



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO
FRANCISCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA (PPGPSI)**

REBECA SOARES MACHADO LACERDA

**O Atendimento a Usuários de Substâncias Psicoativas em
um Hospital Geral: a Produção de Sentidos de
Profissionais de Saúde**

**Petrolina/PE
2018**

REBECA SOARES MACHADO LACERDA

**O Atendimento a Usuários de Substâncias Psicoativas em
um Hospital Geral: a Produção de Sentidos de
Profissionais de Saúde**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia, pela Universidade Federal do Vale do São Francisco.

Orientadora: Luciana Duccini

**Petrolina/PE
2018**

L131a Lacerda, Rebeca Soares Machado.
“O atendimento a usuários de substâncias psicoativas em um hospital geral: a produção de sentidos de profissionais de saúde / Rebeca Soares Machado Lacerda. - - Petrolina, 2018.
IX, 137 f.: il.: 29 cm.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Vale do São Francisco, Campus Petrolina, Petrolina – PE, 2018.

Orientador: Prof^a. Dr^a Luciana Duccini.

1.Substâncias psicoativas. 2. Drogas - abuso - aspectos psicológicos. 3. Profissionais de saúde. 4. Produção de sentido. I. Título. II. Universidade Federal do Vale do São Francisco.

CDD 362.29019

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

FOLHA DE APROVAÇÃO

Rebeca Soares Machado Lacerda

**O Atendimento aos Usuários de Substâncias Psicoativas em um Hospital
Geral: a Produção de Sentidos dos Profissionais de Saúde**

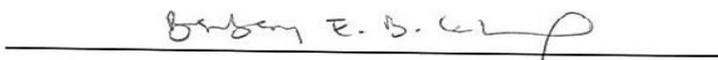
Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre
em Psicologia, pela Universidade Federal do Vale do São Francisco



Luciana Duccini, Doutora em Ciências Sociais, CPGPSI/UNIVASF



Geida Maria Cavalcanti de Souza, Doutora em Psicologia, CPGPSI/UNIVASF



Barbara Eleonora Bezerra Cabral, Doutora em Psicologia, Colegiado acadêmico de
Psicologia/UNIVASF

Petrolina, 28 de fevereiro de 2018.

Dedico este trabalho aos(às) pacientes usuários(as) de substâncias psicoativas – SPA e seus familiares pela persistência na tentativa de superar o estigma imposto pela sociedade e ter acesso a um tratamento digno e igualitário.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço a Deus, por ter permitido que eu chegasse até aqui com saúde e disposição para concluir mais essa etapa.

Aos meus pais Cláudia e Ronaldo e a meu irmão Rodolfo, que mesmo sem compreenderem a dimensão e a importância do Mestrado, estiveram sempre na torcida através do amor incondicional, cuidado e apoio.

Agradeço ao meu esposo Albérico e ao meu filho Victor por todo amor, apoio e compreensão diante das ausências. Em especial, ao meu esposo por sempre me incentivar e acreditar em mim.

A minha orientadora e professora Luciana Ducinni que me acolheu nesse processo e permitiu, sempre de maneira respeitosa, cuidadosa e reflexiva, que eu aprendesse a fazer pesquisa. Obrigada pela oportunidade não apenas do conhecimento, mas por tornar esse momento algo tão especial e gratificante. Minha gratidão e admiração.

Meus agradecimentos à coordenadora da Unidade de Atenção Psicossocial e amiga Emanuela Spinola pelo apoio, pelas contribuições e pela compreensão diante das lacunas no espaço de trabalho.

Aos colegas e amigos da equipe Multiprofissional, em especial aos colegas da equipe de psicologia Armida, Clara, Leonardo e Susan, que estiveram sempre na torcida, mostrando-se acolhedores e compreensivos diante das mudanças ocasionadas com a minha inserção nesta pesquisa.

Aos meus amigos e amigas, que longe ou perto, mostraram-se atenciosos, cuidadosos e acolhedores, além de não deixarem que eu desanimasse em nenhum momento. Obrigada, em especial, a Andrea, Clara, Emanuela, Eric, Fabiana, Iara, Pollyanna e Simone pela amizade.

A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, que através do hospital geral, permitiu a realização desta pesquisa, bem como o consentimento para que eu pudesse cursar o Mestrado em Psicologia.

RESUMO

O uso de substâncias psicoativas - SPA faz parte da trajetória histórica da humanidade. Na tentativa de compreendê-lo, observa-se uma diversidade de posições, que vão desde a perspectiva proibicionista até a antiproibicionista, incluindo a constituição de uma rede de atenção psicossocial aos(às) usuários(as) de álcool e outras drogas. Embora, observe-se uma tentativa de superar o modelo proibicionista, resquícios desse paradigma ainda são percebidos, principalmente no que diz respeito ao estigma que os(as) usuários(as) de SPA sofrem. Nesse sentido, a partir da perspectiva do construcionismo social, das práticas discursivas e da produção de sentidos, esta dissertação se propôs a investigar os sentidos que os profissionais de saúde que atuam em um hospital geral do Vale do São Francisco produzem acerca dos(as) pacientes usuários(as) de SPA que ali buscam atendimento. A investigação foi realizada com 16 profissionais de saúde, tendo sido utilizados como recursos de coleta de dados a observação participante, diário de campo e entrevista semiestruturada, analisados com base nos mapas dialógicos. Foi possível identificar que os sentidos produzidos pelos profissionais de saúde acerca dos(as) pacientes usuários(as) de SPA são permeados por uma visão negativa e estigmatizada dessa população. Identificou-se que há uma lacuna no encaminhamento desses pacientes para os serviços externos para a continuidade do tratamento, bem como uma resistência dos profissionais quanto à implantação dos leitos de saúde mental no hospital geral. Observou-se que o hospital geral ainda tem se mostrado como um espaço de reprodução de práticas estigmatizadoras, sendo assim necessário estratégias de educação permanente dos profissionais de saúde.

Palavras chave: substâncias psicoativas, profissionais de saúde, produção de sentidos.

ABSTRACT

The use of psychoactive substances - SPA has been present throughout humanity's History. Different approaches to this use have been observed, ranging from the prohibitionist perspective to the anti-prohibitionist, including the creation of a psychosocial care network for users of alcohol and other drugs. Although we observe an attempt to overcome the prohibitionist model, this paradigm still remains in various areas, especially with regard to the stigma against SPA users. Assuming the perspective of social constructionism, discursive practices and sense production, this dissertation aims to investigate the meanings that health professionals working in a general hospital in the São Francisco Valley produce about the patients who are psychoactive substances users. The research was carried out with 16 health professionals, through participant observation, field diary and semi-structured interviews as data collection resources, analyzed based on dialogical maps. It was possible to identify that the meanings produced by health professionals about patients using SPA are permeated by a negative and stigmatized view of this population. It was noticed that there is a gap in the referral of these patients to the external services for the continuity of treatment, as well as a resistance of the professionals regarding the implantation of the of mental health beds in the general hospital. It was observed that the hospital still configures a place of reproduction of stigmatizing practices, and thus strategies of permanent education for the professionals are needed.

Key-words: psychoactive substances, health professional, sense production.

LISTA DE ABREVIATURAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família

RD – Redução de Danos

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SPA – Substâncias Psicoativas

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. Introdução.....	10
2. Contexto Teórico.....	16
2.1. As substâncias psicoativas.....	16
2.2. Uso de SPA e estigma.....	23
3. O Contexto da Saúde Mental.....	34
3.1. Reforma Psiquiátrica e a RAPS.....	34
3.2. Hospital Geral enquanto componente da RAPS.....	44
4. Linguagem e Construção de Conhecimento.....	53
5. Aspectos Metodológicos.....	63
5.1. Local da pesquisa e participantes.....	63
5.2. Instrumentos de construção dos dados.....	67
5.3. Análise dos dados.....	71
5.4. Aspectos Éticos.....	74
6. Análise dos Resultados.....	76
6.1. Os profissionais de saúde.....	76
6.2. Como as substâncias se apresentam.....	79
6.3. Como os usuários são apresentados.....	86
6.4. O discurso dos profissionais.....	94
6.4.1. De onde falam os profissionais.....	94
6.4.2. O cuidado dos pacientes usuários de eria eSPA.....	97
6.4.3. A família.....	100
6.4.4. O estigma social.....	102
6.5. As Políticas Públicas.....	104
6.6. Os leitos de saúde mental no Hospital Geral.....	107
7. Considerações Finais.....	111
Referências.....	117
Apêndice A – Roteiro de Entrevista.....	127
Apêndice B – Exemplo de Mapas Dialógicos.....	128

1. Introdução

Em uma perspectiva histórica, as drogas estão presentes na sociedade através de diferentes modos e com finalidades e consequências diversas há milhares de anos. De acordo com Ronzani, Noto e Silveira (2014), a história do uso das drogas aponta o uso milenar dessas substâncias e a mudança do contexto de uso, anteriormente ligado a fins ritualísticos, terapêuticos e religiosos, passando principalmente pelos recreacionais, ligados ao prazer até a percepção de algo delituoso, maléfico e doentio.

Em função dessas transformações, conceituar o que são drogas ou substâncias psicoativas – SPA não é uma tarefa simples ou homogênea. Romani (1999, apud Moura, Duccini, Rodrigues 2013) define as drogas como substâncias químicas que são absorvidas pelo organismo humano, alterando várias de suas funções como percepção, humor, motricidade, entretanto seus efeitos e consequências estão relacionados a determinantes sociais, econômicos e culturais concebidos socialmente pelos grupos que as utilizam.

Além das dificuldades quanto à conceituação, essas transformações trouxeram alguns desafios para a sociedade moderna. Ademais dos aspectos geopolíticos, culturais, ideológicos e econômicos envolvidos no tema que são base para interpretações, essas mudanças trouxeram também a classificação das substâncias em lícitas e ilícitas e o surgimento do comportamento delituoso em torno do seu uso, contribuindo assim para a exclusão social do usuário, que passa a ser visto como doente ou marginal. Moura, Duccini e Rodrigues (2013) acrescentam que as pessoas que fazem uso de SPA são vistas como tendo suas vidas limitadas ao consumo de tais substâncias, que seria sempre abusivo. A noção de dependência revela a ideia de falta de controle sobre seus atos, sendo assim consideradas perigosas e incapazes de realizar outras tarefas consideradas normais.

Todas essas transformações corroboram para a percepção social dos usuários(as) ao longo do tempo, bem como os modelos de cuidado adotados. Entre as inúmeras portarias e

diretrizes existentes, sabe-se que as políticas públicas brasileiras sobre drogas possuem os objetivos de educar, prevenir, reduzir danos, capacitar profissionais, avaliar e acompanhar os tratamentos, reduzir as consequências sociais, dentre outros. Contudo, observa-se ainda que, nessa perspectiva política, o usuário ainda é criminalizado e patologizado e a abstinência concebida como sinônimo de cura.

Moura, Duccini e Rodrigues (2013) apontam para essa mesma contradição nas políticas públicas brasileiras sobre drogas que têm a Redução de Danos como política oficial adotada pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1028, 2005. Entretanto, a execução dessa estratégia encontra entraves no Sistema Único de Saúde – SUS, nos quais a atenção à saúde ainda partilha do paradigma da abstinência, assim como a maioria da população do país, que tem um discurso pautado por ideias moralistas e de controle, fruto do movimento proibicionista. Ainda no que se refere ao percurso histórico das políticas relacionadas a álcool e outras drogas, Paiva (2014) destaca que o Brasil adotou, em geral, práticas direcionadas à abstinência, com o predomínio do paradigma do tratamento médico-jurídico, em que os recursos terapêuticos usados tinham mais a função de punir do que de tratar.

Com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS) e em meio à Reforma Psiquiátrica Brasileira, o campo da saúde mental sofreu alterações que vão desde suas concepções até as formas de tratamento. Uma consequência deste processo que caracteriza a mudança de paradigmas é o abandono das práticas centradas na lógica hospitalocêntrica e a ascensão de um conjunto de práticas voltadas para a inclusão social dos(as) pacientes, cuja demanda perpassa o campo da saúde mental, destacando-se, sobretudo, os(as) usuários(as) de álcool e outras drogas. Nesse sentido, merece destaque a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (Brasil, 2004) que direciona para a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços sociais e de saúde, com ênfase na reabilitação e

reinserção social dos(as) seus usuários(as). É ainda considerado que a atenção psicossocial a pacientes com dependência e/ou problemas do uso decorrente de álcool e outras drogas deve se basear em uma rede de dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural e articulados à rede assistencial em saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Diante desse paradigma em torno da atenção integral aos(às) usuários(as) de álcool e outras drogas, destacam-se os serviços prestados em unidades de alta complexidade, que podem ser compreendidos como leitos de saúde mental no hospital geral para proceder à internação dos(as) usuários(as) de álcool e outras drogas, bem como de pessoas com transtorno mental, quando necessário. Regulamentado através da Portaria nº 148, de 31 de Janeiro de 2012, do Ministério da Saúde, os hospitais gerais são compreendidos como ponto estratégico para fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, além de contribuir para a diminuição do estigma do transtorno mental e uso abusivo de SPA, bem como propiciar práticas de cuidado integradas.

Nesse contexto, destaca-se o hospital geral em que foi realizada a pesquisa, pois, embora ainda não possua leitos de saúde mental, muitos pacientes que buscam a unidade de saúde são usuários(as) de SPA e procuram atendimento em função de quadros de abstinência, acidentes de transporte terrestre, situações de violência e complicações clínicas devido ao uso dessas substâncias, como por exemplo, diabetes, hepatopatias, doenças respiratórias e infecções. Diante desse cenário, é fundamental que a equipe de saúde tenha uma compreensão ampliada acerca do fenômeno do uso das SPA, do(da) usuário(a) e da rede de cuidados, garantindo assim uma atuação baseada na garantia dos direitos desses pacientes e suas famílias e pautada pela ética do cuidado.

Para Ronzani e Furtado (2010), muitos quadros de saúde, entre eles o uso de SPA, são estigmatizados pelos profissionais de saúde devido ao juízo de valor, os pré-conceitos e a postura moralista diante do fenômeno e do usuário. Goffman (1988) aponta que o estigma

social é um sinal ou uma marca que desvaloriza o portador. Ronzani e Andrade (2006), afirmam que o estigma social pode ser descrito como um sinal físico ou social de significado negativo que leva o portador desse “sinal” a ser marginalizado ou excluído de ocasiões sociais. No caso dos(as) usuários(as) do SPA, esse lugar social ocupado pelas substâncias e pelos usuários(as), quando internalizado pelos profissionais de saúde, torna complicada a relação com o paciente, prejudicando a percepção dos seus valores como pessoa e limitando-a a condição de usuário de drogas. Tal situação afasta essas pessoas dos serviços de saúde e socioassistenciais, agravando ainda mais o quadro porventura existente, bem como tem um papel significativo na reinternação desses pacientes em Hospitais Gerais, com custos expressivos do ponto de vista social e econômico, para as instituições e para o Sistema de Saúde.

Essa realidade aponta para a necessidade de se refletir sobre os sentidos produzidos por estes profissionais acerca dos(as) pacientes usuários(as) de SPA, bem como a importância dos profissionais de saúde na adesão e tratamento dessa população. A partir do cotidiano de trabalho, que também é o local da pesquisa, chamaram atenção da pesquisadora as práticas que os profissionais de saúde tinham em relação aos(as) pacientes usuários(as) de SPA, sendo estes alvos de valorações e julgamentos por partes de membros da equipe de saúde. Esses posicionamentos, que são permeados de imagens e discursos reproduzidos pela maioria da população, negam ou desconhecem os direitos dos(as) usuários(as) e tem como consequência o distanciamento desse público dos serviços de saúde.

Além dessas constatações, observou-se que há uma fragilidade quanto aos encaminhamentos aos serviços de saúde e socioassistenciais, dificultando assim a adesão e continuidade do tratamento. Tais percepções foram um dos motivos que levaram a pesquisadora a se interessar pela temática, bem como a relevância que o problema tem para a sociedade, em especial para a saúde pública.

Do ponto de vista metodológico, este estudo configura-se enquanto uma pesquisa social, de natureza qualitativa, sustentada a partir do referencial teórico do construcionismo social. Mais do que vertente teórica, o construcionismo se configura como um movimento que compreende a linguagem como uma forma de ação no mundo, uma prática social que propicia a construção de “realidades”.

A linguagem passa a ser considerada como ação ou como prática que exerce uma função criativa e não apenas o papel reprodutivo ou de um simples reflexo da realidade. Para Spink (2010) a linguagem em uso é adotada como prática social, sendo as práticas discursivas um conceito que se apropria do estudo da linguagem na perspectiva construcionista. O conceito de práticas discursivas remete à produção de sentidos, sendo que as práticas discursivas podem ser compreendidas como a linguagem em ação, significando a forma com a qual as pessoas produzem sentidos e tomam posições nas relações cotidianas.

A partir do referencial teórico metodológico das práticas discursivas e produção de sentidos, esta pesquisa teve como objetivo geral compreender os sentidos produzidos pelos profissionais de saúde atuantes em um hospital geral acerca dos(as) usuários(as) de SPA que buscam atendimento na instituição. Especificamente, buscou-se identificar como são construídos os significados que os profissionais de saúde do hospital geral sustentam a respeito das SPA (lícitas e ilícitas) e seu uso; verificar se os profissionais de saúde do hospital geral realizam algum tipo de encaminhamento para os serviços de saúde e averiguar se há diferença no tratamento de saúde oferecido aos(às) usuários(as) de SPA e aos não usuários(as).

Esta produção está estruturada em cinco capítulos. O primeiro é intitulado Contexto Teórico e apresenta um panorama histórico das SPA e a relação com o estigma. Em seguida, há um capítulo referente ao Contexto da Saúde Mental, onde é realizado um resgate da Reforma Psiquiátrica, a constituição da RAPS e os leitos de saúde mental nos hospitais gerais

enquanto componentes da RAPS. Posteriormente, foi feita uma reflexão a respeito da linguagem enquanto elemento formador de conhecimento, com base nos conceitos do construcionismo, práticas discursivas e produção de sentidos. O capítulo referente aos Aspectos Metodológicos descreve aspectos relacionados ao tipo de pesquisa, local e participantes, instrumentos de construção e análise dos dados, bem como os aspectos éticos. Por fim, os capítulos que apresentam os resultados e as considerações finais têm o objetivo de responder aos questionamentos iniciais, relacionando-os com os ângulos que foram abordados nesta produção, em especial, o estigma, a saúde mental, o(a) usuário(a) de SPA, as práticas discursivas e a produção de sentidos.

2. Contexto Teórico

2.1. As substâncias psicoativas

As drogas estão presentes na sociedade através de diferentes modos e com finalidades e consequências diversas há milhares de anos (Escohotado, 2004; Labate, Fiore & Goulart 2008). Considerada um fenômeno recorrente e disseminado em diferentes momentos da história da humanidade, os modos pelos quais sua existência é concebida e vivenciada variam em razão de inúmeros determinantes sociais, históricos e culturais. A história do uso dessas substâncias aponta a percepção social que os(as) usuários(as) adquiriram ao longo do tempo, bem como os modelos de cuidado adotados, transitando desde a guerra às drogas até a atual estratégia de Redução de Danos adotada pelo Ministério da Saúde através da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2004, da Portaria nº 1028, de 2005 e da Portaria nº 3088, de 2011, entre outras determinações.

O debate acerca das drogas na contemporaneidade aponta vários desafios, não só relacionados às políticas públicas, mas também aos preconceitos que são muitos e as discussões carregadas de pressupostos morais. Para Torcato (2016), as dificuldades se apresentam na própria definição do que são drogas. No senso comum, a expressão drogas está carregada de sentido negativo por estar associada à adicção e ao vício, entretanto essa é uma concepção razoavelmente recente e equivocada uma vez que as drogas, sejam lícitas ou ilícitas, não necessariamente levam a usos problemáticos ou à dependência.

Esse mesmo autor aponta que, pela perspectiva etimológica, a expressão droga derivou-se do holandês *droog*, significando produtos secos destinados à alimentação e à medicina, trazendo à tona uma conflitante relação entre droga e alimento. Já Escohotado (2004, p.9) destaca:

Por droga – psicoativa ou não – continuamos a entender o que há milênios pensavam Hipócrates e Galeno, pais da medicina científica: uma substância que em vez de ser vencida pelo corpo (e assimilada como simples nutriente), é capaz de vencê-lo,

provocando – em doses insignificamente pequenas quando comparadas as de outros alimentos – grandes alterações orgânicas, anímicas ou de ambos os tipos.

Muitas associações e conceitos têm sido propostos na tentativa de definir a origem e o que são drogas e apontam para as relações estabelecidas ao longo do tempo. Exemplos dessas tentativas seriam os status de produtos como as especiarias do Oriente, os alimentos considerados “drogas” como o café, o chá, o chocolate, o tabaco e até mesmo os fármacos e as práticas terapêuticas.

Carneiro (2002) afirma que o consumo contemporâneo de drogas diferencia-se do consumo e regulamentação que existiram em outras épocas. No século XX evidencia-se uma maior extensão mercantil desse consumo, bem como um maior proibicionismo oficial. Embora sempre tenham existido, em todas as sociedades, mecanismos de regulamentação social do consumo dessas substâncias, até o início do século XX não existia proibicionismo legal e institucional internacional. Não cabe aqui resgatar essa trajetória histórica, pode se apenas afirmar que se trata de um percurso longo e contraditório, que aponta para a complexidade de tal fenômeno e a existência milenar de tais substâncias e com funções diversificadas nesses períodos.

Ainda no que concerne a definição do vocábulo drogas, observa-se certa fragilidade na conceituação, sendo mais identificada e utilizada a definição da Organização Mundial de Saúde – OMS (2006), que define Droga como qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento. Existem drogas que são capazes de alterar o funcionamento cerebral, causando modificações no estado mental, no psiquismo e por isso mesmo são denominadas de drogas psicotrópicas ou substâncias psicoativas – SPA.

Observa-se que, em ambas as definições citadas não há, necessariamente, um componente negativo relacionado diretamente a essas substâncias. Nesse sentido, Torcato

(2016) destaca que antes da demarcação dos controles políticos, a palavra droga não significava necessariamente algo ruim, podendo até ter efeitos positivos a partir de aplicações alimentares, terapêuticas e lúdicas, contribuindo para controlar dores, desconfortos decorrentes de enfermidades ou até mesmo o fortalecimento da cognição.

De acordo com Labate, Fiore e Goulart (2008) o consumo dessas substâncias pelos indivíduos é comprovadamente milenar, entretanto sua elevação à categoria de problema social é historicamente recente, aproximadamente um pouco mais que um século. Desde então, uma série de atores sociais, instituições estatais e saberes científicos se preocupam direta ou indiretamente com as drogas. Torcato (2016) explica que as mudanças na percepção das drogas estão relacionadas diretamente aos movimentos antagônicos liberalismo e antiliberalismo. Esse posicionamento, que não vincula as drogas a algo negativo, está ligado ao liberalismo (que se configura enquanto uma vertente política que contempla os direitos individuais e não à econômica, que prega a não intervenção estatal neste âmbito), que se opunha a interferência estatal ou da igreja no campo da consciência, sendo a alteração da consciência vista como uma forma de autoconhecimento. A partir de meados do século XIX, o liberalismo começou a ser intensamente criticado pelo discurso médico, que se consolidava como saber legítimo, e propunha a patologização do consumo de álcool e outras drogas, sendo as manifestações do uso das drogas de responsabilidade da medicina e não mais de outras esferas como a religião.

Alves (2009) aponta que no mundo contemporâneo, em especial no século XX, o uso de drogas passou a ser classificado enquanto lícito ou ilícito. Portanto, a venda e o consumo de um grupo de substâncias psicoativas passaram a ser proibidos. O proibicionismo às drogas, ligados ao antiliberalismo, é caracterizado como uma política desenvolvida em território norteamericano, que influenciara outras regiões do mundo inteiro, incluindo o Brasil, através de convenções e acordos internacionais. Para Labate, Fiore e Goulart (2008), o

proibicionismo refere-se não apenas ao tratamento jurídico e político que se consolidou como resposta estatal hegemônica às questões das drogas no mundo contemporâneo, mas também como toda a interdição e moldagem da pesquisa e do debate público sobre o tema. Ao iniciar este proibicionismo, instalou-se uma luta contra as drogas em que se delimitou o uso destas substâncias como nocivo à sociedade.

Torcatto (2016) acrescenta que para o antiliberalismo e o proibicionismo, o uso de drogas representa não apenas uma ameaça à sociedade na medida em que provoca o desregramento das condutas sociais necessárias ao correto funcionamento do capitalismo, mas também um risco ao autoritário processo denominado de medicalização da sociedade, que através do controle sobre o uso das drogas visa à normatização da sociedade. Essa realidade evidencia a associação entre o proibicionismo e a consolidação da medicina enquanto ciência, bem como o processo de patologização do uso de drogas. Labate, Fiore e Goulart (2008) apontam que o consumo moderno de drogas é caracterizado por uma visão dualista que apresenta, de um lado, o liberalismo em matéria de alteração da consciência, e de outro lado, as críticas morais e o papel autoritário do saber médico como normalizador da sociedade.

Assim, a partir de uma dimensão proibicionista, o uso de substâncias psicoativas passou a representar um problema de saúde pública, social e de segurança. Enquanto um problema de saúde pública, as drogas e o seu consumo tornaram-se objeto de estudo científico. Observa-se nas discussões acadêmicas como também naquelas de caráter público um predomínio das ciências biomédicas, fato este que afastou a temática das drogas das pesquisas e debates no campo das ciências humanas, enfraquecendo assim uma perspectiva diferente que não compreende o consumo de substâncias psicoativas como um problema em si, prevalecendo ainda discussões e políticas públicas fortemente marcadas pelo proibicionismo.

Sobre as políticas, Vargas (2008) afirma que as políticas públicas sobre drogas seguiram por muito tempo à lógica proibicionista, priorizando o saber médico ao indivíduo, sendo possível observar uma uniformidade nas políticas oficiais relativas às drogas em diversos países, fato este que aponta para a imposição de um controle internacional cooperativo em torno das drogas. Embora se possa identificar poucas exceções, a maioria dessas políticas é marcada pela diferenciação entre drogas e fármacos e pela repressão a todas as formas de uso não médico de praticamente todas as drogas consideradas psicoativas. Além disso, o caráter repressivo dessas políticas contrasta com a leniência das leis que vigoravam há cerca de um século relativamente às drogas, uma vez que naquela época, praticamente nenhuma droga, medicamentosa ou não, era objeto de controle ou de criminalização como se vê atualmente. Esse mesmo autor destaca também que o que se tem são políticas que se caracterizam pela criminalização da produção, do tráfico, do uso de drogas e pela crescente ampliação de substâncias consideradas drogas de uso ilícito.

Como dito anteriormente, os saberes médico-farmacológicos foram utilizados para fundamentar cientificamente a guerra às drogas instituída através do proibicionismo, bem como as políticas de repressão. Observa-se uma relação entre a criminalização de algumas substâncias e seus usos e a invasão farmacêutica, associada ao crescimento das atividades biomédicas. Vargas (2008) complementa que as políticas de repressão possuem um fundamento médico e jurídico e são alvos de intensas críticas, devido à ineficácia na redução da demanda por drogas e pelos efeitos perversos de sua implementação como o crescimento do crime organizado em torno da produção e do tráfico de drogas.

Para Carneiro (2002) o proibicionismo do século XXI volta-se não contra o álcool, como aconteceu no início do século XX (1919 a 1933 através da Lei Seca nos Estados Unidos), mas sim a outras drogas como os derivados de coca, ópio e cannabis e substâncias sintéticas, tendo como efeito o aumento da especulação financeira nesse ramo de alta

rentabilidade capital, bem como o crescente aparato policial na tarefa da repressão moral. Somam-se como resultado do proibicionismo a hiperlucratividade, os danos à saúde pública devido à falta de fiscalização, a militarização da produção e do comércio de certas drogas e a intromissão do aparato de segurança em esferas da vida cotidiana.

