Será que o preconceito, o estigma com o sujeito, a partir de um comportamento tido como desviante, vividos por um jovem usuário de droga da periferia, ocorreriam em uma outra classe social dita privilegiada? Será que o profissional do PSF se dá conta de que suas representações alimentam práticas de saúde estigmatizadoras ou incipientes nos fazeres sociais, junto à comunidade no Pirambu, em especial junto ao usuário das drogas ilícitas?

Velho (1985) menciona que a conotação dada ao termo *desvio*, está relacionada com a significação da marginalidade e geralmente, quando empregada, encontra-se relacionada com uma visão negativa, por isso, ao utilizá-la deve-se ter bastante cautela. Nesse prisma, Diógenes (1998) informa que o termo marginalidade foi difundido depois da Segunda Guerra Mundial, com o desenvolvimento urbano quando as pessoas passaram a se concentrar nas periferias dos centros urbanos, carregando consigo tal rótulo.

O preconceito e o estigma, em relação aos grupos encarados como “desviantes”, passaram a orientar ações juvenis diversificadas, como a dinâmica de ação das gangues, principalmente junto à repressão feita ante os moradores das periferias. Para esses indivíduos, a entrada nesse grupo juvenil faz parte de um processo natural de identificação, sendo eles aceitos e respeitados na convivência grupal. (DIÓGENES, 1998). No entanto, essa experiência pode ser fatal, rompendo o vínculo social que existia de modo fragilizado.

Tendo em vista o que foi mencionado, concernente à temática do uso de droga ilícita na juventude, podemos perceber as possibilidades de contribuição das representações sociais para estudos que possam produzir referências operativas nas práticas sociais em saúde, haja vista que a referência dessa teoria encontra-se no indivíduo situado em um contexto sócio-histórico, vivendo experiências e práticas cotidianas que permitem a apropriação e a reconstrução dos sentidos atribuídos ao uso dessa substância. Nesse ponto, como assinala Jodelet (1984), as representações direcionam nossas relações com o meio social e com os indivíduos, bem como organizam nossas comunicações e condutas.

Moscovici (1978) afirma que o objeto das representações encontra-se inscrito num contexto ativo e dinâmico, concebido pela pessoa ou coletividade como extensão de sua conduta. Assim, a preparação para a ação remodela e reconstitui os elementos que seriam as experiências e as informações do meio social e que dão um sentido à ação. Assim, não podemos reduzir as representações sociais a uma mera reprodução do real no plano subjetivo.

São elas uma reorganização significativa que podem constituir a base na qual se estrutura o novo pensar e a ação do homem. (MOSCOVICI, 1978; JODELET, 1984; SÁ, 1993).

Então, as representações sociais dos profissionais que se referem ao usuário de droga ilícita como um indivíduo excludente do meio social está ancorada no imaginário social que desvincula o ato do uso da droga ao todo da pessoa, com suas características subjetivas, singulares e de cidadão, negando-lhes uma visão mais totalizadora de si como sujeito.

6.3 Representações sociais dos profissionais sobre as causas do consumo das drogas

Mostraremos a seguir, as subcategorias que se encontram relacionadas com as causas atribuídas ao consumo das drogas, pelos participantes desta pesquisa.

a) Interferências Sociais/Econômicas: as causas do consumo das drogas são decorrentes do meio socioeconômico.

b) Problema Relacional Familiar: subcategoria atribuída às relações existentes no meio familiar como causas desencadeadoras do consumo das drogas.

c) Refúgio/Fuga: o consumo das drogas pode estar associado ao refúgio e à fuga de problemas de nível emocional e socioeconômico;

d) Influência de Amigos: o consumo das drogas pode estar relacionado com a influência que o grupo pode exercer sobre o sujeito.

e) Facilidade em Adquirir o Produto: o consumo de drogas encontra-se associado à facilidade em se adquirir o produto.

f) Escalada do Consumo: o consumo das drogas em geral ocorre por “escalada”, que acontece por meio das drogas lícitas e posteriormente, para as drogas ilícitas.

g) Interferência Multifatorial: indica que não existe um fator determinante para se fazer uso de droga como causa-efeito, mas existe um conjunto de fatores associados que poderão vir contribuir para o seu consumo.

Conforme os discursos de Bem-te-vi, Girassol, Lírio e Cravo, existem vários agravantes para o consumo das drogas, mas mencionam as inferências provindas do meio social juntamente com os fatores econômicos, como poderemos ver a seguir:

“O próprio meio em que a pessoa vive já favorece o uso da droga”. (Bem-te-vi).

“Eles não têm emprego. Eu acho que eles se tornam uma presa mais fácil de entrar na droga, até por conta de ver as outras pessoas que têm alguma coisa a mais do que eles. Até às vezes financeiramente, eles não têm como adquirir, porque não têm emprego e, às vezes, a família não tem como dar também”. (Girassol).

“Existem muitos fatores, principalmente a questão socioeconômica”. (Lírio).

“A própria condição social também, eu acho”. (Cravo).

Nos discursos há evidências de que por serem produtos sociais é que as representações sociais podem ser remetidas ao contexto onde são reproduzidas:

[...] em se tratando de sujeitos sociais que são produtos e produtores do mundo social, as representações jamais poderiam ser tomadas apenas como realidades intrapsíquicas e reduzidas aos conteúdos cognitivos e afetivos. O contexto é o pano de fundo essencial para que o texto propriamente dito, o ato comunicativo onde grassam as representações - possam ser compreendidos; já que, sem tal conhecimento da estrutura social, não seria possível interpretar as representações [...]. (SPINK, 1993, p. 303).

Com base nesse pressuposto, as representações sociais retificam a forma típica de pensamento de nossa sociedade, em que a visão de um mundo dá lugar a um mosaico de idéias, que acabam por virar tradições e passam continuamente por nós, sujeitos sociais.

Como destaca Rosen (1979), as doenças são partes do código de interpretação comunitário e esse texto simbólico tem funcionamento similar ao da problemática das drogas. Assim, as drogas não somente têm uma relação vinculada à situação econômica e social dos membros de uma determinada população, mas também, remetem aos cuidados médicos oferecidos, levando-nos a pensar sobre a estrutura de uma sociedade em suas estratificações e divisões de classes.

Ressaltamos, ainda, que Lavandeira, Lavanda e Cravo mencionaram que o relacionamento no meio familiar pode acabar “incentivando” o consumo das drogas, como assinala o relato de Barreto (2002), onde a dependência afetiva (funcionar como *objeto para o Outro*) é transferida para a dependência da droga.

“Às vezes eu vejo aqui: é pai e mãe que usam e isso acaba incentivando o filho a usar também. É só o que o filho vê em casa” (Lavandeira).

“Às vezes, na família; às vezes abandona os filhos, alguma coisa assim. Eu acho que é isso que acaba levando a pessoa a usar droga”. (Lavanda).

“A pessoa já nasce convivendo com aquilo em que o pai usa, a maioria da família e não tem nada para fazer e acaba entrando também”. (Cravo).

“Relações familiares que levam a interferir na auto-estima dele e acaba entrando na droga”. (Pardal).

Os discursos expressos por Cravo e Lavandeira vêm consolidar o que Kalina (1999) analisa em seus estudos, em que a família ou seus equivalentes são co-geradores do fenômeno aditivo. Assim, é provável que onde existem indivíduos que fazem uso de drogas, encontramos famílias nas quais, independente das configurações que possuam, estão presentes a droga ou modelos aditivos de conduta como técnica de sobrevivência do grupo.

Verificamos, conforme os discursos dos profissionais, a importância atribuída aos relacionamentos familiares como suporte para que o sujeito não venha a usar drogas. Trabalhos como o de Fender (1996) ressaltam que o sistema familiar tende a funcionar como um sistema total e integrado. As ações e os comportamentos de um dos seus membros influenciam e os outros simultaneamente são influenciados pelos comportamentos de todos os seus membros. Dessa maneira, toda e qualquer parte do sistema familiar está relacionada de tal forma, com as demais partes, que qualquer mudança em uma delas provocará mudança nas demais, e conseqüentemente, no sistema total.

Destacamos, ainda, que Hortênsia, Lavandeira, Rouxinol, Pardal e Azulão mencionaram a utilização da droga como refúgio e fuga de problemas proveniente do fator emocional, conforme os discursos a seguir:

“Às vezes a gente vê isso: conversa com certas pessoas. Às vezes, é a questão mesmo da situação com que vê o refúgio” (Hortênsia.).

“Pegar as pessoas de uma maneira mais fragilizadas, elas só encontram saída fugindo do mundo”. (Lavandeira).

“Ela foge da fome, ela foge do desemprego, da condição que ela vive em si; ela foge de tudo através da droga. Se bem que a gente sabe que quando ela termina de se drogar, o efeito passa, e ela está na mesma vida de novo”. (Margarida).

“A pessoa está com algum tipo de problema e acaba indo buscar a droga como uma fuga. Cada um busca as drogas para tentar amenizar os problemas que está passando”. (Rouxinol).

“É uma forma de fuga da realidade”. (Pardal).

“Acho que seria uma pessoa com problemas emocionais que usam drogas”. (Azulão).

Podemos verificar que o consumo das drogas encontra-se associado, ainda, à condição de insegurança da vida moderna, onde cada vez mais, as pessoas estão vivendo momentos de instabilidade na vida social, psicológica e moral no mundo. (ROSEN, 1979). Dessa idéia também compartilham Gonçalves (1982) e Kalina (1999), ao mencionarem que parece haver uma indução social para se aliviar as ansiedades geradas pelas frustrações afetivas e inseguranças vividas na vida urbana contemporânea, por isso, acaba-se utilizando as substâncias psicoativas.

Os profissionais como Orquídea, Bem-te-vi e Azulão mencionaram que o consumo da droga pode estar também relacionado com a influência de amigos:

“Pelo que eu vejo aqui onde eu trabalho, muitas vezes são as amizades que levam. Um chega e oferece; ele acha que se ele não for fazer, está errado, que ele tem que fazer aquilo que o outro está fazendo”. (Orquídea).

“A gente vê aqui também a questão dos amigos, que muitas vezes acabam incentivando a pessoa para usar a droga”. (Bem-te-vi).

“Eu vejo que os amigos contribuem e incentivam de certa forma, para que o indivíduo faça uso das drogas”. (Azulão).

É principalmente na categoria juvenil, que a cultura grupal, por fomentar estreitos laços de amizade, pode levar o sujeito a ceder à pressão dos atos homogenizadores nos grupos. O grupo então, prevalece sobre a individualidade do outro. Como ressalta Diógenes (1998) a interação dos jovens através dos grupos, nas diversas classes sociais, parece estar atenta a novos modos de inserção de referentes a que se poderia chamar de cidadania global. Assim, através dessa interação, os jovens buscam nos grupos, alternativas de solidariedade restritas ou fechadas. Geralmente, os jovens de periferias encontram nas gangues e galeras uma forma de “inclusão” social que parece transcender a dimensão físico-espacial das condições segregadas das cidades. Barreto (2002), através de sua experiência em Terapia Comunitária no projeto 4 Varas, realizada na comunidade do Pirambu, acrescenta ainda, que as gangues quando vistas de dentro, revelam elementos que constituem sua alma, evidenciam sua dinâmica e justificam sua razão de ser, podendo-se ainda, descobrir parte do poder sedutor que as gangues exercem sobre os jovens desfavorecidos.

Dessa maneira, através das gangues, os jovens se permitem agregar-se para sair da monotonia e do anonimato, ao mesmo tempo em que proporcionam espaços de agregações dos jovens principalmente das periferias dos grandes centros urbanos. (BARRETO, 2002).

A ancoragem desses profissionais, ao delegarem e representarem que a causa do consumo de drogas está relacionado com a influência dos amigos, não apenas estão atestando um fato, mas avaliando-o e rotulando-o. Como coloca Moscovici (2004), cada classe social constrói seu modelo ou protótipo apropriado para representar suas idéias, e o PSF parece ser uma espécie de amostra das visões de uma classe sobre o uso das drogas ilícitas e seus usuários. Nesse ponto, categorizar alguém ou alguma coisa significa escolher um dos paradigmas estocados na memória e estabelecer uma relação positiva ou negativa com o que é representado. Quando é representado de forma positiva, nós registramos nossa aceitação; quando é negativa nossa rejeição.

