
**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

IANE OLIVEIRA AMORIM

**A IMPORTÂNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA DIMINUIÇÃO DO
PROCESSO DE ESTIGMATIZAÇÃO NO TRATAMENTO AOS USUÁRIOS DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

BRASÍLIA - DF

2015

**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

IANE OLIVEIRA AMORIM

**A IMPORTÂNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA DIMINUIÇÃO DO
PROCESSO DE ESTIGMATIZAÇÃO NO TRATAMENTO AOS USUÁRIOS DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Monografia apresentada ao II Curso de Especialização em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília para a obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Orientado por: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

BRASÍLIA – DF

2015

**II CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE MENTAL,
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – II CESMAD**

IANE OLIVEIRA AMORIM

**A IMPORTÂNCIA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA DIMINUIÇÃO DO
PROCESSO DE ESTIGMATIZAÇÃO NO TRATAMENTO AOS USUÁRIOS DE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Esta Monografia foi avaliada para a obtenção do Grau de Especialista em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, e aprovada na sua forma final pela Banca a seguir.

Data: ____/____/____

Nota: _____

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa
Coordenador Geral do II CESMAD

Prof. 2

BRASÍLIA – DF
2015

Autorização para Publicação Eletrônica de Trabalhos Acadêmicos

Na qualidade de titular dos direitos autorais do trabalho citado, em consonância com a Lei nº 9610/98, autorizo a Coordenação Geral do II CESMAD a disponibilizar gratuitamente em sua Biblioteca Digital, e por meios eletrônicos, em particular pela Internet, extrair cópia sem ressarcimento dos direitos autorais, o referido documento de minha autoria, para leitura, impressão ou download e/ou publicação no formato de artigo, conforme permissão concedida.

*Para minha mãe, minha eterna gratidão; e
à Deus pelo dom da vida.*

"As drogas, mesmo o crack, são produtos químicos sem alma: não falam, não pensam e não simbolizam. Isto é coisa de humanos. Drogas, isto não me interessa. Meu interesse é pelos humanos e suas vicissitudes."

Antonio Nery Filho

RESUMO

A presente revisão de literatura tem como objetivo geral mostrar como os profissionais de saúde podem ajudar a diminuir a estigmatização que acontece aos usuários de álcool e outras drogas no tratamento de saúde. Foi abordado a história do uso de álcool e outras drogas como processo social e como se dá o estigma ao usuário. Justifica-se esse trabalho pois ao sofrerem os efeitos da estigmatização, os usuários evitam buscar ajuda para o tratamento de suas condições. Mas para que isso ocorra é fundamental o estabelecimento do vínculo profissional - paciente. É preciso que se rompam os estigmas que acompanham os usuários e que permeia a sociedade. Portanto os profissionais de saúde precisam acolher sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, sempre estimulando a participação e o engajamento do usuário.

Palavras-chave: estigma, álcool e drogas, profissionais de saúde.

ABSTRACT

This literature review has as main objective to show how health professionals can help reduce the stigma that happens to users of alcohol and other drugs in the treatment of health. Was approached history of alcohol and other drugs as a social process and how is the stigma to the user. Is justified because this work to suffer the effects of stigmatization, users avoid seeking help for treating their conditions. But for this to occur the establishment of professional bond is essential - the patient. It is necessary to break the stigma that accompany the users and that permeates society. Therefore health professionals need to accept without judgment, which in every situation, with each user, always encouraging the participation and user engagement.

Keywords: stigma, alcohol and drugs, health professionals.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	14
3. METODOLOGIA	15
4. REVISÃO DE LITERATURA	17
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS	49

INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias psicoativas faz parte da história da humanidade e está associado a rituais culturais e religiosos, atividades recreativas, formas de enfrentar problemas, meio de socialização ou isolamento, tendo sua relevância social, política, econômica e religiosa em diferentes contextos e épocas (DUARTE; MORIHISA, 2008).

Apesar dos relatos do uso milenar de drogas, a mudança do contexto de uso, anteriormente ligado para fins ritualísticos, passando principalmente para o recreacional e ligados ao prazer, tem trazido alguns desafios para a sociedade moderna. Acrescenta-se a isso, aspectos geopolíticos, culturais, ideológicos e econômicos envolvidos no tema que são base para interpretações do que pessoas e sociedades pensam e julgam sobre o comportamento de consumo de drogas (RONZANI; NOTO; SILVEIRA, 2014).

O abuso e a dependência de drogas acarretam uma série de consequências negativas para a vida, incluindo problemas de saúde e psicológicos, prejuízos nas relações sociais e familiares, além de problemas legais e com a justiça (RONZANI; NOTO; SILVEIRA, 2014).

Estima-se que no Brasil, em 2005, o álcool e o tabaco eram as substâncias mais consumidas, com prevalências de uso na vida de 74,6% e 44,0%, respectivamente. O uso na vida de outras substâncias, exceto o álcool e o tabaco é de 22,8%, sendo que a maconha (8,8%) e solventes (6,1%) representam as drogas de maior consumo (exceto álcool e tabaco) seguido por benzodiazepínicos (5,6%); orexigênos (4,1%); estimulantes (3,2%) e cocaína (2,9%) (CARLINI; GALDURÓZ, 2007).

Os debates sobre as drogas estão hoje permeados por um clima altamente emocional, às vezes mesmo truculento. Essa é uma razão fundamental para que tentemos discutir e examinar a questão do uso das drogas através de perspectivas variadas e procurando, através do diálogo civilizado, chegar a algum tipo de esclarecimento mais racional sobre a questão, que é extremamente complexa, que envolve diversas variáveis e que normalmente – nas discussões que se travam sobretudo na imprensa - tendem a desaparecer e produzir debates maniqueístas, polarizações que em nada ajudam a uma compreensão mais complexa desse conjunto de fenômenos (VELHO, 1997).

O impacto da moralização do usuário de álcool e drogas em termos de saúde pública é enorme. As consequências do processo de estigmatização, como a diminuição da autoestima e a perda de oportunidades sociais, acabam funcionando como barreiras de acesso aos serviços de saúde (CORRIGAN, 2004; CRANDALL, 2003).

Diversas razões podem justificar a estigmatização do uso de drogas, incluindo o fato de que, muitas vezes, o consumo de drogas não é visto como um problema de saúde, mas como falha de caráter, fazendo com que seja atribuída ao usuário a responsabilidade pelo aparecimento e pela solução do seu problema (RONZANI; NOTO; SILVEIRA, 2014).

Portanto, é importante entendermos em que contexto fazemos nossos julgamentos sobre “o que é usar drogas” e o que está por trás do que é lícito ou ilícito.

Frente à complexidade do tema, a estigmatização dos profissionais de saúde aos usuários de álcool e outras drogas interfere no tratamento dos mesmos?