No que diz respeito ao posicionamento político diante das questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas e às políticas públicas sobre drogas, Alves (2009) afirma que é possível identificar dois paradigmas contraditórios: o proibicionismo e a abordagem de redução de danos. Para essa autora, enquanto as políticas proibicionistas se baseiam na redução da oferta e da demanda de drogas, com intervenção de repressão e criminalização da produção, tráfico, porte e consumo de drogas ilícitas, as políticas e programas de redução de danos têm apresentado estratégias para a minimização dos danos à saúde, sociais e econômicos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, sem necessariamente coibi-lo.

No território nacional, observa-se que a partir da década de 2000, as políticas públicas sobre drogas têm se aproximado do enfoque da redução de danos, o que favorece o delineamento de um modelo de atenção aos(às) usuários(as) de álcool e outras drogas orientado por essa estratégia. Acompanhando esse modelo de cuidado, foi possível observar mudanças significativas na legislação brasileira sobre drogas. Para Alves (2009), mesmo que a legislação ainda permaneça alinhada ao discurso proibicionista, a atenção à saúde deixa de ser uma espécie de extensão dessa política e se torna um tema cada vez mais relevante. Observa-se uma importante mudança, que se refere à distinção feita entre as atividades antidrogas e àquelas de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, conferindo mais destaque a estas últimas.

Percebe-se uma tentativa em conciliar racionalidades divergentes no que se refere ao conteúdo e à organização das práticas em saúde destinadas aos(às) usuários(as) de álcool e

outras drogas, porém, mesmo diante desse cenário confuso que remete ao conflito de interesses de representantes dos diferentes modelos assistenciais no país, a nova legislação brasileira sobre drogas – a Lei nº 11.343/2006 apresenta avanços significativos que revelam o posicionamento político mais moderado em relação às drogas. Embora ainda criminalize o usuário, uma vez que é uma lei penal, não se observa penas de restrição de liberdade nesses casos. As atividades de repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas são acentuadas e surgem novos crimes correlatos, bem como o aumento das penalidades são previstos, por outro lado, há a distinção, de forma mais ampliada do que em leis anteriores, entre a condição de usuários(as) e traficantes de drogas, bem como o enfoque em atividades de prevenção ao uso indevido, à atenção à saúde e à reinserção social.

Em relação à Redução de Danos, Alves (2009) afirma que os pressupostos dessa lógica perpassam o texto da nova legislação sobre drogas, concretizando-se como estratégia de atenção e cuidado ao usuário de álcool e outras drogas e enfatizando as atividades de prevenção ao uso indevido de drogas baseadas na redução dos fatores de vulnerabilidade e risco, bem como a promoção e o fortalecimento dos fatores de proteção. Nesse sentido, a Redução de Danos visa, sobretudo, à melhoria da qualidade de vida dos(as) usuários(as) e dependentes de drogas e suas famílias, à redução dos riscos e danos associados ao uso dessas substâncias, bem como à reinserção social desses sujeitos e a promoção da cidadania.

Para Vasconcelos (2010), a estruturação e o fortalecimento de uma rede pública de saúde especializada no cuidado aos(as) usuários(as) de álcool e outras drogas, bem como às suas famílias está centrada na atenção comunitária, embasada pela compreensão ampliada de redução de danos. Essa reorientação do modelo de atenção na área de drogas caminha em paralelo com as mudanças nas políticas brasileiras e encontra respaldo e amparo na Reforma Psiquiátrica, como afirmam Petuco e Medeiros (2009) ao compreenderem a Redução de Danos enquanto dispositivo da Reforma Psiquiátrica. Essas transformações no cenário de

saúde mental e, especificamente, no que diz respeito aos(às) usuários(as) de álcool e outras drogas perpassa por práticas que possam resignificar o lugar que os(as) usuários(as) ocupam, o atendimento a eles destinados, bem como o estigma que sofrem em virtude da situação de uso, sendo assim necessário uma reflexão sobre a relação entre o uso de SPA e o estigma.

2.2. Uso de SPA e estigma

Atualmente no Brasil, as políticas públicas sobre o uso de álcool e outras drogas encontram-se em um momento de transição: do modelo manicomial e proibicionista em direção a atenção psicossocial, aos dispositivos territorializados, à prevenção e educação. Entretanto, a consolidação dessas políticas ainda se coloca enquanto um desafio tendo em vista a necessidade do fortalecimento desse paradigma em torno da atenção integral aos(às) usuários(as) de álcool e outras drogas, bem como o alcance do desenvolvimento das ações previstas pela Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, elaborada em 2004. De acordo com Oliveira e Ronzani (2012), um dos entraves observados em relação à assistência aos(às) usuários(as) de álcool e outras drogas, refere-se ao estigma que essa população sofre. Para esses autores, algumas condições de saúde mental, são estigmatizadas pela população em geral, incluindo os profissionais de saúde, sendo o consumo de álcool e outras drogas uma das condições mais estigmatizadas.

Do ponto de vista histórico, Silveira e Ronzani (2011) afirmam que os relatos sobre estigma são observados desde a Grécia Antiga, quando os criminosos eram marcados com faca ou ferro para identificar a inaptidão para o convívio social. Esses indivíduos passavam então a ser desacreditados, desmoralizados e evitados socialmente. Em 1963, o conceito de estigma social tem seu marco teórico delineado a partir da primeira edição da obra de Erving Goffman intitulada *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (Goffman, 1988). Este autor aponta que o termo estigma deriva dos gregos e se referia a sinais corporais

com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava. Goffman (1988) afirma que o estigma social poderia ser definido como uma marca ou um sinal que designaria, ao seu portador, um status “deteriorado” e, portanto, menos valorizado que as pessoas “normais”, chegando ao ponto de incapacitá-lo para uma plena aceitação social.

Já Ronzani e Andrade (2006) definem o termo estigma como uma marca física ou social de conotação negativa ou que leva o portador dessa marca a ser marginalizado ou excluído de algumas situações sociais, enquanto que Silveira e Ronzani (2011) descrevem a estigmatização “como um processo moldado por forças históricas e sociais, caracterizadas pelo reconhecimento da diferença com base em alguma característica distinguível ou marca e uma desvalorização do seu portador” (Silveira e Ronzani, 2011, p. 51).

Objeto de reflexão desde o pensamento original que tratava o tema sob uma ótica sociológica (descrito como um processo inerente à interação social através de categorias como rotulação, status social, desviante e normal como apontava Goffman), as definições mais recentes do estigma têm compreendido a estigmatização como um processo moldado por forças históricas e sociais a partir do reconhecimento da diferença com base em alguma característica que distinga os grupos e indivíduos e assim desvalorize o seu portador. Nesse sentido, destacam-se as perspectivas mais psicológicas que atribuem uma maior ênfase aos processos psicossociais e compreendem o processamento de informações sociais e o comportamento social como objeto de investigação. Sob este ângulo, enfatizam-se os efeitos imediatos do contexto social e situacional seja para o estigmatizador, o estigmatizado ou na interação entre ambos e privilegiam-se categorias como crenças, estereótipos, atitudes e preconceito e discriminação na compreensão do estigma.

De acordo com Dovidio, Major e Crocker (2003), a vertente psicossocial apresenta uma substancial contribuição para o tema, buscando entender como as pessoas constroem

categorias e as relacionam com crenças estereotipadas. Assim, a estigmatização pode ser compreendida como um processo dinâmico e contextual, produzido histórico e socialmente, capaz de gerar consequências sociais e pessoais no âmbito afetivo, cognitivo e comportamental. Dentre elas, perda de status, redução da auto-estima, expectativas de rejeição prejudiciais a interações sociais e isolamento, redução na probabilidade de busca de ajuda, além de aumento da vulnerabilidade a determinadas condições saúde de preocupação pública.

De acordo com Ronzani e Andrade (2006), no processo de formação do estigma social as características negativas atribuídas à determinada condição são reconhecidas não somente pelo grupo externo, mas também internalizadas pelas pessoas que são alvo desse estigma, o que influenciará diretamente as crenças e os sentimentos das pessoas em relação às características atribuídas como negativas. O estigma internalizado possui um efeito negativo nas dimensões de vida do indivíduo, contribuindo para o afastamento do convívio social, restrição às redes sociais e às oportunidades de vida, além de prejuízos para o contexto de saúde, como a piora na qualidade de vida, bem como situações de sofrimento psíquico.

Silveira e Ronzani (2011) destacam cinco processos envolvidos na estigmatização: a rotulação, a atribuição moral, os estereótipos, atitudes e preconceito e a discriminação. A rotulação compreende o processo de aplicar um rótulo à pessoa, identificando-a e definindo-a o tipo de pessoa que ela é a partir de uma única característica, sendo esse rótulo considerado desqualificador quando é utilizado para indicar a violação da norma social. A atribuição moral refere-se a um processo cognitivo que consiste na atribuição de causalidade sobre um comportamento observado e ocorre quando um indivíduo é visto como responsável pelo aparecimento e pela solução de seu próprio problema. Enquanto categoria das atitudes, os estereótipos são crenças acerca de características, atributos e comportamentos de determinado grupo, bem como teorias de como e por que certos atributos estão relacionados. Tal processo

é fundamental na categorização de informações, generalizações e expectativas de indivíduos que pertencem a grupos. As atitudes são crenças e cognições em geral, duradouras e devidamente organizadas, dotada de carga afetiva pró ou contra um objeto social definido, que predispõe a uma ação coerente com aquele afeto ou cognição relativo a esse objeto, enquanto que o preconceito é, sobretudo, uma atitude que leva o outro a reagir de maneira ofensiva, baseada na crença de que o outro possui características negativas. Embora a atitude seja formada por aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais, o preconceito está mais relacionado ao componente afetivo, ou seja, refere-se ao aspecto afetivo ou emocional da diferenciação, pelo qual membros de grupos minoritários são desvalorizados. Por fim, a discriminação consiste no efeito imediato do preconceito e refere-se ao tratamento injusto, ou seja, forma de relacionamento, avaliação e atendimento comparativamente desigual e desfavorável destinado a um grupo ou individualmente.

Ronzani, Higgins-Biddle e Furtado (2009) apontam que o estigma refere-se à desvalorização global de certos indivíduos com base em algumas características que possuem, sendo relacionadas a uma condição de desvalorização, desfavorecimento ou desonrado pela sociedade em geral. A estigmatização ocorre quando se atribuem rótulos e estereótipos negativos a determinados comportamentos ou particularidades, sendo compreendida enquanto um processo que é contingente ao acesso aos poderes social, econômico e político que permite a diferenciação, a separação dos rotulados em categorias, a construção dos estereótipos, a desaprovação, a rejeição e a discriminação.

Parker (2013) acrescenta que o estigma possui três funções: exploração e dominação, cumprimento de normas sociais e controle social e evitação ou afastamento da condição estigmatizada, sendo utilizado pelas pessoas, grupos ou Estados para produzir e reproduzir as estruturas da desigualdade social. Em relação a essas funções, cabe aqui um adendo no que diz respeito aos(as) usuários(as) de SPA. Observa-se que o estigma ao usuário de SPA tem

exatamente essas funções, principalmente as que se referem ao controle social e à reprodução da desigualdade social. Nesse sentido, cabe a reflexão que o usuário de SPA tem seus direitos cerceados, inicialmente, pela própria condição de usuário que, com base no proibicionismo legitima esse controle, inclusive dos corpos, e, posteriormente pelo estigma.

Com relação às consequências do processo de estigmatização nas relações interpessoais, Silveira, Soares, Noto e Ronzani (2013) apontam que a atribuição de características indesejáveis a alguém pode levar à evitação e rejeição da pessoa rotulada, ocasionando o distanciamento social, que “refere-se aos graus e níveis de compreensão e sentimentos que as pessoas experienciam em relação uma às outras” (Bogarduns, 1925 in Soares, Silveira, Martins, Gomide, Lopes e Ronzani, 2011, p.92). Esse distanciamento ocorre a partir da inferência de uma ameaça ocasionada por percepções distorcidas e compartilhadas das diferenças entre grupos e podem envolver atribuição de periculosidade e ameaça à saúde física do estigmatizador, despertando reações emocionais negativas como o medo, mesmo diante de quem não é de fato perigoso.

Em relação ao uso de álcool e outras drogas, os autores citados acima afirmam a existência de estudos comprovando que se trata de uma das principais condições estigmatizadas, inclusive pelos profissionais de saúde e que os efeitos negativos do estigma influenciam diretamente o desejo de distância social por parte dos profissionais de saúde. Vale destacar que, embora não tenha sido um dos objetivos deste estudo verificar o distanciamento dos profissionais de saúde em relação aos(as) pacientes usuários(as) de SPA, algumas condutas percebidas durante a observação participante e a análise das entrevistas sugerem essa tendência por parte dos profissionais.

Ainda em relação aos prejuízos do estigma, o impacto principal é a internalização do estigma, fenômeno denominado auto-estigma ou estigma internalizado. Corrigan (1998) in Silveira, Soares, Noto e Ronzani (2013) sugere que o estigma internalizado configura-se pela

desvalorização, vergonha e exclusão desencadeada pela atribuição de estereótipos negativos a si próprios. O estigma internalizado aponta aspectos da relação de poder envolvidos no processo de estigmatização e acontece quando indivíduos de um subgrupo imerso em atitudes preconceituosas de um grupo dominante acabam por concordar com esses preconceitos e reproduzem atitudes negativas a si próprios, provocando a diminuição da auto-estima.

Silveira, Soares, Noto e Ronzani (2013) acrescentam que o estigma internalizado associado ao sentimento de inferioridade produz reações negativas como ansiedade, depressão, angústia, vergonha e culpa, levando a limitações nas interações sociais, diante dos comportamentos de exclusão e evitação de situações sociais.

Ainda em relação às consequências do estigma para o estigmatizado, há implicações psicossociais, que são aquelas relacionadas à perda da auto-estima, bem como a sentimentos de rejeição, culpa e descrédito e implicações para o tratamento de saúde, relacionando o estigma internalizado aos baixos índices de adesão ao tratamento, menor disposição para buscar ajuda ou tratamento e menor interesse na adoção de comportamentos saudáveis, podendo assim a condição do estigmatizado tornar-se mais danosa do que propriamente a condição de saúde, levando assim a diversas consequências, inclusive ao agravamento da situação. Nesse sentido, seria extremamente válido incluir os(as) pacientes usuários(as) de SPA e seus familiares nesse estudo, a fim de verificar os sentidos que eles produzem a partir da condição de estigmatizados, entretanto em função de limites temporais do Mestrado não foi possível ampliar a pesquisa nesta direção.

No que se refere à relação saúde e estigma, Monteiro (2013) aponta que o estigma e a discriminação são construtos que se fazem acompanhar um do outro e representam a fragilidade do Sistema Único de Saúde – SUS no que se referem aos seus três princípios fundamentais: universalidade, equidade e integralidade. Pela universalidade compreende-se o acesso à saúde e ao cuidado para todos, a equidade refere-se à responsabilidade de todos

diante do que cada um necessita e a integralidade diz respeito ao saber e ao fazer para responder globalmente às necessidades de cada um. Ayres afirma: “essas aspirações são praticamente o inverso do movimento descrito pelo conceito de estigma e discriminação, que denuncia universalização onde é preciso diferenciar e diferenciação onde é necessário universalizar” (Ayres, 2013, p. 11). Este mesmo autor destaca que o estigma e a discriminação se fazem presentes no desrespeito à cidadania de grupos em situação de carência, como negros, pobres, desviantes da norma social (como são considerados os usuários de SPA) ou com agravos de saúde a exemplo do HIV/AIDS ou dos transtornos mentais.

Nesse sentido, Monteiro (2013) descreve que a exclusão social de indivíduos e grupos, com base em preconceitos ou atitudes discriminatórias, tem como consequências danos diretos e indiretos à saúde, uma vez que o processo de marginalização social dificulta o acesso à prevenção e aos cuidados em saúde, instituindo assim um círculo vicioso entre marginalização social e doença que reafirma o estigma. Parker (2013) tem ponto de vista complementar, afirmando que o estigma, bem como o preconceito e a discriminação, causam danos não apenas por seus efeitos diretos, mas por serem parte do processo de exclusão social e da falta de acesso à saúde, contribuindo assim para as causas fundamentais da doença.

Silveira e Ronzani (2011) afirmam que a estigmatização tem sido apontada como danosa a algumas condições de saúde estigmatizadas. Tal processo envolve um distanciamento social que pode representar repercussões à saúde e ao bem-estar de quem é estigmatizado. Na área da saúde, o próprio diagnóstico pode contribuir para os efeitos negativos da estigmatização do indivíduo, uma vez que os rótulos em função da doença podem suscitar crenças de desvalorização, discriminação e expectativas de rejeição. Diante desse cenário, muitas pessoas com algum tipo de agravo preferem não procurar ajuda ou não aderem ao tratamento, evitando assim o diagnóstico e por consequência, a rotulação e a

possibilidade de rejeição, bem como a estigmatização. Além dessa reflexão, nota-se que muitos profissionais têm a tendência de classificar o comportamento das pessoas de acordo com o problema de saúde, sendo tal prática prejudicial tanto ao profissional que deixa de perceber ou conhecer o problema mais a fundo, quanto ao paciente que deixa de receber uma intervenção adequada ao seu problema. Ainda em relação às implicações do estigma na área da saúde, destacam-se as concepções culturais acerca da doença em si, que podem desempenhar um papel importante na determinação de como as pessoas com esse problema de saúde serão tratadas, sendo um indicativo do distanciamento social.

Silveira e Ronzani (2011) apontam que os aspectos psicossociais relacionados ao processo saúde-doença são fundamentais para as ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde. Em função de tais aspectos, tem-se estudado a repercussão do estigma nas condições de saúde, em especial àquelas relacionadas à saúde mental do indivíduo. Dentre as diversas condições de saúde que são estigmatizadas, os transtornos mentais e o abuso de álcool e outras drogas merecem destaque.

No campo da saúde mental, destaca-se o estigma associado a usuários(as) de álcool e outras drogas. Silveira, Soares, Noto e Ronzani (2013) afirmam que a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas aponta que o estigma e a exclusão são ao mesmo tempo agravantes e consequências do uso indevido de drogas, sendo o estigma atribuído aos(às) usuários(as) de drogas fonte de segregação social. Esses autores acrescentam que o estigma associado aos(às) usuários(as) de álcool e outras drogas está relacionado ao comprometimento da qualidade do tratamento ou ainda o abandono do mesmo.

Silveira, Martins, Soares, Gomide e Ronzani (2011) acrescentam que o fenômeno do uso das drogas é avaliado somente em relação à pessoa do usuário na tentativa de encobrir a responsabilidade dos demais segmentos da sociedade. No imaginário social, os(as)

usuários(as) de álcool e outras drogas são considerados transgressores das normas e uma ameaça à ordem social, sendo o uso de drogas um problema com tendência à disseminação de um estigma. Essas crenças cristalizadas pela sociedade reforçam as condutas de desprezo, de punição e de afastamento das pessoas estigmatizadas e possibilitam que a sociedade transfira as verdadeiras causas geradoras de conflitos para o usuário de drogas, definindo-o como inaceitável e repreensível, excluindo-o. Silveira e Ronzani (2011) apontam que muitas vezes os próprios profissionais de saúde estigmatizam os usuários(as) de drogas, destacando-se a atribuição moral e a culpabilização dessa população, em que tanto a responsabilidade pelo surgimento do problema, quanto pela sua solução é considerada como estritamente individual e entendida como um problema moral. Esse cenário de atribuição moral e culpabilização, assim como demais avaliações, foram observados durante a coleta de dados e serão apresentados em detalhes no capítulo referente aos resultados.

Esse tipo de percepções e condutas acaba por distanciar os usuários(as) dos serviços de saúde e, lamentavelmente, ainda não são totalmente enfrentadas nas políticas públicas para a área, embora haja um esforço significativo para superar práticas estigmatizantes. Para Silveira, Martins, Soares, Gomide, Ronzani (2011), os(as) usuários(as) de álcool e drogas, que poderiam se beneficiar da rede de serviços de saúde, acabam não buscando os serviços ou, quando isso acontece, não cumprem o tratamento de maneira proposta na tentativa de evitar danos associados ao rótulo de dependente químico. Nesse sentido, a maneira como a população, os profissionais de saúde ou mesmo as políticas públicas tratam o problema pode influenciar direta ou indiretamente o tratamento e a qualidade de vida das pessoas, afastando-as dos serviços de saúde e socioassistenciais, agravando ainda mais o quadro de saúde porventura existente.

Para Silveira, Soares, Noto e Ronzani (2013), uma das estratégias para reduzir o estigma refere-se à educação, uma vez que a falta de informação da população, inclusive dos

profissionais de saúde ou a informação errada pode resultar em medo, hostilidade e raiva. As estratégias anti-estigma a partir da educação visam obter mudanças de atitudes e de comportamentos da sociedade e devem ter o foco nas causas de saúde, destacando que as pessoas estigmatizadas podem não ser responsáveis pelo surgimento destas.

Silveira e Ronzani (2011) acrescentam que não basta apenas oferecer dispositivos para o cuidado aos(às) usuários(as) de álcool e drogas, é necessário também considerar os efeitos da estigmatização para oferecer atenção integral aos indivíduos, sendo necessárias ações de conscientização da população sobre o impacto do estigma frente a tal condição de saúde, visando a mudanças de atitudes, de conhecimentos e habilidades. Em paralelo, torna-se cada vez mais evidente a necessidade do preparo dos profissionais de saúde para uma abordagem adequada e menos moralizante, visto que os profissionais de saúde possuem uma posição estratégica tanto nas ações de prevenção quanto na melhoria do impacto e adesão do tratamento aos(às) usuários(as) de álcool e outras drogas. Nesse sentido, Silveira, Soares, Noto e Ronzani (2013) complementam que estudos apontam que profissionais que possuem atitudes positivas em relação aos(às) usuários(as) se sentem tecnicamente mais preparados e motivados para realizar ações de cuidado aos(às) usuários(as) de álcool e outras drogas, sendo assim de fundamental importância envolver os profissionais de saúde e a população em ações que buscam mudanças de atitudes em relação ao estigma aos(às) usuários(as) de álcool e outras drogas.

Compreender que as transformações nas práticas dos profissionais de saúde são necessárias em todos os espaços de cuidado, da atenção básica aos hospitais gerais, para uma atenção integral aos(às) usuários(as) de álcool e outras drogas, é reforçar e implementar os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica e do SUS. Assim, entender os sentidos produzidos pelos profissionais de saúde sobre esta temática faz-se necessário para a elaboração de estratégias que possam suscitar essas transformações. Ressalta-se que a relação

do estigma com os(as) usuários(as) de SPA será novamente abordada e discutida, porém no contexto da pesquisa, na apresentação dos resultados.

3. O Contexto da Saúde Mental

3.1. Reforma Psiquiátrica e a RAPS

Na tentativa de compreender a Redução de Danos, enquanto estratégia, não apenas de cuidado ao usuário de álcool e outras drogas, mas também como política – uma vez que o Ministério da Saúde, através da portaria nº 1028 de 01 de Julho de 2005 institui oficialmente a Redução de Danos – faz-se necessário, uma breve reflexão acerca da Reforma Psiquiátrica.

Amarante (2007) destaca que as primeiras experiências de Reforma Psiquiátrica nasceram após a 2ª Guerra Mundial, quando a sociedade percebeu que as condições de vida oferecidas aos(as) pacientes internados em hospitais psiquiátricos se assemelhavam aos campos de concentração. O sistema hospitalar psiquiátrico se aproximava das instituições carcerárias e penitenciárias configurando-se como um sistema fechado, baseado na vigilância, no controle, na disciplina, além de dispositivos de punição e repressão. Eram instituições que visavam ao isolamento social, além de um tratamento moral na medida em que esses hospícios tinham funções sociais de segregação de segmentos marginalizados pela sociedade. Em suma, tratava-se de espaços de absoluta ausência de dignidade humana.

No caminhar da Reforma Psiquiátrica, destacam-se movimentos como a Comunidade Terapêutica e a Psicoterapia Institucional, a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Preventiva, bem como a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática. Merece destaque, nesse percurso histórico, o movimento da Psiquiatria Democrática, que deu início a processos de rompimento com o paradigma psiquiátrico tradicional vigente e que tem como representante Franco Basaglia. Na década de 60, tal psiquiatra passou a formular um pensamento e uma prática absolutamente originais, destinados à superação do aparato manicomial, compreendido não apenas como espaço físico do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas científicas, sociais e jurídicas que legitima a existência de um lugar de patologização da experiência humana, de isolamento e segregação.

Amarante (2007) acrescenta que no início dos anos 70, Basaglia, juntamente com outros psiquiatras, deu início a mais rica e original experiência de transformação da psiquiatria contemporânea a partir do fechamento dos pavilhões e enfermarias psiquiátricas e a criação de serviços substitutivos ao modelo manicomial, compreendendo-os como o conjunto de estratégias que tinham como objetivo, tomar o lugar das instituições psiquiátricas clássicas e não serem apenas paralelos, simultâneos ou alternativos às mesmas. Para Basaglia, esses serviços substitutivos deveriam atuar no território, possibilitando a inclusão social e permitir a construção de um novo lugar para as pessoas com sofrimento mental, que até então eram relacionadas à periculosidade, à insensatez e à incapacidade. Em 1973, o Serviço Hospitalar de Trieste (Itália), dirigido por Basaglia, foi considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como referência mundial para reformulação da assistência à saúde mental.

Nesse sentido, observa-se a necessidade de superar o modelo psiquiátrico, baseado no modelo biomédico asilar em prol de um sistema de saúde mental e atenção psicossocial e não apenas de simples propostas de reformulação de serviços. “Este movimento, por sua vez, requer rupturas, radicalização, e não uma superação que acaba por promover pactos entre o aparentemente novo e aquilo que representa a manutenção de séculos de dominação” (Alverga e Dimenstein, 2006, p.299).

Ainda em relação a esse cenário de transformações na atenção em saúde mental, Amarante (2007) aponta para a necessidade de se refletir acerca do campo da saúde mental e atenção psicossocial não como um modelo ou sistema fechado, mas sim como uma prática processual, que é social e complexa e acrescenta que os movimentos da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática obrigaram a psiquiatria a abandonar a definição de doença mental na medida em que provaram que não contribuía em praticamente nada para entender e lidar com os sujeitos. Com a doença e o diagnóstico em segundo plano, o sujeito e suas particularidades

se tornam o centro das ações, o que possibilita a ampliação da noção de integralidade no campo da saúde mental e atenção psicossocial. Os serviços de saúde deixam de serem locais de repressão, exclusão, disciplina, controle e vigilância e passam a ser compreendidos como dispositivos estratégicos de cuidado, de trocas sociais e de produção de subjetividade, na medida em que o alvo são as pessoas e não mais as doenças, merecendo destaque a questão dos direitos humanos e a luta pela inclusão de novos sujeitos de direito e de novos direitos para as pessoas em sofrimento mental.

Todo esse movimento de reflexões, críticas, rupturas e transformações compreende a Reforma Psiquiátrica, que para Alverga e Dimenstein (2006) tem como ideia central a proposta de projetos terapêuticos baseados no conceito de reinserção social, na busca da autonomia e cidadania da pessoa em sofrimento mental. De acordo com Assis, Barreiros e Conceição (2013), a Reforma Psiquiátrica configura-se pela mudança do modelo de atenção e defesa de direitos dos usuários dos serviços de saúde mental. Já Hirdes (2009) conceitua a Reforma Psiquiátrica como um processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, podendo ser compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais acerca da pessoa em sofrimento mental.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica é contemporânea à Reforma Sanitária, nos anos 70, que se configura pela mudança dos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado. Embora contemporâneas, a Reforma Psiquiátrica Brasileira tem uma história própria e aponta para a crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, além de esforços dos movimentos sociais pelos direitos dos(as) pacientes psiquiátricos.

Embora não caiba aqui um resgate histórico detalhado da Reforma Psiquiátrica Brasileira, vale a pena destacar movimentos sociais importantes que são o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) e o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial. O MTSM surgiu no final dos anos 70, formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Tal movimento passou a protagonizar denúncias da violência nos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia da rede privada de assistência e uma crítica ao saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas em sofrimento mental. Acompanhando o contexto, o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, nasceu no Encontro Nacional de Trabalhadores da Saúde Mental, em 1987, em Baurú/SP e foi composto por diferentes atores, dentre eles, trabalhadores em saúde mental, usuários, familiares, membros da comunidade e instituições, na busca de transformação das condições, relações e representações acerca dos transtornos mentais na sociedade.