Os profissionais pesquisados relataram, ainda, que geralmente o consumo das drogas ocorre pela própria facilidade de se adquirir o produto, que pode estar relacionado com o preço da oferta, como também com o tipo da demanda, que acontece de acordo com o nível socioeconômico dos sujeitos que fazem uso delas.

“É freqüente a gente ver pessoas aqui no posto passando e oferecendo maconha, o crack”. (Cáspia)

“Aqui no Pirambu é fácil à pessoa chegar e comprar droga”. (Lavanda).

“Aqui a gente encontra com pessoas que consomem a maconha, por ser uma droga mais barata em relação ao crack. Mas tem pessoas que consomem todo tipo de drogas”. (Lírio).

Mencionaram também, que a causa do consumo pode estar relacionada com sujeitos que geralmente começam com uma substância dita “simples” ou lícita e depois vai passando para drogas ditas mais “pesadas” ou ilícitas.

“Tanto as droga ilícitas, como as droga lícitas como o álcool, daí a pouco já entra medicamento, daqui a pouco começa a maconha, com outras coisas e segue ...”. (Beija Flor).

“Eles usam tudo. Primeiro começou na maconha, depois passou para o crack e agora por último a pedra”. (Margarida).

Para se chegar às drogas ilícitas, parece haver um escalonamento do seu consumo cujo efeito vai deixando de ser produzido como antes e, assim o sujeito parece sentir a necessidade de utilizar substâncias mais “pesadas” para produzir o efeito equivalente. Podemos verificar, através dos discursos dos participantes, tanto de nível superior como de nível médio, que eles possuem representações sociais conforme a sua rede relacional e discursiva, que acaba regendo as relações desses atores sociais (profissionais) com o seu ambiente físico, social e com a população que utiliza as drogas.

Ainda com relação à categoria das causas atribuídas ao consumo das drogas, participantes como Pardal, Canário e Rouxinol compreendem que não existe uma causa única e determinada, admitindo que seria mais fácil intervir se fossem encontradas causas e efeitos para o consumo das drogas.

“Multicausal, multifatorial, não existe uma causa única”. (Pardal).

*“A drogadição é um fenômeno complexo, resultante do encontro de vários fatores”.
(Canário).*

“O uso da droga não é determinado por um fator único, é determinado por uma multifatorialidade, ou seja, vários fatores podem levar o indivíduo a consumir as drogas”. (Rouxinol).

Assim, podemos observar, de acordo com os discursos dos profissionais, que o consumo das drogas não está ligado apenas a uma causa única e determinada, mas é associado a causas multifatoriais, como bem indica Bucher (1992), que não existe uma causa única para se consumir droga, mas tal consumo encontra-se atrelado a um fenômeno multifatorial, biopsicossocial e espiritual, que inclui também predisposições hereditárias, relações interpessoais, familiares e a disponibilidade da droga.

O discurso dos profissionais reforça o fato de que o consumo das drogas é uma constante nas sociedades ocidentais e que, em qualquer grupo populacional seria detectado certo número de indivíduos susceptíveis desse comportamento - o que é tido por eles como uma problemática de saúde pública.

Silveira Filho (1996) considera que o abuso de drogas não se dá por acaso. Trata-se de um fenômeno complexo, cujas origens geralmente estão na infância do indivíduo. O consumo de substâncias psicoativas pode ser considerado sintoma ou doença, porém ao mesmo tempo,

corresponde a condutas sociais enraizadas em um determinado contexto que englobam aspectos de caráter econômico, histórico, social, cultural, familiar e psicológico.

Segundo Olievenstein (1998), a dependência química se constitui a partir de três elementos:

- a) A substância psicoativa com características farmacológicas peculiares;
- b) O indivíduo com suas características próprias;
- c) O contexto sociocultural e dinâmico, onde se desenvolve esse encontro entre o indivíduo e o produto.

Assim, ao se falar em dependência, devemos levar em consideração essa tríade. Observamos, então que os indivíduos fazem uso de substâncias psicoativas, diante de uma situação de conflito, para fugir de uma realidade desagradável e, até mesmo para se divertir, tanto em ocasiões festivas como fora delas. Para esses indivíduos, o consumo de drogas parece estar dotado de uma vivência subjetiva que é construída em uma realidade permeada de um significado reconhecido e legitimado por quem consome a droga.

Será que a droga não seria uma “muleta” que sustenta o sujeito em sua ação social efetiva? O ato de consumir a droga não seria uma linguagem utilizada pelo sujeito através do significante, para expressar suas *faltas*?

As representações sociais dos profissionais frente às causas relacionadas com o consumo das drogas podem, certamente, nos dar indícios de como utilizar meios para se abordar e traçar ações, não somente no meio comunitário, onde estão atuando os profissionais de saúde do PSF, mas também, através de políticas públicas que dêem conta da complexidade do problema.

6.4 Representações sociais dos profissionais sobre as conseqüências do consumo das drogas

Abordaremos a seguir, as subcategorias que se encontram relacionadas com as conseqüências atribuídas ao consumo das drogas, relatadas pelos profissionais que participaram desta pesquisa.

a) Situações de Riscos Sociais: nessa subcategoria, encontramos respostas que aludem aos problemas sociais de discriminação, perdas das relações sociais e violência (roubo e homicídio).

b) Problema Relacional Familiar: respostas que apontam o desajuste familiar como conseqüências do consumo das drogas.

c) Problema de Natureza Psíquica: incluindo alterações mentais e emocionais em decorrência do consumo das drogas.

d) Problemas de Saúde: unidades que demonstram os problemas de saúde relacionados com consumo de drogas.

e) Vício/Dependência: condensamento de respostas referentes à dependência física e psíquica.

f) Destruição/Morte: explicitação de respostas que elucidam destruição e morte relacionadas com o consumo das substâncias psicoativas.

Podemos verificar, conforme os discursos de Bem-te-vi, Orquídea, Boa Noite, Azulão, Rouxinol, Galo Campina, Lírio, Hortênsia e Dália que as conseqüências atribuídas às drogas estão incluídas nos riscos sociais e parecem causar a discriminação, a violência e a perda das relações sociais.

“A violência, a criminalidade geram roubo, furto e homicídio”. (Bem-te-vi).

“Para mim, a droga leva à delinqüência. Já começando a usar a droga, a pessoa já está na margem. Já é uma pessoa marginal. E também a pessoa fica violenta, agressiva, quebrando tudo em casa”. (Orquídea).

“Só traz muita violência”. (Boa Noite).

“Quando estão sob o efeito da droga, eles usam de violência”. (Azulão).

“Aumenta o risco de mendicância, a pessoa fica mais agressiva”. (Rouxinol).

“Quando está sob o efeito da droga, rouba para comprar mais”. (Galo Campina).

“Porque depois que você está viciada, você vai ter que roubar para comprar droga”. (Lírio).

“A pessoa que se droga, geralmente, não tem controle sobre os seus atos. Fica descontrolada e daí a violência”. (Dália).

“Muitas vezes as pessoas quando fazem uso da droga mudam o comportamento, já podem até matar e roubar”. (Hortênsia).

Podemos observar, através dos discursos acima, que as conseqüências da droga para esses profissionais são associadas a agravamentos na ordem do desamparo social. Em geral, a mídia e os meios de comunicação utilizam essa problemática para associar o uso das drogas com as violências, dando-lhe uma conotação pejorativa e estigmatizadora às classes populares.

Para Bergeret e Leblanc (1991), a violência é algo inerente ao indivíduo, tornando-se natural que ele a canalize para várias metas durante o ciclo vital, sendo a dependência das substâncias psicotrópicas um desses caminhos, ou seja, não é necessariamente quando um indivíduo faz uso de drogas, seja licita ou ilícita, que ficará violento. A manifestação dessa violência pode ser aflorada ou não com a ingestão desse produto. Assim, o que observamos com frequência, nas pessoas que não as utilizam, é que podem começar a nutrir sentimentos hostis contra os consumidores, o que explica em grande parte, as dificuldades em se debater o assunto com quem padece da dependência, podendo gerar assim, a violência do consumidor.

De um modo em geral, verificamos uma visão reificante do sujeito usuário de drogas, gerando uma confusão entre quem usa droga e a própria droga, na linguagem usada. Essa visão é estatizante: ao se dar um papel de objeto ao sujeito usuário de drogas, não estaríamos negando-o como sujeito (capaz de mudar, inclusive) em relação às drogas? Assim, podemos observar nas representações dos profissionais do PSF sobre o usuário, uma a visão de si (do usuário como sujeito), que é substituída rapidamente pelos efeitos das substâncias que alteram os estados da mente do sujeito, que por sua vez, se tornam sinônimos de coisas ruins, de situações indesejadas.

Alguns profissionais mencionaram ainda, que as conseqüências do consumo das drogas podem gerar problemas no âmbito familiar, em que acabam destruindo vínculos e ocasionando rupturas mais definidas dos laços familiares.

“Que inclusive a gente tem inúmeras famílias que são destruídas por conta disso. Começa com o pai e mãe, depois os filhos, depois os netos e aí vai... Hoje a família está completamente desestruturada”. (Hortênsia).

“A consequência do consumo das drogas é a pior possível, e chega até a destruir os laços familiares”. (Jasmim).

“O quê a gente mais vê aqui, são famílias destruídas em decorrência do consumo das drogas”. (Orquídea).

Segundo Santos (1998), em família ao se constatar o uso de drogas por um dos seus membros, o importante é não castigá-lo e não condená-lo, mas procurar saber seu nível de comprometimento, melhorar as relações dentro de casa e procurar ajuda especializada para tentar compreender o sujeito como um todo.

Os participantes, principalmente de nível superior, verbalizaram que o indivíduo passa a ter problemas de natureza psíquica, podendo chegar ao caso extremo da loucura.

“Traz problemas psicológicos”. (Orquídea).

“A pessoa fica com problemas psicológicos”. (Rouxinol).

“Em casos extremos a pessoa chega até à loucura”. (Bem-te-vi).

“Pode levar a pessoa até problemas de ordem psicológica, e fica até mesmo louco”. (Azulão).

Através da representação social, podemos verificar que esses profissionais possuem uma tendência para classificar, seja pela generalização e pela particularização. Para Moscovici (2004), não é de nenhum modo, uma escolha puramente intelectual, mas reflete uma atitude específica para com o objeto, um desejo de defini-lo como normal ou patológico. Ele acrescenta ainda que, devido a essa tendência existente quando os indivíduos classificam, geralmente o fazem a partir de comparações com um protótipo onde o objeto representado pode ser classificado como normal ou anormal.

Rosen (1979) compartilha da idéia de que parece existir uma necessidade de se considerar o comportamento normal ou aberrante em relação aos fatores sócio-culturais. Além

disso, as opiniões sobre os indivíduos que consomem drogas ilícitas encontram-se presentes no imaginário social onde se constituem.

Os participantes Rouxinol, Canário e Violeta também mencionaram que o consumo de drogas pode acarretar problemas de natureza orgânica, conseqüentemente, acarretando problemas para a saúde:

“Deteriora muito a saúde. Traz problema de coração, fígado e pulmão”. (Rouxinol).

“Para mim, deteriora a saúde”. (Canário).

“Traz várias doenças. Ele pode pegar uma DST e outras doenças mais graves”. (Violeta).

Assim, podemos constatar que as representações sociais encontram-se presentes, nos processos cognitivos dos indivíduos, podendo estar assentes na cultura e ao mesmo tempo, circulam através da comunicação social desses profissionais, no seu cotidiano e no seu ambiente de trabalho.

Alguns profissionais como Bem-te-vi, Violeta, Lavanda e Margarida, verbalizaram que o consumo das drogas pode levar o sujeito ao vício e a ficar dependente.

“Tem pessoas que sabem que estão tornando-se dependentes, mas não conseguem deixar”. (Bem-te-vi).