Nesse sentido, o presente estudo tem como finalidade contribuir com a discussão sobre a assistência aos usuários de substâncias psicoativas nos serviços de saúde buscando contribuir para um tratamento mais adequado do estigma relacionado aos usuários de drogas e para a realização de intervenções dos profissionais de saúde junto aos mesmos a fim de reduzir o estigma e, conseqüentemente, melhorar o cuidado da saúde dessas pessoas.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Mostrar como os profissionais de saúde podem ajudar a diminuir a estigmatização no tratamento aos usuários de álcool e outras drogas

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o processo do consumo do álcool e outras drogas da história à dependência como processo social;
- Apontar como se dá o estigma ao usuário de álcool e outras drogas.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

O trabalho desenvolvido seguiu os preceitos do estudo exploratório, por meio de uma pesquisa bibliográfica, que, segundo Gil (2008, p.50) “é desenvolvida por material já elaborado constituído de livros e artigos científicos”.

Nesta perspectiva da proposta de Gil (2008) foi utilizada nas seguintes etapas:

1º etapa: Fontes

As fontes utilizadas para a pesquisa foram: Scielo, PsychLit, BVS, CAPES, Medline, Bibliotecas Virtuais das Universidades (Bancos de Teses e Dissertações), livros.

Para a seleção das fontes foram consideradas como critérios de inclusão as bibliografias que abordassem a estigmatização aos usuários de álcool e drogas e temática relacionada foram excluídas aquelas que não atenderam a temática.

2º etapa: Coleta de dados

A coleta de dados seguiu a seguinte premissa:

- a) Leitura exploratória de todo material selecionado (leitura rápida que objetiva verificar se a obra consultada é de interesse para o trabalho);
- b) Leitura seletiva (leitura mais aprofundada das partes que realmente interessa);
- c) Registro das informações extraídas das fontes em instrumento específico.

3º etapa: análise e interpretação dos resultados

Nesta etapa foi realizada leitura analítica com a finalidade de ordenar e resumir as informações contidas nas fontes, de forma que estas possibilitem a obtenção de respostas ao problema da pesquisa.

4º etapa: Discussão dos resultados

Categorias que emergiram da etapa anterior foram analisadas e discutidas a partir do referencial teórico relativo à temática do estudo.

3.2 Aspectos éticos

Houve o comprometimento de citar os autores utilizados no estudo respeitando a norma brasileira regulamentadora 6023 que dispõe sobre os elementos a serem incluídos e orienta a compilação e produção de referências. Os dados foram utilizados exclusivamente com finalidade científica.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 DO CONSUMO HISTÓRICO À DEPENDÊNCIA

O uso de drogas pela humanidade é ancestral. Esse fato se contrapõe à crença de que este é um “*evento novo no repertório humano*” (SEIBEL, 2000, p.07).

Os estudos sobre o processo histórico relacionado ao uso e abuso de substâncias psicoativas pela humanidade demonstram uma alteração significativa no padrão de uso nos tempos contemporâneos em relação ao que eram os modos de uso até o início do século XX. Passou-se de um uso prioritariamente ritualístico, esporádico e restrito a pequenos grupos ao uso indiscriminado, atingindo a maioria dos países e das classes sociais, caracterizando um modo de vida típico das sociedades de consumo atuais (MACRAE, 2007).

As religiões e culturas antigas atribuíam às substâncias um caráter sagrado. Através delas era possível obter um estado de alteração da consciência. No contexto das práticas xamanísticas, por exemplo, o uso de plantas é considerado como meio que conduz o homem ao mundo dos espíritos. Na esfera do sagrado se procura, através uso de substâncias psicotrópicas ou alucinógenas, um distanciamento do cotidiano e, por meio do ingresso num estado de consciência alterado, se torna possível acessar um tipo particular de concentração que leva à revelação. Essa prática é permitida apenas aos xamãs aos quais cabe o conhecimento e domínio sobre essas plantas, já que sagradas, e cujo manuseio é apreendido como resultado de tradições milenares (MEDEIROS, 2005).

O consumo de substâncias também se relaciona a “estados da alma”. Há cerca de três mil anos, antes da Era Cristã, a papoula de ópio era conhecida como “a planta da felicidade” e, cujas infusões eram utilizadas para o tratamento de enfermidades (MEDEIROS, 2005).

O homem pela sua própria natureza tem buscado, através dos tempos, alternativas para aumentar seu prazer e diminuir o sofrimento. De início, os chás, os fumos mágicos, os óleos medicinais que eram empregados de forma controlada por normas sociais e ritos tinham sempre uma função curativa, ritualística, ou mesmo mística (MARTINS et al. 2009).

O ópio e, provavelmente, suas propriedades hipnóticas eram conhecidos na Grécia antiga. Em escavações arqueológicas na ilha de Samos foram encontrados *bottons* de barro e de marfim, datados do século VII a.C., que representavam a cápsula da papoula. Também no túmulo real da cidade de Micenas foi encontrado um broche com a mesma representação (DUARTE, 2005).

Quinhentos anos antes de Cristo, a maconha era depositada sobre pedras aquecidas colocadas no interior de tendas para que se pudesse inalar o seu vapor. Na Grécia antiga, o ópio era usado para tratar doenças e na prevenção a envenenamentos (MEDEIROS, 2005).

Líderes políticos consumiam grandes quantidades dessa substância para o desenvolvimento de uma “tolerância” que era vista como positiva, na medida em que permitia o consumo de doses cada vez maiores e, portanto, mais eficazes contra o envenenamento. Esse procedimento também se verificou entre imperadores, sobretudo os chineses. O Cânhamo, proveniente da China (quatro mil anos a.C), quando tomado em excesso fazia “*ver monstros*” (MEDEIROS, 2005).

Na Índia, era utilizado para agilizar a mente ou, no caso dos budistas, para a meditação. Na Europa Ocidental, no século VII a.C. os Celtas, da atual região de Marselha, comercializavam cordas e estopa de cânhamo. Entretanto, estudos arqueológicos realizados nesta região, indicaram que essa substância também era utilizada para alterar estados de consciência (MEDEIROS, 2005).

Estudos arqueológicos indicam que o consumo do álcool data de 6.000 a.C (OBID, 2011).

Por uma ou outra razão, o que a história da humanidade parece indicar é que as drogas, em geral, sempre estiveram presentes na sociedade humana, e, considerando-se essa história, certamente continuarão acompanhando o caminhar da humanidade (MACHADO; BOARINI, 2013).

Na Assíria, no século IX a.C era usado como incenso entre os ciganos e egípcios. Outras plantas, como a beladona, serviam como unguentos e eram colocadas em poções preparadas por praticantes de “bruxaria” na Idade Média (MEDEIROS, 2005).

O uso de bebidas alcoólicas surge desde a pré-história e a sua utilização como medicamento remonta a aproximadamente 2200 a.C. A palavra álcool deriva do árabe *alkuh* que significa essência. Os antigos egípcios incluíam cervejas ou vinhos na composição de seus medicamentos. Além disso, o álcool era utilizado para produzir bebidas altamente potentes, uma vez que ainda não era conhecido o processo de destilação. Esse processo ocorreu na Arábia por volta dos anos 800 da Era Cristã. O álcool era considerado uma “dádiva dos Deuses” e a embriaguez era uma forma de obtenção de um estado de relaxamento que, uma vez induzido pelo uso da substância, possuía um efeito útil do ponto de vista terapêutico (MEDEIROS, 2005).