Do ponto de vista político, um marco político importante é a promulgação da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que ficou conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Amarante (2007) destaca que, apesar do projeto original ter sido rejeitado, após doze anos de tramitação foi aprovado um projeto substituto que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde. Além de discriminar os direitos das pessoas portadoras de transtorno mental, a lei aponta para a responsabilidade do Estado no desenvolvimento da Política de Saúde Mental, merecendo destaque que a assistência visará à reinserção social do paciente em seu meio, sendo a internação o último recurso, quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

A partir da promulgação da lei 10.216 e da realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental ocorrida em 2001, a política de saúde mental brasileira, em consonância com a Reforma Psiquiátrica, se consolida, adquirindo sustentação e visibilidade. Os serviços abertos e substitutivos ao hospital psiquiátrico, em especial os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS passam a ser compreendidos como serviços estratégicos para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com transtorno mental ou com necessidades em decorrência do uso de álcool, crack e outras drogas. O processo de redução de leitos e de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado por inúmeros mecanismos como o Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria), o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar Psiquiátrica no SUS (PRH), assim como a instituição do Programa de Volta para Casa e a expansão de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial e as Residências Terapêuticas.

Em paralelo, é traçada a política nacional de atenção aos(às) usuários(as) de álcool e outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos pelo Ministério da Saúde. Todos esses esforços, transformações e diversidade de componentes em saúde mental, atualmente, estão elencados na Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

Segundo Assis, Barreiros e Conceição (2013), a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS aponta para uma perspectiva integrada, articulada e efetiva em diferentes níveis de atenção para atender as pessoas com demandas decorrentes de transtornos mentais ou uso de drogas. Para Costa, Colugnati e Ronzani (2015), a RAPS representa o fortalecimento e a ampliação da Reforma Psiquiátrica e permite a articulação dos pontos de atenção à saúde para as pessoas com sofrimento mental e/ou usuários de drogas. Trata-se da concretização da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas, em consonância com os princípios

da Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária. Baseada em serviços territoriais e comunitários, substituindo, portanto, o modelo hospitalocêntrico e manicomial, a RAPS desenvolve suas ações de acordo com os princípios doutrinários do SUS: universalização, equidade e integralidade.

De acordo com a Portaria nº 3088, à RAPS cabe a ampliação do acesso à atenção psicossocial da população em geral, promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e suas famílias aos serviços de atenção e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Essa rede é formada pelos seguintes componentes: atenção básica em saúde (composta pelas unidades de saúde, por equipes de atenção a populações específicas, merecendo destaque a equipe de Consultório na Rua e equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório e os Centros de Convivência), atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e, por fim, o componente de reabilitação psicossocial. Cada um desses componentes compreende um conjunto de ações e serviços que têm o objetivo de atender às diferentes necessidades dos usuários e seus familiares, nos mais diversos territórios.

Dentre esses componentes, vale a pena destacar a atenção psicossocial especializada e a atenção hospitalar, este último em virtude da temática da pesquisa. A atenção psicossocial especializada, representada pelos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS visa garantir a assistência às pessoas com transtornos mentais ou com necessidades em decorrência do uso de álcool e outras drogas de forma territorializada, a partir dos projetos terapêuticos individuais. Os CAPS se organizam de acordo com o número de habitantes e especificidades, sendo destinados às pessoas com transtornos mentais, aos(as) usuários(as) de álcool e drogas

e às crianças e adolescentes com transtornos mentais e/ou que fazem uso de álcool e outras drogas. Já a atenção hospitalar é constituída por serviços hospitalares através de leitos ou enfermarias especializadas em hospitais gerais. Os leitos de saúde mental em hospitais gerais oferecem tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas ou em casos de comorbidades de ordem clínica e/ou psíquica. As internações ocorrem em regime de curtíssima ou curta permanência, sendo o acesso a esses leitos regulados a partir de critérios clínicos, seja através de central reguladora ou por intermédio do CAPS de referência. Devido à importância desse componente para a compreensão da pesquisa, posteriormente esse serviço será abordado separadamente.

Ainda no que diz respeito à RAPS, é válido fazer uma reflexão sobre as redes de atenção aos(às) usuários(as) de álcool e outras drogas. Para Costa, Colugnati e Ronzani (2015), essa rede refere-se à organização dos serviços na assistência aos(às) usuários(as) de drogas e equivalem à estruturação de setores, serviços, profissionais e ações.

Visando compreender as redes de atenção aos(às) usuários(as) de álcool e outras drogas, faz-se necessário um breve resgate histórico e político. De acordo com os autores citados acima, os problemas associados ao uso do álcool e outras drogas só começaram a ser abordados a partir da década de 1920, sendo o uso de drogas considerado um ato criminoso e moralmente incorreto. Essa postura, desenvolvida no campo da justiça e da segurança pública, encontra amparo na lógica proibicionista de guerra às drogas, temática está que já fora discutida aqui. Com base nesta abordagem, as leis e decretos criados ao longo do século XX no Brasil visavam, sobretudo, controlar o consumo de drogas ilícitas através da proibição, criminalização do uso e do comércio.

O discurso médico, representado principalmente pela psiquiatria, que influenciara a compreensão dos transtornos mentais e as possibilidades de cuidado, também é utilizado

como respaldo técnico para a compreensão do usuário de drogas como um doente (além de criminoso), em processos de estigmatização, como discutido no capítulo anterior. Essa percepção favorece a patologização e a exclusão dos(as) usuários(as) de álcool e outras drogas e legitima intervenções diretas na liberdade de escolha e ação do indivíduo, uma vez que esse usuário não teria capacidade própria de discernimento. Nesse cenário, nas décadas de 1970 e 1980, são criados diversos serviços para prestar assistência aos(às) usuários(as) de drogas, como os hospitais psiquiátricos, sendo compreendidos como o único recurso terapêutico disponível ao usuário de droga. Além do surgimento de diversas instituições não governamentais, como as comunidades terapêuticas, como tentativa de resposta frente à omissão do Estado, que não tem como prioridade em suas leis, a criação de estabelecimentos especializados para o tratamento de dependentes de drogas.

Entretanto, a partir da Reforma Psiquiátrica e da consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS, na segunda metade da década de 80, a compreensão dos problemas associados ao uso de drogas no discurso político torna-se mais ampliada, passando a ser encarada como uma questão de saúde pública também e não apenas sob a ótica da justiça e da segurança. Costa, Colugnati e Ronzani (2015) afirmam que a partir do final da década de 1990 e início dos anos 2000, é possível identificar a construção de políticas públicas nacionais específicas para a prevenção e assistência aos(às) usuários(as) de drogas, na tentativa de reduzir uma lacuna histórica de ausência estatal. Nesse sentido, merece destaque a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (Brasil, 2004) desenvolvida em consonância com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Política de Saúde Mental vigente.

Este documento apresenta as diretrizes para a estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais, com ênfase na reabilitação e reinserção dos seus usuários. Afirma que os cuidados

oferecidos à população que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas devem ser baseados em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e aos demais equipamentos de saúde. Tais serviços devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Os CAPSs ad desempenham papel estratégico no ordenamento da rede em seu território de atuação, devendo promover a articulação necessária entre os mais variados dispositivos comunitários e sociais e de saúde para a integralidade da atenção e inclusão social dos usuários e familiares acompanhados.

Como já apontado anteriormente, o conceito de Redução de Danos - RD consolida-se como um dos eixos norteadores da Política de Atenção ao Usuário de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde. O paradigma da Redução de Danos se situa como estratégia de saúde pública que visa reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas e reconhece cada usuário em sua singularidade, traçando com ele estratégias – Plano Terapêutico Singular - que estão voltadas para a defesa de sua vida.

De acordo com Alves (2009), a partir da formulação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de álcool e outras drogas, admite-se o atraso histórico da inserção do uso prejudicial e/ou dependência do álcool e outras drogas na agenda da saúde pública brasileira e afirma-se a responsabilidade do Sistema Único de Saúde – SUS na garantia da atenção especializada aos(às) usuários(as) de álcool e outras drogas, até então contemplada por instituições não governamentais.

Vale salientar que a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas é fundamental para a organização e implantação da rede

de atenção aos(às) usuários(as) de drogas. Tal documento aponta para a necessidade de organização e articulação dessa rede.

“uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede de assistência em saúde mental e ao restante da rede de saúde” (Brasil, 2004, p.6).

Composta não apenas pelos serviços de saúde, já mencionados, essa rede também é formada pelos dispositivos do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. A rede socioassistencial faz-se importante devido à própria amplitude e complexidade no que se refere ao cuidado aos(às) usuários(as) de álcool e outras drogas. Os determinantes sociais são fundamentais para a prevenção ao abuso de substâncias, adesão ao tratamento e reinserção social, cabendo à assistência social o fortalecimento das redes sociais dos indivíduos e sua reconstrução quando em situações de extrema vulnerabilidade ou exclusão social.

Em relação aos dispositivos da rede socioassistencial, destacam-se aos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS)¹, os Centros de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), os Centros POP, destinados a atender especificamente a população em situação de rua e os Serviços de Acolhimento Institucional de curta ou média permanência destinados a indivíduos e/ou familiares que se encontram afastados temporariamente de seu núcleo familiar e comunitário de referência.

Costa, Colugnati e Ronzani (2014) apontam que, além dos serviços estratégicos da

¹ De acordo com a Política Nacional de Assistência Social, os CRAS executam serviços de proteção social básica, organizam e coordenam a rede de serviços socioassistenciais locais da política de assistência social, enquanto que os CREAS são serviços atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas sócio-educativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras.

RAPS e da rede da assistência social, a rede de atenção aos(às) usuários(as) de álcool e outras drogas requer a incorporação de outros setores como a segurança e defesa social, integrando ações de prevenção da criminalidade, educação e reinserção social dos indivíduos privados de liberdade ou cumprindo algum tipo de medida socioeducativa. No que se refere à prevenção, destaca-se a educação, compreendendo as escolas como espaços comunitários privilegiados para a realização de ações educativas, além de outros setores como a cultura, esporte e lazer. A articulação entre os dispositivos governamentais e diferentes segmentos da sociedade visando à construção e fortalecimento de redes sociais e, conseqüentemente, à melhoria de condições de vida e promoção geral da saúde, também se faz necessária.

Nesse sentido, refletir sobre a rede de atenção aos(às) usuários(as) de álcool e outras drogas requer a compreensão da articulação entre as redes de atenção à saúde, atenção psicossocial, da assistência social, de outros setores estratégicos e os recursos comunitários, a partir dos princípios do SUS e SUAS. Um cuidado isolado e individualizante para o usuário de SPA não propiciará a abordagem de todas as dimensões envolvidas na complexidade do fenômeno que é o uso de drogas. Mesmo diante da persistente necessidade de estruturação e fortalecimento da rede de atenção aos(às) usuários(as) de álcool e outras drogas, é possível afirmar que a organização atual representa diversos avanços e conquistas numa área densa e conflituosa, o que proporciona melhorias na oferta do cuidado aos(às) usuários(as), permitindo um tratamento humanizado a partir da articulação de setores, serviços, profissionais e comunidade, agregando prevenção e reinserção social.

3.2. Hospital Geral enquanto componente da RAPS

Como mencionado anteriormente, a atenção hospitalar é um dos dispositivos que compõem a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS e, conseqüentemente, a rede de atenção

aos(às) usuários(as) de álcool e outras drogas. Constituída por serviços hospitalares através de leitos ou enfermarias em hospitais gerais, os chamados leitos de saúde mental se apresentam como possibilidade de tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool e outras drogas.

Paes, Silva, Chaves e Maftum (2013) apontam que o hospital geral se apresentou com diferentes características e funções, de acordo com o processo histórico-social e da evolução dos conceitos de saúde, doença e doença mental. Nessa trajetória, a partir da primeira metade do século XVIII, o hospital geral torna-se um espaço com a função de curar doenças, por meio da ação médica e da medicalização e com base nos sinais e sintomas das enfermidades, abandonando assim a característica caritativa e religiosa. Com a evolução do diagnóstico das doenças e suas relações com o corpo, a loucura (então associada à “doença da mente”) deveria ser tratada em outro espaço, os manicômios. Esses mesmos autores afirmam que essa fragmentação da assistência entre corpo e mente foi decisiva para a construção de um modelo manicomial destinado àqueles com transtornos mentais.

A partir de meados de 1930, no período da 2ª Guerra Mundial, os hospitais gerais, principalmente nos Estados Unidos, passaram a atender pacientes com transtornos mentais em alas específicas para tratamento de agravos físicos e psíquicos. Essa realidade permitiu a inclusão de aspectos psíquicos, comportamentais, sociais e culturais, além dos aspectos biológicos no cuidado às pessoas com transtornos mentais.

No Brasil, apenas em 1960, surgiram os primeiros leitos de saúde mental em hospitais gerais, sendo mantida ainda a hegemonia do modelo manicomial e hospitalocêntrico. A partir da segunda metade de 1970, este modelo é considerado ineficaz, sendo alvo de críticas por parte da sociedade e daqueles que defendiam uma assistência em saúde mental com dignidade. Nas décadas seguintes de 1980 e 1990 observa-se a evolução

e o fortalecimento da Reforma Psiquiátrica, culminando na Política Nacional de Saúde Mental em 2001. Como já dito anteriormente, tal documento, entre outras disposições, propõem a criação de serviços extra-hospitalares para a assistência às pessoas com transtorno mental e/ou uso abusivo de drogas, bem como os leitos de saúde mental em hospitais gerais enquanto possibilidade de cuidado de agravos ou comorbidades. Dias, Gonçalves e Delgado (2010) afirmam que a Política Nacional de Saúde Mental, aliada aos processos da Reforma Psiquiátrica, compreende os hospitais gerais como espaços privilegiados para a atenção à saúde mental numa rede substitutiva que redireciona o modelo assistencial.

Barros, Tung e Mari (2010) apontam que a rede de atenção à saúde mental, na qual os hospitais gerais estão inseridos, tem como características dispositivos de base territorial e comunitária, articulados entre si e que visam superar o modelo manicomial e hospitalocêntrico através de um conjunto de ações e serviços. Para Ferreira, Marins, Moraes e Lopes (2012), os hospitais gerais passam a desempenhar papel importante na rede de atenção em saúde mental, possibilitando a superação da dicotomia histórica e social entre os cuidados em saúde mental e os hospitais gerais, além de representarem a oferta de serviços especializados e o cuidado integral. Cabe também aos hospitais gerais, através da implantação e qualificação dos leitos de saúde mental, a articulação com os serviços de saúde mental da atenção primária, visando à integralidade no atendimento as pessoas com transtorno mental ou em uso abusivo de drogas.

De acordo com Paes, Silva, Chaves e Maftum (2013), os leitos de saúde mental em hospitais gerais também têm a função de dar suporte no atendimento de emergências psiquiátricas para o manejo de pacientes em crise ou com sintomas psíquicos agudos. Não devem ser confundidos com os antigos leitos psiquiátricos dos manicômios, pois possibilitam a minimização do estigma e do preconceito contra aqueles que estão em

sofrimento, seja em função de transtornos mentais ou de problemas com álcool e outras drogas. Esses autores ainda destacam que a implantação dos leitos de saúde mental nos hospitais gerais, bem como o atendimento adequado a esses usuários(as), requer a oferta de uma equipe multiprofissional qualificada, um espaço terapêutico adequado, o desenvolvimento de atividades como atendimento individual e grupal, abordagem familiar e a garantia de encaminhamento pós alta para a continuidade do tratamento em serviço de referência da rede extra-hospitalar.

Dias, Gonçalves e Delgado (2010) destacam como princípios gerais para o funcionamento dos leitos de saúde mental nos hospitais gerais o atendimento universal às pessoas em intenso sofrimento psíquico, incluindo aquelas com transtornos devido ao uso de álcool e outras drogas. Além destes, a articulação efetiva dos leitos a uma rede integral de cuidado formada pelas ações e serviços da rede de atenção à saúde mental, assim como por equipamentos intersetoriais, a atenção territorial devendo os leitos estar referenciados à população de um determinado território, articulados aos demais serviços de saúde mental, em especial ao CAPS de referência, a qualificação da equipe de atenção à saúde mental dos hospitais gerais a fim de oferecer atenção integral, garantindo a interdisciplinaridade na composição e funcionamento desta equipe e a reinserção social das pessoas com transtorno mental ou transtornos devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

Do ponto de vista legal, os leitos de saúde mental em hospitais gerais foram regulamentados através de atos políticos, entre eles a Portaria nº 224, de 29 de Janeiro de 1992, a Portaria nº 148, de 31 de Janeiro de 2012 e pela Nota Técnica nº 25, de 05 de Junho de 2012, todos sob responsabilidade do Ministério da Saúde. A Portaria nº 224, de 29 de Janeiro de 1992 ainda retrata um momento de transição entre o modelo manicomial e o modelo psicossocial, mas já traz avanços no que diz respeito à assistência. Em tal documento é descrita a organização e o funcionamento dos serviços de saúde mental, sendo

elencados a Unidade Básica, Centro de Saúde e Ambulatório, Núcleos / Centros de Atenção Psicossocial (NAPS / CAPS) e o atendimento hospitalar. Esse último abordaria o Hospital – dia, o Serviço de Urgência Psiquiátrica em Hospital Geral, os Leitos ou Unidades Psiquiátricas em Hospital Geral e Hospital Especializado em Psiquiatria. Em relação aos leitos ou unidades psiquiátricas em hospital geral, a portaria aponta para o quantitativo de leitos máximo que o hospital pode ter, bem como a equipe técnica, as atividades a serem desenvolvidas e o custeio de tais leitos pelo SUS.

Depois de 20 anos e com a Reforma Psiquiátrica já bem mais consolidada, o Ministério da Saúde, compreendendo os leitos de saúde mental em hospitais gerais como componente da RAPS devidamente assegurado pela Portaria nº 3088 de 23 de Dezembro de 2011, promulga a Portaria nº 148, de 31 de Janeiro de 2012 que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS.

Esse documento é considerado referência para implantação e funcionamento dos leitos de saúde mental nos hospitais gerais na medida em que aborda as diretrizes a serem seguidas, entre elas, a oferta de suporte hospitalar para situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como de comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas advindas da Rede de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básica. Esses leitos funcionam em regime integral, nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e nos 7 (sete) dias da semana, finais de semana e feriados inclusive, sem interrupção da continuidade entre os turnos, sendo de competência da Rede de Saúde local a regulação do acesso aos leitos. Apresenta-se ainda nesse documento as referências para o projeto técnico destacando, principalmente, que as

internações serão de curta duração, até a estabilidade clínica do usuário, respeitando as especificidades de cada caso; será incorporada a estratégia de redução de danos como norteadora de projetos terapêuticos singulares, pactuados nos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde, bem como a articulação com outros pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial para continuidade do tratamento, considerando a perspectiva preventiva para outros episódios de internação. São descritos também aspectos referentes à estrutura física, à equipe técnica multiprofissional, aos incentivos financeiros, além dos requisitos para implantação e habilitação.

Ainda no que diz respeito aos marcos legais, destaca-se a Nota Técnica nº 25/2012 elaborada também pelo Ministério da Saúde e que afirma que os leitos de saúde mental em Hospitais Gerais são componentes da Rede de Atenção Psicossocial e devem ser compreendidos como pontos de atenção na garantia do acesso dos usuários à tecnologia hospitalar, particularmente no manejo do cuidado às intercorrências clínicas, sendo o CAPS III² o serviço de atenção estratégico no cuidado e responsabilização pelas situações de crise.

Enquanto ponto estratégico para fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial, como afirma a nota técnica citada, os hospitais gerais são serviços geograficamente bem localizados, de fácil acesso, presentes em inúmeros municípios, com propostas de intervenções breves e acesso a recursos clínicos multidisciplinares, diferentemente do que ocorre no Hospital Psiquiátrico, além de contribuir para a diminuição do estigma do transtorno mental e uso de álcool e outras drogas, propiciando práticas de cuidado integradas.

Vale destacar alguns dados referentes à atenção em saúde mental. De acordo com o Relatório Saúde Mental em Dados elaborado pelo Ministério da Saúde em 2015, o Brasil

² Em relação à rede assistencial no âmbito da saúde mental destacam-se os CAPS – Centro de Atenção Psicossocial, nas modalidades I, II, III, Ad e infantil, as Residências Terapêuticas, o Programa De Volta para Casa, Programa Consultório na Rua, Unidades de Acolhimento e os leitos de saúde mental em hospitais gerais.

possuía em 2014, 32.290 leitos psiquiátricos pelo SUS distribuídos em 166 hospitais psiquiátricos, bem como um total 2.129 CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), 695 Residências Terapêuticas, 60 Unidades de Acolhimento e 119 Consultórios de Rua. Quanto aos leitos de saúde mental em hospitais gerais, esse documento aponta a existência de 888 leitos distribuídos em 187 hospitais gerais, sendo a maior concentração na região sul, no Estado do Rio Grande do Sul, com 346 leitos em 93 hospitais. Esses números, embora demonstrem os avanços em relação aos serviços substitutivos, também denotam a dificuldade de romper com a lógica do sistema manicomial, representada pelos hospitais psiquiátricos que ainda persistem.

Os benefícios da Reforma Psiquiátrica também podem ser percebidos pelas legislações que sofrem alterações em função das mudanças no que diz respeito à assistência em saúde mental. Destaca-se que essas legislações que refletem o movimento da Reforma Psiquiátrica, também servem de embasamento para a organização e estruturação desses serviços na medida em que os regulamenta. Entretanto, Hirdes (2009) cabe refletir que ainda há um caminho longo a ser percorrido na assistência em saúde mental, principalmente no que diz respeito às diferenças que a rede possui nos municípios, estados e regiões. Essas diferenças são reflexos dos investimentos econômicos nos serviços substitutivos, que por sua vez refletem o distanciamento dos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Além desse quadro político-econômico, observam-se as limitações de alguns órgãos de controle e a fragilidade do controle social, elemento este pouco reforçado pelos espaços de política em saúde.

Após essa breve reflexão sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental, sobre os leitos de saúde mental nos hospitais gerais, Paes, Silva, Chaves e Maftum (2013) afirmam que existem obstáculos para a efetivação desse dispositivo destacando a estrutura física limitada dos hospitais gerais para atender às regulamentações vigentes, bem como a

falta de qualificação dos profissionais de saúde, que demonstram falta de conhecimento e compreensão da temática, além de resistência em atuar de acordo com o modelo de atenção à saúde mental vigente. Segundo esses autores, para que os hospitais gerais possam desempenhar sua função na rede de atenção à saúde mental, há que se primeiro superar o modelo de assistência hegemônico que se fundamenta na perspectiva biomédica e fragmentada do ser humano e garantir o trabalho em equipe multiprofissional, visando à integração entre os profissionais. Dias, Gonçalves e Delgado (2010) acrescentam que alguns dos obstáculos para a implantação dos leitos de saúde dizem respeito ao estigma existente em relação à presença de pacientes psiquiátricos ou usuários(as) SPA no hospital geral.

Para superar essas lacunas, é necessário que as atividades desenvolvidas pelos hospitais gerais sejam embasadas na perspectiva do modelo psicossocial, que pressupõe a participação do paciente, da família e da sociedade no tratamento e reabilitação, compreendendo, sobretudo, que o foco principal de cuidados não é a doença psiquiátrica em si, mas a multidimensionalidade do indivíduo, na qual saúde e doença são compreendidas enquanto produtos de uma combinação de fatores que inclui características biológicas, comportamentais, psicológicas e condições sociais.

Nesse sentido, a inserção dos hospitais gerais na rede de atenção psicossocial através dos leitos de saúde mental, configura-se como uma perspectiva de atenção à pessoa com transtorno mental ou com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas, na medida em que remete ao princípio da integralidade e proporciona uma reflexão ampliada a respeito do estigma e do preconceito que as pessoas em sofrimento mental sofrem, visando assim a mudanças na assistência a esses pacientes. Assim, compreender os sentidos produzidos pelos profissionais de saúde acerca dos(as) usuários(as) de SPA fornece uma amostra do cenário em relação à implantação desses leitos no hospital geral, tendo como pano de fundo desde o proibicionismo às substâncias, o estigma ao usuário até os

princípios da Reforma Psiquiátrica.

Ainda em relação ao percurso da Reforma Psiquiátrica e as leis que a amparam e a fortalecem, cabe aqui uma breve reflexão acerca das mudanças ocorridas na Política de Saúde Mental no Brasil durante a trajetória dessa pesquisa. Em meio a uma conjuntura econômica e política, o Ministério da Saúde aprovou em dezembro de 2017 mudanças na Política Nacional de Saúde Mental, gerando críticas por parte de várias entidades como o Movimento da Luta Antimanicomial, a Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão, a Associação Brasileira de Saúde Mental e o Conselho Federal de Psicologia. De acordo com o Conselho Federal de Psicologia, a resolução nº 32 prevê a manutenção de leitos em hospitais psiquiátricos, a ampliação de recursos para as comunidades terapêuticas, bem como para a rede hospitalar pública e privada, a limitação na oferta de serviços extra-hospitalares, o financiamento de ambulatórios psiquiátricos, e a desestruturação da política de desinstitucionalização. Ainda para o Conselho Federal de Psicologia, há um redirecionamento progressivo de uma rede comunitária para um modelo baseado em instituições médico centradas, privadas, promotoras do estigma e segregação, que já se mostraram ineficientes no cuidado de pessoas em sofrimento decorrente de transtornos mentais ou uso abusivo de álcool e outras drogas.

Tais alterações que foram aprovadas sem qualquer discussão popular ou mesmo sem o diálogo com os principais atores envolvidos e representam não apenas um retrocesso, mas uma desconfiguração da Política de Saúde Mental e uma depreciação das diretrizes previstas na Lei 10.216/2001, além da violação das determinações legais no que se refere à atenção e cuidado de pessoas com transtorno mental.

4. Linguagem e Construção de Conhecimento

Na tentativa de compreender os sentidos que são produzidos pelos profissionais de saúde acerca dos(as) pacientes que são usuários(as) de SPA e que buscam atendimento em um hospital geral do Vale do São Francisco, destaca-se a perspectiva do Construcionismo Social, associado às práticas discursivas e à produção de sentidos, enquanto proposta teórico-metodológica utilizada no embasamento desta pesquisa. Entende-se que a escolha por tal perspectiva está de acordo com os objetivos da pesquisa, uma vez que o estudo se propôs a compreender os sentidos produzidos pelos profissionais de saúde atuantes em um hospital geral acerca dos(as) usuários(as) de substâncias psicoativas que buscam atendimento na instituição, bem como apresenta consonância com a posição ideológica da pesquisadora no que diz respeito à produção de conhecimento.

O construcionismo social é um movimento que ganha cada vez mais destaque na literatura em Psicologia nas últimas décadas. Rasesa e Japur (2005) afirmam que, embora não haja consenso em relação à conceituação em virtude das questões envolvidas e da crescente produção que tem ocorrido, o construcionismo social refere-se a um movimento na área da Psicologia Social surgido em 1973 a partir da publicação do artigo de Kenneth Gergen intitulado *A História da Psicologia Social (Social Psychology History)*. Gergen (1973), citado por Rasesa e Japur (2005), afirma que o construcionismo social está inserido no contexto do desenvolvimento da ciência e refere-se a uma crítica social, ideológica e retórico-literária ao fazer científico vigente na época e à busca de uma concepção alternativa ao pressuposto do conhecimento como posse do indivíduo.

Segundo Spink e Frezza (1999), o construcionismo é resultante de movimentos interdependentes em três campos: a Filosofia e sua reação ao representacionismo; a Sociologia do Conhecimento e a tentativa de desconstrução da retórica da verdade e a Política a partir do empoderamento de grupos socialmente marginalizados.