“Chega ate certo ponto em que a pessoa não tem mais controle e fica dependente”. (Violeta).

“Traz porque as pessoas ficam com o vício. E elas prejudicam muito a saúde”. (Lavanda).

“A droga é uma química que causa dependência nas pessoas”. (Margarida).

Para Olievenstein (1990), a dependência psíquica é a ponte imaginária, cujos arcobotantes são os mecanismos da dependência física. Ademais, a dependência acaba sendo uma luta contra o hábito, tornando-se um fenômeno que se caracteriza por ser, tanto ativo como passivo e que põe em cena o desejo.

De acordo com Tangredi (1982), a dependência física é resultante de um processo de adaptação do organismo à droga, sendo independente da própria vontade do sujeito, enquanto a dependência psíquica possibilita alteração na estrutura do sujeito, ou favorece a aquisição e a manutenção do hábito de consumo do produto.

Destacamos ainda, diante do discurso de Beija Flor, Margarida, Canário e Hortênsia, que eles percebem no usuário, percursos de deteriorização da pessoa humana e até da morte de quem faz uso de drogas ilícitas.

“A gente tem inúmeras famílias que são destruídas por causa da droga”.
(Margarida).

“Leva a morte”. (Hortênsia).

“Aqui a gente está vendo muitas pessoas se destruírem com ela”. (Canário).

“Já tivemos inclusive, um óbito nesses 6 meses de um drogadito”. (Beija Flor).

Tal discurso justifica-se porque, na comunidade e no ambiente institucional do PSF, os profissionais se deparam com situações em que o sujeito chega a óbito em virtude do consumo das drogas, como bem mostra o discurso de Beija-Flor.

Podemos verificar que, tanto os profissionais de nível superior como os de nível médio, compartilham de uma mesma representação social referente aos danos derivados do consumo das drogas em âmbito geral, como algo que deteriora o ser humano. Tais discursos parecem expressar rotulação do consumo das drogas e esta associado a algo que só resulta em coisa ruim, como doença e morte.

A construção de significados é um ato, tanto de cognição como de afetividade. (LINHARES, 1999). Assim, as representações são formadas e reformuladas no contexto das relações sociais, nos lugares públicos e privados, nos movimentos sociais, na herança histórica e cultural através dos meios de comunicação de massa e das relações de trabalho. Enfim, são resultantes do cotidiano das pessoas, das suas argumentações, suas críticas e do panorama que elas traçam quando de sua atuação no mundo das culturas.

Diante dos discursos dos profissionais pesquisados do Programa Saúde da Família, podemos verificar que as suas representações constituem uma rede semântica que configura uma situação complexa. Supõe-se que tais representações podem influenciar as ações no âmbito do trabalho do PSF e até mesmo frente aos usuários. Logo as representações encontram-se presentes, tanto na cognição como na cultura, nos processos individuais e nos

societários, circulando através da comunicação social e intervindo nos conjuntos sociais onde as pessoas interagem.

Nessa perspectiva, os fenômenos, as imagens e as opiniões, crenças ou atitudes que formam o tecido das representações sociais adquirem uma estruturação a partir do entrelaçamento dos vínculos entre esses elementos, o que possibilita a atribuição de significação complexa aos processos psicossociais.

No nosso estudo, as representações dos profissionais frente às drogas ilícitas e seus usuários tecem uma dinâmica de interações realizadas entre os profissionais e o objeto representado. Nesse caso, as drogas ilícitas e seus usuários se articulam no âmbito do pensamento e da ação social em saúde. Desse modo, as representações que coisificam os sujeitos, apresentadas por esses profissionais referentes ao objeto representado, guiarão as suas condutas e comportamentos nas redes de suas relações sociais, que atuam em suas práticas, impossibilitando ou reduzindo a potência de suas atuações enquanto possibilidades de reverter quadros sociais difíceis.

6.5 Representações sociais dos profissionais acerca das intervenções com o usuário de drogas

Nessa subcategoria, encontram-se as unidades temáticas em que os profissionais relatam acerca das diversas formas de intervenção sobre o sujeito usuário de drogas.

- a) Apoio Social - refere-se às ações e intervenções que venham contribuir para a melhoria do nível socioeconômico da população, principalmente a dos usuários de drogas.
- b) Diálogo/Atividades Socioculturais com os Jovens - engloba respostas relacionadas com as intervenções que podem ocorrer a partir do diálogo e com atividades socioculturais desenvolvidas por esse tipo de sujeito.
- c) Apoio Médico/Psicológico - medidas de intervenção advindas do apoio dado pelo médico e pelo psicólogo ao sujeito que consome droga e a sua família.
- d) Implementações de Instituições - referência dos profissionais à implementação e criação de centros especializados para lidar com o usuário de drogas.
- e) Falta de Apoio – respostas que apontam para a falta de apoio dos órgãos, principalmente do setor público às ações favoráveis ao usuário de drogas e seus familiares.

Hortênsia, Lírio, Orquídea e Boa Noite, em seus discursos, mencionaram a necessidade de interferência no nível socioeconômico, como trabalho e emprego, mecanismos que talvez ajudem as pessoas a não usarem as drogas e, até mesmo, a se recuperarem. No entanto, não observamos conexões entre essa interferência socioeconômica e a promoção à saúde.

“O que eu acho é que deve ser um trabalho como forma de ocupar. O que falta muito é o principal, é um emprego. Por exemplo, aquelas famílias que vivem na situação de miséria e são levadas a isso, e se elas tivessem um meio de sobreviver assim financeiramente?”. (Hortênsia).

“Eu acredito que, ocupando esses jovens, se tornaria muito mais possível pra eles não entrarem nesse mundo das drogas”. (Lírio).

“Acho que o que ajudaria mesmo, era o governo aumentar o número de empregos, era ter aperfeiçoamento, era ter alguma formação para os jovens, para quando eles começarem a usar as drogas, já terem essa formação para ajudarem a eles a sair deste mundo”. (Orquídea).

“Eu acho assim: se você estivesse trabalhando, estudando ou ocupado com alguma coisa, isso ia ser a coisa mais difícil, mas, como não têm nada para fazer, eles acabam usando droga e também assim: falta de dinheiro, não ter uma boa alimentação, não ter como se divertir. Eles acham que aquilo dali é o divertimento e caem”. (Boa Noite).

Podemos verificar a importância atribuída por esses profissionais da saúde, à questão econômica e social. Podemos inferir que acontece essa percepção (da parte dos agentes de saúde e dos auxiliares em especial) na instância social como um meio relevante para intervir e evitar o consumo das drogas. Não podemos atribuir unicamente aos aspectos econômicos e sociais tal responsabilidade, haja vista que esses profissionais de saúde também fazem parte do contexto do Pirambu, como sujeitos históricos e são (co)responsáveis pelo processo de se utilizarem mecanismos que venham ajudar a população dentro das suas redes de significações, a evitar e/ou minimizar o consumo das substâncias psicoativas. Dessa forma, podemos verificar que as representações sociais dos profissionais possuem diferenças internas (as causas econômicas e sociais no fenômeno da drogadição não mais apontadas pelos agentes de saúde, que são um segmento popular do grupo do PSF).

Ressaltamos ainda, que os profissionais atribuem importância à realização de diálogos e atividades socioculturais, principalmente com a categoria juvenil, em que poderiam ser abordadas várias temáticas relacionadas com a saúde e com o processo saúde-doença, vindo a contribuir para que os sujeitos se percebam como atores sociais dentro das redes relacionais que se constituem. No entanto, parecem ter dificuldade de potencializar essa ação e expandi-la.

“Poderia juntar até mais adolescentes. Eu acho que cada equipe poderia formar um grupo, não só de dança, como eu te falei, mas de outras coisas também”. (Copo de Leite).

“Então, a gente trabalharia com esses jovens essas questões, abordando essas diversas temáticas, tendo atividades ocupacionais, podendo dialogar com eles. Eu tenho muita vontade de fazer isso, mas a gente sabe que sozinha não vai para lugar nenhum”. (Bem-te-vi).

Podemos perceber que o contexto dialógico, como meio de produção do novo sentido ou de cristalização das representações sociais para esses profissionais, pode contribuir para

que ações dialógicas concernentes ao campo preventivo relacionado com as drogas, tanto lícitas como as ilícitas, possam auxiliar na intervenção do consumo das substâncias psicoativas. Não podemos deixar de mencionar que no contexto dialógico, a comunicação ocorre de forma descentralizada, existindo um elo entre o emissor e o locutor.

Através da representação social, o âmbito dialógico favorece os atores sociais para que se movam, construam sua vida e expliquem ações mediante seu estoque de conhecimentos. Como destaca Minayo (1995), a produção das idéias, das representações e da consciência, encontra-se diretamente entrelaçada com a atividade material e com o intercâmbio entre os homens e a linguagem na vida real.

Dessa forma, os profissionais, respeitando os sujeitos envolvidos no processo dialógico, podem contribuir se atuarem como grupo dentro das suas práticas de saúde, para evitar e/ou minimizar o consumo das drogas na comunidade onde se encontram atuando.

Também os profissionais de nível médio (agentes de saúde e auxiliares) se referiram à intervenção que pode ser dada pelo profissional da área médica, como também pelo profissional da área de Psicologia como uma forma de ajudar o usuário de drogas e seus familiares.

“O médico e o psicólogo, iriam à casa da pessoa, já teriam aquele acesso àquela pessoa, já poderiam conversar e até mudar, às vezes, a cabeça de uma pessoa”.
(Orquídea).

“Um trabalho de orientação, de ajuda psicológica com essas pessoas”. (Hortênsia).

“O médico tem menos tempo de se envolver com essa parte. Que a gente tem uma agenda mais cheia e tudo, mas eu sempre fui uma lutadora por esse lado. Eu espero que venha alguém e continue esse trabalho em 2005 e vamos esperar mudança de política. Eu nem sei se estou aqui amanhã. Então, fica todo mundo muito assim, esperando para ver, porque essa passagem aí gera uma insegurança danada”.
(Pardal).

Observamos no discurso de Pardal, que embora seja ressaltada a importância do profissional da área médica para intervir junto ao usuário de droga, esse profissional parece esquivar-se dessa atribuição, delegando a sua responsabilidade à esfera sociopolítica. Parece haver um jogo do empurra-empurra desses profissionais, acerca de intervenções no uso de drogas com os atores sociais que as utilizam. Vejamos, aqui, que o profissional médico

participa dessa rede de intervenção (que inclui a jurídica, certamente), mas realiza uma espécie de apagamento de sua participação, não se vendo como sujeito nela.

Como menciona Rosen (1979), a doença não somente tem uma relação causal com a situação econômica e social dos membros de uma determinada população, como também, os cuidados médicos oferecidos refletem a estrutura de uma sociedade, em particular suas estratificações e divisões de classe. Será que em saúde, nos processos formadores, se têm considerado a concretude de pensarmos as determinantes sociais que causam a doença?

Percebemos então, que a estrutura médica como parte de uma organização inserida no contexto social, não deve ser vista através de uma análise estática, como observa Rosen (1979), ressaltando a importância de haver intercâmbio com outros saberes (sociológico, psicológico, antropológico, entre outros), como foi mencionado por Orquídea, ao falar da interação do médico com o psicólogo, para que juntos, desenvolvam ações concernentes ao dependente químico. Mas podemos observar, na próxima categoria sobre o PSF e as ações desenvolvidas na comunidade em relação às drogas, através dos discursos de alguns dos profissionais que participaram do estudo, que não existe profissional da área de Psicologia e as ações são executadas, principalmente, pelos enfermeiros e pelos agentes comunitários de saúde, que como os demais profissionais acabam esquivando-se dessa ação, responsabilizando para tal, outras categorias profissionais.

Destacamos que o Programa Saúde da Família possui a preocupação de efetivar ações centradas na saúde coletiva, como também propor referências teórico-práticas que embasem a mudança de paradigmas do modelo biomédico, centrado no adoecimento biológico, para uma visão biopsicossocial e espiritual. Pensando dessa forma, “as condições econômicas e sociais têm um efeito importante sobre a saúde e a doença e tais relações devem ser submetidas à investigação científica”. (ROSEN, 1979, p. 82). Seria oportuno acrescentar as outras dimensões: a psíquica e a espiritual como constituidoras do sujeito multidimensional.