Lapate (2001, p. 102) relata que os homens primitivos e os animais em geral, já buscavam no uso de frutas fermentadas, algum tipo de relaxamento e prazer. Ao observar os

animais que faziam uso dessas frutas e tinham seu comportamento alterado, provavelmente, os homens começaram a fazer uso do suco de frutos fermentados que apresentavam teor alcoólico. Daí, podemos inferir que há milhares de anos, o vinho e a cerveja, por exemplo, são registrados nas sociedades mais antigas.

Com o Cristianismo ocorre uma maior restrição quanto ao uso dessas substâncias. O catolicismo adotou medidas proibicionistas e se tornou responsável pelas mudanças ocorridas na concepção e na censura greco-romana que via no uso de substâncias uma possibilidade de *“incitar a hilaridade e o desfrute”* (MEDEIROS, 2005).

A moral cristã condenava o uso de plantas psicoativas, pois estas eram apreendidas como “diabólicas” porque estavam ligadas às práticas da feitiçaria (MEDEIROS, 2005).

O uso de drogas passou a ser estigmatizado não só nas práticas religiosas, como em sua função terapêutica, no alívio do sofrimento, pois a dor e a mortificação eram concebidas como forma de aproximação a Deus. Pela dor e, não pela alteração da consciência, é que o homem se purificava de seus pecados. No século X o uso de drogas era considerado uma heresia e a busca da cura deveria se limitar *“...às indulgências eclesiásticas, óleos santos, velas e água benta”* (MEDEIROS, 2005).

Por volta de 2200 a.C., a cerveja era recomendada como tônico para mulheres que estivessem amamentando. Anos mais tarde, de acordo com Escohotado (2003, p. 20), há registros da proibição do consumo de cerveja, sendo esta considerada a “perdição da alma”

Ainda neste século, o café passou a ser utilizado pelos árabes para evitar o cansaço, mas somente em 1551 é que foi permitida, naquele país, a abertura de cafés públicos. Nessa época o uso do café combinado ao ópio líquido passa a ser disseminado pelo “mundo árabe”. Persistia uma maior tolerância em relação ao uso de drogas, sobretudo o ópio, que era utilizado pela medicina islâmica, sendo também empregado como euforizante para os mais velhos, visto como um auxílio para os “problemas da velhice”. Ao longo do século XVI, o poder islâmico entra em decadência levando à realização de movimentos fundamentalistas em que ocorrem queimas de livros e perseguições a usuários de álcool e haxixe. Na Europa, a “caça às bruxas” disseminou-se e objetivava o fim das práticas de cura, pois acreditava-se que por meio destas o uso de drogas era um instrumento de luxúria. Acreditava-se que os feitiçeiros usavam drogas para manter “relações sexuais com os demônios” (MEDEIROS, 2005).

Nesse sentido, eram punidos com torturas e morte. Com a Renascença, antigos conhecimentos farmacológicos associados às culturas orientais, permitiram uma retomada gradual no uso de drogas. A descoberta da América e o contato com as culturas indígenas

serviram para ampliar a farmacologia européia. O cacau, o mate e, especialmente, o tabaco passaram a fazer parte da cultura européia. Este último em seu uso difundido pela Europa, também alcançou países como a África e a Ásia e passou a ser comercializado pelas colônias americanas (MEDEIROS, 2005).

No século XVIII, era do iluminismo, deixou de prevalecer o pensamento em que parecia ser evidente “... *que a dor agradasse a Deus*”. O uso médico e recreativo das substâncias recobra uma “legitimidade”, fato que leva a uma nova e larga escala de produção de ópio no tratamento de sintomas de várias doenças, como a insônia e os distúrbios gástricos. No século XVIII, o ópio se tornou a principal mercadoria de exportação das potências européias. No início do século XIX, estudiosos isolam os princípios ativos de várias plantas, produzindo fármacos como a morfina (1806), a codeína (1832), a cafeína (1841), a cocaína (1860), a mesalina (1896) e os barbitúricos (1903). Nesse período, houve uma grande demanda por medicamentos que diminuíssem os vários tipos de dor - físicas e psíquicas (MEDEIROS, 2005).

Artistas faziam uso de ópio e haxixe objetivando alcançar a transformação dos sentidos e pensamentos, usando-o como inspiração para as suas criações. Por sua vez, as classes desprivilegiadas faziam uso de opiáceos e cocaína, assim como o álcool como forma de enfrentar os problemas de ordem social, sobretudo, a miséria. No ano de 1843 o surgimento da primeira seringa hipodérmica surge como um elemento facilitador do aumento do uso de drogas (MEDEIROS, 2005).

Quando o ópio era utilizado por prazer, ele era ingerido ou bebido como chá. O hábito de fumar ópio é recente, isto é, conta umas poucas centenas de anos. O abuso do ópio e seus derivados (morfina e heroína) deu origem aos primeiros esforços internacionais do controle de uso de narcóticos (FIGUEIREDO, 2002).

Em 1884, na América Espanhola, em especial nos Andes, a cocaína passa a ser utilizada como medicamento lenitivo para o trabalho extenuante, principalmente quando associado ao ar rarefeito e a uma alimentação deficiente. Para os Incas, a Coca seria “*uma planta mandada pelo deus-sol ao homem (aos filhos do sol) com o objetivo de ‘mitigar a fome’, prover os cansados e fracos e levar os infelizes a esquecer suas misérias*” (MEDEIROS, 2005).

Os espanhóis apreciavam o uso das folhas de coca pelos nativos, pois este melhorava a produtividade nas minas e nos campos. Feito a partir das folhas de coca, o “vinho Mariani”, criado pelo médico Ângelo Mariani por volta dos anos 1863, era considerado um fortificante

e ajudava na digestão. No final do século XIX, outros remédios eram vendidos abertamente e continham em suas fórmulas ópio, heroína ou cocaína (MEDEIROS, 2005).

No segundo milênio a.C., a maconha foi empregada com fins terapêuticos na China e descrita pelo imperador Shen Nung como analgésico. Seu emprego medicinal corresponde a uma longa tradição entre povos africanos e asiáticos. No Brasil, parece que a cannabis foi introduzida pelos escravos que conheciam as suas propriedades já na África. Muito consumida pela população negra, o seu uso foi largamente difundido em estados do Nordeste, em particular Bahia e Maranhão onde até hoje existe um consumo recreativo de uso popular (FIGUEIREDO, 2002).