Dentre os movimentos que influenciaram o construcionismo, merece destaque a Sociologia do Conhecimento. Spink e Frezza (1999) apontam que a Sociologia do Conhecimento, representadas por Berger e Luckmann (1985), compreende a realidade como socialmente construída e o próprio conhecimento não mais a partir do mundo das ideias altamente sistematizadas, que é de domínio dos homens sábios, mas sim do senso comum, que é de domínio do povo. O senso comum seria o conhecimento que efetivamente constitui a gama de significados que caracterizam a sociedade

Como já mencionado, os autores acima citados afirmam que na Psicologia destaca-se Kenneth Gergen, que em 1985 publicou o texto intitulado O Movimento Construcionista Social na Psicologia Moderna, tornando-se um clássico como texto introdutório à postura construcionista na Psicologia ao questionar o conceito de conhecimento como representação mental e privilegiar o entendimento que o conhecimento não é algo que as pessoas possuem em algum lugar dentro da cabeça, mas sim algo que as pessoas constroem juntas por meio das práticas linguísticas, que são atividades compartilhadas. Nas palavras de Kenneth Gergen, o construcionismo considera que os termos pelos quais se compreende o mundo são artefatos sociais e produtos das trocas, historicamente situadas, entre as pessoas.

Ao ser compreendido como uma teoria social do conhecimento, o construcionismo social desperta o interesse da Psicologia Social. Segundo Rosa, Tureta e Benedicto (2006), Gergen defendia que o construcionismo não se caracteriza como uma teoria uma vez que não pretende postular verdades, mas sim como um movimento que surgiu na tentativa de transcender a posição pendular que marcou a história da etiologia do conhecimento e também da Psicologia, onde se tinha de um lado os empiristas lógicos do século XX que representam a perspectiva exogenica que considerarem o conhecimento uma representação mental de eventos do mundo real e de outro, os fenomenologistas que representam a perspectiva endogênica ao localizarem as origens do conhecimento como um processo interno ao

organismo humano que possibilitam pensar, categorizar e processar informações.

“Assim, ao invés de uma vez mais retomar o movimento pendular sobre a origem do conhecimento, o construcionismo social, se propõe ao desafio de transcender o dualismo tradicional sujeito-objeto a partir de uma nova estrutura de análise baseada numa teoria alternativa de funcionamento e dos potenciais da ciência”. (Rosa, Tureta e Benedicto, 2006, p. 04).

Spink, Medrado e Mélo (2014) acrescentam que o construcionismo não se refere a uma teoria visto que há uma diversidade de abordagens construcionistas ou mais precisamente movimentos construcionistas, que de maneira geral caracterizam-se pelo questionamento ao que foi instituído. Esses autores sugerem a nomenclatura perspectivas construcionistas na intenção de dar conta dessa pluralidade de leituras que compreendem que a realidade é construída e valorizam, ao máximo a natureza social do mundo e a historicidade das práticas. “...Porém, todas essas posturas construcionistas compartilham uma desconfiança sobre a natureza pré-discursiva de qualquer objeto social: tais como gênero, classe social, raça, loucura, etc.” (Spink, Medrado e Mélo, 2014, p. 22).

Sobre as características do construcionismo social, Spink e Frezza (1999) chamam atenção para a necessidade de uma desconstrução das ideias preconcebidas acerca do conhecimento para a compreensão desta perspectiva. Essas ideias referem-se à crença na dicotomia sujeito-objeto, na concepção representacionista do conhecimento, na retórica da verdade e na concepção do cérebro como instância produtora de conhecimento. Para o construcionismo social, o conhecimento não se limita à interiorização dos processos sociais ou mesmo à exteriorização dos processos psicodinâmicos, mas abrange algo que é construído coletivamente, enquanto prática social, onde sujeito e objeto são construções sociohistóricas. Há uma socialização do conhecimento que passa a ser algo visto como construído coletivamente por meio das práticas sociais, sendo os objetos e critérios de verdade também produções sociais que se institucionalizam por meio de processos de habituação.

Em relação aos pressupostos metodológicos, Spink (2010) aponta que o

construcionismo social propõe que os objetos tidos por naturais, muitas vezes objetos de pesquisa, são objetivações decorrentes das construções e das práticas sociais dos indivíduos, que estão devidamente inseridos em um contexto. Spink e Menegon (1999) afirmam que a investigação construcionista tem como foco principal a explicação dos processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam ou contabilizam o mundo no qual vivem, incluindo a si mesmas e complementam que as próprias pesquisas não ocorrem a nível individual, mas sim a partir da interação entre as pessoas, numa perspectiva dialógica.

Ao compreender o conhecimento como algo construído coletivamente a partir das práticas sociais, o construcionismo social possibilita importantes contribuições aos questionamentos feitos aos diversos estudos sobre a linguagem que, consideravam-na apenas como possível representação da realidade. Ao se opor às vertentes representacionistas, o construcionismo aborda novas formas de investigar a linguagem, compreendendo-a como uma forma de ação no mundo, apresentando-se assim como importante referencial teórico na compreensão acerca dos sentidos que os profissionais produzem sobre os(as) pacientes usuários(as) de SPA, ao garantir visibilidade à linguagem enquanto construção social, devidamente contextualizada social e historicamente.

Importante elemento capaz de permitir a intermediação entre o homem e a realidade social nesse processo de construção coletiva do conhecimento, a linguagem ocupa lugar central no movimento construcionista. A linguagem como tal ganha relevância a partir das décadas de 70 e 80 e passa a ser concebida como um instrumento capaz de criar acontecimentos e condição de existência para certos estados de coisas. Tal perspectiva é centrada nas relações do cotidiano e considera a linguagem como uma forma de ação no mundo. À linguagem caberia a função de construir versões de mundo e, conseqüentemente, produzir realidades, sendo sua principal função empreender a executar ações.

Para Mello (2007), o movimento construcionista privilegia o estudo da linguagem,

enquanto algo constituinte das práticas sociais, na investigação da produção de conhecimento. A significação da linguagem advém das formas das quais funciona no interior de determinados padrões de relacionamentos, isto é, as palavras ganham significados a partir de seu uso social. A linguagem passa a ser considerada como ação ou como prática que exerce uma função criativa, e não apenas o papel reprodutivo ou de um simples reflexo da realidade e que não se limita em estar entre as pessoas e o mundo, mas sim em fazer parte do mundo e das pessoas que se constituem mutuamente.

Para Spink (2010), a linguagem em uso é tomada como prática social, sendo as práticas discursivas um conceito que se apropria do estudo da linguagem a partir da perspectiva construcionista. Spink (2004) afirma que as práticas discursivas são consideradas o ponto central de análise na abordagem construcionista e não se restringem às palavras e frases ou aos significados que elas possuem, mas sim à compreensão das relações sociais que perpassam os discursos e suas condições de produção. Spink e Frezza (1999) descrevem as práticas discursivas como expressão utilizada para demarcar e distinguir o foco de interesse das pesquisas voltadas para o papel da linguagem na interação social. “As práticas discursivas implicam ações, seleções, escolhas, linguagens, contextos, enfim uma variedade de produções sociais das quais são expressão. Constituem, dessa forma, um caminho privilegiado para a compreensão da produção de sentidos no cotidiano” (Spink e Freeza, 1999, p. 38).

Segundo Spink e Medrado (1999), o conceito de práticas discursivas remete aos momentos de ressignificações, rupturas e produção de sentidos, ou seja, corresponde aos momentos ativos do uso da linguagem. Ainda no que se refere à conceituação, Spink (2010) acrescenta que as práticas discursivas referem-se às maneiras pelas quais as pessoas, por meio da linguagem, produzem sentidos e posicionam-se em relações sociais cotidianas. A autora ainda destaca que as práticas discursivas diferenciam-se do uso institucionalizado da linguagem que é aquele que reproduz formas de falar próprias a certos domínios de saber.

No estudo das práticas discursivas, destacam-se os elementos constitutivos que são: a dinâmica, representado pelos enunciados, as formas ou *speech genres* e os conteúdos, este último denominado de repertórios linguísticos. Aqui se faz necessário um parêntese para que se possa apresentar, de maneira sucinta as ideias do filósofo e pensador russo Mikhail Bakhtin (1895-1975), tido como referência nos estudos e escritos da linguagem humana.

Para Bakhtin (2016), a dialogia é o princípio básico da linguagem. Tal conceito refere-se a reconhecer que os enunciados estão sempre em interação e diálogo, seja nos textos escritos, verbais ou mesmo nos diálogos internos. Nesse sentido, qualquer enunciado implica a presença de interlocutores, presentes, passados e futuros, que se materializam nas noções de vozes e de endereçamento. Isso significa que toda linguagem é dialógica e fruto de processos coletivos. Os conceitos de enunciados e vozes caminham juntos e ambos descrevem o processo de interanimação dialógica que se processa numa conversação. Esse mesmo autor afirma que o uso da linguagem efetua-se a partir desses enunciados (orais e escritos) que apontam para as condições específicas e as finalidades de cada campo, que envolve o conteúdo (temática), o estilo da linguagem e a construção composicional. Em outras palavras, os enunciados de uma pessoa estão sempre em contato com, ou são endereçados a, uma ou mais pessoas e essas se interanimam mutuamente, mesmo quando os diálogos são internos. Embora cada enunciado seja individual, cada campo de utilização da linguagem produz seus tipos relativamente estáveis de enunciados, os quais são denominados de *speech genres* ou gêneros da fala ou gêneros do discurso.

Sobre os gêneros da fala, Bakhtin (2016) afirma que há uma diversidade e heterogeneidade dos gêneros da fala devido às inúmeras possibilidades da atividade humana, bem como a multiplicidade de campos que cada atividade propicia, elementos estes que dificultam não apenas a conceituação, mas também o aprofundamento dos estudos. Compreendidos enquanto as formas típicas e relativamente estáveis dos enunciados que

possibilitam a comunicação social, os gêneros da fala são considerados formas de enunciados que buscam coerência com o contexto, o tempo e o interlocutor e carregam elementos que são próprios da cultura e perpassam das comunicações mais simples às falas típicas de diferentes profissionais.

Rodrigues (2004) aponta que os gêneros estão vinculados às situações sociais da interação, sendo que qualquer mudança nessa interação provocará mudanças no gênero. E complementa afirmando que os gêneros são também formas de ação, funcionando como índices de referência para a construção dos enunciados. Ainda sobre os gêneros da fala, Bakhtin (2016) acrescenta que os gêneros da fala diferenciam-se entre primários também nomeados de simples, que são aqueles que se formam nas condições da comunicação discursiva imediata, os gêneros discursivos secundários ou complexos são aqueles que surgem nas condições de um convívio cultural mais complexo e relativamente desenvolvido e organizado, como por exemplo, os romances, dramas e pesquisas científicas.

Inicialmente denominados de repertórios interpretativos e definidos como “dispositivos linguísticos utilizados para construir versões das ações, eventos e outros fenômenos que possibilitam entender a dinâmica, a variabilidade e a polissemia das práticas discursivas” (Spink e Medrado, 1999, p. 48), esse conceito foi reformulado em 2004 por Mary Jane Spink, passando a ser nomeado de repertórios linguísticos ou simplesmente repertórios, visando enfatizar que se trata da circulação de unidades de construção das práticas discursivas.

Aragaki, Piani e Spink (2014) afirmam que o conceito de repertórios linguísticos está relacionado ao de linguagens sociais definidas por Bahktin como “discursos peculiares a um estrato específico da sociedade - uma profissão, um grupo etário etc. - em um determinado contexto e momento histórico” (Aragaki, Piani e Spink, 2014, p. 230). Esses autores acrescentam que os repertórios linguísticos compõem as práticas discursivas, juntamente com

os enunciados e os gêneros, contribuindo na produção de sentidos sobre determinada temática.

Spink (2010) descreve que os repertórios linguísticos são os termos, os conceitos, os lugares-comuns e figuras de linguagem que demarcam as inúmeras possibilidades da produção de sentidos. Ao não se limitarem às estruturas ou formas usuais de associar os conteúdos, as práticas discursivas e, conseqüentemente, os repertórios linguísticos têm um caráter mais fluido e flexível na medida em que se entende que esses conteúdos se associam de uma forma determinada em certos contextos e de outras formas em outros contextos. Os repertórios linguísticos podem ser mantidos, substituídos, ressignificados ou até mesmo desaparecer como qualquer outra produção histórica social humana. Assim, os repertórios estariam em movimento nos processos de interanimação dialógica, que integram as unidades básicas da linguagem e as da comunicação.

As unidades básicas da linguagem referem-se à sentença, que é um pensamento relativamente completo e que se relaciona a outros pensamentos de um único locutor e em um mesmo enunciado, e à palavra, que apresenta três dimensões: “a Palavra Neutra da Linguagem, ou seja, a palavra dicionarizada; a Palavra do Outro, que é cheia dos ecos dos enunciados dos outros (como os outros a utilizam) e a Minha Palavra, usada num plano de fala específico (ou seja, como eu a utilizo)” (Spink, 2010, p. 28). Para Bakhtin (2016), a relação entre essas três dimensões presentes na linguagem denomina-se interanimação dialógica, sendo esse processo responsável por transformar a fala individual do locutor em algo socialmente construído.

Em relação às unidades básicas da comunicação, destaca-se o enunciado, que é considerado o elo na cadeia de comunicação e vai da pergunta de alguém até a finalização da fala de outra pessoa. É no contexto do enunciado que as sentenças adquirem sentido completo. Diferente da sentença e da palavra, que são pautados pela gramática e pela sintaxe,

o enunciado é pautado pelo interlocutor. As fronteiras, o endereçamento e gêneros do discurso são características do enunciado. As fronteiras referem-se à finalização, ou seja, o enunciado é definido pela mudança de locutor, que só pode acontecer quando o locutor tiver dito tudo que queria. A finalização permite a possibilidade de resposta ou de assumir uma postura responsiva. Todo enunciado é uma resposta ao enunciado anterior e esse encadeamento de endereçamentos é a segunda característica do enunciado, também característica da interanimação dialógica.

De acordo com Spink (2010), as unidades de linguagem e as unidades de comunicação dão movimento aos conteúdos denominados por repertórios linguísticos, que estão devidamente relacionados ao conteúdo. Já definidos anteriormente, os repertórios linguísticos não são aprendidos formalmente, eles surgem a todo o momento e apresentam relação com o tempo. Essa relação não diz respeito ao tempo cronológico, mas sim do tempo presente e de um passado presentificado. A referida autora chama atenção para um esquema tríplice em relação ao tempo: o tempo longo, que se refere aos conteúdos culturais que formam o discurso em uma determinada época, constituído por conhecimentos que antecedem a vivência da pessoa, mas que se torna presente nos mais diversos tipos de saber como a religião, a ciência e tradições do senso comum; o tempo vivido, compreendido como a resignificação dos conteúdos históricos a partir da socialização e dos processos de aprendizagem da linguagem e dos comportamentos e o tempo curto, que é o tempo do acontecimento, do momento presente e concreto da vida pessoal e que permite compreender a interanimação dialógica e a produção de sentidos.

Spink e Gimenes (1994) afirmam que as práticas discursivas são consideradas o dado empírico para a compreensão do conhecimento enquanto produção de sentido. As práticas discursivas permitirão o acesso à produção de sentidos, que por sua vez é compreendida como um fenômeno sociolinguístico que se configura enquanto uma prática social dialógica, que

implica a linguagem em uso e não se limita a uma atividade cognitiva intraindividual.

Para Spink e Medrado (1999), o sentido refere-se a uma construção social, por meio do qual as pessoas, em suas relações, historicamente datadas e culturalmente localizadas, constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações a sua volta. Enquanto construção social, o sentido é uma atividade coletiva, mais precisamente interativa, é produzido a todo o momento, pois é o sentido que permite lidar com situações e fenômenos do cotidiano. Segundo Rosa, Tureta e Benedicto (2006), os sentidos não são encontrados somente nas palavras como mensagens e serem decodificadas, mas possuem relação com o contexto e com as condições em que são produzidos e refletem algo que não foi explicitamente dito ou que se encontra na periferia do conteúdo central.

Spink e Medrado (1999), afirmam que a produção de sentidos, tomada como um fenômeno sociolinguístico, e enquanto prática social dialógica possui relação intrínseca com a linguagem. É a linguagem que fornece sustentação às práticas sociais geradoras de sentidos e procura compreender tanto as práticas discursivas que atravessam o cotidiano através das narrativas, argumentações e conversas, por exemplo, como os repertórios utilizados nas produções discursivas. Compreende-se que ao relacionar práticas discursivas com produção de sentidos, compreende-se que os sentidos não estão na linguagem como materialidade, mas sim no discurso que faz da linguagem a ferramenta para a construção da realidade. Para Spink e Gimenes (1994), trabalhar com produção de sentido implica em trabalhar com a processualidade das experiências culturais e sociais, bem como a funcionalidade do discurso frente ao contexto de sua produção.

Nesse sentido, a perspectiva das práticas discursivas e da produção de sentidos parece atender às necessidades desta pesquisa ao privilegiar a linguagem enquanto posicionamento nas relações sociais cotidianas, bem como a produção do conhecimento a partir das relações sociais, devidamente contextualizadas.

5. Aspectos Metodológicos

Essa produção consiste em uma pesquisa social, de natureza qualitativa. Sobre a pesquisa social destaca-se: “Investigar é uma forma de relatar o mundo e a pesquisa social é tanto um produto social para relatar quanto um produtor de relatos; uma maneira de contar – e produzir - o mundo” (Spink, 2004, p.26). Enquanto um processo que permite alcançar novos conhecimentos a respeito da realidade social, a pesquisa social apresenta consonância com a perspectiva da pesquisadora que compreende que o conhecimento é construído socialmente, a partir das relações, e devidamente inseridos em um contexto, onde há uma troca de saberes e produtos.

Segundo Haguete (2003), os estudos qualitativos destacam as singularidades de um fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser. Minayo (2007) aponta que a pesquisa qualitativa dedica-se ao universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde ao espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos. Para essa mesma autora, a pesquisa qualitativa compreende a realidade como algo construído social e historicamente, sendo, portanto, passível de interpretação: “a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas” (Minayo, 2007, p. 22). Acrescenta-se que o referencial qualitativo mostra-se adequado à proposta desta pesquisa, na medida em que se buscou compreender como são produzidos os sentidos sobre os(as) pacientes usuários(as) de SPA, bem como apresenta consonância com o Construcionismo Social, referencial teórico adotado.

Quanto aos objetivos, o presente estudo insere-se no campo de estudos do Construcionismo Social, que segundo Spink (2004) configura-se, enquanto campo de pesquisa, como uma prática reflexiva e crítica das práticas sociais e da produção de conhecimento. Contrapondo-se à dicotomia sujeito-objeto, o Construcionismo Social

compreende o conhecimento enquanto uma co-construção social e coletiva, que se dá nas interações sociais (por isso a importância da observação participante, somada às entrevistas), além de ratificar a implicação do pesquisador na produção de conhecimentos. Nessa perspectiva, pensamento e conhecimento são compreendidos como fenômenos sociais, incluindo os objetos das pesquisas científicas que não são apenas fenômenos naturais, mas que existem a depender do pesquisador e pesquisado e do seu contexto de produção, sendo essas noções construções históricas.

A partir do referencial teórico do Construcionismo Social, foi utilizada a perspectiva das Práticas Discursivas e Produção de Sentidos. “As práticas discursivas, assim situadas, constituem o foco central de análise da abordagem construcionista...constituem, desse forma, um caminho privilegiado para entender a produção de sentidos no cotidiano” (Spink e Freeza, 1999, p.38). Spink e Gimenes (1994) afirmam que as práticas discursivas são consideradas como o dado empírico para a compreensão do conhecimento como produção de sentido. As práticas discursivas podem ser compreendidas como as diferentes maneiras que as pessoas, através, do discurso, produzem ativamente realidades psicológicas e sociais. A partir das práticas discursivas é possível compreender a maneira pelas quais as pessoas, através da linguagem, produzem sentidos e posicionam-se nas relações sociais. Segundo as autoras citadas, as práticas discursivas enquanto práticas sociais são pautadas pela intersubjetividade e estão presas a contextos sociais específicos.

Ao privilegiar a linguagem como prática social, as práticas discursivas possibilitam o acesso à produção de sentidos e seu contexto de produção. Spink e Medrado (1999) compreendem o sentido como uma construção social, coletiva, mais exatamente interativa, que permite, através das relações sociais, a construção de termos que favorecem a compreensão e o posicionamento diante das situações e fenômenos a sua volta. Nesse sentido, a produção de sentidos pode ser compreendida como um fenômeno sociolinguístico e

polissêmico proveniente das práticas discursivas presentes no cotidiano, bem como os repertórios utilizados nestas produções discursivas. Configura-se enquanto uma prática social dialógica, que implica a linguagem em uso e não se limita a uma atividade cognitiva intraindividual ou mesmo à simples reprodução de modelos predeterminados, sendo a linguagem o constructo responsável por fornecer sustentação às práticas sociais geradoras de sentidos.

Enquanto abordagem teórico-metodológica, embasada no referencial do construcionismo social, as práticas discursivas apresentam-se como possibilidade para compreensão dos sentidos produzidos pelos profissionais de saúde de um hospital geral acerca dos(as) pacientes usuários(as) de SPA.

5.1. Local da pesquisa e participantes

A pesquisa foi realizada em um hospital geral do Vale do São Francisco³. A instituição integra o Sistema Único de Saúde – SUS e caracteriza-se enquanto dispositivo de alta complexidade de pequeno porte, sendo referência para 53 municípios da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Médio do Vale do São Francisco – Rede PEBA, formada por seis microrregionais de saúde e abrangendo aproximadamente dois milhões de habitantes. Composta por 129 leitos ativos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CneS, a referida unidade possui vocação para atenção a urgências e emergências que incluem politraumatismo, neurologia e neurocirurgia, traumatologia-ortopedia, além de outras especialidades. Além da assistência multidisciplinar, o hospital é campo de ensino para cursos de ensino superior e cursos técnicos de diversas escolas.

Até o momento a instituição não possui leitos de saúde mental. Entretanto, muitos(as) pacientes que buscam a unidade de saúde são usuários(as) de substâncias psicoativas e

³ Visando preservar o anonimato dos participantes, optou-se por não identificar o Hospital nem o município.

procuram atendimento em função de complicações clínicas devido ao uso dessas substâncias, como por exemplo, crises de abstinência, complicações clínicas como diabetes, hepatopatias, doenças respiratórias e infecções, situações de violência e acidentes de transporte terrestre. Ainda sobre pacientes usuários(as) de SPA, foi verificado que a unidade hospitalar não possui um registro quantitativo desses pacientes, porém um dado extremamente significativo que ilustra, minimamente, a existência dessa população na instituição refere-se ao quantitativo de pacientes vítimas de acidentes de transporte terrestre no qual o condutor tinha feito uso de bebida alcoólica. No ano de 2017, foram registrados pela unidade hospitalar 7.927 acidentes de transporte terrestre, sendo que desse quantitativo em 978 casos, o condutor havia feito uso de bebida alcoólica.

No que diz respeito aos participantes da pesquisa, atualmente a unidade hospitalar tem um total de 670 profissionais, sendo em sua maioria empregados públicos. Há ainda profissionais cedidos por universidades locais, pelos municípios, estado e Ministério da Saúde, além de terceirizados, principalmente em atividades administrativas e de manutenção.

A composição dos participantes na pesquisa se deu pela seleção dos profissionais de saúde – médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e equipe multiprofissional (psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogo, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional) – que atendem na urgência e emergência, em específico na sala de emergência e sala de observação da urgência e emergência⁴. A sala de emergência é a principal porta de entrada da unidade e destina-se a pacientes em estado grave. Após a estabilização do quadro, esses pacientes, quando possível, serão encaminhados para os demais setores e enfermarias da instituição. Já a sala de observação da urgência e emergência recebe os(as) pacientes que já estão internados, que se encontram estáveis e aguardando transferência para as enfermarias ou mesmo alta

⁴ Inicialmente a pesquisa seria realizada com profissionais da sala de emergência (antes denominada sala vermelha) e da sala de medicação (chamada sala azul), porém durante a observação participante foi possível identificar que a transitoriedade dos pacientes na sala de observação era muito alta, fato este que comprometia a relação profissional-paciente, bem como a própria observação participante.

médica.

Atualmente, esses dois setores somam um total de 74 profissionais, sendo 13 médicos, 12 enfermeiros, 42 técnicos de enfermagem, 02 psicólogos, 01 assistente social, 01 fisioterapeuta, 01 fonoaudiólogo e 02 assistentes administrativos. Por conveniência, foi selecionado o quantitativo de 16 profissionais, incluindo participantes de todas as categorias profissionais em questão (exceto os assistentes administrativos) de modo a corresponder o máximo possível à composição do corpo multiprofissional. Quanto aos critérios para participação na pesquisa, foi verificada a importância de que houvesse pelo menos um profissional de cada área, não havendo empecilho quanto à participação maior de um grupo de profissionais em relação ao outro. Não participaram, profissionais que não sejam da área de saúde ou que não atuem nesses setores específicos. Devido à abordagem metodológica escolhida, não se aplicou a definição a priori de critérios de exclusão.

5.2. Instrumentos de construção dos dados

Para a coleta dos dados foram utilizadas as técnicas de observação participante, registro em diário de campo e entrevista semiestruturada. Ressalta-se que a coleta de dados teve início em fevereiro/2016, sendo finalizada em outubro de 2016.

Segundo Minayo, Deslandes e Gomes (2016) a observação participante pode ser compreendida como um processo pelo qual o pesquisador se posiciona como observador de uma situação social com o objetivo de realizar uma investigação científica. Neste caso, o pesquisador não é apenas um espectador do fato que está sendo estudado, colocando-se na posição e ao nível dos demais participantes que compõem a pesquisa. Essa mesma autora acrescenta que a observação participante é considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa, sendo considerada por alguns estudiosos como um método próprio para a compreensão da realidade. E acrescenta que a observação participante contribui para

relacionar os fatos a suas representações e apontar as diferenças entre as normas e regras e as práticas vividas no cotidiano pelo grupo ou instituição observados.

No decorrer da observação participante, que foi realizada nos espaços da sala de emergência e na sala de observação da urgência e emergência, buscou-se observar as impressões e a postura dos profissionais de saúde em relação aos(às) pacientes usuários de SPA. Tais posturas compreendiam atitudes, falas e comentários, não sendo levado em consideração o posicionamento dos(as) pacientes ou familiares. Ressalta-se que devido a dimensões temporais do Mestrado, não foi possível incluir os(as) pacientes e seus familiares como participantes da pesquisa, porém compreende-se a importância desses sujeitos para o entendimento global dos sentidos produzidos a respeito da temática estudada.

A observação participante realizada pela pesquisadora ocorreu no período de seis meses (fevereiro a julho/2016) esgotando-se em função da saturação dos elementos observados. Acrescenta-se que por se tratar do local de trabalho da pesquisadora, não houve dificuldades quanto à inserção naqueles espaços, não sendo a pesquisadora vista como uma figura estranha ou ameaçadora à rotina do serviço. Entretanto, em algumas vezes, os profissionais de saúde solicitavam algum tipo de intervenção por parte da pesquisadora, em especial o atendimento psicológico aos(às) pacientes e familiares, vista sua presença naqueles locais, porém era informado que a demanda seria repassada ao psicólogo responsável pelo setor. Acrescenta-se que apesar da interação constante com os profissionais participantes, as demandas de trabalho não interferiram na observação (visto que, como já foi dito, os setores da pesquisa não eram setores de trabalho da pesquisadora), bem como a necessidade da observação não prejudicou o exercício das atividades da empregada.

Todas as impressões e atitudes, incluindo comentários e conversas informais, dos profissionais de saúde em relação aos(às) pacientes usuários de SPA ou quando havia a suspeita do uso de SPA, foram devidamente registradas em diário de campo e com base na

leitura e releitura desse material, foi possível identificar seis categorias: nomenclatura, sinais e sintomas, causa, qualificação, julgamentos e condutas. Essa categorização foi diretamente relacionada ao conteúdo das entrevistas semiestruturadas e serão apresentadas no capítulo referente aos resultados.