Nesse ponto, Sucupira (2003) corrobora a idéia de que a saúde deve ser pensada, não somente como a ausência da doença, mas como produto da qualidade de vida socialmente determinada, implicando necessariamente, a superação do paradigma da biomedicina organicista e a incorporação de um novo referencial que considere os aspectos históricos, culturais e sociais, que interferem no modo como deve ser prestada a atenção à saúde. Mas, parece que alguns profissionais deste estudo ainda não incorporaram em suas práticas, tal modelo de verem o sujeito em sua totalidade, colocando a pessoa do médico como o único “salvador” nas práticas em saúde.

Devemos considerar ainda, os discursos de Pardal, Hortênsia e Orquídea, profissionais de nível médio e superior, que mencionaram a necessidade e a importância de que também na equipe haja um profissional da área de Psicologia para lhes dar apoio e desenvolverem ações no âmbito coletivo, de modo que o psicólogo também possa intervir de forma coletiva, levando em consideração a singularidade do ser humano como um sujeito que pode transcender sua ambiência cultural. Sabemos, todavia, que transcender não significa desconhecer contextos concretos e que a sua subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo apenas, uma vez que ela é tecida pela intersubjetividade, inscrita no registro social.

Assim, não podemos reduzir as ações no Programa Saúde da Família à individualidade (o PSF inscreve-se como saúde coletiva), pois a subjetividade está em circulação nos conjuntos sociais de diferentes tamanhos, pois ela é essencialmente social, assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares.

Tendo como foco de atenção o sujeito, a família e a comunidade, além de fenômenos como a prevenção nos diversos níveis e a assistência à saúde, as ações na área da Psicologia emanam do processo de subjetivação, bem como das experiências dos sujeitos envolvidos, considerando-se a dimensão estrutural, a particular e a singular de sua realidade sociocultural. Destacamos ainda, que conforme a Reforma Psiquiátrica Brasileira, a prática de saúde mental deve-se concentrar na atenção primária, desmistificando o fato de que as ações nesse campo não se concentram no modelo hospitalar, mas sim, devem ocorrer em bases comunitárias, favorecendo a inclusão social do portador de transtorno mental e daqueles que fazem uso das substâncias psicoativas lícitas e ilícitas. Dessa maneira é que se poderá atuar em nível individual e comunitário, no fortalecimento dos vínculos familiares e sociais - o que exige, realmente a perspectiva profissional do olhar para a psique.

Nesse ponto, ainda há muito a fazer no campo da saúde mental, na esfera municipal, uma vez que, na maioria das vezes, a oferta de serviços de saúde mental e principalmente na área da drogadição, estão centradas na consulta médica individualizada, onde a prescrição de medicamentos acaba sendo o instrumento básico do atendimento. Entendemos que deve-se haver uma efetivação da política direcionada para o usuário de droga, não só nos serviços de alta complexidade, mas também, nas Unidades de Saúde da Família, para que possa oferecer uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais locais. Assim, sempre se deve considerar que a oferta de cuidados ao sujeito que faz uso das substâncias psicoativas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial.

Nesse prisma, compreendemos que o fenômeno das drogas e seus usuários é um processo biopsicossocial, em que se encontram envolvidos o produto, o sujeito e o meio sociocultural e que o fenômeno não se refere apenas a um defeito no corpo, num órgão ou no funcionamento bioquímico. Há uma complexidade no processo saúde-doença que ultrapassa o orgânico simples: o que parece desvio quando se coloca em relação a uma norma, mostra-se como outra linguagem, em outros contextos. Essa diferença que é qualificada de desvio pode apontar outras formas de cuidado e aprendizagem cultural, outras maneiras de se lidar com subjetividades, que insistimos em desqualificar como inferiores aos modos padronizados de experiência.

Tendo como foco de atuação o campo da saúde pública, não podemos deixar de mencionar a importância de que, nesse campo de saber, estejam presentes profissionais de outras áreas de conhecimento, não se restringindo o PSF à pessoa do médico, do enfermeiro, do odontólogo, mas que se incluam profissionais de nível superior em especial psicólogos, já que queremos mudanças no campo da saúde. É preciso romper com a organização das práticas de saúde tradicionais e incluir a psique como dimensão importante no cuidado com a saúde.

Diante disso,

Romper com os paradigmas vigentes não significa recusa pura e simples. Impõe movimentos de crítica, elaboração e superação. Trata-se de uma construção no plano epistemológico ao tempo em que se mobilizam vontade da práxis para alimentar o pensamento e a ação. (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998, p. 308).

Profissionais como Azulão, Lavanda e Lírio também relataram a necessidade de atuações mais efetivas das instituições que trabalham com a prevenção e a recuperação do dependente químico.

“O que poderia ser feito, é que existissem gestores que implantassem instituições para acolher esse pessoal, que a gente tivesse para onde encaminhar. No momento nós temos essas dificuldades, é uma dificuldade muito grande, porque a gente fica sem saber resolver”. (Azulão).

“Deveria haver um centro de especialização para essas pessoas. Um tratamento, porque geralmente há as clínicas, mas não existe aqui uma clínica no Pirambu. Há as clínicas que são pagas e existe muita gente que não tem condição”. (Lavanda).

“Acho que deveria haver uma consciência maior das entidades governamentais para ajudar. Sei que há vários órgãos que ajudam as pessoas com droga, mas são tantos os viciados e mesmo as pessoas que trabalham com isso são poucas”. (Lírio).

No tocante às verbalizações dos profissionais que expressaram a necessidade de implantação de instituições, podemos observar, nesses discursos, que os profissionais mais uma vez, parecem ofuscar sua participação nesse processo de buscar parcerias na construção das redes sociais, visando a implementar suas ações. Na comunidade pesquisada, o Pirambu, existem trabalhos como o que é desenvolvido no projeto 4 Varas, através da Terapia Comunitária, que busca potencializar o crescimento e a transformação do ser humano na medida em que compartilha experiências de vida e sabedorias de forma horizontal e circular. A comunidade acaba tornando-se um espaço de acolhimento e de cuidado.

Chamamos a atenção também, que ao lado da Unidade Básica de Saúde, existe o Centro Comunitário Luiza Távora, em que se realizam cursos ocupacionais e treinamentos para diferentes faixas etárias, prestando ao mesmo tempo, apoio às organizações sociais, na medida em que se estimulam as lideranças na mobilização e articulação da comunidade, buscando-se alternativas coletivas para a solução de seus problemas e incentivando a participação popular na construção da consciência crítica e cidadã. Também, um outro participante mencionou o Centro Comunitário como um órgão que pudesse desenvolver parcerias, mas sem aludir à concretude dessa perspectiva.

É nesse sentido que Westphal (2003) destaca que nessa sociedade fragmentada, individualizada, característica do mundo contemporâneo e globalizado, há necessidade de se enfrentar a diversidade, respeitar a pluralidade de valores e encontrar caminhos conflituosos para construir acordos e parcerias.

Parece que esses profissionais da saúde do PSF esperam que as práticas e as instituições que atuam na reabilitação da dependência química cheguem até a UBS - “Unidade Básica de Saúde” e ofereçam seus serviços. Contudo, parece que as responsabilidades sociais e práticas desses profissionais que se referem à problemática das drogas são transferidas para outras esferas, e também para outras instituições que desenvolvem ações reabilitativas.

Para esses profissionais, as instituições podem atuar, resolvendo a complexidade do consumo abusivo das drogas. No entanto, possuem uma visão de que o sujeito que faz uso das drogas possui um sintoma, cuja doença é a ingestão da droga, não percebendo conseqüentemente, que por trás desse consumo, existe uma construção de subjetividades radicalmente diversas, por isso nunca se pode tratar o sintoma; é preciso tratar o sujeito.

Observamos, que embora saibam da existência das instituições que atuam nessa linha de trabalho com os usuários de drogas, não se comprometem a buscar redes sociais efetivas, uma maior participação da população envolvida, como também da comunidade do Pirambu – atos que apontam para a compreensão do que seria saúde coletiva.

Fazendo uma analogia com o uso da medicação, existem casos em que a prescrição psiquiátrica, ao fazer um anteparo à doença, não resolve o problema, podendo até mesmo agravar a situação. A doença deve ser repensada como fato cultural e como caminho: é preciso aprender com a doença.

Entendemos que o processo saúde-doença são produtos da instabilidade onipresente, são expressões das relações mutáveis entre os vários componentes do corpo, entre o corpo e o ambiente externo no qual ele existe. Assim, as causas do adoecimento são procuradas no reino da natureza, contudo, no homem a doença possui uma outra dimensão: a doença não existe como “natureza pura”, sendo modificada e moldada por um sujeito multidimensional, pela atividade social e pelo ambiente cultural que tal atividade cria e se desenvolve.

É situação bastante comum no contexto brasileiro, a implementação de políticas públicas que têm como base o assistencialismo, onde o poder público busca responder, de forma imediata e superficial, não resolutiva, às necessidades da população. Essa prática de disfarces, muitas vezes termina por causar uma acomodação das camadas populares, dificultando, com isso, o desenvolvimento da participação popular e conseqüentemente, a efetivação de conquistas mais seguras e amplas.

Existem também, alguns profissionais que verbalizaram a falta de apoio de alguns órgãos, no sentido de ajudar e colaborar com o Programa Saúde da Família para desenvolver ações referentes à questão das drogas na comunidade do Pirambu.

“Porque quando a gente começa um grupo, a gente vai atrás de apoio e tudo é muito difícil. Em termos de regional, de apoio mesmo, tudo é muito difícil. Então eu acho que se houvesse um trabalho conjunto, não só da gente, que a gente tem vontade de fazer, mas se tivesse um apoio de forças maiores dos próprios gestores para essa questão das drogas. Eu acho que a gente conseguiria fazer realmente um trabalho melhor com esses jovens, tentando fazer com que não usassem drogas”. (Bem-te-vi).

“Se a gente encontrasse um gestor para trabalhar, que tivesse toda essa visão junto com as equipes dos PSF, seria muito bom, porque, essas equipes a gente está muito perto da comunidade. A gente conhece fulano, cicrano e, acaba sabendo da

problemática que ele vive, dos problemas da casa dele. Então seria bem mais fácil a gente trabalhar com esses jovens”. (Galo Campina).

“Não sei te dizer qual tipo de projeto, mas, que não depende da gente. Depende também da Prefeitura autorizar alguma coisa assim, talvez por isso que elas não fazem tanto e por esse motivo o recurso não vem. Esse grupo aí quando precisa é muito difícil conseguir as coisas. Acho que deveria haver mais interesse dos órgãos públicos, por exemplo”. (Copo de Leite).

Verificamos mais uma vez, que também há compreensões que apontam para a idéia das determinantes sociais dos processos de saúde e doença, mas parece que se torna mais fácil, para esses profissionais, delegarem ações e responsabilidades à esfera do governo, no que concerne a questão das drogas. Parece que estão esquivando-se de ações que poderiam ser realizadas com as classes populares preventivamente e em termos de promoção à saúde. Para Rosen (1979), a saúde da população perpassa a responsabilidade social para prevenir doença e promover a saúde, sendo necessárias, tanto medidas médicas quanto sociais.

Dessa forma, observamos no campo das representações sociais dos profissionais, que se encontram enraizadas no processo de atribuição de sentido aos seus objetos, vinculando-se às articulações da história pessoal do sujeito, enquanto marcada por determinantes de diversos níveis e ordens, atrelando-se também, às relações que o sujeito vai estabelecendo no cotidiano com as suas experiências. (MADEIRA, 2003). Assim, a forma como representam as intervenções frente às drogas e seus usuários podem estar ancorada em um sistema de pensamento social preexistente e nas transformações implicadas em tal processo. Poder-se-ia, pois, pensar ações de um modo não redutor da complexidade do sujeito e dessa problemática social?