No início do século XX, o uso de drogas atingiu o seu apogeu. Durante a Segunda Guerra Mundial o uso rotineiro de anfetaminas (“bolinhas”) por soldados objetivava o combate da fadiga e ao aumento da resistência. As anfetaminas também foram utilizadas entre os estudantes, esportistas e homens de negócios quer como antidepressivo quer como inibidores de apetite, auxiliando em dietas para emagrecimento (SEIBEL, 2000).

Em meados do século XX, por volta dos anos 1950, o uso de barbitúricos, sintetizados em 1903, passa a ser disseminado pelas suas propriedades como indutores do sono, superando os efeitos de outros sedativos até os anos 1960, estimulando o uso de substâncias como forma de obtenção do bem-estar. Na década de 1960, o Dr. Timothy Leary, psicólogo da Universidade de Harvard, estimulou o uso do LSD como possibilidade de se “mudar a mente” (SEIBEL, 2000).

Os alucinógenos e estimulantes (LSD, maconha e anfetaminas) foram os mais populares e se tornaram elementos de contra-cultura particularmente marcada pelo “Movimento Hippie”. Nos anos de 1970, a *Guerra do Vietnã* levou ao aumento do fluxo de ópio, sobretudo na área compreendida pelo Camboja, Laos e Tailândia. Em 1980, houve um impulso no consumo de *cocaína* e, principalmente no final da década de 1980, passa a ser administrada via intranasal e endovenosa estando, inclusive, relacionada à manifestação de doenças como a AIDS. O *crack* surge na década de 1990 tendo, entre seus consumidores preferenciais, jovens com menos de 20 anos de idade e pertencentes a classes sociais diversas, predominantemente as classes baixas (SEIBEL, 2000).

Assim, houve um período em que a droga era compreendida como um remédio, uma vez que tinha a capacidade de eliminar a dor e de afastar os problemas. A Revolução Industrial levou a um crescente processo de urbanização, e, nesse contexto, surgiram múltiplas tecnologias, entre elas a do aprimoramento do processo de destilação do álcool e,

como consequência, a problematização do uso e do abuso de drogas. Com isso, as drogas passaram da esfera religiosa à esfera biomédica e da Justiça (OBID, 2011).

Autores que discutem a problemática das drogas na contemporaneidade a partir do aporte teórico da antropologia, afirmam que a partir do processo de industrialização o uso de drogas passou a ocorrer cada vez em maior escala, em uma ascendente contínua até os dias de hoje, tendo os níveis de consumo acentuados no pós-guerra, principalmente na década de 1950, aumentando significativamente o padrão de uso abusivo e dependente (MACRAE, 2007; FIORI, 2004).

Entretanto, é importante pontuar que os hábitos e costumes de cada sociedade é que direcionavam o uso de drogas em cerimônias coletivas, rituais e festas, sendo que, geralmente, esse consumo estava restrito a pequenos grupos, fato este que apresentou grande alteração no momento atual, pois hoje se verifica o uso dessas substâncias por pessoas de diferentes grupos e realidades (PAULO; MELO, 2012).

Seibel (2000), descreve que os riscos de dependência vêm sendo pesquisados, o que reforça a necessidade de desenvolvimento de intervenções para o enfrentamento das consequências do uso, não só destas substâncias como de outras que se associam a uma variação de preferência e de consumo.

Pode-se dizer, então, que a história da dependência de drogas se confunde com a própria história da humanidade (CARRANZA; PEDRÃO, 2005), ou seja, o consumo de drogas sempre existiu ao longo dos tempos, desde as épocas mais antigas e em todas as culturas e religiões, cada uma com suas finalidades específicas.

Isso porque, o homem sempre buscou, através dos tempos, maneiras de aumentar o seu prazer e diminuir o seu sofrimento (MARTINS; CORRÊA, 2004).

Na atualidade, cada vez mais precoce o início do uso de drogas associado à utilização de substâncias mais pesadas. A Política nacional antidrogas (2003) descreve que estudos realizados a partir de 1987 pelo Centro brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID – confirmam o aumento do consumo de substâncias psicoativas, não só entre crianças e adolescentes, como na população adulta e economicamente ativa.

O *I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil* (2002) realizado pela *Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD* - registrou que as drogas mais consumidas pela população brasileira são o *álcool* (67,9%) e o *tabaco* (42%). Entre as substâncias de consumo mais significativo estão a *maconha* (6,3%), os *solventes* (5,4%), os *benzodiazepínicos* (3,5%), a *codeína* (2,1%) e a *cocaína* (2,1%). Entre crianças e adolescentes, o levantamento revelou que na faixa etária entre 10 e 12 anos de idade, 51% já

havia consumido álcool; 11% já havia feito uso de tabaco; 7,8% de solventes, 2% de ansiolíticos e 1,8% utilizou anfetamínicos.

As taxas de prevalência de uso freqüente (seis ou mais vezes no período de 1 mês) para *álcool* e *tabaco* mostraram-se significativas: 15% e 6,2% respectivamente. Em seguida as substâncias com maior prevalência de uso freqüente foram os *solventes* (1,3%), a *maconha* (1,1%), os *ansiolíticos* e *anfetamínicos* (0,7%) e a *cocaína* (0,4%). Os problemas, sejam aqueles ligados ao tráfico ou às conseqüências individuais e coletivas do consumo, estão inseridos no cotidiano e enfatizam os processos de estigmatização das drogas ilícitas e de seus usuários.

No âmbito internacional, o *National Institute on Drug Abuse* (NIDA-1976) e o *National Institute of Health*, constituíram o *International Epidemiology Work Group* (IEWG), o qual realizou um estudo epidemiológico que serve de modelo na realização de estudos epidemiológicos, no assunto, no mundo inteiro. Este grupo é constituído por pesquisadores de vários países, regiões e organizações internacionais. O objetivo do estudo, realizado em 1999, era a coleta e a análise de dados sobre o abuso de drogas possibilitando a aquisição de informações como as tendências dos padrões de abuso de drogas, os fatores de risco e as populações mais vulneráveis (MEDEIROS, 2005).

O *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) forneceu dados, cuja coleta contou com a participação de quinze membros de países europeus. O estudo coletou dados mundiais com o auxílio de representantes da Austrália, Canadá, México, África do Sul, Tailândia e Estados Unidos e também contou com a participação do *Asian Multiplicity Epidemiologic Work group*, coordenado pela *University of Science in Malaysia*, cujos estudos epidemiológicos abrangem o Sul e o Leste da Ásia. O objetivo era a coleta de dados e informações numa perspectiva de ações futuras. As tendências mundiais relativas ao abuso de substâncias psicoativas foram apresentadas por representantes das Nações Unidas, através do *Programa Internacional de controle de drogas* e do *Departamento de abuso de substâncias* da Organização Mundial de Saúde (MEDEIROS, 2005)

Em linhas gerais, os dados mostraram a maconha como a droga mais usada em todas as regiões do mundo. A prevalência de uso anual é de 2,5% sendo particularmente alto no Oeste da África, Oceania, América Central, América do Norte e o seu uso revelou-se crescente nos últimos dez anos (1988 a 1999). Registrou-se o abuso crescente de anfetaminas com prevalência anual de 0,52%. Estimou-se que cerca de trinta milhões de pessoas fazem uso de anfetaminas ou outras substâncias estimulantes (não apresentadas pelo estudo). A alta prevalência do uso concentrou-se na Europa, na Austrália e na América Latina. A cocaína

apresentou uma prevalência anual de 0,23%, o equivalente a 13 milhões de usuários e, embora considerado em expansão, estava mais concentrado na América do Norte e América Latina. O uso de heroína, com prevalência anual de 0,14%, também apresentou um crescimento na década de realização do estudo (MEDEIROS, 2005).