Sobre o diário de campo, Oliveira (2014) define a prática do diário de campo como um instrumento de registro de informações da pesquisa científica e acrescenta que tal instrumento refere-se ao lugar de registro dos movimentos, das leituras, dos tempos, espaços e das observações que ocorrem/ocorreram, enfim, do que é/foi visto ouvido e vivido. Essa mesma autora destaca que, além de ser utilizado como instrumento reflexivo para o pesquisador, o diário de campo também é utilizado como forma de conhecer o vivido dos sujeitos pesquisados, quando o objeto da pesquisa está relacionado à apreensão dos significados que os indivíduos dão à situação vivida. O diário de campo apresenta-se como um dispositivo de investigação de caráter descritivo, na medida em que capta por palavras as imagens do local, pessoas, ações e conversas observadas e de caráter reflexivo subjetivo, uma vez que valoriza o ponto de vista do observador, as ideias e preocupações.

Nesse sentido, o diário de campo objetivou sistematizar as informações percebidas e obtidas durante a observação participante, sendo considerados um acervo de impressões e notas sobre as diferenciações entre falas, comportamentos e relações favorecendo a qualidade e a profundidade das análises. Ressalta-se que o diário de campo foi tomando forma diariamente a partir da observação participante ou mesmo de algum fato, seja ele uma atitude ou comentário, que estivesse relacionado ao objetivo da pesquisa ainda que ocorrido fora dos espaços definidos para observação, como na cantina, por exemplo.

Por fim, foi utilizado, com todos os participantes da pesquisa, o recurso da entrevista semiestruturada. Aragaki, Lima, Pereira e Nascimento (2014) afirmam que, a partir da perspectiva teórica das práticas discursivas e produção de sentidos, alinhada à abordagem

construcionista, a entrevista configura-se como apenas mais uma, dentre tantas outras fontes de informação, sendo definida como um processo dialógico em que ocorre uma negociação de pontos de vistas e de versões sobre os assuntos e acontecimentos, que vai posicionando os participantes em relação aos temas.

Enquanto forma de produção de informações na pesquisa construcionista, a entrevista pode variar quanto à finalidade, ao enquadre, à materialidade, às relações de poder e ao local e contexto. Quanto à finalidade, os autores citados acima destacam três finalidades a partir dos objetivos dessa pesquisa, a entrevista que visa contextualizar um tema, sendo um recurso para obter informações sobre o assunto que se pretende investigar, permitindo o acesso aos gêneros da fala e aos repertórios interpretativos de um grupo ou sociedade. Há ainda as entrevistas que têm o objetivo de compreender a circulação dos repertórios em um momento histórico e social em uma sociedade ou grupo e aquelas que visam entender como as pessoas se posicionam e são posicionadas e como se constitui o jogo de posicionamento entre elas, permitindo explicar como as relação de saber e/ou poder vão se construindo.

Em relação ao enquadre, a entrevista configura-se como semiestruturada, nomeadas também de semidiretivas ou semiabertas. Aragaki, Lima, Pereira e Nascimento (2014) apontam que as entrevistas semiestruturadas têm como característica a possibilidade do pesquisador construir previamente um roteiro norteador, mas com certa liberdade de acrescentar ou aprofundar novas perguntas a depender das respostas, configurando-se como um momento de construção, negociação e transformação de sentido, além do seu caráter flexível e dinâmico. É importante reforçar que os roteiros caracterizadores das entrevistas semiestruturadas devem, simplesmente, nortear o trabalho, permitindo a inclusão de outras perguntas, seguindo o fluxo do discurso de acordo com que o entrevistado vai produzindo juntamente com o pesquisador.

Ainda no que se referem às entrevistas, essas foram realizadas individualmente e em

um local reservado, dentro da própria instituição, sendo resguardada a privacidade dos participantes. As informações coletadas durante as entrevistas foram gravadas com o auxílio de um gravador (localizado no aparelho celular da pesquisadora) e, posteriormente, transcritas na íntegra. Ressalta-se que, todos os entrevistados foram informados dos objetivos da pesquisa e explicitaram sua autorização através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Durante a transcrição e análise, os entrevistados tiveram seus nomes substituídos por codinomes visando garantir o anonimato dos participantes, bem como ocorreu uma pequena correção gramatical com o intuito de facilitar a compreensão do material pelos leitores.

5.3 Análise dos dados

Os dados coletados, através da observação participante, diário de campo e das entrevistas semiestruturadas, foram analisados à luz da técnica dos mapas dialógicos que se encontram anexados a essa produção, possibilitando visualizar e compreender essa ferramenta de análise de dados. De acordo com Nascimento, Tavanti e Pereira (2014), a adoção desse recurso está diretamente relacionada ao referencial teórico-metodológico das práticas discursivas e produção de sentidos. Compreendidos como recurso para análise das práticas discursivas, os mapas dialógicos permitem dar visibilidade aos passos dados na construção da pesquisa e à dialógica presente nos discursos analisados, possibilitando identificar o modo como as pessoas falam nos repertórios linguísticos usados, ao descreverem o mundo em que vivem ou um tema específico dessa realidade.

Spink e Lima (1999) afirmam que os mapas dialógicos têm o objetivo de sistematizar o processo de análise das práticas discursivas em busca de aspectos formais da construção linguística, dos repertórios utilizados nessa construção e da dialogia implícita na produção de sentidos. Com o objetivo de dar subsídios ao processo de interpretação, facilitar a

comunicação dos passos subjacentes ao processo de análise e garantir a visibilidade aos resultados, os mapas dialógicos configuram-se como técnicas que possibilitam o processo interativo entre a análise dos conteúdos e a elaboração das categorias.

Enquanto técnicas de análise, os mapas dialógicos permitem a visualização do processo de interanimação dialógica e possibilitam a compreensão da dinâmica das trocas discursivas, bem como uma visão de conjunto das temáticas em discussão. “Ele nos possibilita dar visibilidade à interanimação dialógica, aos repertórios interpretativos, a rupturas, ao processo de produção, a disputas e negociações de sentidos, a relações de saber-poder e a jogos de posicionamento” (Nascimento, Tavanti e Pereira, 2014, p. 247).

Segundo Nascimento, Tavanti e Pereira (2014), os mapas dialógicos são elaborados a partir das transcrições sequenciais, que se referem à primeira etapa de aproximação com o material a ser analisado e auxiliam na definição dos temas e categorias a partir da identificação das falas e vozes presentes no áudio. São confeccionados após as transcrições integrais das entrevistas que incluem todas as falas e expressões comunicadas, destacando-se as categorias analíticas relacionadas aos objetivos da pesquisa.

De acordo com Spink (2010), os mapas dialógicos são construídos a partir de tabelas, onde as colunas são definidas tematicamente e os temas, geralmente, refletem o roteiro da entrevista, porém não há temáticas pré-definidas. A definição das colunas que sistematizam as entrevistas está relacionada ao processo de organização dos conteúdos. Em geral, esse quadro de linhas e colunas é organizado de acordo com os objetivos do estudo em questão, os temas identificados na transcrição sequencial e as categorias que merecem destaque na análise. Importante alertar que o termo categoria é utilizado no sentido de manter o contexto de produção do discurso e refere-se ao que as pessoas falam, diferentemente da análise de conteúdo proposta por Bardin, que compreende as categorias enquanto sistemas de codificação que darão sustentação à categorização e, posteriormente, serão devidamente

interpretados.

Em relação à pesquisa, inicialmente foi realizada uma leitura flutuante das transcrições das entrevistas, definindo possíveis categorizações. A partir dessa leitura, foram elaborados quatro mapas dialógicos: o primeiro, referente aos gêneros da fala, o segundo, relacionado às substâncias, o terceiro, a respeito dos usuários e, o último mapa alusivo aos leitos de saúde mental. Ressalta-se que cada mapa desses representa uma tabela com três colunas que variam de acordo com o tema do mapa e dezesseis linhas que representam os participantes da pesquisa. Além desses mapas, ainda foi elaborado um quinto mapa referente à observação participante apenas para auxiliar na compreensão e relação com os resultados dos demais mapas.

Ainda sobre os mapas dialógicos elaborados durante a pesquisa, cada mapa teve categorias específicas determinadas a partir do tema. O mapa um referente aos gêneros da fala, foi composto pelas categorias fala própria, fala do outro e fala da instituição, os mapas dois e três, substâncias e usuários, apresentavam as categorias descritores, qualificadores e repertórios linguísticos, enquanto que o mapa referente aos leitos de saúde mental foi elaborado a partir das categorias apreciação, realidade/limitações/necessidades e repertórios interpretativos. Ressalta-se que exemplos dos mapas dialógicos elaborados durante a pesquisa estão presentes nos apêndices dessa produção.

Importante sinalizar que alguns dados, coletados a partir da observação participante e das entrevistas, não foram objeto dos mapas dialógicos, sendo analisados a partir de generalizações, como por exemplo, os dados referentes à formação profissional dos participantes, a solicitação de outros profissionais para contribuir no atendimento ao paciente usuário de SPA e a realização ou não de encaminhamentos desses pacientes para serviços externos, visando à continuidade do acompanhamento e tratamento.

Nesse sentido, a análise dos mapas dialógicos, bem como os resultados decorrentes dessa análise serão apresentados no próximo capítulo, a fim de ilustrar os sentidos produzidos pelos profissionais participantes sobre os(as) pacientes usuários de SPA.

5.4. Aspectos Éticos

Para a realização da pesquisa, em especial a coleta de dados, foi solicitada à instituição a Carta de Anuência com consentimento para o desenvolvimento da pesquisa. Posteriormente, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas – CEP da Universidade Federal do Vale do São Francisco – UNIVASF, sob número CAAE: 60539816.0.0000.5196, sendo aprovado em dezembro/2016.

Além desses termos, foi garantido o anonimato dos participantes, sendo os mesmos informados da realização da pesquisa, seus objetivos e procedimentos, bem como de seus direitos e garantias, de acordo com a Resolução CNS 510/16. Devido à realização em instituição pública, foi solicitado, aos(às) participantes, que assinassem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ressalta-se que foi comunicado aos(às) participantes que estes poderiam interromper ou desistir da participação na pesquisa a qualquer momento e teriam acesso aos resultados ao término da pesquisa.

Embora a Resolução CNS 510/2016 afirme que toda pesquisa pode trazer alguma forma de risco aos(às) participantes, pode-se afirmar que esta pesquisa não apresentou danos físicos, situações constrangedoras ou de desconforto para os participantes. Contudo, caso viesse ocorrer algum constrangimento aos(às) participantes, ao externalizarem visões estereotipadas sobre os usuários de SPA ou mesmo confrontar situações pessoais negativas, a pesquisadora havia se comprometido a interromper a situação de pesquisa e realizar escuta, verificando a necessidade de orientação dos participantes na busca de aconselhamento terapêutico.

No que refere aos benefícios, a pesquisa não trouxe benefícios diretos aos(às) participantes, porém a produção de conhecimento suscitada por esta pesquisa mostrou-se relevante enquanto estratégia para lidar com as lacunas no atendimento aos(às) usuários de SPA na unidade hospitalar.

6. Análise dos Resultados

Os eixos temáticos apresentados, neste capítulo, foram construídos a partir da leitura do diário de campo e da elaboração dos mapas dialógicos, dispositivos estes elaborados a partir da inserção da pesquisadora no campo, seguida da análise do material coletado por meio da observação participante, registrado no diário de campo e das entrevistas semiestruturadas.

6.1. Os profissionais de saúde

Os profissionais entrevistados apresentam de 06 meses a 39 anos de conclusão da formação, sendo prevalente o período de 10 anos de formação. As formações são de nível técnico (técnico de enfermagem) e de nível superior (enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, psicologia e serviço social).

Em relação ao conhecimento sobre Saúde Mental, que abrange a temática do uso de SPA, a maioria dos entrevistados, um total de 10 profissionais entre 16 entrevistados, informaram ter cursado, durante a formação, alguma disciplina com o conteúdo relacionado à Saúde Mental. Entretanto, os entrevistados apontaram para uma lacuna da disciplina que, quando havia, era oferecida de maneira limitada, como aponta a fala da entrevistada Adriana (médica)⁵: “A formação é muito restrita, bem superficial mesmo” e a fala de Antônio (médico): “Sobre saúde mental a minha grade curricular era bem pobre.” Ainda em relação à formação, merecem destaque seis profissionais que não tiveram qualquer aproximação com a temática de Saúde Mental ou outras discussões que envolvessem o uso de SPA. Vale sinalizar que dentre esses seis profissionais, quatro são técnicos de enfermagem.

⁵ Como pontuado anteriormente, os nomes dos profissionais entrevistados foram substituídos por pseudônimos visando preservar o anonimato. A profissão foi mantida devido a sua relevância para a compreensão dos resultados.

No que diz respeito às experiências durante a formação ou já enquanto profissionais, apenas cinco profissionais informaram ter dito alguma experiência na área de saúde mental, em espaços como o PET Saúde, CAPS e até mesmo Hospital Psiquiátrico. Aqui cabe um comentário em relação à inserção do profissional entrevistado (enfermeiro) no Programa PET Saúde, sendo possível identificar, durante a entrevista, falas que refletiam esse conhecimento e prática específicos propiciados por esse programa, sendo essa formação considerada por ele um diferencial positivo do ponto de vista teórico como técnico, mas principalmente no que se refere ao manejo de pacientes usuários de SPA ou com transtorno mental.

Outro dado significativo é em relação ao conhecimento da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas. Apenas quatro entrevistados já tinham lido ou discutido tal documento, que é considerado como referência na prevenção, tratamento e educação voltada para o uso de álcool e outras drogas. Tal constatação denota a lacuna na formação dos profissionais de saúde, principalmente em relação aos marcos legais e legislações vigentes, elementos extremamente importantes para o embasamento da prática profissional.

Ainda no que concerne à formação dos profissionais entrevistados, todos consideraram importante o conhecimento acerca da saúde mental, como destacam as entrevistadas Francisca (técnica de enfermagem): “Acho importante sim e lamento não ter tido nada nesse sentido porque todo tempo a gente tá perto dessas pessoas” e Betânia (técnica de enfermagem): “Eu acho importante, porque assim, a gente acaba atendendo esses pacientes e é importante que haja uma preparação, que haja um conhecimento técnico para que até facilite o entendimento dessas demandas, desses pacientes”.

Embora, todos os entrevistados afirmem a importância de conteúdos relacionados à saúde mental durante suas formações, também foi questionado aos(às) participantes sobre estratégias diante de tais lacunas e a maioria dos profissionais mencionou que busca suprir

essa falta através de momentos informais de discussão de casos, leituras de algumas bibliografias, destacando-se o aprendizado adquirido na prática, como aponta a entrevistada Tatiana (médica): “Nada muito específico, às vezes nos estudos de caso, surgia alguma bibliografia, alguma sugestão, mas nada muito debatido. A gente vai aprendendo é mesmo na prática com os casos”.

Para Patriota (2011), há a necessidade de uma reorientação em todo o processo de formação do profissional de saúde em função das mudanças teóricas e práticas produzidas pela implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, não cabendo mais apenas à reprodução da formação centrada em técnicas biomédicas. No campo da saúde mental, a adoção de novos paradigmas e de novas práticas assistenciais, promovidas pela Reforma Psiquiátrica, apresenta-se como um desafio para a formação dos profissionais.

...há um consenso entre os observadores da Reforma Sanitária de que a formação de recursos humanos para o setor é um dos problemas mais graves do SUS. Tal observação estende-se a um campo não menos importante inserido no SUS que é o da saúde mental... (Patriota, 2011,p.02)

No intuito de suprir essa lacuna na formação dos profissionais de saúde no campo da saúde mental, a autora citada aponta que a formação profissional requer um processo contextualizado, com destaque para medidas de promoção, prevenção e reabilitação, levando em consideração as dimensões socioeconômicas e culturais da população. A formação em saúde mental deve propiciar a construção de novas formas de atenção para lidar com o sofrimento psíquico, bem como a transformação das práticas profissionais na perspectiva da desinstitucionalização, seguindo os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica que visam à superação de um modelo biomédico, baseado em medidas excludentes e médico-centradas, e a implementação do modelo psicossocial.

Assim, as mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica apresentam grandes desafios, principalmente no que diz respeito à formação dos profissionais de saúde, uma vez que estes

atores têm a tarefa de consolidar as transformações propostas por esse movimento, cabendo à mudança de postura às universidades, responsáveis pela formação profissional e que precisam refletir sobre seu papel, principalmente no que tange ao cuidado em saúde mental. Essas lacunas no que diz respeito à formação dos profissionais de saúde também são percebidas pelos entrevistados, que consideram a educação permanente através de capacitações uma estratégia para suprir essa falta.

6.2. Como as substâncias se apresentam

Como destacado anteriormente, a Organização Mundial de Saúde (2006) define como SPA aquelas que têm a capacidade de alterar o funcionamento cerebral, causando modificações no estado mental do indivíduo. No que diz respeito à definição de SPA, a maioria dos entrevistados demonstrou algum nível de conhecimento acerca do que são substâncias psicoativas, embora já tenha sido destacada aqui nesse capítulo a limitação na formação dos entrevistados no que diz respeito a essa temática. Grande parte dos profissionais se refere às substâncias como drogas e apontam, enquanto conceito, a ideia principal de algum tipo de alteração, muitas vezes mal definida ou caracterizada pelo entrevistado, limitando-se à reprodução de falas do senso comum, como destaca a profissional Betânia (técnica de enfermagem) ao conceituar substâncias psicoativas: “são substâncias que alteram o funcionamento do indivíduo”. Outras definições apontam para a relação entre a substância e o sistema nervoso central como define José. (enfermeiro): “substâncias que tem uma ação sobre o sistema nervoso central e que de alguma forma podem ser depressoras ou estimulantes, que podem ser utilizadas em maior ou menor grau.” Essas associações estão relacionadas a conceitos difundidos socialmente e que se reproduzem no contexto profissional, além de encontrarem embasamento na literatura como se observa na definição da OMS (1993), que, a

partir de uma perspectiva biológica, define droga como toda substância natural ou sintética que introduzida no organismo vivo, pode modificar uma ou mais de suas funções.

Esta definição, citada pela OMS, inclui um tipo de substância que tem pouca atenção dos poderes públicos, que por ter seu uso legalizado não é alvo de normativas ou de cerceamento, como acontece com as substâncias psicoativas ilícitas. No senso comum, entende-se por medicamento, aquelas substâncias prescritas com indicações terapêuticas previamente estabelecidas e, por droga, aquelas substâncias que são capazes de provocar dependência e que, geralmente, são comercializadas ilegalmente e estão associadas a algo ruim, perigoso, envolvendo mitos e tabus. Mesmo diante dessa diferenciação, alguns dos profissionais entrevistados apontam para as medicações enquanto drogas que trazem prejuízo aos(às) usuários, como destaca Antônio (médico):

“a gente tem que dividir os lícitos entre os farmacológicos e os não farmacológicos porque os lícitos abrange muita coisa. No farmacológico, é existe um risco muito grande porque além de lícito são substâncias que carregam o estigma de tratamento, de cura, de um benefício e que são muitas vezes prescritas sem um critério objetivo, mas que por um crivo médico, uma prescrição médica as pessoas tendem a subdimensionar ou subestimar os problemas”.

Sobre essa associação medicamentos e drogas, vale a pena destacar a pontuação feita por Vargas: “mesmo que trivial, é preciso não esquecer que drogas são ainda todos os fármacos” (Vargas, 2000, p.02). Esse mesmo autor pontua que a partir dessa concepção compreende-se que as drogas não implicam apenas considerações econômicas, políticas, sociológicas ou jurídicas, sendo considerados também um problema eminentemente médico. As implicações dessa relação entre drogas e medicina devem ser consideradas, principalmente no que se refere à legitimação da partilha moral entre drogas lícitas e ilícitas, cabendo, às práticas médicas o caráter científico para definição dos critérios dessa partilha.

Ainda em relação à conceituação das substâncias psicoativas, os entrevistados citaram enquanto SPA, principalmente, o álcool, maconha, cocaína, crack, ecstasy. Uma minoria dos

participantes, apenas quatro entrevistados citaram o cigarro ou a nicotina enquanto SPA. Entre outras substâncias também citadas, destaca-se a cafeína, heroína, LSD, opióides (morfina) e medicações (benzodiazepínicos/anfetaminas), porém em menor frequência.

A distinção entre substâncias lícitas e ilícitas também foi um elemento significativo e que merece atenção nesta análise. Todos os entrevistados têm conhecimento da diferenciação entre as substâncias lícitas e ilícitas, destacando entre as lícitas, principalmente o álcool, as medicações e a nicotina, e entre as ilícitas, a maconha, cocaína e crack. A maioria dos entrevistados compreende tal distinção a partir de elementos como a legalidade no uso e comercialização, associado às leis e à jurisdição de cada país, como aponta a fala do entrevistado José (enfermeiro): “essas substâncias passam por esse processo de separação porque algumas coisas a nível jurídico não são permitidas em nosso país” ou a entrevistada Jéssica (assistente social): “a ilícita é aquela que não é legalizada, que não é liberada perante a nossa normativa brasileira, pela nossa legislação. E a lícita é aquela que tem a liberação para comercialização para uso.” Uma reflexão interessante apontada por uma das entrevistadas aponta para a relação entre a substância lícita e a ilícita e o estigma. Solange (médica) destaca: “essa questão da diferenciação, a gente sabe que o estigma ainda é maior em relação às drogas ilícitas. O que eu vejo é que a drogas ilícitas ainda têm esse estigma maior”.

A respeito dessa distinção entre drogas lícitas e ilícitas, Carneiro (2002) afirma que as possibilidades de uso foram regulamentadas de formas diferenciadas no século XX a partir do estatuto de uma proibição formal de certas substâncias e a aceitação de outras. Essa proibição está relacionada a determinações culturais e econômicas. Para este autor, há uma arbitrariedade no julgamento da legitimidade ou não destas substâncias, sendo utilizadas justificativas médicas ou de saúde pública, que se apresentam, muitas vezes contraditórias com o fato de que algumas substâncias mais perigosas serem permitidas.

Para Vargas (2000), essa diferenciação entre drogas legais e ilegais revela um cenário paradoxal: à crescente repressão às drogas ilegais acompanhado da insidiosa incitação do consumo de drogas legais, seja sob a forma de remédios prescritos ou do hábito tão comum entre a população de ingerir bebida alcoólica, café ou o fumo do tabaco. Este autor ainda complementa: “...a diferenciação entre drogas legais e ilegais não resolve ou anula o paradoxo, posto que o problema das drogas, envolve de fato, toda uma cadeia sintagmática que, no plano do consumo, torna práticas vizinhas os usos medicamentosos...” (Vargas, 2000, p.3).

Ainda em relação a essa diferenciação, destaca-se o posicionamento dos profissionais. Três entrevistados, todos médicos, defendem essa distinção e o caráter proibitivo implicado em tal diferenciação. A profissional Tatiana (médica) afirma: “eu acho que tem que ter uma legislação para proibir porque a população da gente me parece que não tem um controle tão grande e acaba que tem uma maior suscetibilidade a ter uma dependência.” Outra profissional, Adriana (médica) destaca: “acho que faz sentido sim porque a partir do momento que a substância é ilícita a pessoa não pode comprar, comercializar e eu não consigo imaginar no Brasil, uma população que não tem formação, que não tem responsabilidade para usar esse tipo de substância, caso seja lícita por exemplo.” Tais falas apontam para algumas dimensões extremamente significativas no debate do uso de SPA, que são o dano, o controle e a proibição. Nesse sentido, observa-se que o proibicionismo, já discutido anteriormente, permeia os sentidos que muitos profissionais produzem acerca das SPA e como afirma Carneiro (2002) reproduz o seu objetivo maior que é o controle dos cidadãos “O interior do corpo como jurisdição química do Estado, o controle ‘aduaneiro’ pelo Estado das fronteiras da pele, torna-se uma dimensão de intervenção e vigilância extremada sobre as populações” (Carneiro, 2002, p. 131).

Em contrapartida, a maioria dos profissionais tem ressalvas quanto a essa distinção. Alguns profissionais consideram que tal diferenciação apresenta importantes lacunas, principalmente em função do álcool, substância de maior prevalência na instituição. O profissional José (enfermeiro) aponta para os prejuízos de qualquer tipo de substância, independente de ser lícita ou ilícita: “às vezes são permitidas e a gente acaba fazendo uso não recreativo e tem um potencial de dano tão grande ou maior que uma substância ilícita”, enquanto que a profissional Ana (assistente social) inclui todas as substâncias em apenas uma categoria: a de droga, como é visto em sua fala: “então eu sou tendenciosa a achar que pra mim droga é droga, sendo lícita ou ilícita é droga”.

Muitos profissionais justificam seu posicionamento crítico em relação à distinção entre SPA lícitas e ilícitas tomando como base os danos ou as consequências que as substâncias causam. Tal compreensão, que é permeada pelo senso comum, associa a substância ao dano causado e, com base nessa premissa e a partir da realidade vivenciada pelos profissionais entrevistados no hospital geral, onde há um alto índice de situações de violência e acidentes associados ao uso de bebida alcoólica, o álcool é visto como uma substância de grande prejuízo para a saúde das pessoas e para a saúde pública como um todo e que, portanto, estar entre as substâncias lícitas não é lógico. Francisca (técnica de enfermagem) afirma: “eu não concordo muito. Eu acho que, tipo seria como, eu acho que não deveria haver essa distinção porque elas acabam levando às mesmas consequências.” Betânia (técnica de enfermagem) verbaliza: “pelas leis brasileiras o álcool é uma droga lícita, mas que não difere em nada das ilícitas porque você acaba perdendo o sentido da mesma forma e se expondo. O álcool embora seja permitido é muito ruim.” Já o entrevistado Mario (técnico de enfermagem) aponta: “e o álcool que a gente pensa que não é uma droga, mas que por ser lícita todo mundo acha que não se droga. Tanto a lícita como a ilícita é prejudicial, faz mal para todo mundo”.

Nesse sentido, o álcool, enquanto substância psicoativa merece um destaque. Para todos os entrevistados, essa é a substância de maior prevalência na instituição. Os profissionais apontam que, embora socialmente e legalmente aceito, o álcool traz prejuízos significativos à população, como destaca Ana (assistente social): “porque o álcool para mim é terrível, embora seja lícito. Eu acho que o álcool, ele é uma substância que é tão prejudicial quanto às outras.” Já Antônio (médico) afirma: “o álcool é um problema de saúde pública porque seu consumo é estimulado, é aceito e é barato”. Essa visão dos profissionais, ao compreenderem o álcool enquanto uma substância que provoca prejuízos difere da percepção do senso comum, que, geralmente, não identifica o uso do álcool enquanto um problema.

Diante dessa perspectiva apresentada pelos profissionais sobre o álcool, cabem aqui algumas reflexões. “O alcoolismo e os problemas relacionados ao álcool configuram-se como um dos principais problemas de saúde pública da América Latina acarretando sérios prejuízos de ordem biológica, psicológica, social, que acometem os indivíduos em todos os domínios de sua vida” (Silveira, Martins, Soares, Gomide e Ronzani, 2011, p.132). Dados indicam que os transtornos relacionados ao consumo de álcool representam uma das dez principais condições de saúde que contribuem para mortes prematuras entre a população adulta, ocupando a dependência do álcool o quinto lugar entre os principais problemas que atingem a população de 15 a 44 anos. No Brasil, o alcoolismo atinge 12,3% da população, sendo o consumo de álcool responsável por 10% da morbimortalidade do país.

Oliveira e Ronzani (2012) apontam que além do impacto na saúde, os danos relacionados ao consumo do álcool podem ser atribuídos a um grupo de usuários, formados pelo consumo de risco, que é aquele em que aumenta as chances de danos futuros para os usuários e para aqueles que o cercam, porém ainda sem danos ao indivíduo, e o consumo nocivo que se refere a um padrão que já causa danos físicos e mentais à saúde do indivíduo e consequências sociais. Acrescenta-se que o consumo de álcool também está relacionado a

outros problemas como conflitos familiares, problemas ocupacionais, problemas financeiros, acidentes de trânsito e custos sociais. Tais elementos, sejam relacionados à saúde ou ao aspecto social, facilitam compreender a relevância que o álcool assumiu durante as entrevistas aos (às) profissionais de saúde.