6.6 Programa Saúde da Família: ações desenvolvidas na comunidade em relação às drogas

Encontram-se presentes nessa categoria, ações desenvolvidas pelo Programa Saúde da Família na comunidade do Pirambu concernentes às drogas.

a) Educação e Saúde – englobando respostas direcionadas à importância da ação educação e saúde que vem sendo desenvolvida na comunidade em relação às drogas.

b) Atividades Artísticas e Culturais – ação que vem sendo realizada na comunidade para prevenir a questão das drogas.

c) Atividades com a Categoria Juvenil - subcategorias que enfatizam o desenvolvimento de fomentar essa prática de maneira sistemática com os jovens na comunidade, como forma de prevenir o consumo das drogas.

d) Integração da Equipe, Família e Comunidade – respostas referentes às subcategorias, que enfatizam a integração da equipe com a família e a comunidade, numa forma de desenvolver ações referentes às drogas.

Ações de prevenção, como a de educação e saúde foram verbalizadas por Lírio, Copo de Leite e Margarida como sendo desenvolvidas no Programa Saúde da Família na comunidade do Pirambu frente às drogas.

“Na parte de saúde, a gente faz mais é a parte de educação. Educação e saúde; dizendo qual o mal que a droga tem em relação ao valor assim negativo, porque ela não tem nenhum valor positivo”. (Lírio).

“A gente faz assim, uma orientação quando pode. Até a gente fica meio assim com medo de está falando sobre esse assunto. A gente dá uma orientação assim, porque há uns que não é bom à gente ficar falando, porque pode até eles se revoltarem contra a gente mesmo” (Copo de Leite).

“A orientação que a gente fala é que isso vai prejudicar a sua saúde, que procure algo de produtivo na sua vida. A gente orienta nesse termo assim”. (Margarida).

Enfatizamos que uma das estratégias de saúde da família, como destacam Donato e Mendes (2003) é a relação da equipe com a população envolvida, que deve ser necessariamente aprofundada para que se constitua numa relação educativa, permitindo que todos os envolvidos se descubram como sujeitos no processo saúde-doença. Nessa prática,

onde acontece a relação do profissional da saúde como a população, ambos se modificam, na medida em que são percebidos como portadores e produtores de conhecimentos distintos. Assim, a relação educativa com a produção do conhecimento torna-se coletiva e processual, favorecendo para que o conhecimento seja construído de forma contínua.

Donato e Mendes (2003) ainda afirmam que, diante das práticas educativas, as equipes de saúde devem considerar as opiniões, as crenças e os valores comunitários, pois as experiências culturais são heterogêneas, uma vez que são vivenciadas e experienciadas de modos diferentes e distintos, pelos mais diversos e diferentes sujeitos que se percebem como agentes de construção da sua própria história.

Para Santos (1998), a melhor maneira de se intervir na droga é através da prevenção. Dessa maneira, prevenir pressupõe medidas utilizadas para impedir ou pelo menos reduzir o consumo abusivo das drogas. No entanto, planejar e implementar programas de prevenção não é um processo fácil, uma vez que os problemas relacionados com o consumo de drogas são resultados de fatores que se encontram ligados às áreas sociais, individuais e à própria droga.

Assim, uma ação preventiva requer ação em vários níveis, incorporando reflexões éticas e humanistas, que por sua vez, não devem ficar reduzidas a uma mera manipulação do homem em prol de alguma argumentação lógica, mas medrem nos movimentos sociais.

Nessa perspectiva, é importante ter-se um conhecimento prévio da realidade do grupo com que se pretende trabalhar, pois cada grupo possui singularidades e peculiaridades que são próprias de cada contexto populacional. Assim, dependendo do conhecimento prévio da população alvo é que se poderão traçar medidas para subsidiar a prevenção das drogas e proceder à construção de novos saberes sobre como se processa a relação com ela.

Dessa maneira, a prevenção pode-se dar em três níveis:

a) Prevenção primária - ocorre uma mobilização no sentido de oferecer possibilidade de formação e de informação, visando à abstinência total de substâncias psicoativas. Esse nível de intervenção encontra-se destinado a uma população que ainda não estabeleceu o primeiro contato com as drogas;

b) Prevenção secundária – esse nível tem como objetivo, evitar a evolução para os usos mais freqüentes e prejudiciais. Implica diagnosticar e reconhecer precocemente os indivíduos que estão em risco de evoluir para usos mais prejudiciais;

c) Prevenção terciária – ocorre quando o uso de drogas começa a se tornar uma dependência. Nessa fase, procura-se incentivar o usuário para que ele procure um tratamento especializado.

De acordo com Bucher (1992), uma ampla abordagem preventiva visa a uma ação educativa e valorativa da vida humana e de qualidade de auto-realização, sem padronização, em que se deverá levar em conta o contexto histórico em que o indivíduo se encontra inserido. Dessa forma, dar-se-á relevo à dimensão ética do consumo intimamente ligado à responsabilidade da pessoa pelos seus atos, pela sua saúde, pelo seu corpo, pelo seu desenvolvimento de homem e de cidadão, como também pelas suas opções que assume na vida.

A categoria que aponta a necessidade do desenvolvimento de Atividades Artísticas e Culturais nos leva à incorporação de novos profissionais no PSF, de acordo com as necessidades culturais locais. Através das atividades artísticas e culturais poderão romper-se a tradição autoritária e normatizadora da relação entre os serviços de saúde e a população.

“Faz um trabalho com os jovens, como você viu ontem. Aquilo dali era de uma enfermeira que trabalhava aqui. Ela tomava conta dos jovens. Tirava os jovens da rua para fazer alguma coisa dentro da unidade de saúde, como trabalhos artísticos, trabalhos de teatros, essas coisas... Peças assim, para ver se tiram eles do vício para cá, que são crianças que ainda não entraram no vício. Então aquilo ali já é um trabalho excelente. Há um grupo de jovens que ela acompanha aqui”. (Dália).

“É, a gente trabalha no sentido de tentar coloca-los em dramatizações, trabalhar com teatro eles mesmos. A gente preparando eles, para eles mesmos repassarem para os outros jovens nas escolas, alertando sobre diversas temáticas e que também exerçam algumas atividades ocupacionais como ensinar pintura, ensinar música. Seria também uma forma de fazer com que não entrassem nas drogas”. (Bem-te-vi).

“Eu acho que vai surtir algum efeito, porque há muito adolescente que gosta de dança. E você convidando ele pra cá, para esse grupo, aqui vão falar em DST/AIDS, em droga e outras coisas e vão orientar eles para que não caiam facilmente na droga. E nem só na droga e em outras coisas como prostituição e outras coisas mais”. (Boa Noite).

Podemos perceber que as ações de saúde estão inseridas em um processo maior de mudança social, que depende fortemente de dinâmicas políticas, econômicas e culturais que acontecem fora dos serviços de saúde, embora a ele se possam conectar.

Ao mesmo tempo, verificamos que as representações sociais formadas pelos profissionais de saúde na comunidade investigada nos balizam frente a ações de saúde pública

que poderiam ser desenvolvidas em áreas onde exista uma alta incidência do consumo das drogas, e também nos norteiam para atividades que poderiam ser realizadas com a categoria juvenil, especificamente, como poderemos ver na categoria a seguir.

Os discursos demonstram que vêm sendo desenvolvidas atividades e ações com a categoria juvenil no Programa Saúde da Família, mas que há necessidade de maior implementação dessas práticas.

“Aqui foi criado agora um grupo de adolescentes. Tipo de uma socialização, que socializa os jovens e quer formá-los para mais tarde não caírem nessa: no uso das drogas. Esse grupo foi formado por uma enfermeira que saiu e agora entrou outra no lugar dela que está dando continuidade”. (Orquídea).

“Aqui há um trabalho com adolescentes com a equipe verde e vermelha, desenvolvido por uma enfermeira, só que ela saiu daqui. Ai o grupo caiu mais. Mas agora chegou uma moça até da Faculdade, que é estudante de enfermagem e, se eu não me engano, ela vai dar continuidade ao trabalho da outra enfermeira”. (Girassol).

“Há o grupo de adolescente, onde são desenvolvidas atividades dentro da própria unidade”. (Galo Campina).

“Só há um grupo de adolescentes que a gente trabalha junto com eles desenvolvendo várias atividades. Acho que deveriam ser criados mais grupos com esses jovens aqui no PSF”. (Azulão).

Os discursos revelam a importância atribuída por esses profissionais ao desenvolvimento de ações com a categoria juvenil, que na maioria das vezes, representa uma dimensão esquecida na esfera pública, não só no setor da saúde, como também no setor socioeconômico. Têm-se criminalizado ou, no mínimo, estigmatizado os modos de associações juvenis, redutoramente nomeando-os como “coisas de gangues”. Como então, aproveitar suas expansões expressivas, culturais e grupais na promoção da saúde comunitária? Como podemos verificar no discurso de Azulão, ao mencionar a necessidade de se formar mais grupos com a categoria juvenil, na unidade do UBS, onde se encontra atuando.

Verificamos que, embora Girassol e Rosa mencionem a relevância de se desenvolverem atividades com a categoria juvenil, as ações ficam apenas sob a

responsabilidade da área da enfermagem, dando a impressão de haver um ofuscamento por parte dos demais profissionais a respeito da importância dessas ações.

“Aqui tem um grupo de adolescentes que é coordenado por uma enfermeira daqui do posto”. (Girassol).

“Existe um grupo de jovens e quem trabalha é a enfermeira. Seria interessante que houvesse outra pessoa, assim, da área da Psicologia para trabalhar junto com eles também”. (Beija Flor).

“Acho esse trabalho muito importante, mas deveria haver um profissional da Psicologia para desenvolver esse trabalho de drogas com os jovens, aqui no Pirambu, juntamente com a enfermagem”. (Canário).

“Nós, agentes de saúde, é quem convida os jovens para o grupo de dança, que é organizado por uma enfermeira daqui do posto de saúde”. (Dália).

“O grupo de adolescentes está gostando, inclusive o pessoal da própria unidade, porque inclusive, anteriormente ele foi iniciado por uma enfermeira daqui do posto”. (Rosa).

Podemos verificar que apesar de todos os limites que já apontamos, entre os profissionais de saúde de nível superior, são os enfermeiros que mantêm maior contato com os usuários dos serviços de saúde no Programa Saúde da Família. Esses profissionais possuem uma maior sensibilização para desenvolver ações referentes aos usuários de drogas ilícitas na comunidade onde atuam. Assim, a temática relacionada com a questão das drogas, principalmente as ilícitas, deveria ser incorporada nos currículos das Universidades, para que os profissionais conhecessem a etiologia, bem como as causas multifatoriais que podem levar o indivíduo a usar drogas, considerando a subjetividade do usuário. Questionamos então: Por que deveria essa onipotência do saber médico ser amplificada e reproduzida no PSF?

Como citam Alencastre e Spricigo (2004), a dificuldade referente à questão droga, é proporcional à amplitude do conhecimento significativo, para uma atuação eficaz e efetiva nesse campo. Parece existirem dificuldades, nos diferentes grupos sociais para se refletir e discutir sobre o fenômeno das drogas e percebesse que o profissional de enfermagem está muito preocupado com o "fazer", não refletindo também, sobre as diversas implicações do

lidar com a substância psicoativa, seus usuários e familiares - não considerando também a dimensão do inconsciente.

Os discursos demonstram que deveria haver um projeto específico onde se desenvolvessem ações referentes às drogas, no Programa Saúde da Família.

“Eu acho que aqui, devia haver um projeto de droga, porque, adolescente aqui é só o que tem. Porque, tendo um projeto aqui e você convidar ele, já é uma grande coisa. Porque, você os orientaria sobre droga, que a droga faz isso, faz aquilo e muitos deles iriam entender e, com certeza iria evitar provar um dia a droga”. (Boa Noite).

“Acho melhor trabalhar a prevenção com esses jovens. Deveria haver um projeto específico para isso”. (Pardal).

“Falta aqui um trabalho mais específico que aborde a droga, que fale sobre a prevenção, que oriente de uma forma mais geral, principalmente os jovens”. (Galo Campina).