A apresentação dos dados epidemiológicos contribui para a nossa compreensão do uso abusivo de drogas como um problema mundial crescente cujas conseqüências *“infligem considerável prejuízo às nações do mundo inteiro [...] independente de classe social e econômica ou mesmo de idade”* (SENAD, 2003, p. 07).

Ele se constitui em um dos grandes desafios para a saúde pública, bem como para outras áreas do conhecimento, na medida em que onera não só o adicto e a sua família, mas também a sociedade, sobretudo em relação aos aspectos que envolvem a criminalidade e a violência. Na atualidade, o aumento crescente do consumo de substâncias psicoativas associado a um processo de descontextualização cultural e ritualística contribui para o surgimento de novas motivações e, conseqüentemente, para a procura de novos tipos de substâncias. Com o advento da modernidade há uma significativa influência da cultura ocidental sobre as demais culturas, em especial, as culturas tradicionais (MEDEIROS, 2005).

As transformações de ordem econômica, social, política e tecnológica corroboraram para o desenvolvimento de uma cultura hedonista que valoriza o consumo como possibilidade de acesso à felicidade, à autonomia e ao bem-estar, e que é motivada por valores, idéias e projetos de vida. Entretanto, as dificuldades cotidianas culminam por limitar a inserção dos indivíduos em um contexto em que a solução dos problemas se faz imediata, dificultando o direito a diversidade. Os sentimentos gerados pelas “promessas de felicidade” se vêm fragilizados pelas limitações cotidianas frente às possibilidades de desenvolvimento, de vida e de vivência das relações (MEDEIROS, 2005).

Há um processo de esvaziamento, como um “mal-estar”, na medida em que delimita as experiências em suas práticas sociais culminando em comportamentos individualistas. O homem passa a ser definido, principalmente, a partir de sua racionalidade, o que leva à separação da significação de sua afetividade e de sua sociabilidade. Esse fato culmina com o surgimento de insatisfações e frustrações cotidianas para as quais se torna necessária a busca de outras motivações *“...como caminhos que podem levar à felicidade [...] como último consolo e fonte de prazer possíveis em seu sofrimento...”* (FREUD, 2002, p.35).

Nesse contexto, a toxicomania exprime o profundo enraizamento de uma racionalidade individualista e fragmentadora, e permite a vivência da “sensação de

onipotência” como forma de calar a angústia e a dor das “*diversas experiências de separação que todo sujeito experimenta*” (MEDEIROS, 2005).

O uso de drogas responde às necessidades do indivíduo no sentido da sua completude. As relações do sujeito passam a ser simbolicamente reguladas, pois a substância possui um significado que é atribuído pelo usuário favorecendo o atendimento de suas necessidades físicas e psíquicas, bem como a sua inserção na vida social. Esse fato contribui para o uso contínuo que permite a manutenção de um ideal “onipotente”, mas que gera um estado de dependência e degradação, quando, não raro, com a morte (PLASTINO, 2000).

Nesse sentido, o indivíduo dependente de substâncias psicoativas passa a ser apreendido como portador de uma doença cujos critérios de diagnósticos estão contidos na 9ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID -9) como sendo a “síndrome de dependência do álcool” que, por sua vez, se estendeu para outras drogas: “*Estado psíquico e usualmente físico, resultante do consumo de álcool caracterizado por uma compulsão para consumir álcool de forma contínua ou periódica, com a intenção de experimentar seus efeitos psíquicos e algumas vezes evitar o desconforto de sua ausência*” (MEDEIROS, 2005).

Em termos comportamentais, o dependente é visto como portador de uma personalidade narcísica, fragmentada e com baixa tolerância à frustração. É, também, aquele que dissimula e mente para, na sua imaturidade, alcançar os seus objetivos, o que contribui para a construção de uma imagem negativa (MONTEIRO, 2000).

Os discursos médico e jurídico, ainda preponderantes e construídos, levaram a uma forma de apreensão do mesmo como aquele que deve ser alvo de uma intervenção de modo a ser reconduzido a uma condição em que evidencie a cura e/ou comportamentos moralmente e legalmente aceitos (MEDEIROS, 2005).

Do ponto de vista médico, observamos critérios diagnósticos (Classificação Internacional de Doenças – 10ª revisão) que culminam com a possibilidade de identificação e a descrição da doença caracterizada pela perda de controle sobre o uso. Essa identificação, por sua vez, leva à confirmação de que esta condição é uma doença e a prescrição do tratamento prevê a abstinência como única forma de cura. Sob o aspecto jurídico, o discurso faz referência às políticas e leis como forma de atingir um ideal de sociedade livre do uso de drogas através da repressão que objetiva coibir os crimes a ele relacionados a fim de promover o surgimento de valores morais e éticos que objetivem o bem-estar social (SENAD, 2003).

Embora haja uma grande diversidade de situações que culminaram com a admissão de diferentes possibilidades relativas ao uso de drogas, implementadas por Programas de

Redução de Danos como o uso controlado, o uso seguro (sem compartilhar agulhas e seringas), a passagem do uso de uma droga ilícita para uma droga lícita, o discurso dominante ainda continua sendo organizado sob o foco da repressão, por exemplo, através de campanhas do tipo “diga não às drogas!” (ACSELRAD, 2000).

A sociedade vê, então, o usuário de drogas como uma ameaça, uma vez que este possui uma dificuldade adaptativa que culmina por identificá-lo através de termos como “viciado” ou “traficante” (BUCHER, 1996; SEIBEL, 2000).

Os controles sociais se organizam em torno de normas que possibilitam a sua aplicação no sentido do decoro de acordo com os padrões sociais. O uso de drogas se torna um “símbolo de diferenciação” (Velho, 1997) e os distúrbios causados provocados pelo uso abusivo são associados à transgressão, sendo apreendidos como:

“Uma ameaça á saúde pública, trazendo ônus considerável ao adicto e à sua família [...]. a comunidade também é onerada porque há vítimas de crimes e acidentes relacionados com as drogas, bem como os alôs custos de encarceramento, no caso de substâncias ilegais...”. (Lidle, Dakof apud Schenker, Minayo, 2002, p. 05).

A sociedade cria normas de condutas diferenciadas segundo critérios relativos às classes sociais, à raça, ao tipo de profissão e à cultura e, a transgressão confere ao indivíduo uma identidade desviante (MEDEIROS, 2005).