Ainda no que concerne às substâncias, algumas associações apresentadas pelos entrevistados merecem destaque. Para alguns profissionais, as substâncias psicoativas estão relacionadas ao sofrimento, não só do usuário, mas principalmente da família. Solange (médica) descreve: “falar em SPA, infelizmente para mim vem sofrimento, porque normalmente são pessoas que, além do estigma, além dos prejuízos sociais e financeiros, sofrem muito, não só eles como também a família”.

Outra ideia que permeou o discurso dos entrevistados é a relação entre as substâncias e os danos ou prejuízos causados ao usuário em função do consumo das substâncias. Além desses danos, os entrevistados apontaram para situações de risco ou de exposição ao que o usuário está submetido em função do uso de SPA. Todas essas associações apontam para o caráter negativo atribuído às substâncias psicoativas. Segundo Carneiro (2002), a maneira como as SPA são caracterizadas na contemporaneidade é herança do proibicionismo, que como já foi discutido anteriormente, foi definitivo não apenas na diferenciação entre substâncias lícitas e ilícitas, atribuindo às ilícitas o caráter nocivo, moral e criminal, mas também no aumento dos lucros a partir do comércio de certas substâncias e os danos à saúde pública, devido à falta de fiscalização.

Acompanhando os sentidos que as substâncias têm para os profissionais de saúde, a percepção acerca dos usuários também estará relacionada a aspectos negativos e estigmatizantes. Assim, a prática discursiva no cotidiano do hospital, no entanto, mostra que a abordagem de RD atinge, exatamente, o que é visto como mais problemático. Contudo, encontra severas barreiras à implementação total.

6.3. Como os usuários são apresentados

Inicialmente faz-se necessária uma reflexão acerca de como os(as) pacientes que são usuários de SPA são nomeados pelos profissionais de saúde. Durante a observação participante, a maioria dos profissionais se referiu aos(as) usuários de SPA como drogado. Termos como “paciente psiquiátrico”, “alcoólatra”, “etilista” e “dependente” também foram observados. Além destes, outros nomes, até mais pejorativos se fizeram presentes, como “viciado”, “bebinho” e “marginalzinho”, revelando um repertório interpretativo muito negativo, ainda que haja alguma empatia pessoal para com eles. É válido pontuar que essas nomenclaturas também são utilizadas em documentos formais como o censo diário dos(as) pacientes, à qual vários profissionais têm acesso e até mesmo na ficha de internamento do paciente, sendo presenciado pela pesquisadora mais do que um episódio no qual o paciente era usuário de SPA e neste documento (censo diário) havia a descrição “paciente psiquiátrico”.

Ainda sobre essa nomeação, a Cartilha Direito à Saúde Mental, elaborada pelo Ministério Público Federal em 2012, acrescenta que apenas o consumo de substâncias psicoativas não se constitui num transtorno mental por si só, sendo muitas vezes um equívoco tal relação. Tais nomenclaturas utilizadas por profissionais de saúde tratam-se de associações equivocadas e apontam, não apenas para a falta de conhecimento acerca dessa demanda, - incluindo o direito, principalmente a um tratamento humanizado -, mas carregam consigo um julgamento e uma valoração de cunho pessoal, além de revelarem ideias do senso comum. Nesse contexto se insere, exatamente, os sentidos que os profissionais produzem acerca dos(as) pacientes usuários de SPA.

De acordo com os profissionais entrevistados, os(as) pacientes usuários de SPA dão entrada na instituição em função de múltiplas causas, porém entre os motivos que levam ao internamento desses pacientes há a prevalência de acidentes de trânsito, que compreendem os acidentes automobilísticos e motociclísticos, os acometimentos neurológicos, (entre eles

convulsões e acidentes vasculares), situações de violência e crises de abstinência. Todos os entrevistados ressaltam a relação entre o uso de SPA, em especial o álcool, e os acidentes de trânsito, destacando o alto índice de pacientes politraumatizados em função dessa associação.

De acordo com Damascena (Org.) (2016) os acidentes de trânsito são considerados um grave problema de saúde pública, em função das lesões corporais provocadas por eles, sendo uma das principais causas de morte e traumatismos em todo o mundo. Além das limitações que as lesões geram aos indivíduos envolvidos, as complicações causadas por acidentes de trânsito trazem um ônus pesado aos serviços de saúde e à economia das nações. Segundo o Relatório Global sobre Segurança Rodoviária da OMS, os acidentes de trânsito passarão da nona posição de causa de morte mundial em 2004 para a quinta em 2030, ficando atrás apenas de doenças cardíacas, cerebrovasculares, pulmonares crônicas e infecções respiratórias inferiores. A respeito da relação entre acidentes de trânsito e o álcool, Damascena (2013) pontua que a ingestão de bebidas alcoólicas pode causar um estado de euforia e desinibição. Entretanto, em grandes concentrações, o álcool pode provocar a diminuição da atenção, falsa percepção da velocidade, aumento no tempo de reação, sonolência, redução da visão periférica, além de alterações neuromotoras, que em diferentes graduações, resultam na perda da capacidade de conduzir veículos motorizados tornando-se uma importante causa específica de morte entre as vítimas de acidentes de trânsito.

Essa preocupação com a relação entre acidentes de trânsito e a ingestão de bebida alcoólica descrita pela literatura, também é uma realidade evidenciada pelos entrevistados e refere-se, principalmente, à rotina da instituição hospitalar. Como já dito anteriormente, este cenário também será significativo para a percepção do álcool enquanto um problema, independente de ser uma substância lícita. Além dessa preocupação, os profissionais apontam sintomas e sinais apresentados pelos pacientes que estão relacionados ao uso de SPA.

Em relação aos sintomas e sinais percebidos como indicadores de que os(as) pacientes são usuários de SPA, foi questionado aos profissionais quais seriam os sintomas e sinais que os(as) pacientes usuários de SPA apresentam durante a internação e a maioria dos entrevistados apontou como sintomas principais alterações no quadro orgânico, entre eles taquicardia, arritmia cardíaca, rebaixamento do nível de consciência, sudorese intensa, insuficiência respiratória, dilatação das pupilas, desnutrição, além de sintomas relacionados aos traumas, como as fraturas. Quanto aos sinais, os profissionais entrevistados também apresentam uma conformidade nessa categoria, destacando a desorientação, agitação psicomotora, ansiedade, alterações do comportamento, principalmente a agressividade, déficit de atenção, dificuldades na sedação do paciente e o hálito etílico. Sobre os sintomas e sinais, João (enfermeiro) cita: “a maioria chega mais agitado, ele chega desorientado, chega com taquicardia importante, uma pressão elevada e é um paciente que já não responde à droga.” Já José (enfermeiro) relata: “alterações extremas do comportamento sempre fazem com que o profissional acenda uma lanterninha na nossa cabeça, ou seja, agressividade excessiva ou mutismo, eles ficam muito calados ou eles querem falar muito, têm muitas queixas e histórias confusas. Os sintomas físicos também como taquicardia, o hálito etílico faz com que a gente perceba”.

Acrescenta-se que a descrição dos sintomas e sinais citados pelos entrevistados também foi observada durante a observação participante, sendo esses os principais critérios para a definição de condutas, inclusive a solicitação de avaliação por parte de outros profissionais. Além disso, a descrição por parte dos profissionais desses elementos, principalmente dos sinais, apresenta-se em tom pejorativo, às vezes, de deboche. Outro ponto que trouxe um incômodo significativo à pesquisadora ainda em relação aos sinais foi a associação destes como exclusivos aos pacientes usuários de SPA, ou seja, como se apenas os(as) pacientes usuários de SPA manifestassem ansiedade, alterações de humor e

comportamento ou mesmo agressividade. A literatura especializada em Psicologia Hospitalar (Simonetti, 2004; Angerami Camon, 2010) aponta que a hospitalização propicia a manifestação ou exacerbação de sentimentos e comportamentos, sendo possível que tais sinais estejam mais relacionados ao processo de adoecimento e internação do que, necessariamente, ao fato do paciente ser usuário de SPA, porém são vistos como exclusivos destes pacientes, como foi observado na pesquisa.

Ainda em relação aos sintomas e sinais, apenas dois entrevistados referiram ter conhecimento que o paciente é usuário de SPA pelo olhar que o paciente apresenta como descreve Maria (enfermeira): “pelo olhar, pelo olhar diferente, a gente sabe. A marcha dele diferente, a agressividade, o tônus muscular”. Esse sinal “olhar vago” também foi percebido durante a observação participante e citado informalmente pelos profissionais. Tal constatação, realizada pelos profissionais chamou atenção da pesquisadora, merecendo destaque nessa análise, pois aponta para uma afirmação realizada a partir de uma inferência sem qualquer comprovação ou elemento científico. Deduções como esta podem não apenas comprometer a imagem do paciente, como também o seu processo de hospitalização, de cuidado e a conduta dos profissionais, devendo assim ser objeto de reflexão.

A maioria dos entrevistados associa os sintomas e sinais apresentados pelos pacientes usuários de SPA a uma possível síndrome de abstinência. Entretanto, estes profissionais apenas fazem menção à abstinência não demonstrando conhecimento específico sobre o tema. Laranjeira, Nicadi, Jeronimo e Marques (2000) definem a Síndrome de Abstinência Alcoólica como um conjunto de sintomas e sinais relacionados à redução parcial ou total do uso de bebida alcoólica. O mesmo autor aponta que os sintomas e sinais podem variar quanto à intensidade e à gravidade, sendo os mais comuns dessa síndrome a agitação, ansiedade, alterações de humor (irritabilidade, disforia), tremores, náuseas, vômitos, taquicardia, hipertensão arterial, entre outros, podendo ocorrer outras complicações como alucinações,

delirium tremens e convulsões. Ainda sobre a Síndrome de Abstinência Alcoólica, o quadro pode ter início após 6 horas da diminuição ou da interrupção do uso do álcool e perdurar por até 10 a 12 dias, no caso de um quadro agudo.

Em relação à Síndrome de Abstinência por outras drogas, a literatura aponta que os sintomas estão relacionados a cada tipo de substância, porém o CID 10 (2012) generaliza essa alteração e nomeia como síndrome (estado) de abstinência os transtornos mentais e comportamentais, devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas, descrevendo-a como um grupo de sintomas de natureza diferente e de severidade variável, resultante da remoção completa ou parcial da substância psicoativa do corpo após o uso constante. O tempo de início e a duração do estado de abstinência dependem do tipo de substância psicoativa e sua dose imediatamente antes da cessação ou redução da dose de admissão, sem definir propriamente os sintomas.

Essa lacuna, no que diz respeito ao conhecimento, também é percebida na concepção dos profissionais entrevistados a respeito dos usuários de SPA. Essas percepções diferem e variam, indo desde a compreensão do usuário como um sujeito em sofrimento, passando pela perspectiva de um doente até a dimensão de marginais. A percepção do usuário enquanto doente está intimamente associada à compreensão do uso e abuso de SPA como doença. Nesse sentido, Adriana (médica) pontua: “eu penso que é uma doença, um vício, que não está relacionado somente, tipo como eu posso dizer, as pessoas falam usa porque não trabalha, porque é vagabundo, mas eu penso que é uma doença do paciente e da família inteira, adocece todo mundo.” Já Ana. (assistente social) verbaliza: “a gente tem a visão daquela pessoa doente, que necessita de cuidados”. Essa patologização acerca do consumo de SPA coloca o usuário na condição de doente. “A patologização do consumo de álcool e outras drogas estaria ligada a emergência da medicina ao lugar anteriormente ocupado pela religião” (Torcato, 2016, p. 21). Esse mesmo autor acrescenta que um exemplo da patologização do consumo e

do usuário refere-se ao álcool, a partir do desenvolvimento do conceito de alcoolismo como doença, que reitera o discurso biomédico. O pensamento médico que condena o uso das substâncias psicoativas reitera a lógica biologicista e reforça a perda de autonomia e liberdade do indivíduo.

Ainda em relação a essas descrições, alguns profissionais descrevem o usuário como uma pessoa frágil ou mesmo vulnerável, como cita Solange (médica): “a maioria deles, eu não vou dizer 100%, mas a maioria deles são pessoas mais vulneráveis. Ou vulneráveis socialmente ou hereditariamente, a questão da genética conta muito” ou Mario (técnico de enfermagem): “ele é uma pessoa extremamente dependente, ele é uma pessoa fraca, frágil”.

A dimensão da periculosidade desse paciente e o receio que a equipe de saúde apresenta também estiveram presentes nas entrevistas. Benedita (técnica de enfermagem) afirma: “a gente corre risco, eles podem machucar a gente, tem que ter todo cuidado”, assim como Maria (enfermeira): “também ficamos preocupados com esse paciente devido à agressividade deles aí, às vezes, a gente evita que a técnica vá sozinha” e Mário (técnico de enfermagem): “às vezes tem uns que são mais agitados e é preciso chamar a intervenção policial, mas na maneira mais humana”.

Essa associação também foi constatada durante a observação participante, quando foram registrados, no diário de campo, comentários dos profissionais como: “paciente perigoso para si mesmo e para os demais” ou “paciente que não pode ficar sozinho”. Tal relação pode ser compreendida pela associação que as pessoas, a partir do senso comum, fazem entre o usuário e a agressividade, enquanto sinal do uso. Salienta-se que tal associação nem sempre corresponde à realidade, podendo ser um fator de distanciamento social. O Ministério Público Federal, através da Cartilha Direito à Saúde Mental, elaborada em 2012, afirma que a grande maioria das pessoas com transtorno mental e/ou usuárias de SPA não representam risco para si ou para os demais, sendo a proporção dessa população que comete

algum delito menor que a proporção da população em geral que comete algum crime, sendo necessário desconstruir essa relação entre loucura, uso de SPA e periculosidade.

Outra percepção sobre o usuário de SPA apontada em menor número pelos profissionais, porém extremamente significativa, refere-se à relação entre o uso de substâncias e a marginalidade. João (enfermeiro) afirma: “Teoricamente ele já não tem uma índole tão boa. Eles têm medo de ser tipo, como eles chegam com uma índole diferente eles têm medo de avisar e aqui não ser preso, mas ser investigado” enquanto que Mário (técnico de enfermagem) aponta: “às vezes eles estão envolvidos com crimes, parece engraçado mas eu mesmo já fui assaltado aqui na sala vermelha”. Essa percepção também foi apreendida durante a observação participante quando o profissional se referiu ao paciente usuário de SPA como marginalzinho.

Em contraponto a essa visão dos usuários permeada de qualificadores negativos, poucos entrevistados, apenas três profissionais, destacaram perspectivas diferenciadas em relação a esse paciente. José (enfermeiro) aponta que: “quando a gente rotula assim o usuário de SPA a gente remete muito ao paciente, a gente não consegue se enxergar também como usuário de SPA” e acrescenta: “ele está em todos os lugares, mas ele só chega pra gente no hospital quando esse uso traz danos físicos, nem tanto psicológicos”. Já Adriana (médica) afirma: “a gente acha que eles vão chegar maltrapilho, que eles vão chegar com higiene inadequada, mas ao contrário, muitos deles são pessoas como nós, pessoas que trabalham que têm família e que fazem uso de SPA de forma abusiva muitas vezes”. Gabriel (psicólogo) complementa: “todos nós somos usuários em menor ou maior grau de alguma substância, seja lícita ou ilícita, a diferença está na relação que o sujeito estabelece com essa substância”. Nessas descrições citadas acima, é possível observar outro lugar que o usuário passa a ocupar na fala desses profissionais, não mais de doente ou de marginal, mas sim de um sujeito que está inserido em um contexto e que transita no cotidiano comum a todas as pessoas. Merece

destaque nessa análise, que em nenhum momento da coleta de dados, seja durante a observação participante ou nas entrevistas, o usuário de SPA foi descrito enquanto um sujeito de direitos, inclusive os resguardados por dispositivos legais e políticas públicas específicas. Tal constatação, além de extremamente relevante, é alvo de intensa preocupação, pois demonstra a fragilidade não apenas do ponto de vista técnico, mas também em relação à perpetuação da imagem estigmatizada que o usuário de SPA possui.

Ainda no que concerne aos(às) usuários de SPA, todos os entrevistados, no total de 16 profissionais de saúde, destacaram que o estigma e preconceito em relação a esses usuários são uma realidade vivenciada na instituição, comprometendo diretamente a qualidade do cuidado prestada a esses pacientes. João (enfermeiro) relata: “infelizmente a gente tem muito preconceito”, enquanto que Ana (assistente social) destaca: “pra mim é um pouco complexo porque quando a gente pensa no usuário e tem aquela visão do senso comum e do preconceito, existe, e você culpa aquela pessoa de viver dessa forma né. Eu acho que essas pessoas ainda são tratadas com muito desdém, muito preconceito”. Já Solange (médica) destaca: “de uma forma geral eu não vejo tratamento diferenciado no sentido de melhora, mas no sentido do estigma, de um certo preconceito, de um certo receio, um medo”. Quando o assunto é o atendimento aos(às) pacientes que são usuários de SPA, os entrevistados acrescentaram que esses pacientes são negligenciados e marginalizados, comprometendo assim a assistência e o cuidado e gerando um distanciamento. Ou seja, ao expressar a fala própria, os profissionais são capazes de relativizar a estigmatização que, no entanto, se revela nos comentários sobre a instituição ou os outros profissionais.

Soares, Silveira, Martins, Gomide, Lopes e Ronzani (2011) afirmam que a atribuição de características indesejáveis ao indivíduo ou ao grupo pode levar à evitação e rejeição do alvo da rotulação, ocasionando o distanciamento social. Esses autores acrescentam que o consumo de álcool e outras drogas são considerados uma das principais condições

estigmatizadas pelo mundo, refletindo-se na prática dos profissionais, que endossam atitudes autoritárias e estigmatizadoras, além do desejo de distanciamento social. Essa realidade será discutida no tópico a seguir devido à sua importância.

6.4. O discurso dos profissionais

6.4.1. De onde falam os profissionais

Durante a análise das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde, chamou atenção da pesquisadora, o lugar de fala que os entrevistados representam. A partir dessa observação, o mapa dialógico referente aos gêneros da fala foi composto por três colunas que buscaram demonstrar o lugar de fala de cada entrevistado, destacando como temas: a fala própria, a fala do outro e a fala da instituição. Supõe-se que esse aspecto evidenciado durante as entrevistas se deu em função da temática, no caso uso de SPA, que ainda gera desconforto a alguns profissionais e pela relação que os entrevistados possuem com o local da pesquisa, o hospital geral.

A análise aqui realizada baseia-se na noção interanimação dialógica, referida anteriormente. Nessa procurou-se uma aproximação com as três dimensões da palavra mencionadas por Spink (2010) como a “palavra neutra”, a “palavra do outro” e a “minha palavra”. Adequando esta abordagem ao contexto investigado, foram identificadas as dimensões da fala da instituição, a fala do outro e fala própria.

Em menor número, a fala da instituição revela o discurso institucional, como destacam João (enfermeiro): “a gente não tem um protocolo para ele (usuário de SPA). A gente deveria ter um protocolo melhor para atender eles aqui” e Solange (médica): “Se for realmente só por isso fica complicado porque o hospital não tem nenhuma estrutura adequada...”. Nessas manifestações, os entrevistados não se colocam, ou quando o fazem é de maneira muito limitada e através de generalizações. Observa-se uma invisibilidade do paciente usuário de

SPA nesse discurso, além de uma relação importante entre a fala da instituição e a fala própria (que será apresentada posteriormente) demonstrando que o discurso institucional foi internalizado pelos profissionais que ali trabalham, havendo, algumas vezes, certa dificuldade em diferenciar a fala da instituição e a fala própria. Essas falas que se misturam demonstram que há um gênero da fala próprio do espaço de saúde e, mais especificamente, acerca dos usuários de SPA.

A maioria dos entrevistados fez uso do termo “a gente” que permite subtender que o entrevistado faz parte do que está sendo dito. Entretanto, algumas vezes esse termo “a gente” serve para designar a fala do outro, ou como denomina Spink, a palavra do outro. Embora tenha sido uma tarefa delicada definir quando o termo “a gente” referia-se à fala do outro ou à fala própria, observou-se que a maioria dos entrevistados fazia uso da fala do outro principalmente quando eram abordadas questões referentes à conduta ou tratamento dos(as) pacientes usuários de SPA, possivelmente, na tentativa de evitar algum constrangimento ou comprometimento. Observa-se que a fala do outro encontra consonância com a fala própria, assim como da instituição e é carregada de sentidos e posicionamentos acerca das SPA. João (enfermeiro) destaca: “a sociedade impõe isso aí, mas a gente, pelo hospital tem que atender, mas a gente acaba tratando o paciente com um pouco de preconceito.” E complementa: “A equipe vai atender ele, mas ele não vai ter a empatia da equipe. A equipe não vai abraçar ele e não vai tentar cuidar ao máximo possível para melhorar mais ainda o atendimento. Vai fazer só o que deveria fazer”. É possível perceber nesse trecho da fala do entrevistado que o profissional inicialmente se coloca como parte do processo dentro do contexto do hospital, porém na medida em que as respostas vão denotando a conduta, o profissional se distancia e se coloca à parte dessa realidade. Outras colocações que demonstram essa tentativa de se distanciar dos possíveis julgamentos ou condutas negativas diante dos(as) pacientes usuários de SPA são a de Tatiana (médica) ao afirmar: “as pessoas, a maioria na verdade, encaram

como se a pessoa fosse culpada ou então como se ela não quisesse, não olha tão bem” e a de José (enfermeiro): “é como se o profissional de saúde tentasse meio que punir, eles atribuem um caráter punitivo a esse paciente porque é como se ele tivesse provocado a causa dele está ali”. Para além dos conteúdos dessas falas, observa-se que não há um envolvimento ou participação ativa na prática que está sendo relatada. Nesse sentido, a fala do outro aparece como um recurso para descrever o contexto, mas também para se afastar da responsabilidade do cuidado e de possíveis transformações deste cenário.

Por fim e em maior intensidade a fala própria é aquela que revela o sentido produzido mais pessoal pelo profissional de saúde acerca dos(as) pacientes usuários de SPA. Dentre os 16 entrevistados, uma minoria apresentou discrepâncias em relação às substâncias, aos(às) usuários e às condutas. A partir da linguagem, compreendida enquanto prática social que privilegia a noção do contexto, os profissionais de saúde se colocaram enquanto sujeitos ativos na construção desses sentidos, que perpassa desde a visão do usuário enquanto uma pessoa em sofrimento, doente, que necessita de ajuda até a perspectiva associada à periculosidade e criminalidade.

Os profissionais reconhecem condutas estigmatizadoras e preconceituosas em relação aos(às) pacientes usuários de SPA, sendo que alguns buscam justificar tal prática pela ausência de conhecimento sobre a temática ou experiências anteriores. Nesse sentido, João (enfermeiro) afirma: “a gente tem muito preconceito. Falo por mim, eu acabo tendo”. E acrescenta: “Eu vou atender e fazer o meu papel, mas não vou ter a empatia com ele que com outro paciente eu teria”. Já José (enfermeiro) pontua: “Para mim é como qualquer outro paciente, como qualquer outro ser humano que precisa de atendimento. Ao meu ver, são como todos os outros”. Enquanto que Mário (técnico de enfermagem) descreve: “eu me senti impotente. A gente acha que às vezes é preparado para aquele tipo de coisa, mas na hora você se sente impotente porque você não tinha uma formação ou até mesmo um encaminhamento”.

Para além dos conteúdos que a fala própria dos entrevistados revelam e que são extremamente impactantes (e que já foram objetos de análise) observa-se que há uma implicação do profissional na construção desses sentidos, verbalizados através do pronome Eu ou do termo “a gente”. Diferente da fala da instituição e da fala do outro, é possível reconhecer o profissional na fala própria, bem como seu posicionamento diante da temática. Salienta-se que, durante a observação participante, a fala própria dos profissionais também se destacou quando comparada à fala do outro ou da instituição, fato este que reforça a perspectiva contextual das práticas discursivas e da produção de sentidos.

6.4.2.O cuidado dos(as) pacientes usuários(as) de SPA

Uma dimensão extremamente significativa e que se fez presente na fala dos profissionais, diz respeito ao cuidado dos(as) pacientes usuários de SPA. A maioria dos profissionais aponta que esses pacientes são negligenciados e marginalizados em relação aos cuidados de que necessitam. Antônio (médico) destaca: “a primeira palavra que me vem à mente é um paciente negligenciado”, já Solange (médica) afirma: “eu vejo na maioria das vezes um tratamento diferencial, mas não diferencial para melhor, mas um estigma, um preconceito”, enquanto que Tatiana (médica) diz: “eles são marginalizados, as pessoas não dão aquele olhar de que às vezes, a gente pode ajudar. Eu vejo que às vezes ficam olhando assim, fazem tudo que a gente pede, não falta nada, mas às vezes não tem o mesmo olhar com outro paciente”. Ana (assistente social) acrescenta: “eu acho que essas pessoas ainda são tratadas com muito desdém, muito preconceito. Elas não têm a qualidade de atendimento que outras teriam” e João (enfermeiro) descreve: “a gente faz o atendimento, mas acaba não dando o cuidado que a gente deveria ou daria a outro paciente”.

Aqui se faz necessária uma breve reflexão acerca do cuidado. Para Ayres (2004), a compreensão do cuidado em saúde não se limita a um conjunto de recursos e medidas

terapêuticas ou a procedimentos auxiliares que permitam efetivar a aplicação de uma terapêutica, mas sim a “uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade” (Ayres, 2004, p. 74). Esse autor aponta três categorias sobre o cuidado: o cuidado como categoria ontológica, como categoria genealógica e como categoria crítica – que não serão discutidas aqui em função da proposta deste estudo – e acrescenta que o cuidado requer um tipo de saber que se distingue da universalidade da técnica e da ciência, sendo o espaço do cuidado aquele que acontece nas interações terapêuticas, na atividade prática e não na teoria.

“...assumimos que a saúde e a doença não são apenas objeto, mas na condição mesma de objeto, configuram modos de ser-no-mundo. Enquanto tal, utilizar ou não certas tecnologias, desenvolver ou não novas tecnologias, quais tecnologias combinar, quais tecnologias transformar, todas essas escolhas resultam em um juízo prático, um tipo de sabedoria diferente daquela produzida pela ciência. Trata-se de uma sabedoria que não cria produtos, não gera procedimentos sistemáticos e transmissíveis, não cria universais, posto que só cabe no momento mesmo em que os seus juízos se fazem necessários. Revalorizar a dignidade dessa sabedoria prática é, portanto, uma tarefa e um compromisso fundamental quando se quer cuidar.” (Ayres, 2004, p. 86)

Outras muitas falas dos profissionais entrevistados, além das apresentadas aqui, apontam para a lacuna em relação ao cuidado quando este paciente é usuário de SPA. Esses mesmos profissionais caracterizam esse paciente como um paciente que dá mais trabalho aos(às) profissionais em virtude dos sintomas e sinais já citados anteriormente e da mudança de comportamento em função da abstinência. Benedita (técnica. de enfermagem) afirma: “era um paciente tão bonzinho assim, ele não era trabalhoso e nada e só que a gente não sabia que ele era usuário de droga. Eles tentam até ter um comportamentinho bom, mas que chega uma hora que ele entra em surto”, enquanto que Maria (enfermeira) descreve: “dá mais trabalho para gente né. O contrário, o trabalho da gente é dobrado porque tem que ter muita atenção

porque é um paciente que não tá na sua consciência normal” e Bárbara (fisioterapeuta) relata: “eles dão mais trabalho, mas de discriminar ou de chamar para dar um tratamento diferenciado, melhor, nem uma coisa nem outra. De ficarem desorientados, de ficarem agressivos e você não conseguir, tipo, um desmame do ventilador, tipo eu não consigo atender o paciente direito”. Nesse sentido, observa-se um discurso conflitante entre os profissionais que, ao mesmo tempo em que afirmam que o paciente usuário de SPA é negligenciado ou marginalizado em relação ao cuidado, apontam para uma possível responsabilização desse paciente por um tratamento diferenciado em função de ser um paciente trabalhoso e dos sintomas e sinais apresentados.