Aqui, destacamos a importância atribuída por alguns profissionais de se desenvolverem ações preventivas mais efetivas e de forma contínua, principalmente com a categoria juvenil e que também, dentro dessas ações exista um projeto específico em que se possa abordar a temática sobre a questão das drogas no campo da saúde pública, especificamente no Programa Saúde da Família.

Através do PSF, se poderá abordar por meio das redes locais e formar grupos de prevenção sobre as drogas, imbricadas nas populações vulneráveis da periferia, levando os profissionais envolvidos nesse contexto a formar vínculos sociais locais e redes sociais, trabalhando estratégias mais condizentes com o perfil sociocultural dessas comunidades. Assim, utilizando os códigos de comunicação comuns aos integrantes da equipe do PSF e à população com a qual atuam, serviriam de estímulos para a formação das redes sociais locais para a prevenção das drogas.

Seguem os discursos que demonstram a integração da equipe com a família e a comunidade, como uma forma de desenvolver ações referentes ao uso de drogas.

“Aqui os profissionais têm uma boa relação com as famílias, tanto das pessoas que a gente sabe que usam droga, como, de uma forma geral com a comunidade também”. (Bem-te-vi).

“Nós, agentes de saúde, que estamos muito próximos da comunidade, conversamos com as famílias, quando a gente tem abertura, assim, fala sobre as drogas, mas é muito raro”. (Margarida).

“De maneira geral, em termos de drogas, fazemos uma orientação quando visitamos as famílias no sentido de orientar que a droga vai prejudicar a sua saúde, e que a pessoa deve procurar algo de produtivo para a vida. Procuramos também, orientar no tipo de uma religião. No geral, a gente tem uma boa relação com a comunidade quando tentamos falar sobre isso”. (Copo de Leite).

Podemos observar através das verbalizações dos profissionais do PSF que, embora se trate de um mesmo objeto social (droga ilícita e seus usuários), parece que existem grandes consensos acerca das ações frente a essa temática, o que poderia facilitar processos formadores na área sobre o assunto. Assim, através do PSF, se constroem não uniformidade de posição de pensamentos, mas semelhanças e diversidades na perspectiva da saúde coletiva, uma vez que as ações estão interpoladas com as crenças, valores e normas sociais que marcam e determinam as diversas culturas e contextos pessoais e simbólicos frente às ações sobre as drogas ilícitas. Se não atuamos com ultrapassagens, o programa do PSF, da forma como se realiza, reforça opiniões e estereótipos, em lugar de proporcionar mudanças nas condutas desses profissionais. (BURSZTYN; TURA, 2003).

Nesse contexto, sendo a drogadição uma problemática psicossocial, ressaltamos a importância de utilizar-se um enfoque integrado de equipes multidisciplinares, nas quais os profissionais envolvidos nesse processo poderão, cada um dentro da sua área de atuação, desenvolver ações ante o complexo dos problemas sociais, principalmente em nível primário, abordando a temática das drogas lícitas e ilícitas.

A representação social vincula-se à construção do conhecimento teórico-prático de determinado grupo social sobre um dado objeto, vivido e construído em circunstâncias históricas precisas. Assim, apreender essa construção exige que se considerem os grupos em sua dinamicidade e suas articulações mais amplas, a partir das quais, os contornos de suas especificidades se anunciam como construção simbólica. (MADEIRA, 2003).

Para que uma ação dessa natureza ocorra, as equipes do PSF parecem necessitar de um contato direto e contínuo com as populações envolvidas, encorajando-as como sujeitos de um processo de reflexão-ação - o que exige formação para isso.

Salientamos, conforme Minayo (1995), que as representações podem ser consideradas matéria-prima para a análise do social e também para ações de transformação social, pois

retratam a realidade conforme determinado segmento da sociedade a significar e a perceber. Corroborando ainda, o que fala Spink (1995), os conteúdos que circulam na sociedade podem ter sua gênese, tanto em produções culturais mais remotas, constituintes do imaginário social, quanto em produções locais e atuais - misturando-se esses dois veios, como vimos no Pirambu.

Ademais, a representação social, ao utilizar como instrumento a linguagem, particularmente quando se trata da comunicação na vida cotidiana, é tecida a partir de uma multidão de fios ideológicos que servem de trama para as relações sociais em todos os domínios. A palavra torna-se a arena onde se comportam interesses contraditórios, veiculando e sofrendo os efeitos das lutas das classes, servindo como instrumento e como material. (MINAYO, 1995).

Ainda que algumas formas de pensar a sociedade sejam abrangentes e petrificadas como um cimento que mantém as suas estruturas de dominação, onde cada grupo social faz da visão que possui uma representação particular conforme a sua posição no conjunto da sociedade, a representação é portadora, também, de potenciais de mudanças e rupturas que se gestam junto aos interesses específicos desses grupos ou classes sociais em dinamismo.

Dessa forma, as representações sociais dos profissionais de saúde da equipe do PSF acerca das drogas e seus usuários encontram-se intrinsecamente relacionadas com as ações que desenvolvem: as paralisam, ou as estimulam. Numa palavra: as ações são constituídas do acervo simbólico das representações sociais.

Como afirma Bachelard (1990, p.3)

“O pensamento, exprimindo-se numa imagem nova, se enriquece ao mesmo passo que enriquece a língua. O ser torna-se palavra. A palavra aparece no psíquico do ser. A palavra se revela como o devir imediato do psiquismo humano”.

Será que o sujeito da drogadição ao consumir as drogas, não estaria manifestando o uso da palavra do psiquismo humano? Esse questionamento nos permitirá reflexões acerca das formas de se trabalhar com o sujeito usuário de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas no ambiente comunitário.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como pudemos observar no decorrer deste estudo, a questão do uso e/ou abuso das drogas psicoativas é muito polêmica, principalmente quando se trata das ilícitas, no contexto brasileiro, acaba assim, dificultando muitas vezes, círculos de debates com a população em geral e com as diversas áreas do conhecimento, como a social, o educacional, a jurídica e de saúde que lidam com esse assunto no cotidiano em seus trabalhos.

De uma perspectiva geral, verificamos que os profissionais do PSF estudados utilizam um discurso da ordem do direito e da penalidade, ofuscando o potencial de suas ações na comunidade, sobretudo no âmbito preventivo, isentando-se de vinculações junto à prática comunitária e deliberando atribuições na questão das drogas a esfera jurídica, essencialmente.

Conforme percebemos, existe uma vulgarização atribuída pela comunidade e pelos profissionais do PSF ao uso e venda de drogas ilícitas. Parece ocorrer uma espécie de naturalização do uso das drogas no cotidiano, isto é, o consumo das drogas ilícitas ocorre como se elas fossem lícitas entre os usuários. Dessa maneira, os profissionais percebem a disseminação das drogas ilícitas, que vem ocorrendo nesses últimos anos, de forma indiscriminada e até mesmo banalizada em alguns contextos, e observam como isso tem-se difundido em todas as culturas e classes sociais.

No tocante aos sujeitos usuários, o consumo das drogas tem início, geralmente na juventude. Tal representação emergiu da convivência e experiência dos profissionais, mediante as práticas de saúde na comunidade estudada. Sobre o consumo de drogas, tanto lícitas como ilícitas, principalmente na categoria juvenil, deve-se levar também em consideração a subjetividade e a significação que o indivíduo está dando ao ato de consumir a droga. Nesse ponto, as representações sociais nos fornecem balizas para considerar essa confluência entre o social e o singular nas pessoas.

Pudemos perceber ainda, que os profissionais de saúde, tanto os que residem na própria comunidade como os que residem em outras localidades, compartilham de um mesmo discurso: estigmatizante, preconceituoso e excludente em que, reificam o sujeito usuário que faz uso de drogas. Como coloca Olievenstein (1989), o sujeito que faz uso das drogas, participa da fabricação do não-dito protetor de uma ordem social que ele respeita e deseja, mas ao mesmo tempo, não é capaz de suportar.

Além disso, convém ressaltar ainda, que o ato de usar drogas é uma forma de comunicação peculiar, ao mesmo tempo em que oferece a possibilidade de acesso ao não-dito, na medida em que o sujeito não tem como se manifestar por meio de uma verdadeira

linguagem. Assim, os usuários de drogas ilícitas não podem ficar aprisionados ao imaginário social estigmatizador e excludente do próprio contexto político-social e econômico.

Como vimos, ao discorrer sobre as representações sociais, Moscovici (1978) relatou que elas servem para a formação de condutas e de orientação das comunicações sociais, em que o individual interage nas redes comunicacionais, articulando-as com o subjetivo e o objetivo, mediante as relações e vínculos sociais formados. Ainda, no campo das representações sociais verificamos, conforme Jodelet (1984), que a representação social se inscreve no universo de significados, onde o indivíduo como um sujeito social está no contexto de uma situação social e culturalmente definida. A sua inclusão como sujeito na cultura o fez adotar valores, modelos, tradições de saber e normas sociais que ora reafirma, ora transgride, ora recria.

Constatamos que os profissionais do PSF ao utilizarem as representações sociais concernentes aos sujeitos usuários de drogas, buscam de certa forma, idéias que estão ancoradas nas vivências e experiências que possuem elementos que se encontram no passado e acabam projetando para o futuro em termos de reprodução dessa vivência. As representações sociais definem suas fronteiras, ao distinguir mensagens significantes de mensagens não significantes. Assim, a mente está ligada a um condicionamento anterior que é a base para os atores sociais construírem representações, linguagem e cultura. Dessa maneira, as representações constituem um tipo de realidade para a pessoa que as tem: “a realidade é, para a pessoa, em grande parte, determinada por aquilo que é socialmente aceito como realidade”. (MOSCOVICI, 2004, p. 36). Como as representações são formadas no meio social, os sujeitos tendem a construí-las conforme o que é preconizado e aceito, embora elas comportem rupturas e mudanças.

Vimos ainda, a importância atribuída por esses profissionais da saúde, à questão econômica e social. Podemos inferir que acontece essa percepção (da parte dos agentes de saúde e dos auxiliares em especial) na instância social como um meio relevante para intervir e evitar o consumo das drogas. Sabemos que não podemos atribuir unicamente aos aspectos econômicos e sociais tal responsabilidade, haja vista que esses profissionais de saúde também fazem parte do contexto do Pirambu, como sujeitos históricos e são (co)responsáveis pela utilização de mecanismos que venham ajudar a população, dentro das suas redes de significações, a evitar e/ou minimizar o consumo das substâncias psicoativas.

Dessa forma, podemos verificar segundo Jodelet (1984), que o indivíduo é visto como um sujeito social que está inscrito numa situação social e cultural definida, tendo uma história pessoal e social. Não é um indivíduo isolado que é tomado em consideração, mas sim, as

respostas individuais como manifestações das tendências do grupo de pertença ou de afiliação à sociedade da qual os indivíduos participam. O sujeito social, como membro de um grupo, é definido pelos valores, modelos, tradições de saber e normas do grupo. Dessa forma, ele age como porta-voz e às vezes, como defensor do grupo.

Ressaltamos, ainda, a importância atribuída pelos profissionais à efetivação de diálogos e atividades socioculturais, principalmente com a categoria juvenil, abordando várias temáticas relacionadas com a saúde, e o processo saúde-doença que podem contribuir para que os sujeitos se percebam como atores sociais dentro das redes relacionais que se constituem. Entretanto, esses profissionais, parecem ter dificuldades de potencializar essas ações e expandi-las.

No tocante às intervenções desenvolvidas pelos profissionais de saúde, alguns dos entrevistados manifestaram a importância de se ter como componente da equipe de saúde da família, um profissional da área de Psicologia, para dar apoio aos demais profissionais, fortalecendo com isso, o desenvolvimento de ações no âmbito coletivo, levando-se em consideração, ainda, a singularidade do ser humano como um sujeito que pode transcender sua ambiência cultural. Sabemos, todavia, que transcender não significa desconhecer contextos concretos e que a sua subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo apenas, uma vez que ela é tecida pela intersubjetividade, inscrita no registro social. Assim, não podemos reduzir as ações do Programa Saúde da Família a um nível individualizado (o PSF inscreve-se como saúde coletiva), pois consideramos que a subjetividade está em circulação nos conjuntos sociais de diferentes tamanhos, pois ela é essencialmente social, assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares.