Nesse processo, a busca do prazer torna-se algo intrínseco, o dependente age de forma impulsiva, sem limites, num movimento contínuo de busca constante na qual “*a força é maior que a consciência*” (MONTEIRO, 2000, p.80).

Como consequência de suas ações surgem dificuldades que envolvem, dentre vários elementos, a disciplina, a organização, a responsabilidade e o sentido de capacidade. Ele adquire um “estado de incapacidade” que dificulta dimensionar as consequências de suas ações e, o prazer que move essas ações, ganha um sentido de “... *de culpa e de vício*” (MEDEIROS, 2005).

Segundo Ronzani, Noto, Silveira (2014), “Via de regra, a *questão das drogas* é colocada para a maioria da população em termos de formulações do tipo: *Toda droga leva à*

morte, a droga é a principal causa da violência nas grandes cidades, toda pessoa que experimentar uma droga (em geral, ilícita) irá tornar-se um viciado e assim por diante.

Neste sentido, propõe-se um discurso de *demonização* das drogas, centrado predominantemente nas drogas ilícitas, justamente aquelas que representam o menor contingente de usuários no Brasil (...). Desta forma, concluímos que o termo *droga* implica numa representação moral da substância, sendo esta automaticamente transferida a seus usuários. Essa é uma questão central para se compreender o estigma das drogas: *o status de ilegalidade da substância é projetado na personalidade do usuário*” (RONZANI, 2005, p.01).

Caracterizado essencialmente por ser um fenômeno constituído nas inúmeras interfaces e articulações entre variáveis biológicas, farmacológicas, psicológicas, socioculturais, políticas, econômicas e antropológicas, a dependência de álcool e outras drogas se configura como uma complexidade que inviabiliza qualquer tentativa de explicação reducionista, que desconsidere suas múltiplas determinações (CRUZ, 2006; SEIBEL E TOSCANO, 2000).

4.2 O ESTIGMA AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Desde a década de 70, do século passado, Velho (1978 apud MEDEIROS, 2005) já discutia que na sociedade brasileira contemporânea há, pelo menos, dois tipos de acusação em que se pode perceber como a idéia de doença mental funciona como elemento explicativo e exorcizador. Essas categorias são as de drogado e subversivo. O drogado seria, por definição médica, um doente. A partir daí, constrói-se todo um discurso sobre a anormalidade do consumo de drogas e sobre as conseqüências nefastas para o indivíduo e para a sociedade deste hábito, vício, dependência, e outros. A procura de drogas já indicaria a existência de problemas psicológicos graves e sua utilização agravaria ou criaria novos sintomas de patologia. O chamado drogado é questionado diretamente ao nível de sua moral.

É notório que ao longo de toda a história, o preconceito e estigmas fazem parte da vida de pessoas com algum tipo de transtorno mental. Neste panorama, “foram-lhe atribuídas várias caracterizações: como castigo dos deuses, como experiência trágica da vida, como possessão por demônios, como poderes sobrenaturais.” (BISNETO, 2007, p.173).

O termo estigma foi criado pelos gregos e referia-se a sinais corporais que evidenciava algo de diferente, de extraordinário ou uma falha moral. Esses sinais discerniam pessoas segundo sua situação diante da sociedade (escravo, criminoso, traidor, doente) e indicam que tal pessoa deveria ser evitada, principalmente em lugares públicos, pois estava ritualmente

poluída. Com o advento do cristianismo, tais sinais eram vistos como marcas corporais da graça divina que se referenciava ao abrochar de flores sobre a pele. Já a visão médica, definia esses sinais corporais como uma deficiência física (GOFFMAN, 1988).

Atualmente o termo estigma é mais usado com uma conotação pejorativa e está ligado não somente as questões físicas, mas também a desvios sociais.

Nas doenças mentais, o estigma provém do medo do desconhecido e de falsas crenças que originam a falta de conhecimento e a não compreensão da situação. O estigma nestes casos isola o indivíduo em relação aos outros, como se fosse uma pessoa marcada por antigas crenças da doença. (PRATES, 2011).

O estudo sobre o estigma social tem como marco teórico fundamental a obra clássica de Goffman (1978), que descreve o estigma como um sinal ou uma marca que designa o portador como “deteriorado” e, portanto, menos valorizado do que as pessoas “normais”. Poderíamos, a partir desse conceito inicial, definir o estigma social 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, apresentando forte impacto no valor atribuído a uma determinada identidade social.

O estigma é um conceito que vem sendo estudado há muitos anos. Até hoje, o termo estigma é usado para definir uma característica diferente do “normal” e é comumente associada a doenças e condições médicas. Muitas condições sofrem com o estigma, pois além de ser necessário lidar com os sintomas da doença, é preciso considerar as crenças e mitos que a cercam e que resultam na perpetuação do estigma na sociedade (RUSCH, ANGERMEYER, CORRIGAN; 2005).

O termo *estigma* pode ser definido como marca física ou social de conotação negativa ou que leva o portador dessa *marca* a ser marginalizado ou excluído de algumas situações sociais. A estigmatização ocorre quando se atribuem *rótulos* e *estereótipos* negativos a determinados comportamentos (RONZANI; ANDRADE, 2006).

Como característica fundamental, a estigmatização tem como base central sua derivação cultural ou situacional e envolve os seguintes componentes, de acordo com Dovidio (2003) 1: o reconhecimento da diferença com base em alguma característica distinguível, ou “marca”; 2) a conseqüente desvalorização da pessoa estigmatizada. Em estudos mais recentes, tem-se defendido a natureza dinâmica, relacional e contextual do estigma.

O estigma social pode causar forte impacto à vida para a pessoa estigmatizada, pois envolve aspectos amplos à vida dos sujeitos, assim como a formação e a transformação da identidade social desvalorizada num dado contexto social. Indivíduos estigmatizados são

tidos como “imperfeitos”, “comprometidos” e de alguma forma teriam um atributo em algumas situações mais extremas desumanizadas (PALM, 2006).

Por causa dessas características, a estigmatização apresenta profundas consequências negativas, e mesmo patológicas para a personalidade dos estigmatizados, resultando em estratégias e enfrentamento ou fuga de algumas situações que podem se tornar prejudiciais aos indivíduos (DINOS et al. 2004).

Levando em consideração o forte substrato sociocultural do estigma, o contexto tem, portanto, um forte papel em relação ao nível de consequências para o indivíduo estigmatizado (HEATHERTON et al. 2003)

Tais consequências envolvem também um distanciamento social que pode representar consequência direta ou indireta à saúde e ao bem-estar de quem é estigmatizado. Essas consequências, de forma geral, podem ser indiretas, como a dificuldade de acesso a cuidados em saúde, educação, emprego, moradia e outros (BERGER; WAGNER; BAKER; 2005).