Ainda sobre o cuidado e diante desse cenário definido por alguns profissionais como “trabalhoso”, foi questionado aos(às) entrevistados se eles solicitavam outro profissional para que pudesse contribuir no atendimento ao paciente usuário de SPA e a grande maioria afirmou que, geralmente, solicitam o apoio da Psicologia para o paciente e o familiar. Em menor número, os entrevistados afirmaram solicitar também a intervenção do Serviço Social (principalmente quando identificada alguma demanda social ou que necessite de alguma articulação seja com os familiares ou com algum serviço externo) e da Psiquiatria, sobretudo quando o paciente apresentava alguma agitação ou alteração que indicasse a necessidade de medicação específica.

Observa-se que a agitação, assim como os demais sintomas e sinais aqui já descritos e atribuídos ao paciente usuário de SPA causam nos profissionais certa preocupação e até mesmo desconforto, colocando a necessidade de intervenção medicamentosa específica. Além disso, pode se perceber uma associação entre o uso de SPA e transtorno mental, sendo essa relação frequentemente estabelecida pelos profissionais entrevistados. Embora a literatura aponte para uma maior vulnerabilidade das pessoas com transtornos mentais para o uso de

SPA não há como generalizar que todos os(as) pacientes usuários de SPA têm algum tipo de transtorno mental ou vice-versa.

Ainda em relação às solicitações de outros profissionais, a realidade evidenciada durante as entrevistas também foi percebida durante a observação participante. Era conduta frequente dos profissionais, principalmente médicos e equipe de enfermagem, solicitar a intervenção da Psicologia, seja informalmente ou através de solicitação pelo sistema de gerenciamento de demandas (sistema próprio do hospital utilizado pela Unidade de Atenção Psicossocial para o registro de demandas para a Psicologia e Serviço Social) e da Psiquiatria, através de solicitação de parecer no prontuário do paciente.

Percebe-se que, a atuação da Psicologia ainda é referência quando o assunto é o uso de SPA, fato este que aponta duas perspectivas. A primeira diz respeito ao entendimento ampliado que a Psicologia oferece à compreensão do uso e abuso de SPA, seus usuários e familiares. Entretanto, essa mesma compreensão de tal fenômeno gera a segunda perspectiva: faz com que os demais profissionais julguem que cabe apenas à Psicologia intervir diante desse cenário, afastando assim as demais profissões também envolvidas no cuidado e limitando qualquer intervenção multiprofissional ou mesmo interdisciplinar diante dessa realidade.

6.4.3. A família

Uma temática que se fez presente durante a observação participante e nas entrevistas e que merece destaque é a família. A família do paciente usuário de SPA é relacionada ao sofrimento, sendo considerada necessária atenção e cuidado também para ela. Se o usuário é, por sua vez, muitas vezes, responsabilizado e até mesmo culpabilizado pelo uso de SPA, a família é vista como vítima dessa situação, que acarreta não apenas no sofrimento daqueles que a constituem, mas também em perdas financeiras como pontua o profissional Mário

(técnico de enfermagem): “teve um rapaz que a parente dele, a tia dele disse que ele já foi internado umas oito vezes e ele quando foi voltando a si ele pediu para ser internado novamente que ele sozinho não tinha condições, inclusive o pai dele tava vendendo o comércio dele para ajudar e porque era perto de uma boca de fumo, onde ele usava. Ai a gente fica pensando na família”.

Essa preocupação com a família foi pontuada pela maioria dos profissionais, como é percebido na fala de Benedita (técnica de enfermagem): “a gente solicita a psicologia tanto para ele como para a família porque a família também fica assustada” ou Bárbara (fisioterapeuta): “então quando eu vejo, são pacientes jovens e eu fico pensando como já não é a vida dele, em casa, o sofrimento da família, às vezes tem pacientes que a família nem vem visitar, tem outros que vem todos os familiares”.

Ainda sobre a família, os profissionais apontam para essa implicação das famílias no cuidado aos(às) pacientes usuários de SPA. Essa percepção já foi observada nas falas anteriores e pode ser complementada pela de Tatiana (médica): “e tem aqueles que já são dependentes, que já são moradores de rua e que a gente acha que a família já abandonou e a família não abandonou, a família tenta resgatar esse paciente e não consegue muitas vezes, então logo me vem à família dele na cabeça”.

Para Freires e Gomes (2012) a família está envolvida no desenvolvimento saudável, ou não, de seus membros, já que ela é compreendida como sendo o elo que os une às diversas esferas da sociedade. Esses autores apontam para a complexa influência da família no caso da manifestação do uso abusivo de SPA, podendo a família ser um fator de risco ou de proteção. Entre os fatores de proteção, pode-se destacar a qualidade dos vínculos familiares, o envolvimento afetivo e o estabelecimento de regras e limites coerentes. Já os fatores de risco estão relacionados a problemas de relacionamento entre pais e filhos, relações afetivas

precárias, ausência de regras e normas claras dentro do contexto familiar, uso de drogas pelos familiares e situações de conflitos permanentes.

Nesse sentido, observa-se que a família é percebida pelos profissionais entrevistados como um elemento positivo, estratégico e tem grande importância no que diz respeito aos(as) pacientes usuários de SPA. Não por apenas necessitarem de cuidado por estarem vivenciando situações intensas e que despertam sofrimento, mas também por serem compreendidas como elemento estratégico na adesão e continuidade do tratamento, o que nem sempre ocorre de fato.

6.4.4. O estigma social

Um dos objetos de reflexão desta pesquisa, o estigma social, bem como a relação entre este construto social e os usuários de SPA já foi abordado anteriormente. Como já dito, o estigma social tem seu marco teórico em 1963 na obra de Erving Goffman intitulada *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (Goffman, 1988) e poderia ser definido como uma marca ou um sinal que designaria ao seu portador um status “deteriorado” e, portanto, menos valorizado que as pessoas “normais”, chegando ao ponto de incapacitá-lo para uma plena aceitação social. Oliveira e Ronzani (2012) apontam que, enquanto um processo dinâmico e contextual, produzido socialmente, moldado por forças históricas e sociais, moderado por efeitos imediatos do contexto social e situacional sobre a perspectiva do estigmatizador, estigmatizado e da interação entre os dois, o estigma refere-se à atribuição de rótulos e estereótipos (características pessoais ou sociais atribuídas a determinadas pessoas ou grupos antes mesmo de ser realizada uma avaliação cuidadosa) negativos a determinados comportamentos.

Nesse sentido, a partir da observação participante e das entrevistas realizadas aos(as) profissionais de saúde, foi possível verificar que os(as) pacientes usuários de SPA são

estigmatizados devido à situação do uso. Essa realidade é percebida por uma parcela significativa dos entrevistados, que embora não se incluam nesse processo de estigmatização, reconhecem a existência desse fenômeno, e também o quanto isso dificulta o cuidado desses pacientes. Solange (médica) aponta: “de uma forma geral eu não vejo um tratamento diferenciado no sentido de melhora, mas sim no sentido do estigma, de um certo preconceito, de um certo receio, um medo”, enquanto que Jéssica (assistente social) descreve: “então eu acho que querendo ou não a gente não deixa de ter aquela opinião e aquele juízo de valor de preconceito”.

Muitos profissionais sinalizam para a relação entre o estigma social e o preconceito, muitas vezes utilizando, de maneira equivocada e embasada pelo senso comum, como sinônimos. Como já abordado aqui anteriormente, Silveira e Ronzani (2011) destacam que a estigmatização envolve os processos de rotulação, atribuição de causalidade e atribuição moral, estereótipos, atitudes e preconceito e a discriminação. O preconceito está relacionado às atitudes hostis ou negativas com relação a determinado grupo ou pessoa e representa o aspecto afetivo ou emocional da diferenciação, pelo qual membros de grupos são desvalorizados. O efeito imediato do preconceito é a discriminação, refere-se a forma de relacionamento, avaliação e atendimento comparativamente desigual, desfavorável e excludente, proporcionado a um grupo ou individualmente.

Os profissionais também apontam para a necessidade de intervenções em educação no intuito de transformar essa realidade, contribuindo assim para um melhor atendimento ao paciente usuário de SPA. João (enfermeiro) afirma: “eu acho que a gente deveria discutir mais isso aqui em nível de educação continuada. A gente tem discutido pouco, porque a gente recebe muito paciente que usa droga” e complementa: “a gente não tem um protocolo para ele. A gente deveria ter um protocolo para atender eles aqui”. Ainda sobre essa lacuna, Mário (técnico de enfermagem) pontua: “eu acho que falta um trabalho, um planejamento, um curso,

uma capacitação ou uma equipe para lidar só com esse tipo de gente”, enquanto que Débora (fonoaudióloga) afirma: “eu acho que, assim sempre que a gente puder ter uma informação a mais né, independente de qual profissional, é interessante para gente, saber uma abordagem que a gente precisa ter, ou algum cuidado que a gente tenha que ter, tudo que venha de orientação, de conhecimento e poder atender melhor, lidar melhor com esse paciente é importante.”

Silveira e Ronzani (2011) apontam que não basta apenas oferecer tratamento à condição de saúde, sendo necessário considerar os efeitos da estigmatização a fim de propiciar uma atenção integral aos indivíduos usuários de SPA, sendo necessárias ações de conscientização da população sobre os prejuízos do preconceito e do estigma. Enquanto estratégia para superar o estigma associado aos (às) usuários de álcool e outras drogas, é imprescindível o preparo dos profissionais de saúde de todos os níveis de atenção, visando a uma abordagem adequada e menos moralizante aos (às) usuários. Essas lacunas percebidas pelos profissionais entrevistados e contempladas pelos autores apresentados neste estudo, reforçam a necessidade de se refletir e implantar brevemente alternativas que corroborem com os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Redução de Danos.

6.5. As Políticas Públicas

Durante a observação participante e as entrevistas, foi possível verificar que os profissionais desconhecem as políticas públicas relacionadas aos (às) usuários de SPA, principalmente no que se refere ao tratamento. Muitos profissionais ainda associam como única possibilidade de tratamento a abstinência total. Nesse sentido. Mário (técnico de enfermagem) afirma: “o único jeito deles ficarem bom é procurando um tratamento para parar de vez de beber”, enquanto que João (enfermeiro) diz: “mas eles não querem parar de usar, eles querem continuar usando, tem que parar de usar se não qualquer dia vão morrer”. Essa

perspectiva também foi identificada durante as observações participantes a partir de comentários que não apenas demonstram o desconhecimento de elementos como a Política Nacional de Atenção ao Usuário de Álcool e outras drogas, como também a reprodução de um discurso da lógica hospitalocêntrica e de desvalia dos serviços substitutivos. Dentre esses comentários, podem-se destacar alguns como: “esse negócio de CAPS é frescura” ou “se tivesse um familiar usuário de drogas iria colocá-lo numa fazenda, longe de tudo e de todos”.

Durante a observação participante e análises das entrevistas, não foi identificado nenhum profissional que mencionasse a Política de Redução de Danos, enquanto política adotada pelo Ministério da Saúde como estratégia de atenção e cuidado aos (às) pacientes usuários de SPA que pressupõe ações voltadas para minimizar os danos sociais e à saúde decorrente do uso de drogas. Este fato demonstra um desconhecimento desse recurso, mas também uma lógica de tratamento centrada no espaço do hospital psiquiátrico e o afastamento desse paciente do seu convívio familiar e comunitário. Esse desconhecimento implica na reprodução de práticas centralizadas no modelo biomédico, que reforçam o estigma e os sentidos acerca das substâncias e dos usuários que foram aqui apresentados.

Acrescenta-se a esse cenário de desconhecimento, as mudanças ocorridas na Política Nacional de Saúde Mental em dezembro de 2017, como já pontuado anteriormente. Tais mudanças, aprovadas pelo Ministério da Saúde e sem a participação da sociedade civil ou dos movimentos envolvidos com a temática, indicam um retrocesso nas leis, bem como na oferta dos cuidados em saúde mental. Entre as mudanças, destaca-se a inclusão das comunidades terapêuticas como mecanismos da RAPS, bem como a manutenção de leitos psiquiátricos e a redução de recursos para os serviços extra-hospitalares.

Para várias entidades, entre eles o Conselho Federal de Psicologia, essas mudanças aconteceram de maneira arbitrária e são contrárias às demais resoluções em Saúde Mental,

que apontam para os avanços consideráveis oriundos da Reforma Psiquiátrica e que se predispoem a garantir os direitos das pessoas em situação de sofrimento mental.

Essa lacuna em relação não apenas à Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, mas também à Redução de Danos e aos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS foi identificada quando os profissionais foram questionados sobre os encaminhamentos dos (as) pacientes usuários de SPA para serviços externos a fim de iniciarem ou darem continuidade ao tratamento. Dentre os 16 entrevistados, seis profissionais responderam que não realizam nenhum encaminhamento quando o paciente usuário de SPA recebe alta hospitalar. Sobre essa temática, Bárbara (fisioterapeuta) afirma: “Não. Nunquinha”, já Mário (técnico de enfermagem) relata: “Não. Não tivemos treinamento específico para encaminhar” e Adriana (médica) complementa: “Não. Às vezes quando acontece é o Serviço Social ou a Psicologia que fazem algum encaminhamento para o ambulatório da psiquiatra”.

Já os demais profissionais entrevistados afirmaram que fazem algum tipo de encaminhamento, geralmente para o CAPS ou para o ambulatório de psiquiatria, ligado ao hospital. Embora, alguns profissionais tenham comentado positivamente quanto ao encaminhamento, foi possível verificar que muitos destes responsabilizam os profissionais da Psicologia e do Serviço Social por estes encaminhamentos como aponta Betânia (técnica de enfermagem): “acho que talvez a assistente social ou a psicóloga possam fazer” ou Débora (fonoaudióloga): “a gente aciona um outro profissional que possa fazer esse direcionamento à família, que geralmente é o psicólogo que faz”. Além do CAPS e do ambulatório de psiquiatria destinado a pacientes egressos do hospital, foram citados espaços como a Unidade Básica de Saúde, o Consultório na Rua, o Centro POP e o NASF – Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Estes espaços foram citados principalmente por profissionais da Psicologia e do

Serviço Social, o que denota uma aproximação maior destes profissionais com os serviços de referência na atenção ao usuário de SPA.

Observa-se não apenas a falta de responsabilização dos profissionais quanto aos encaminhamentos dos (as) pacientes usuários de SPA, como também uma prática deslocada da proposta de atenção em rede, como orienta a Portaria nº 3.088 de 23 de Dezembro de 2011, que institui a RAPS. Sendo assim, os prejuízos aos (às) pacientes usuários de SPA e seus familiares são imensuráveis, sendo urgente a adoção de estratégias para a mudança desse cenário.

6.6. Os leitos de saúde mental no Hospital Geral

Como abordado anteriormente, a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS foi regulamentada através da Portaria nº 3088, de 23 de Dezembro de 2011 e aborda, entre vários pontos, a atenção hospitalar às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), destacando-se a enfermagem especializada em Hospital Geral e o Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Em complemento a tal Portaria e já apresentada nesta pesquisa, vale a pena destacar a Portaria nº 148, de 12 de Janeiro de 2012 que define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. Essa Portaria compreende o Serviço Hospitalar como um serviço, que além de compor a RAPS, propicia a preservação da vida, visando criar condições para a garantia da continuidade do cuidado pelos outros componentes da Rede de

Atenção Psicossocial; a articulação com os outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde na Região de Saúde, bem como a oferta de suporte hospitalar para situações de urgência/emergência decorrentes do consumo ou abstinência de álcool, crack e outras drogas, bem como de comorbidades psiquiátricas e/ou clínicas advindas da Rede de Atenção às Urgências, da Rede de Atenção Psicossocial e da Atenção Básica.

Compreendendo os leitos de saúde mental como estratégia de cuidado aos (às) usuários de SPA e a partir da realidade vivenciada no local da pesquisa, foi questionado aos (às) profissionais entrevistados se tinham conhecimento da previsão legal desses leitos em hospitais gerais e qual a apreciação deles em relação à implantação desse dispositivo naquela unidade de saúde, visto que há uma discussão a respeito de tal necessidade, porém ainda sem previsão.

Em relação à ciência dos leitos de saúde mental em hospitais gerais, apenas dois profissionais relataram não ter conhecimento de tal dispositivo enquanto componente da RAPS. No que diz respeito à implantação desses leitos no hospital de referência, todos os entrevistados, um total de 16 profissionais, afirmaram serem favoráveis. Porém, esses mesmos profissionais apontam que tal implantação não teria condições de ocorrer em um curto espaço de tempo devido a elementos estruturais e de recursos humanos. Esse conflito pode ser observado na fala de Antônio (médico): “eu acho que não tem condições, eu acho que deveria. Eu concordo com a Política até pensando que a Política vem como uma das vertentes da luta antimanicomial, então eu acho que deveria ter em todo hospital, mas pelo perfil nosso atual de demanda e de sobrecarga não é possível, mas no futuro quem sabe a gente controlando essa demanda nossa sou completamente favorável a ter esses leitos” ou como descreve Benedita (técnica de enfermagem): “eu acho que de imediato não, mas acho que é um projeto bom que poderia ser estudado a longo tempo”. Já Adriana (médica) reforça: “seria maravilhoso se a gente tivesse uma equipe maior. É necessário sim porque a gente sabe

que depois da reforma a quantidade de leitos psiquiátricos reduziu muito e é uma demanda real”.

Entre os elementos que os entrevistados apontaram como entraves para a implantação dos leitos de saúde mental na unidade de saúde, destacam-se, principalmente, a estrutura física do hospital, entre eles, o número insuficiente de leitos, o excesso de demanda e o quantitativo limitado de profissionais. Tatiana (médica) aponta: “eu acho que é preciso ter um número maior de profissionais porque não adianta ter estrutura e não ter profissionais”, enquanto que Francisca (técnica de enfermagem) afirma: “a estrutura física que aqui não tem e profissional também, porque a demanda de profissionais aqui é pouca, falta gente para atender a demanda que aqui é muito grande”.

Ainda em relação às lacunas para a implantação dos leitos de saúde mental, também foi pontuada pelos profissionais, a necessidade de formação específica, através de cursos e capacitações, visando não apenas a ampliação do conhecimento, mas também a melhora no atendimento a esses pacientes e a redução de práticas estigmatizadoras e discriminatórias. Nesse sentido, Ana (assistente social) afirma: “talvez com os leitos essa demanda teria mais visibilidade e talvez diminuísse esses comportamentos que a gente percebe aqui, mas para isso é preciso muita capacitação”. Já José (enfermeiro) destaca: “sensibilização previamente de todos os profissionais, porque se a equipe não se sensibilizar esses pacientes quando forem institucionalizados aqui vão continuar sendo marginalizados quanto aos cuidados”, enquanto que Débora (fonoaudióloga) aponta: “eu acho que precisa de um pouco mais de treinamento, um pouco mais de conhecimento por parte da equipe, acho que teria que ter pessoal treinado, especializado, que conhecesse mais sobre o assunto, que soubesse lidar com o paciente e com a família porque tem muitas pessoas que ainda tem medo, que julgam e isso não é legal”.

Sejam as justificativas relacionadas à estrutura hospitalar, aos recursos humanos ou ao conhecimento específico considerado necessário, observa-se uma resistência importante por

parte dos profissionais entrevistados, que encontra consonância na gestão da instituição, acerca da implantação dos leitos de saúde mental no hospital geral, enquanto dispositivo da RAPS. Lamentavelmente esse cenário não se mostra passível de mudança em um curto espaço de tempo, sendo necessários esforços por parte dos demais componentes da RAPS, a fim de refletir e sensibilizar os profissionais do hospital envolvidos nesse processo quanto à importância desse dispositivo, sempre levando em consideração às condições e a qualidade da assistência, que pressupõe a reorganização de elementos aqui já apresentados e também considerados extremamente relevantes, como a estrutura física, os recursos humanos e capacitações específicas sistemáticas sobre a temática.

7. Considerações Finais

Como abordado no início dessa dissertação, a história do consumo de SPA se mistura com a própria história da humanidade. Na busca incessante por alimentos e formas de se adaptar ao meio ambiente, o homem acabou por descobrir plantas com efeitos medicamentosos e que alteravam o estado da consciência. A relação que foi estabelecida entre diferentes sociedades e determinadas substâncias aponta, por um lado, para uma ligação com o natural e, por outro lado, para um processo singular de construção da realidade.

Observa-se que o uso de SPA, lícitas e ilícitas, tem uma trajetória não apenas histórica e social, mas política e econômica também. A partir do início do século XX e as ideias do proibicionismo, o uso de SPA tornou-se um problema. A disseminação do consumo dessas substâncias associada à condição de mercadoria permitiu que o uso de SPA deixasse de ser algo da ordem individual e passasse a ser de controle e fiscalização do estado, com o argumento dos malefícios à saúde e à segurança.

Diante desse cenário, as SPA e os usuários assumem outro lugar, agora então relacionado à marginalidade, criminalidade e culpabilização. Nesse sentido, os adventos de saúde provocados pelo consumo ou uso abusivo dessas substâncias passam a ser vistos como, exclusivamente, de responsabilidade do indivíduo. Essa percepção social também é observada nos espaços de saúde e perpassa a prática dos profissionais de saúde. Além do distanciamento social observado na conduta destes profissionais de saúde, os usuários de SPA são estigmatizados, elementos estes que não contribuem para a busca de tratamento, adesão ou continuidade do cuidado.

Na tentativa de buscar estratégias para transformar essa realidade e de acordo com os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas configura-se como um referencial na organização e estruturação da atenção ao usuário de SPA, buscando superar a ótica,

predominantemente, psiquiátrica ou médica e levando em consideração os determinantes sociais, psicológicos, econômicos e políticos. Se antes as políticas públicas e as possibilidades de tratamento baseavam-se na redução da oferta e da demanda e na abstinência, agora a redução de danos oferece uma possibilidade de cuidado ao reconhecer a singularidade dos usuários e traçar, juntamente com eles, estratégias voltadas não para a abstinência, mas para a defesa da vida. Observam-se outros dispositivos legais que reforçam esse avanço na atenção aos (às) usuários de álcool e outras drogas, destacando a compreensão da RAPS.

Enquanto em rede composta por diversos dispositivos e estratégias, a RAPS propõe um conjunto de diferentes ofertas de cuidado realizadas por diferentes serviços, estes referenciados no território. Enquanto componente dessa rede, os leitos de saúde mental nos hospitais gerais têm o objetivo de acolher os usuários em situação de crise que necessitem de cuidados contínuos. Além dessa função, os leitos de saúde mental nos hospitais gerais são vistos como dispositivos estratégicos na tentativa de refletir sobre o lugar que os usuários de SPA ocupam na sociedade e, especificamente, nos espaços de saúde, bem como diminuir o estigma que essa parcela da população ainda sofre.

Nesse sentido, essa pesquisa buscou compreender os sentidos produzidos pelos profissionais de saúde atuantes em um hospital geral acerca dos (as) pacientes usuários (as) de SPA. Após a análise dos resultados, é possível afirmar que o uso de substâncias psicoativas por pacientes que chegam ao hospital geral é uma condição percebida pelos profissionais de saúde daquela instituição de forma negativa e estigmatizada. Os (as) pacientes usuários (as) de SPA são passíveis de julgamentos morais e preconceitos, causando distanciamento entre o profissional de saúde e o paciente, comprometendo o cuidado.

As SPA ainda são percebidas como algo nocivo, que traz prejuízos e danos ao usuário. Destaca-se a percepção que os profissionais de saúde têm acerca do álcool, sendo este concebido, mesmo enquanto substância lícita, como prejudicial, sem distinção das demais SPA.

Ressalta-se que esta compreensão está diretamente relacionada ao cotidiano da unidade hospitalar, que como já foi pontuado anteriormente, é referência em acidentes de transportes terrestres, estando estes associados à ingestão de bebida alcoólica. Neste ponto, em particular, nota-se que a visão dos profissionais se distancia do senso comum, segundo o qual o álcool seria menos nocivo por ser lícito.

Em relação aos (às) usuários (as) de SPA, estes ainda são culpabilizados por sua condição de saúde e muitas vezes, marginalizados. Os profissionais de saúde reconhecem essa realidade, afirmando que há preconceito, estigma, além da falta de informação e conhecimento na condução dos atendimentos. Quanto a essas concepções acerca dos (as) usuários (as) de SPA e ao tratamento oferecido a esses pacientes, observa-se um conflito no que diz respeito ao envolvimento desses profissionais de saúde que, ora se percebem como parte ativa desse processo de estigmatização, ora atribuem essa ação aos demais profissionais, se eximindo de qualquer responsabilidade de uma prática, ou mesmo da continuidade de uma prática estigmatizadora. Ressalta-se que embora os profissionais de saúde percebam e, até mesmo critiquem essas posições estigmatizantes, observa-se que eles não têm espaços para reflexão de tais ou meios para transformá-las, sendo assim de fundamental importância ações de educação em saúde que possam contribuir com a transformação desse cenário. Ressalta-se que, como já foi dito anteriormente, a pesquisa desenvolvida restringiu-se aos profissionais de saúde, sendo relevante estudos que possam investigar os sentidos produzidos pelos (as) usuários (as) acerca da compreensão do cuidado, que inclui os serviços e profissionais de saúde.

Durante a análise dos resultados, chamou atenção no discurso dos profissionais o lugar ocupado pela família dos (as) pacientes usuários de SPA. Alvo de avaliações positivas, a família foi compreendida como uma instituição importante para o tratamento de saúde dos (as) pacientes, mas também como um sistema em sofrimento em função dos prejuízos causados pelo uso de SPA por seus familiares hospitalizados. Contudo, nem sempre a família é fator protetivo,

podendo se configurar também como contexto de risco, exposição e vulnerabilidade desses usuários. Diante desse destaque atribuído à família, fica aqui como sugestão o desenvolvimento de outras pesquisas que possam contemplar os sentidos produzidos pelas famílias de usuários (as) de SPA acerca do uso de SPA e as possibilidades de cuidado.

Assim como a família, merece destaque o desconhecimento por parte dos profissionais de saúde dos dispositivos legais e outros documentos que orientam o atendimento aos (às) usuários de SPA e que são referência para a prática profissional em saúde, como a perspectiva de redução de danos, que é a estratégia de cuidado adotada pelo Ministério da Saúde. Essa lacuna que se dá desde a formação e se perpetua durante a prática profissional se reflete nos encaminhamentos desses pacientes aos serviços externos para continuidade do acompanhamento. Alguns profissionais desconhecem essa prática enquanto possibilidade de cuidado, enquanto que outros atribuem essa função, exclusivamente à equipe de Psicologia ou Serviço Social do hospital, mostrando na prática uma fragilidade da rede que é frequentemente mencionada.

No que diz respeito aos leitos de saúde mental no hospital geral há um consenso quanto à importância da implantação desse dispositivo, porém todos os profissionais afirmaram que, devido ao quantitativo de pacientes, ausência de estrutura física específica, equipe de profissionais reduzida, além da falta de conhecimento referente à temática, não vislumbram a implantação dos leitos em um curto espaço de tempo. Observa-se uma resistência dos profissionais no que diz respeito aos leitos de saúde mental no hospital geral, provavelmente em função dos sentidos aqui apresentados acerca das SPA e do próprio usuário. Essa resistência encontra forças na gestão da unidade hospitalar e no enfraquecimento que se observa, atualmente, na RAPS através do desmonte da Política de Saúde Mental vigente. Não se trata de implantar os leitos de saúde mental nos hospitais gerais sem as devidas condições, pois isso poderia remeter a atenção à saúde mental a retrocessos já superados, mas sim de garantir o

esforço dos profissionais de saúde e dos órgãos competentes para que essas lacunas sejam superadas e os leitos de saúde mental implantados de maneira responsável, que possam cumprir sua função na rede através de um atendimento digno e respeitoso.

Em relação a possíveis diferenças no tratamento de saúde oferecido aos (às) pacientes usuários de SPA e aos (às) pacientes não usuários, não foi possível afirmar a existência dessa diferenciação uma vez que não foi observada falta de assistência a esses pacientes. Entretanto, cabe aqui refletir que essa afirmação limita-se apenas à compreensão de tratamento enquanto condutas voltadas ao motivo do internamento, mas se o entendimento de tratamento for ampliado para a dimensão do cuidado que perpassa pelo respeito à singularidade desse paciente usuário de SPA, foi possível identificar, como já foi dito, atitudes que reforçam o estigma, preconceito e discriminação que os usuários de SPA sofrem.