Destacamos ainda, que conforme a Reforma Psiquiátrica Brasileira, a prática de saúde mental deve concentrar-se na atenção primária, desmistificando que as ações nesse campo não devem concentrar-se no modelo hospitalar, mas sim, deve ocorrer em bases comunitárias, favorecendo a inclusão social do portador de transtorno mental e daqueles que fazem uso das substâncias psicoativas lícitas e ilícitas. Dessa maneira é que se poderá atuar em nível individual e comunitário no fortalecimento dos vínculos familiares e sociais – o que exige, realmente, a perspectiva profissional do olhar para a psique.

Nesse ponto, no campo da saúde mental, ainda se tem muito a fazer na esfera municipal, uma vez que, na maioria das vezes, a oferta de serviços de saúde mental e, principalmente, na área da drogadição, está centrada na consulta médica individualizada, onde a prescrição de medicamentos acaba sendo o instrumento básico do atendimento. Entendemos que deve haver uma efetivação da política direcionada para o usuário de droga, não só nos

serviços de alta complexidade, mas principalmente, nas Unidades de Saúde da Família, para que possam oferecer uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais locais. Assim, sempre se deve considerar que a oferta de cuidados ao sujeito que faz uso das substâncias psicoativas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial.

Nessa perspectiva, no campo da saúde pública, não podemos deixar de mencionar a importância de que nesse âmbito de saber, devam estar presentes profissionais de outras áreas de conhecimentos, não se restringindo o PSF à pessoa do médico, do enfermeiro, do odontólogo, mas que se incluam profissionais de nível superior, em especial Psicólogos, já que com a implantação do SUS, se assevera, dentre outros objetivos, uma mudança no corpo da saúde, tornando-se necessário, então, estabelecer um rompimento com a organização das práticas de saúde tradicionais e incluir a psique como dimensão importante no cuidado com a saúde.

Observamos ainda, que existem de alguma forma, ações de prevenção, como a de educação e saúde, conforme o Programa prioriza, que têm o intuito de promover uma melhor qualidade de vida à população. Porém, o estudo revelou que a implementação de atividades sócio-educativas e preventivas com a categoria juvenil, no PSF da comunidade do Pirambu, acontece de maneira incipiente. Nesse ponto, na maioria das vezes, os jovens representam uma dimensão esquecida no PSF devido ao modelo formador dos profissionais de saúde direcionado para uma prática individualizada.

Ao mesmo tempo, observamos que, quando são realizadas ações no âmbito coletivo, ficam sob a responsabilidade dos profissionais da área da enfermagem e dos agentes comunitários de saúde. Parece que as demais categorias profissionais acabam ausentando-se de ações concernentes à saúde coletiva que se desenvolvem na comunidade pesquisada, corroborando para a reificação do sujeito. Na verdade, o que deveria ocorrer para o incentivo à prática de saúde desses profissionais, seria desenvolver atos de reflexão entre os sujeitos atores, para que se percebessem como ser ativos formadores e escritores da sua própria história, no percurso saúde-doença. Nesse contexto, a interdisciplinaridade seria uma ferramenta que possibilitaria a concretização da busca das potencialidades existentes nesses sujeitos.

Contudo, a temática relacionada com a questão ao uso das drogas, principalmente as ilícitas e os sujeitos usuários, deve ser incorporada nos currículos das Universidades, para que os profissionais conheçam a etiologia, bem como as causas multifatoriais que podem levar o indivíduo a usar drogas considerando-se a subjetividade do usuário. Como citam Alencastre e

Spricigo (2004), a dificuldade referente à questão da droga é proporcional à amplitude do conhecimento significativo para uma atuação eficaz e efetiva nesse campo. Parece existir, além das dificuldades que os diferentes grupos sociais têm para refletir e discutir sobre o fenômeno drogas, a preocupação do profissional de enfermagem com o "fazer", não refletindo também, sobre as diversas implicações do lidar com a substância psicoativa, seus usuários e familiares.

Nesse contexto, a drogadição possui implicações psicossociais. Ressaltamos então, a importância de se utilizar um enfoque integrado de equipes multidisciplinares, nas quais os profissionais envolvidos nesse processo poderão, cada um dentro da sua área de atuação, desenvolver ações, principalmente em nível primário, abordando a temática das drogas lícitas e ilícitas.

O campo da representação social vincula-se à construção do conhecimento teórico-prático de determinado grupo social sobre um dado objeto vivido e construído em circunstâncias históricas precisas. Sobre esse aspecto, salientamos a importância do conhecimento das representações sociais desses profissionais referentes às drogas ilícitas e seus usuários. Nesse cenário, parece existir um apagamento ao se considerar a história de vida do ator social e de seus grupos, sua subjetividade, sua singularidade e visão de mundo em seus contextos grupais que são a base para uma intervenção crítico-criativa em saúde.

Daí a importância, no campo da representação social, nos orientar para a reconstrução da complexidade das relações sociais estabelecidas por esses profissionais, bem como da sociedade, sobre a questão das drogas ilícitas e seus usuários.

Sabendo que essa tarefa está longe de ser acabada, e que a vida é um processo de construção e reconstrução, desejamos que as limitações, fragilidades e lacunas que porventura possam ser identificadas por outros sujeitos neste estudo, sirvam de guia e baliza para posteriores indicações de caminhos a serem trilhados por atores que se interessam pela melhoria da qualidade de vida das populações.

8 RECOMENDAÇÕES

Depois de desenvolver um trabalho de pesquisa, principalmente em uma universidade pública, almejando que o saber produzido neste estudo possa contribuir para a orientação e baliza de ações preventivas no campo da saúde coletiva, voltadas para o consumo abusivo de drogas, sejam lícitas e/ou ilícitas, fazemos algumas considerações.

Sugerimos inicialmente, práticas discursivas em relação ao uso abusivo das drogas, considerando que as representações sociais produzidas pelos profissionais de saúde do PSF, nos deram indícios de preconceitos, estigmas e reificações frente ao sujeito que faz uso das drogas ilícitas nos cenários públicos.

Através das práticas discursivas, as representações negativas formadas pelos profissionais e pela sociedade em geral, poderão ser desmistificadas, perfazendo-se um novo olhar acerca da compreensão do ato de consumir drogas ilícitas atribuídas pelos profissionais pesquisados, como também rever as concepções e práticas de saúde pública que estão sendo desenvolvidas nesse âmbito. Dessa forma, a promoção da saúde deve incorporar aspectos subjetivos associados à qualidade de vida da pessoa, bem como favorecer uma comunicação massiva de qualidade, favorecendo a mobilização do esforço intersetorial no enfrentamento de problemas que têm origem, não só no contexto biológico e individual, mas também, estão presentes nos componentes econômicos, educacionais, sociais e culturais da sociedade.

É necessário compreender com isso, que na promoção da saúde, deverá haver articulação de saberes técnicos e populares, a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados e de diversos setores para o enfrentamento e a resolução dos problemas de saúde e seus determinantes, exigindo ainda, um repensar sobre a formação do profissional de saúde, que deve ultrapassar o modelo biomédico, indo ao encontro de uma formação direcionada ao atendimento das reais necessidades da população, buscando-se, sobretudo, fortalecer a compreensão e adoção do conceito ampliado de saúde, enfatizando-se também, a importância do trabalho multidisciplinar, que, na abordagem acerca da drogadição, ganha destaque o papel do psicólogo, enquanto profissional que irá trabalhar com a formação de um sujeito multidimensional e constituído pelo inconsciente.

Nesse ponto, tornam-se importantes cursos de capacitação para os profissionais que trabalham principalmente nessa esfera (drogas ilícitas e os sujeitos usuários), para que sejam produzidas mudanças, não só na conduta pessoal como profissional, como na forma de atuação perante as teias que se tecem em torno dessa questão. Assim, os cursos devem ser implementados como parte de uma estratégia de promoção da saúde global, com o apoio de

políticas públicas locais, favorecendo planos estratégicos, com a identificação precisa dos problemas a serem enfrentados, das características do público a ser abordado, entre outros meios mais adequados a serem mobilizados.

Consideramos ainda, que as universidades nos Cursos de Graduação, através das grades curriculares, devem incluir e/ou mobilizar seminários, projetos de extensão e pesquisa, intercâmbios como outros aportes que possam contribuir para a compreensão desse fenômeno, em que devemos ver o indivíduo usuário das drogas, como um ser constituído de personalidade, individualidade, subjetividade e que se encontra inserido dentro de uma conjuntura macro-social. Portanto, devemos vê-lo dentro de uma integralidade e totalidade.

Nessa perspectiva, poderemos incentivar, contribuir e propiciar para a criação de políticas preventivas palpada na promoção da saúde, referente ao consumo abusivo das drogas lícitas e ilícitas, mudando a concepção de uma resolução individualista, a reclusão, o isolamento e a marginalização, bem como os preconceitos e discriminação do sujeito usuário de drogas ilícitas. Partindo dessas premissas, através das representações sociais, poderemos, ao acessar a elaboração do pensamento e as trocas comunicacionais existentes nos sujeitos/grupos sociais no campo da saúde, como representam as drogas ilícitas e os sujeitos usuários, implementar e mudar as práticas nesse campo populacional, orientando-nos para uma reflexão em sintonia com os novos tempos e a mudança de paradigma concebido na prática biopsicossocial e, por sua vez, respeitando o universo do outro, contribuindo para atingir as metas de melhoria de condições de vida.

9 REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. 10. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ANDRADE, F. M. **O programa saúde da família no Ceará**. 1. ed. Fortaleza: [s.n], 1998.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Persona, 1977.

BARRETO, P. A. **Família espaço de prazer, espaço de sofrimento**. Disponível em <<http://www.4varas.com.br/principal.html>>. Acesso em: 4 fev. 2006.

BERGERET, J. E.; LEBLANC, J. (Org.). **Toxicomanias: uma visão multidisciplinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

BUCHER, R. A ética da prevenção. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, DF, v. 8, n. 3, p. 385-397, set./dez. 1992.

BUCHER, R. **As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial**. São Paulo: EPU, 1998.

BURSZTYN, I.; TURA, L. F. Avaliação em saúde e a teoria das representações sociais: notas para a análise de possíveis interfaces. In: MOREIRA, A. S. P.; JESUINO, J. C. **Representações sociais: teoria e prática**. 2. ed. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. Secretária de Atenção a Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 1. ed. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família-2001/2002**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. CONEP. Resolução nº 196/96, de 10 de outubro de 1996. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Secretária Nacional Antidrogas. **Programa das Nações Unidas**. Brasília, DF, 1992. (Série Diálogo).

CALANCA, A. A toxicomania entre doença e delinquência. In: BERGERET, J. E.; LEBLANC, J. (Org.). **Toxicomanias: uma visão multidisciplinar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. p. 55-61.

CAMPOS, P. H. F. Quando a exclusão se torna objeto de representação social. In: MOREIRA, A. S. P.; JESUINO, J. C. **Representações sociais: teoria e prática**. 2. ed. João Pessoa: Editora Universitária, 2003.

CARLINI, B. Modelos de prevenção de drogas In: SANTOS, R. M. S. **Prevenção de drogas na escola**. 2. ed. São Paulo: Papirus, 1998.

CARLINI, E. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; NAPPO, S. A. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil-2001**. São Paulo: CEBRID, UNIFESP, 2002.

CAVALCANTE, L. E. **Para onde sopram os ventos do Pirambu: memória e identidade social**. 2000. 207 f. Dissertação (Mestrado Interinstitucional em História Social) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000.

COTRIM, C. B.; CARVALHO, V. A. Atividade extra-curriculares e prevenção ao abuso de drogas: uma questão polêmica. **Revista de Saúde Pública**, v. 26, n. 3, p. 145-149, jun. 1992.

COTRIM, C. B.; ROSEMBERG, F. Drogas: prevenção no cotidiano escolar. **Caderno de Pesquisa Fundação Carlos Chagas**, n. 47, p. 40-45, ago. 1990.