A estigmatização ocorre quando pessoas atribuem rótulos e estereótipos negativos a determinados comportamentos. Tal condição influencia direta ou indiretamente a condição de saúde da pessoa estigmatizada, levando a diversas consequências, inclusive ao agravamento da situação (BERGER; WAGNER; BAKER; 2005).

Um dos processos cognitivos envolvidos na estigmatização é a atribuição moral, que seria uma forma de atribuição de causalidade sobre um comportamento observado (RONZANI; HIGGINS-BIDDLE; FURTADO, 2009).

De acordo com o modelo de percepção de Brickman, apresentado por Palm (2006), a atribuição moral ocorre quando um indivíduo é visto como responsável pelo aparecimento e pela solução de seu próprio problema.

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 portadoras desse estigma, o que influencia diretamente as crenças e os sentimentos das pessoas em relação às características atribuídas como negativas (RONZANI; ANDRADE, 2006).

Nesse sentido, muitas vezes, em situações de saúde, a condição de estigmatização pode ser muito mais danosa do que a doença em si (Ronzani et al. 2009), e pode contribuir significativamente para a perda da qualidade de vida desses pacientes (PELUSO; BLAY, 2008).

Oliveira e Ronzani (2012) em seus estudos apontam que as pessoas que possuem uma doença mental são vistas como mais responsáveis por sua condição do que as pessoas que sofrem de outras doenças.

Pode-se observar que a estigmatização traz um impacto importante para a vida de pessoas e grupos e que tais impactos normalmente residem não nos resultados físicos de uma marca em si, mas em suas consequências sociais e psicológicas (DOVIDIO; MAJOR; CROCKER, 2003).

No processo de formação do estigma social, as características negativas atribuídas são reconhecidas não somente pelo grupo externo, mas também internalizado pelas pessoas portadoras desse estigma, influenciando diretamente as crenças e sentimentos das pessoas em relação as características atribuídas como negativas (MAGNABOSCO; FORMIGONI; RONZANI, 2007).

Nesse sentido, muitas vezes, em situações de saúde, por exemplo, a condição de estigmatização pode se tornar muito mais danosa do que propriamente a doença em si (MAGNABOSCO; FORMIGONI; RONZANI, 2007).

A situação de poder é um componente novo acrescentado pelos autores à definição do *estigma social*. Segundo Link e Phelan (2001), a necessidade de poder é evidente ao considerar que grupos com menos poder também criam rótulos e estereótipos sobre grupos mais poderosos e tratam seus membros de acordo com estes estereótipos. Contudo, isso não leva a sérias consequências discriminatórias devido à falta de poder desses grupos. Dessa forma, o estigma não poderia ser aplicado, por exemplo, aos advogados, políticos e pessoas ricas.

Dentre as condições estigmatizadas pela população geral e pelos próprios profissionais de saúde, encontram-se várias condições de saúde como ser portador do vírus HIV, possuir ou ter possuído um câncer e também as várias doenças referentes à saúde mental como a esquizofrenia e o uso problemático de álcool e outras drogas (BROWN; TRUJILLO; MACINTYRE, 2001; ALMEIDA, 2001; CORRIGAN, 2004; CORRIGAN et al., 2005).

É válido ressaltar, que apesar da natureza dinâmica e contextual do estigma, existem evidências de que algumas condições como as doenças mentais, por exemplo, são estigmatizadas por muitas culturas (STANGOR; CRANDALL, 2003).

Para melhor entendermos o processo de estigmatização e suas implicações, faz-se necessário destacar um importante processo cognitivo envolvido na sua constituição, a atribuição de responsabilidade. A partir da atribuição de responsabilidade ou de controle sobre um comportamento observado, o indivíduo pode ser considerado responsável por sua

condição (estigmatizada) e desta forma, um tratamento discriminatório é percebido como natural e justo, pelo grupo não estigmatizado (CRANDALL, 2003).

Diante disso, quando as pessoas estigmatizadas são consideradas responsáveis por sua condição (por meio de descuido, baixo autocontrole ou promiscuidade) elas passam a evocar respostas de raiva e pouco desejo de ajudá-las; por outro lado, quando elas são descritas como não responsáveis (resultado da ação de outros, uma desordem orgânica ou uma transfusão de sangue) elas passam a evocar uma resposta emocional significativamente mais positiva e um desejo de ajudá-las (CRANDALL, 2003).

A respeito da noção de estigma, em primeiro lugar, Goffman faz uma distinção entre *desacreditados* e *desacreditáveis*. A primeira categoria é referente aos indivíduos que possuem alguma característica distintiva já conhecida ou imediatamente evidente; a segunda categoria diz respeito aos indivíduos em que essa característica distintiva não é nem conhecida, nem imediatamente evidente. No nosso caso, quando a identidade de um usuário de drogas ilícitas é conhecida publicamente, ele se encaixa na primeira categoria, de *desacreditado*; quando sua identidade de usuário é preservada, ele é um *desacreditável* (GOFFMAN, 1978).

A grande questão colocada por essas duas categorias analíticas é que quando o indivíduo é *desacreditado*, ele tem que manipular as tensões geradas pelo convívio social a respeito do seu estigma; já o indivíduo *desacreditável* tem que manipular a informação sobre si, se deseja ou não que seu estigma seja de conhecimento público, ou seja, a manipulação da informação pode livrar-lhe da classificação estigmatizadora (GOFFMAN, 1978).

Para tanto, Goffman identifica várias táticas de *acobertamento* ou *encobrimento* do estigma, para que o indivíduo *desacreditável* não passe a ser um *desacreditado*. Deve-se levar em conta que mesmo para um indivíduo que possua um estigma não identificável à primeira vista, com o passar do tempo, fica cada vez mais difícil escondê-lo nas relações sociais mais íntimas. Isso quer dizer que um indivíduo passível de estigmatização não conseguiria esconder seu defeito durante todo o tempo, a não ser que deixasse de se relacionar socialmente, inclusive com as pessoas mais íntimas suas. O que estende a questão do estigma, não somente ao indivíduo estigmatizado em questão, mas também às pessoas que se relacionam com ele. O estigma passa a se constituir em uma relação social, onde o indivíduo recebe tal atribuição negativa como uma resposta social a uma determinada característica particular.

Estudos demonstram que pessoas com transtornos mentais são vistas como mais responsáveis por sua condição do que aquelas com doenças como câncer, problemas cardíacos ou outras doenças (LINK; PHELAN, 2001).

O estigma desempenha um papel central na produção e na reprodução das relações de poder e de controle em todos os sistemas sociais, faz com que alguns grupos sejam desvalorizados e que outros se sintam superiores. Em última análise, portanto, estamos falando em desigualdade social (ANTONIETA et al. 2008).

Enfim, estigma envolve condições de marginalização e desvio, mas prescinde de atribuições mais gerais sobre o caráter e a identidade do estigmatizado (DOVIDIO; MAJOR; CROCKER, 2003).