Por fim, cabe refletir que um dos objetivos dos leitos de saúde nos hospitais gerais seria diminuir o estigma a que a população com transtorno mental ou usuários de álcool e outras drogas estão expostos, porém observa-se que o hospital geral ainda tem se mostrado enquanto um espaço de reprodução de práticas estigmatizadoras. A fim de se romper com essa contradição é necessário o investimento nos recursos humanos dessas instituições visando à desconstrução de alguns pressupostos sobre os usuários de SPA até aqui tidos como verdadeiros, bem como o fortalecimento dos conhecimentos, a começar pelo percurso histórico das SPA até as políticas públicas atuais que embasam as possibilidades de tratamento. Para que essas mudanças ocorram, as instituições de saúde devem investir na capacitação de seus profissionais através da educação permanente em saúde, como alguns dos entrevistados comentaram explicitamente.

Além da importância da formação dos recursos humanos enquanto estratégia para transformação no atendimento aos (às) usuários de SPA nos hospitais gerais é imprescindível a realização de novas pesquisas na área de saúde mental, em especial, a respeito das substâncias

psicoativas a fim de dar visibilidade a essa temática, bem como fornecer novos elementos para a melhoria do atendimento a essa população e formulação de novas políticas públicas que possam atender às necessidades atuais.

Referências

- Alverga, A.R.; Dimenstein, M. (2006). *A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura*. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 10, n.20, 299-316. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/03.pdf>
- Alves, V.S. (2009). *Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n.11, 2309-2319. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/02.pdf>
- Amarante, P. (2007). *Estratégias e dimensões do campo da saúde mental e atenção psicossocial*. In Amarante, P. (2007). *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Angerami-Camon, V.A. (2010). *Psicologia Hospitalar: teoria e prática*. São Paulo: Pioneira Thonson Learning.
- Aragaki. S.S.; Lima, M.L.C.; Pereira,C.C.Q; Nascimento, V.L.V (2014). *Entrevistas: negociando sentidos e coproduzindo versões de realidade*. In Spink, M.J. (Org.) (2014) produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas. Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, Rio de Janeiro.
- Aragaki. S.S.; Piani, P.P.; Spin, M.J. (2014). *Uso de repertórios linguísticos em pesquisa*. In Spink, M.J. (Org.) (2014) produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas. Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, Rio de Janeiro.
- Assis, J.T.; Barreiros, G.B.;Conceição, M.I.G. (2013). *A internação para usuários: diálogos com a reforma psiquiátrica*. Revista Latinam. Psicolopatologia Fund., São Paulo, v.16, n. 4, 584-596. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v16n4/07.pdf>
- Ayres, J.R.C.M. (2004). *Cuidado e reconstrução das práticas de saúde*. Interface Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, v.8, n.14, 73-92. Disponível em

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832004000100005&script=sci_abstract
&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141432832004000100005&script=sci_abstract&tlng=pt)

Ayres, J.R.C.M. (2013). Prefácio. In Monteiro, S. (Org.) (2013). *Estigma e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Bakhtin, M. (2016). *Os gêneros do discurso*. São Paulo: Editora 34.

Barros, R.E.M; Tung, T.C.; Mari, J. (2010). *Serviços de emergência psiquiátrica e suas relações com a rede de saúde mental Brasileira*. Rev. Bras. Psiquiatria, v.32, 71-77.
Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a03.pdf>

Brasil. (1992). *Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992*. Normatiza o atendimento em saúde mental na rede SUS. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde.

Brasil. (2001). *Lei 10.216 de 06 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2004). *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2005). *Portaria nº 1028 de 01 de julho de 2005*. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência sejam reguladas por esta Portaria. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2011). *Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2012). *Portaria nº 148 de 31 de janeiro de 2012*. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com

sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do componente hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial e institui incentivos financeiros de investimentos e de custeio. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2012). *Nota Técnica nº 25, de 05 de junho de 2012*. Apresenta informações sobre a implantação de Leitos de Saúde Mental em Hospitais Gerais, em conformidade com a Portaria GM/MS nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério Público Federal - Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (2012). *Cartilha Direito à Saúde Mental*. Brasília. Disponível em http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude-mental/direito_saude_mental_2012/

Carneiro, H. (2002). *As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX*. Revista Outubro, São Paulo, v. 6, 115-125. Disponível em http://www.neip.info/downloads/t_hen2.pdf

Costa, P.H.A.; Colugnati, F.A.B.; Ronzani, T.M. (2015). *As redes de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: histórico, políticas e pressupostos*. In Ronzani, T.M. (Org.) (2015). *Redes de Atenção aos Usuários de Drogas: políticas e práticas*. São Paulo: Cortez.

Costa, P.H.A.; Colugnati, F.A.B.; Ronzani, T.M. (2014). *Avaliação de serviços em saúde mental no Brasil: revisão sistemática da literatura*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.20. n. 10, 3243-3253. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3243.pdf>

Damascena (Org.) (2016). *Consumo abusivo de álcool e envolvimento em acidentes de trânsito na população brasileira*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n.12, 3777-3786. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n12/1413-8123-csc-21-12-3777.pdf>

- Dias, M.K.; Gonçalves, R.W.; Delgado, P.G.G. (2010). *Leitos de atenção integral à saúde mental em hospital geral: configuração atual e novos desafios na política de saúde mental*. In Vasconcelos, E.M. (2010). Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira. São Paulo: Hucitec.
- Dovidio, J. F.; Major, B.; Crocker, J. (2003). *Stigma: introduction and overview*. In T. F. Heatherton, R. E. Kleck, M. R. Hebl & J. G. Hull (Orgs.), *The social psychology of stigma* (pp. 1-28). New York: The Guilford Press. Disponível em [https://www.researchgate.net/publication/224012639 Stigma Introduction and overview](https://www.researchgate.net/publication/224012639_Stigma_Introduction_and_overview).
- Escohotado, A. (2004). *História elementar das drogas*. Lisboa: Antígona.
- Ferreira, G.M.K.; Marins, M.F.; Moraes, R.S.; Lopes, C.L.A.S. (2012). *Interações psiquiátricas em hospital geral e a política de saúde mental*. *Journal of Nursing and Health*, Pelotas, v.2, 333-339. Disponível em <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3477>.
- Freires, I.A.; Gomes, E.M.A. (2012). *O Papel da Família na Prevenção ao uso de Substâncias Psicoativas*. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 16, n.1, 99-104. Disponível em <http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/viewFile/10899/7098>.
- Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Haguete, T.M.F. (2003). *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Vozes.
- Hirdes, A. (2009). *A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão*. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.14, n.1, 297-305. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a36v14n1.pdf>.

- Labate, B.C.; Fiore, M.; Goulart, L. (2008). *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: Edufba, Disponível em <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ufba/192/1/Drogas%20e%20Cultura.pdf>
- Laranjeira, R.; Nicadi, S.; Jeronimo, C.; Marques, A.C. (2000). *Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento*. Rev Bras Psiquiatria, v.22(2), 62-71. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n2/a06v22n2.pdf>
- Mello, R.P. (Org) (2007). *Construcionismo, Práticas Discursivas e Possibilidades de Pesquisa em Psicologia Social*. Psicologia e Sociedade, 19 (3).
- Minayo, M. C. S. (2007). *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Editora HUCITEC.
- Minayo, M. C. S., Deslandes, S. F., & Gomes, R. (2016). *Teoria Social: Teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Monteiro, S. (Org.) (2013). *Estigma e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Moura, J.H.; Duccini, L.; Rodrigues L.B. (2013). *As ciências sociais em saúde: possibilidades investigativas da antropologia*. In: Cor das Letras: Revista do Departamento de Letras e Artes da Universidade Estadual de Feira de Santana N. 14. Feira de Santana: UEFS.
- Nascimento, V.L.V.; Tavanti, R.M.; Pereira, C.C.Q. (2014). *O uso de mapas dialógicos como recurso analítico em pesquisas científicas*. In Spink, M.J. (Org.) (2014) produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas. Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, Rio de Janeiro.
- Oliveira, M.C.; Ronzani, T.M. (2012). *Estigmatização e Prática dos Profissionais da APS referentes ao consumo de álcool*. Psicologia Ciência e Profissão, v. 32, n. 3, 648-661. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v32n3/v32n3a10.pdf>

- Oliveira, R.C.M. (2014). *(Entre) Linhas de uma pesquisa: o diário de campo como dispositivo de informação na/da abordagem (auto)biográfica*. Revista Brasileira de Educação de Jovens e Adultos, vol. 2, nº 4, 69-87. Disponível em <https://www.revistas.uneb.br/index.php/educajovenseadultos/article/view/1059>
- Organização Mundial da Saúde - OMS (2006). *Neurociência do uso e da dependência de substâncias psicoativas*. São Paulo: Roca.
- Paes, M.R.; Silva, T.L.; Chaves, M.N; Maftum, M.A. (2013). *O papel do hospital geral na rede de atenção à saúde mental no Brasil*. Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá, v.12, n. 2, 407-412. Disponível em <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/14207>
- Paiva, F. S. (Org). (2014). *A Percepção Profissional e Comunitária sobre a Reinserção Social dos Usuários de Drogas*. Psicologia & Sociedade; v. 26, n.3. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n3/a18v26n3.pdf>
- Parker, R. (2013). *Interseções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública Mundial*. In Monteiro, S. (Org.) (2013). *Estigma e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Patriota, L.M. (2011). *Saúde mental, reforma psiquiátrica e formação profissional*. Disponível em http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/CdVjornada/JORNADA_EIXO_2011/IMPASSES_E_DESAFIOS_DAS_POLITICAS_DA_SEGURIDADE_SOCIAL/SAUDE_MENTAL_REFORMA_PSIQUIATRICA_E_FORMACAO_PROFISSIONAL.pdf.
- Petuco, D.R.S.; Medeiros, R.G. (2009). *Redução de Danos: dispositivo da reforma?* Boletim Drogas e Violência no Campo, Rio de Janeiro, [s.l.], [s.n.]. Disponível em <http://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/589>

- Rasera, E.; Japur, M. (2005). *Os sentidos da construção social: o convite construcionista para a Psicologia*. Paidéia, Ribeirão Preto, v.15, n.30, 21-29. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103863X2005000100005&script=sci_abstract&tlng=pt
- Rodrigues, R.H. (2004). *Análise de gêneros do discurso na teoria bakhtiniana: algumas questões teóricas e metodológicas*. Linguagem em (Dis)curso, v.4, n.2, 415-440. Disponível em http://www.portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/Linguagem_Discurso/article/view/272
- Ronzani, T.M.; Furtado, E.F. (2010). *Estigma Social sobre o Uso de Álcool*. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, v. 59, n. 4. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004720852010000400010&lng=en&tlng=pt.
- Ronzani, T.M.; Noto, A.R.; Silveira, P.S. (2014). *Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para os profissionais e gestores*. Juiz de Fora: Editora UFJF.
- Ronzani, T.M.; Andrade, T. (2006) *A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento*. In Senad (Org.), Sistema para detecção de uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas. Brasília, SENAD. Disponível em http://www.supera.senad.gov.br/pluginfile.php/62073/mod_resource/content/1/SUP7_Mod1.pdf
- Ronzani, T.M.; Higgins-Biddle, J.; Furtado, E.F. (2009). *Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil*. Social Science & Medicine, v. 69, 1080-1084. Disponível em <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027795360900478X>

- Rosa, A. R.; Tureta, C.; Benedicto, S.C. (2006). *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos nos estudos organizacionais: a contribuição do construcionismo social*. Contextus Revista Contemporânea, Fortaleza, v.4, n.1. Disponível em <http://www.contextus.ufc.br/2014/index.php/contextus/issue/view/9>
- Silveira, P.S.; Martins, L.F.; Soares, R.G.; Gomide, H.P. Ronzani, T.M. (2011). *Revisão sistemática da literatura sobre estigma social e alcoolismo*. Estudos de Psicologia, Natal, v.16 n.2. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2011000200003
- Silveira, P.S.; Ronzani, T.M. (2011). *Estigma Social e saúde mental: quais as implicações e importância do profissional de saúde*. Revista Brasileira Saúde da Família, Brasília, v. 28, 51-58. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/revista_saude_familia28.pdf
- Silveira, P.S.; Soares, R.G.; Noto, A.R.; Ronzani, T.M. (2013). *Estigma e suas consequências para usuários de drogas*. In Ronzani, T.M. (Org). *Ações integradas sobre drogas. Prevenção, abordagens e políticas públicas*. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 248-274. Disponível em http://www2.unifesp.br/dpsicobio/Nova_versao_pagina_psicobio/CAPITULO10ESTIGMAECONSEQUENCIAS.pdf
- Simonetti, A. (2004). *Manual da Psicologia Hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Soares, R.G; Silveira, P.S.; Martins, L.F.; Gomide, H.P.; Lopes, T.M.; Ronzani, T.M. (2011). *Distância social dos profissionais de saúde em relação à dependência de substâncias psicoativas*. Estudos de Psicologia, Natal, v.16, n. 1, 91-98. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413294X2011000100012&script=sci_abstract&tlng=pt

- Spink, Peter Kevin. (2004). *Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista*. *Psicologia & Sociedade*, v.15, n.2, 18-42. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822003000200003&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0102-71822003000200003.
- Spink, M. J. (2010). *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais.
- Spink, M. J. (2010). *Psicologia Social e Saúde: trabalhando com a complexidade*. *Quaderns de Psicologia*, v.12, n. 1, 41-56. Recuperado de <http://www.quadernspsicologia.cat/article/view/752>
- Spink, M.J. & Gimenes, M.G. (1994). *Práticas Discursivas e produção de sentidos: apontamentos metodológicos para a análise de discurso sobre a saúde e a doença*. *Saúde e Sociedade*, v. 3, n. 2.
- Spink, M. J. P.; Medrado, B. (1999). *Produção de Sentido no Cotidiano: uma abordagem teórico metodológica para análise das práticas discursivas*. In: Spink, M. J. (org.). *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano*. São Paulo: Cortez.
- Spink, M. J. P.; Frezza, R.M. (1999). *Práticas Discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social*. In: Spink, M. J. (org.). *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano*. São Paulo: Cortez.
- Spink, M. J.; Menegon, V.M. (1999). *A pesquisa como práticas discursivas: superando os horrores metodológicos*. In: Spink, M. J. (org.). *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano*. São Paulo: Cortez.
- Spink, M. J.; Lima, H. (1999). *Rigor e visibilidade: a explicação dos passos da interpretação*. In: Spink, M. J. (org.). *Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano*. São Paulo: Cortez.

- Spink, M.J.; Medrado, B.; Mélló, R.P. (2014). *Vinte e cinco anos nos rastros, trilhas e riscos de produções acadêmicas situadas*. In Spink, M.J. (Org.) (2014) produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas. Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, Rio de Janeiro.
- Torcatto, C.E.M. (2016). *A História das Drogas e sua proibição no Brasil*. Tese de Doutorado. São Paulo.
- Vargas, E.V. (2000). *Que guerra é essa? A proposito da partilha moral entre drogas e fármacos*. Conjuntura Política, FAFICH-UGMG, Belo Horizonte, v. 22, 1-14. Disponível em http://www.neip.info/downloads/eduardo_vargas/tx_01.pdf
- Vargas, E.V. (2008). *Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas*. In Labate, B.C.; Fiore, M.; Goulart, L. Drogas e cultura: novas perspectivas. Salvador: Edufba, 2008. Disponível em <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ufba/192/1/Drogas%20e%20Cultura.pdf>
- Vasconcelos, E.M. (2010). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec.

Apêndice A – Roteiro de Entrevista

1. Formação profissional
 - Em que, onde foi, há quanto tempo;
 - Durante a formação havia discussões em relação de saúde mental, especificamente sobre os usuários de SPA;
 - Considera importante ou interessante essas discussões? Se não teve formação, como busca suprir essa falta;
 - Conhece ou já leu ou já participou de discussões sobre a Política Nacional de Atenção ao Usuário de Álcool e outras Drogas?
2. Quando falamos em substâncias SPA e usuários de SPA, o que vem a sua mente?
3. O que você compreende por substâncias psicoativas?
4. Você sabe quais são as substâncias psicoativas encontradas no Brasil atualmente? (verificar se surge a diferenciação entre lícitas e ilícitas/ o que você acha dessa diferenciação, para você faz sentido?).
5. Agora falando da sua experiência pessoal aqui no hospital você percebe alguma diferença quando um paciente é usuário de SPA? Através de que tipo sinais ou comportamentos? Dá para perceber se é usuário de SPA lícita ou SPA ilícita? Você acha que há diferença nos impactos na saúde?
6. De forma bem pessoal, o que você acha do usuário de SPA?
7. Aqui no hospital ou em outra instituição em que você trabalha você já atendeu pessoas que são usuárias de alguma SPA? Esses pacientes chegaram à instituição como e por quê?
8. Como você identificou que se tratava de um usuário? Quais foram os sinais (físicos e/ou psicológicos) que você percebe? Houve alguma particularidade nesse atendimento, alguma conduta que você considere específica ao paciente usuário de SPA?
9. Em caso positivo, tem algum caso que chamou sua atenção? Como você se sentiu atendendo essa demanda? Como foi sua conduta? Você solicitou a intervenção de algum outro profissional?
10. E o que você acha desses pacientes chegarem aqui no hospital? Você acha que o hospital oferece condições para receber essa demanda? (caso não, o que seria necessário?)
11. Pensando nos serviços que compõem a Rede de Atenção Psicossocial – a RAPS, há a previsão de leitos em saúde mental em hospitais gerais. O que você acha da possibilidade de implantação desses leitos no hospital? Caso não veja condições, por quê? Caso positivo, tem algo que você considere importante para a atenção aos usuários de SPA? E aqui no hospital, tem algo ainda que não disponha?
12. Quando há a necessidade de algum tipo de encaminhamento desse paciente para outro serviço externo, como isso se dá? (verificar se conhece os serviços que compõe a raps, se é o profissional mesmo que encaminha ou se pede a outro profissional).

Apêndice B – Exemplo de Mapas Dialógicos

MAPA DIALÓGICO 1- GÊNEROS DA FALA

IDENTIFICAÇÃO	FALA PRÓPRIA	FALA DO OUTRO	FALA DA INSTITUIÇÃO
João (enfermeiro)	<ul style="list-style-type: none"> - a gente tem muito preconceito. Falo por mim, eu acabo tendo. - a gente vê ele e a gente vê que ele teoricamente não devia usar, porque ele está fazendo errado. - a gente acaba tratando ele com um pouco de preconceito. - a gente faz o atendimento, mas acaba não dando o cuidado que a gente deveria ou daria a outro paciente que não tivesse naquela situação pelo preconceito. - a gente tem que ir pelos sintomas - tanto eu quanto a própria equipe a gente trata com um, não seria desleixo, mas com menos empatia. - alguns pacientes a gente quer, a gente abraça o paciente. A gente quer cuidar. No usuário de SPA a 	<ul style="list-style-type: none"> - a sociedade impõe isso aí, mas a gente, pelo hospital a gente tem que atender, mas a gente acaba tratando o paciente com um pouco de preconceito. - como eles chegam com uma índole bem diferente eles te medo de avisar e aqui não ser preso, mas ser investigado. - A equipe tb é o mesmo tratamento. É que nem o paciente chegar e tipo assim, ele fez uma violência. Ele vai ser atendido, mas ele não vai ter a empatia da equipe. A equipe não vai abraçar ele e não vai tentar cuidar ao máximo possível pra melhorar mais ainda o atendimento. Vai fazer só o que deveria fazer. - Até pra tentar tirar um pouco do preconceito da equipe (referindo-se a educação continuada). 	<ul style="list-style-type: none"> - a gente não tem um protocolo para ele. A gente deveria ter um protocolo melhor para atender eles aqui.

	<p>gente já não, o preconceito já deixa a gente mais...</p> <ul style="list-style-type: none">- eu sou a favor dela (maconha) ser lícita. Porque eu não acho que ela seja a causa dele matar uma pessoa não.- a droga pra mim, tanto o álcool que já é uma droga, só expõe você a fazer o que vc quer. Ela vai expor o seu caráter- Pra mim é o mesmo paciente, mas por conta do preconceito eu não vou abraçar ele.- Eu vou atender e fazer o meu papel, mas não vou ter empatia com ele que com outro paciente eu teria.- Eu acho que, na verdade...em questão do próprio paciente vítima disso ai eu acho que não tem condições de receber essa demanda- Acho que a gente atende bem até quando ele diz o que usa.- A gente tenta encaminhar pro CAPS e retornar ao ambulatório da psiquiatria tb. Nem sempre eles		
--	---	--	--

	<p>vão, mas a gente tenta orientar tanto eles quanto a família pra continuar.</p> <p>- Eu acho que a gente deveria discutir mais isso aqui a nível de educação continuada aqui. A gente tem discutido pouco, porque a gente recebe muito paciente que usa droga.</p>		
--	--	--	--

MAPA DIALÓGICO 2 – COMO AS SUBSTÂNCIAS SE APRESENTAM

IDENTIFICAÇÃO	DESCRITORES	REPERTÓRIOS LINGUÍSTICOS	QUALIFICADORES
João (enfermeiro)	<ul style="list-style-type: none"> - drogas - álcool que não deixa de ser um SPA, mas que por ser lícita acaba diminuindo o peso dele. - maconha, crack e heroína - tanto o álcool que já é uma droga - que mais chega aqui no HU é álcool 	<ul style="list-style-type: none"> - álcool -maconha - crack - heroína - liberação (da maconha) - exposição - caráter - assassinato (exceto maconha) 	<ul style="list-style-type: none"> - algumas drogas deveriam ser lícitas, na verdade a própria maconha, pra mim, eu sou a favor dela ser lícita. Porque eu não acho que ela seja a causa dele matar uma pessoa não. - a droga pra mim, tanto o álcool que já é uma droga, só expõe você a fazer o que vc quer. - ela (droga) vai expor o seu caráter

MAPA DIALÓGICO 3 – COMO OS USUÁRIOS SÃO APRESENTADOS

IDENTIFICAÇÃO	DESCRITORES	REPERTÓRIOS LINGUÍSTICOS	QUALIFICADORES
<p>João (enfermeiro)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ele está fazendo errado - por medo também eles não informam o que usam, fala só do álcool por ser lícito - a gente tem que ir pelos sintomas, se dá uma taquicardia vai tratar em cima dos sintomas do que ele usou - a maioria chega mais agitado, ele chega desorientado, também chega com muito medo de avisar o que ele usou, pq ele tem medo de ser subjugado. Tem medo de ser tipo, como eles chegam com uma índole bem diferente eles tem medo de avisar e aqui não ser preso, mas ser investigado. - Ele chega embriagado, chega com taquicardia importante, uma pressão elevada e é um 	<ul style="list-style-type: none"> - medo - consequências judiciais (preso/investigado) - sintomas: taquicardia, pressão elevada, rebaixamento de consciência, intoxicação, acometimento neurológico - sinais: embriagado , agressividade, agitação, desorientação - índole bem diferente/ não tão boa - propícios a certas doenças e traumas - preconceito - protocolo - cuidado/zelo - vício 	<ul style="list-style-type: none"> - eles são propícios a ter doenças neurológicas, principalmente AVC hemorrágico. E alguns sofrem traumas porque usam e...eles ingerem bebidas e vão dirigir - infelizmente a gente tem muito preconceito - a gente faz o atendimento, mas acaba não dando o cuidado que a gente deveria ou daria a outro paciente. - a gente não tem um protocolo para ele. A gente deveria ter um protocolo melhor para eles. - teoricamente ele já não tem uma índole tão boa - não é um paciente que a gente vai tratar com tanto zelo - alguns já tem o vício e não aceita o vício dele então é bem difícil eles

	<p>paciente que já não responde à droga.</p> <ul style="list-style-type: none"> - a maioria chega por rebaixamento de consciência, às vezes intoxicação, chega muito acometimento neurológico - às vezes ficam agressivos - mas eles não querem parar de usar, eles querem continuar usando, tem que parar de usar se não qualquer dia vão morrer. 		<p>seguirem, mas a gente tem que encaminhar para ver, pra sinalizar.</p>
--	---	--	--

MAPA DIALÓGICO 4 - LEITOS DE SAÚDE MENTAL EM HOSPITAIS GERAIS

PROFISSIONAL	APRECIÇÃO	REPERTÓRIOS LINGUÍSTICOS	LIMITAÇÕES/ NECESSIDADES
João (enfermeiro)	- eu acho que o hospital hoje não imagina isso dos leitos. Deveria implantar sim, mas deveria implantar não só para eles, mas para todo	<ul style="list-style-type: none"> - implantação dos leitos - quantitativo de leitos insuficiente - qualificação da equipe 	<ul style="list-style-type: none"> - quantitativo de leitos insuficiente - qualificação da equipe

	<p>mundo pq o quantitativo de leitos hoje é muito pequeno pras demandas.</p> <p>- eu penso que a equipe também tem que melhorar, a gente ainda tem muita coisa para aprender porque ainda tem muito preconceito.</p>	<p>- aprendizado</p> <p>- preconceito</p>	
--	--	---	--

MAPA DIALÓGICO OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

CAUSA	NOMENCLATURA	QUALIFICAÇÃO	CONDUTA	SINAIS/SINTOMAS	JULGAMENTOS
A sedação não pegou em virtude do uso de drogas	Drogada	Rebelde	Avaliação psiquiátrica	Olhar vago, disperso	Esse negocio de CAPS é frescura
Não tem condições de ficar sozinha porque é usuária de drogas	Paciente etilista	Esse povo bebe até o rabo e vem dá trabalho aqui	Avaliação psicológica	A sedação não pega	O que falta a esse povo é uma boa camada de pau e uns bons tapas
Vai começar a causar tumulto no setor porque está em abstinência	Paciente psiquiátrico	Paciente perigoso para si mesmo e para os demais	Acha bom que a psiquiatra dê uma olhadinha	Tem cara de ser de rua, está sujo e tem cheiro forte	Se tivesse um familiar usuário de drogas iria coloca-lo numa fazenda, longe de tudo e de todos

Agitação	Marginalzinho	Paciente mora na rua, usa drogas	Leu no prontuário que o paciente bebe e fuma há mais de 20 anos	Parece está sob efeito de alguma droga, pois não consegue responder as perguntas da equipe	...porque se bebeu e pegou a moto deveria se virar sozinho e não vir para cá tomar a vez de quem precisa
Está aguardando vaga na clínica médica para dá trabalho lá porque aqui já deu bastante	Coitada	Paciente é de rua e deve ser viciado em tudo e um pouco mais	Solicita que a psicóloga dê uma olhadinha na paciente para vê se ele está tranquilo	Muito agitado	Coitada dela, se fosse filho meu eu já tinha deixado os bichos comerem
Dificultando o tratamento	Tá tão doidona	O paciente é dependente, mas está calminho e de boa	Chamar o psicólogo para avaliar	Eu sei pelo olhar e a medicação não funciona	Esse povo tem que está em Hospital Psiquiátrico, no CAPS e não aqui
Paciente pode se agitar, ficar agressivo e o familiar pode ajudar	Viciado	Paciente era bonzinho e de uma hora para outra ficou agitado	Médico pergunta ao paciente se ele tinha bebido e se estava de capacete	Paciente agitada	Esse tipo de paciente dá muito trabalho, a gente aqui se matando e eles só avacalhando, acho que nem esperam virar a esquina para tomar a primeiro dose
Inquieto e agitado	Bebinho		Vai ser preciso acionar o Centro POP	Desorientado, agitado, usuário de bebida alcoólica	...só ela que não vê que esse daí já era, deve usar um pó

Começar a dá piti	Drogado		Encaminhar para o CAPS já que o paciente é usuário de crack e álcool	Inquieto e agitado	Nessa altura do campeonato ele vai querer parar de beber, vai nada e ele quem está certo.
O outro médico disse a ela que a epilepsia foi por conta da bebida	Paciente alcoolizada		Passo logo dexametasona e deixo lá esperando	Alterado	A técnica diz sentir penada mãe do paciente e que o paciente deveria arrumar um emprego e não fica fumando maconha por ai fazendo a mãe passar essa vergonha