CRUZ NETO, O. O Trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p.51-66.

DIÓGENES, G. **Cartografias da cultura e da violência: gangues, galeras e o movimento hip hop**. São Paulo: Annablume, 1998.

DONATO, A. F.; MENDES, R. Relação educativa da equipe de saúde da família com a população. **SANARE: Revista de Políticas Públicas**, Sobral, ano 4, n. 1, p. 35-38, jan./mar. 2003.

ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS CONTRA DROGAS E CRIMES (UNODC). **Perfil de país:** Brasil 2003. Brasília, DF, 2003. Disponível em:<<http://www.unodc.org.br/brazil/pt/country-prolife.html>>. Acesso em: 4 abr. 2004.

ERVEDOSA, G. N. **Manifestações ideológicas, atividade e consciência no processo de organização de moradores do Pirambu:** análise de um projeto de extensão. 1990. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1990.

FARR, R. M. Representações sociais: a teoria e sua história In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais.** Rio de Janeiro: Vozes, 1995. p. 31-59.

FERDER, S. A. A importância do envolvimento de familiares no tratamento de dependentes de drogas: uma experiência no PROAD. In: SILVEIRA FILHO, D. X.; GORGULHO, M. **Dependência:** compreensão e assistência às drogas: uma experiência do PROAD. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. p.81-92.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 11. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. Introdução. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais.** Rio de Janeiro: Vozes, 1995. p. 17-25.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica:** cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1993.

GORGULHO, M. Adolescência e toxicomania. In: SILVEIRA FILHO, D. X.; GORGULHO, M. **Dependência:** compreensão e assistência às toxicomanias: uma experiência do PROAD. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. p. 205-222.

JODELET, D. **Representações sociais:** fenômeno, conceito e teoria. Paris: Presses Iniversitaires de France, 1984.

LEME, M. A. V. S. O impacto da teoria das representações sociais. In: SPINK, M. J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano.** São Paulo: Brasiliense, 1993. p.46-57.

LEVI, G.; SHCMITT, J. **História dos jovens I.** São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

KALINA, E. **Drogadição hoje**: indivíduo, família e sociedade. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

KNOBEL, M. A síndrome da adolescência. In: ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. 10. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p.24-62.

KNOBEL, M.; ROSENTHAL, G. O pensamento no adolescente e no adolescente psicopático. In: ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal**. 10. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 80-87.

MACIEL, S. C. **Representação social sobre drogas e seus usuários**: um estudo comparativo com profissionais das áreas jurídica e de saúde. 1997. 161 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 1997.

MADEIRA, M. C. Representações sociais e educação: importância teórico-metodológica de uma relação. In: MOREIRA, A. S. P; JESUINO, J. C. **Representações sociais**: teoria e prática. 2.ed. João Pessoa: Editora Universitária, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: Rio de Janeiro; Hucitec: Abrasco, 1998.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). **Textos em representações sociais**. Rio de Janeiro: Vozes, 1995. p. 17-25.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

NOBREGA, S. M.: Sobre a teoria das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; JESUINO, J. C. **Representações sociais**: teoria e prática. 2. ed. João Pessoa: Editora Universitária, 2003.

OLIEVENSTEIN, C. A droga e o jovem. In: SANTOS, R. M. S. **Prevenção de drogas na escola**. 2. ed. São Paulo: Papirus, 1998.

OLIEVENSTEIN, C. **A clínica do toxicômano**. Porto Alegre: Artes Medicas, 1990.

ROLNIK, S. Toxicômanos de identidade. In: LINS, D. (Org.). **Cultura e subjetividade: saberes nômades**. 2. ed. Campinas, SP: Papyrus, 1997.p. 19-24.

ROSEN, G. **Da política médica à medicina social**: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N.: Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, ago. 1998.

SÁ, C. P. de. **Núcleo central das representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1996.

SÁ, C. P. de. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. **O conhecimento no cotidiano**. São Paulo: Brasiliense, 1993. p.19-45.

SALLES, L. M. F. As drogas e o aluno adolescente. In: AQUINO, J. G. (Org.). **Drogas na escola**: alternativa teórica e prática. São Paulo: Summus editorial, 1998. p.123-142.

SANCHEZ, A. M. T.; SANCHEZ, V. F. O consumo da maconha no curso de segundo grau. In: SANCHEZ, A. M. T. (Org.). **Drogas e drogados**: o indivíduo, a família e a sociedade. São Paulo: EPU, 1982. p.143-202. p.143-202.

SANTOS, R. M. S. **Prevenção de drogas na escola**. 2. ed. São Paulo: Papyrus, 1998.

SENNA, M. de C. M. Equidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o programa saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, p. 203-211, 2002. Suplemento.

SILVA, J. B. **Quando os incomodados não se retiram**: uma análise dos movimentos sociais de Fortaleza. Fortaleza: Multigraf Editora, 1992.

SILVA, J. B. **Quando os incomodados não se retiram**: uma análise dos movimentos sociais de Fortaleza. Fortaleza: Multigraf Editora, 1992.

SILVEIRA FILHO, D. X.; GORGULHO, M. **Dependência**: compreensão e assistência às toxicomanias: uma experiência do PROAD. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. ?, maio/jun. 2003.

SOUZA, F. G. M.; LANDIM, R. M.; PERDIGÃO, F. B.; MORAIS, R. M.; CARNEIRO FILHO, B. A. **Uso de drogas entre estudantes de medicina**. Disponível em: <http://www.Adroga.casadia.org/news/desempenho_academico.htm>. Acesso em: 19 maio 2004.

SPINK, M. J. P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 300-308, jul./set. 1993.

SPRICIGO, J. S.; ALENCASTRE, M. B. O enfermeiro de unidade básica de saúde e o usuário de drogas - um estudo em Biguaçu-SC. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, p. 427-432, mar./abr. 2004. N. Especial.

SUCUPIRA, A. C.; MENDES, R. Promoção da saúde: conceitos e definições. **SANARE: Revista de Políticas Públicas**, Sobral, ano 4, n. 1, p. 7-10, jan./mar. 2003.

TANCREDI, F. B. As toxicomanias do ponto de vista da medicina e da saúde pública. In: SANCHEZ, A. M. T. (Org.). **Drogas e drogados**: o indivíduo, a família e a sociedade. São Paulo: EPU, 1982. p. 3-50.

VELHO, G. (Org.). **Desvio e divergência**: uma crítica da patologia social. 6. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. **Physis (Rio J.)**, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

VIZZOLTO, S. M. **A droga, a escola e a prevenção**. Petrópolis: Vozes, 1992.

WERBE, S. Aspectos sócio-econômicos da toxicomania. In: SANCHEZ, A. M. T. (Org.). **Drogas e drogados**: o indivíduo, a família e a sociedade. São Paulo: EPU, 1982. p. 231-246.

WESTPHAL, M. F. O programa de saúde da família: um compromisso com a qualidade de vida. **SANARE**: Revista de Políticas Públicas, Sobral, ano 4, n. 1, p. 19-26, jan./mar. 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A
COMITÉ DE ÉTICA

Fortaleza, 13 de outubro de 2004.

AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

Assunto: Carta de Encaminhamento do Projeto de Pesquisa

Eu, JOEDNA SOUZA DE MEDEIROS, matrícula: 0265397, aluna regularmente matriculada no Curso de Mestrado em Saúde Pública – Área de Concentração: Epidemiologia, do Departamento de Saúde Comunitária, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, venho por meio desta encaminhar o Projeto de Pesquisa intitulado: “ Programa Saúde da Família: representações dos profissionais acerca das drogas ilícitas no município de Fortaleza-CE”, tendo como orientadora a Prof. Dra. Ângela Maria Bessa Linhares. O mesmo será desenvolvido em uma unidade de saúde no bairro do Pirambu, tendo como objetivo geral: conhecer as representações sociais dos profissionais da equipe de saúde da família acerca das drogas ilícitas considerando as ações desenvolvidas na comunidade, e como objetivos específicos: apreender as representações sociais dos profissionais acerca das drogas ilícitas; identificar as representações dos profissionais do uso de drogas ilícitas na comunidade; identificar ações desenvolvidas pelos profissionais relacionadas às drogas ilícitas.

Espera-se com a realização desta pesquisa possa oferecer subsídios para futuras reflexões a respeito das práticas pretendidas e/ou realizadas pelos profissionais das unidades de saúde acerca da problemática que tem ocasionado o consumo de drogas ilícitas, apontando pistas para o aprimoramento de seu papel, tanto profissional quanto social, e vindo a contribuir conseqüentemente, para um mais proficuo debate nos cenários de implementação de ações de promoção da saúde.

Diante do exposto, solicito a apreciação do Projeto de Pesquisa pelo CEP, colocando-me a disposição para quaisquer esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,

Joedna Souza de Medeiros

APÊNDICE B

PROFISSIONAIS DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO PIRAMBU



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA

Data: ____/____/____

PESQUISA CIENTÍFICA

Título: “Programa Saúde da Família: representações dos profissionais acerca das drogas ilícitas no município de Fortaleza-CE”

Prezado (a) Senhor (a)

Peço o favor de dedicar alguns minutos do seu tempo para ler este comunicado:

Estou realizando uma pesquisa promovida pelo Curso de Mestrado em Saúde Pública – Área de Concentração: Epidemiologia, do Departamento de Saúde Comunitária, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. O objetivo geral desse estudo é conhecer as representações sociais dos profissionais da equipe de saúde da família acerca das drogas ilícitas considerando as ações desenvolvidas na comunidade.

Para tanto, é necessário que me permita fazer algumas perguntas concernente às drogas ilícitas. Informo que a identificação pessoal se manterá confidencial tanto quanto a informação relacionada com a privacidade de cada indivíduo. Sua participação é decorrente de sua livre decisão após receber todas as informações que julgar necessária. Permita que os resultados obtidos sejam publicados em revistas científicas, apresentados em congresso, desde que mantido o sigilo absoluto de sua identidade.

Agradeço a colaboração de V.S., pois é fundamental para o bom aproveitamento desta pesquisa. Se quiser mais informações sobre este trabalho, por favor, procurar a Dra. Joedna Souza de Medeiros no seguinte endereço:

R: Gonçalves Ledo, 37, Apt. 103, Praia de Iracema

Fortaleza-CE. CEP: 60110-260 Cel. (85) 9128-7759

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido convenientemente esclarecido sobre as características da pesquisa “Programa Saúde da Família: representações dos profissionais acerca das drogas ilícitas no município de Fortaleza-CE”, **AUTORIZO** a realização da entrevista em:

Fortaleza, _____ de _____ de 2004.

Participante: _____ RG: _____

Responsável legal: _____ RG: _____

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sou aluna do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do Ceará-UFC, oferecido pelo Departamento de Saúde Comunitária, pretendo desenvolver uma pesquisa com a finalidade de apreender as representações da equipe de saúde da família acerca das drogas ilícitas relacionando-as com as ações desenvolvidas na comunidade. Para isso, é necessário o senhor (a) responda algumas perguntas, bem como me autorize a gravar suas respostas. Informamos que seu nome será guardado em segredo e que o senhor (a) tem o direito de desistir ou de não responder as perguntas em qualquer momento da entrevista. Ressaltamos que os dados contidos nesta pesquisa serão usados em reuniões científicas, congressos e revistas relacionadas com a Universidade. Caso aceite participar do estudo, solicitamos o consentimento de sua colaboração voluntária, através da assinatura deste termo.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

Profissional

**Joedna Souza de Medeiros
Pesquisadora**

APÊNCIDE D
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

- 1) Para você, o que é droga ilícita?
- 2) O que você acha da pessoa que usa droga ilícita? Como você a classificaria?
- 3) Para você, o que leva uma pessoa a usar droga ilícita?
- 4) Para você o uso de droga ilícita traz alguma causa algum dano à pessoa? Quais?
- 5) O que você acha que deveria ser feito em benefício dessa pessoa?
- 6) Que intervenções a equipe desenvolve junto à comunidade em relação ao uso da droga ilícita?
- 7) O que você acha que poderia ser feito pela equipe com a pessoa que faz uso de droga ilícita?