A forma como são vistas as drogas através do tempo faz com que os estigmas modifiquem-se em função de contextos históricos específicos. Nos Estados Unidos colonial, entre os séculos XVI e XVIII, o ato de embriagar-se não era censurado. Bebidas alcoólicas eram servidas em festas de colheita, batizados, ordenações de religiosos, casamentos e era comum as pessoas beberem até a embriaguez. Neste período, o álcool era carinhosamente chamado de a “boa criatura de Deus”. Nas tabernas prevalecia um alegre clima de amizade e cavalheirismo, onde se podiam encontrar quase todos os tipos de bebidas alcoólicas (RONZANI; NOTO; SILVEIRA, 2014).

No entanto, a partir do século XIX, com os problemas resultantes da urbanização desordenada e com ela a necessidade da intensificação dos mecanismos de controle social, a situação mudou radicalmente. As tabernas, que antes eram lugares onde todos freqüentavam, passaram a ser vistas como uma “peste para a sociedade” e os consumidores de álcool alvo de perseguição. Contando com o apoio de políticos, médicos e religiosos conservadores, os Movimentos de Temperança implementaram uma cruzada moral de grandes dimensões, argumentando que o álcool, lenta, mas inevitavelmente, destruía o caráter moral, saúde física e mental de todos que o bebessem. Os apoiadores da temperança viam o álcool da mesma forma como as pessoas vêem hoje a heroína: uma substância inerentemente aditiva. A mudança foi tão extrema que o rum, antes apelidado de “boa criatura de Deus”, passou a chamar-se de “rum demoníaco” (RONZANI; NOTO; SILVEIRA, 2014).

Observamos novamente que as diferentes culturas lidam de forma particular com o uso de cada substância, sendo que para todas elas os excessos são motivos de condenação, discriminação e isolamento (GALLINA, 2006).

A depender da substância utilizada, o indivíduo ou o grupo de usuários pode constituir uma ameaça localizada ao bem-estar social e familiar, pode caracterizar uma emergência

clínica particular, ou ainda, simplesmente, representar uma dissidência ideológica no terreno dos conflitos de ordem moral ou de identidade grupal (GALLINA, 2006).

O uso das substâncias ilícitas, assim como o abuso das substâncias lícitas, nas sociedades modernas, está basicamente associado à marginalidade, à doença, à falta de higiene e disciplina, e remete os distribuidores e usuários à degradação moral (GALLINA, 2006).

Os ditos drogados são equiparados às drogas, caindo rapidamente no descrédito dos grupos sociais, e submetendo-se a todo tipo de exclusão ou isolamento, seja por opção ou por diferentes graus de dependência às substâncias. Em outras palavras, o estigma passa tanto por um nível ideológico e moral, relacionado aos modos de consumo e seus meios, independentes da noção de inclusão e produtividade, quanto por um enquadre mórbido, que ganha forma na doença e está sujeito às várias possibilidades de tratamento clínico e disciplinar (GALLINA, 2006).

Quando uma política antidrogas consegue dirigir seu foco para as minorias, os efeitos são visíveis. Nos Estados Unidos, na década de 1980, houve um crescimento significativo dos índices de pobreza entre os negros em decorrência de uma política econômica de favorecimento dos mais ricos, implementada pelos presidentes Reagan e Bush. Ao mesmo tempo, surgia o crack e com ele a oportunidade de demonizar uma nova droga a despeito das privações enfrentadas pela população carente. Em virtude de seu baixo custo e efeito potente, o crack começou a ser consumido em bairros onde residiam predominantemente minorias marginalizadas como negros e hispânicos. O governo americano não hesitou: o crack e não as distorções sociais a que foram submetidas aquelas populações seria a única causa de suas mazelas. Por conseqüência, no final da década de 1980, o Congresso americano fixou penas cem vezes mais severas pela posse do crack em relação à cocaína consumida pelos brancos. Como resultado, 94% dos indivíduos que foram levados aos tribunais federais por delitos associados ao crack eram afro-americanos (RONZANI, NOTO; SILVEIRA, 2014).

Ainda segundo o autor, o drogado é visto como o indivíduo que foge ou cumpre mal suas obrigações, sendo, portanto, um elemento improdutivo e parasitário, um anormal. Em uma sociedade em que se dá grande ênfase ao desenvolvimento e crescimento econômicos, o uso de substâncias psicoativas é encarado como obstáculo ao progresso e à acumulação.

O consumo de álcool e outras drogas, particularmente, configuram-se como uma das condições mais moralizadas (CORRIGAN et al., 2005; PALM, 2006; GRANDALL, 2003).

O uso de álcool e outras drogas é uma das condições que mais apresentam uma conotação moralizante do mundo, sendo considerado principalmente um problema individual,

em que o diagnóstico e o tratamento muitas vezes exacerbam os aspectos morais do uso (JOHNSTONE, 2001).

Essa situação descrita contempla também os indivíduos que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, como o álcool. A sua trajetória sócio-histórica está intimamente ligada ao percurso da saúde mental, pois ainda predominam, no imaginário, os discursos estigmatizantes sobre o uso do álcool e suas representações estereotipadas do usuário ligadas à violência, à loucura e ao crime. Os dependentes químicos são rotulados com termos como bêbado, safado, imoral, cachaceiro, viciado, pé inchado, entre outras (RONZANI, 2005).

Todas essas concepções estão diretamente ligadas a uma avaliação moral, que indica fraqueza, caracterizando o estigma. Um jargão popular sintetiza bem a questão: “uma vez drogado, sempre drogado!”, isso indica um desvio de comportamento pouco tolerado, e reafirma a grande marca recaída sobre os dependentes químicos (RONZANI, 2005).

Durante muito tempo a classificação dos usuários de álcool se polarizou entre aqueles que faziam “uso social” e os que eram “dependentes”. O estigma, carregado de conotações morais, associado ao “alcoólatra” ou “dependente de drogas”, tem levado os pacientes, a sociedade e até mesmo os profissionais de saúde a resistirem em aceitar ou utilizar o diagnóstico de forma (RONZANI, 2005).

A percepção ou danos associados ao problema do uso de álcool ou outras drogas também está associada a como a sociedade encara esse problema. Portanto, quando um paciente recebe o diagnóstico de alcoólatra, além dos aspectos médicos ou psicológicos que caracteriza tal diagnóstico, a percepção social sobre esse problema influencia o peso pelo qual o paciente vai carregar tal diagnóstico. Portanto, numa sociedade em que o alcoolismo ou uso de drogas apresenta uma forte conotação moralizante, o estigma social se torna um grande problema para o usuário (NEVES, 2004).

Essas atitudes sócio-relacionais, muitas vezes baseadas em mitos, provocam diversos danos ao indivíduo, como a baixa auto-estima e conseqüentemente a aceitação da interpretação de terceiros sobre o seu estado, isso pode provocar episódios depressivos e de ansiedade levando a um isolamento social (FONSECA, 2009)

Um das barreiras citadas para tratamento é o medo do estigma e por procurar tratamento parece ser outro fator relevante, sobretudo para mulheres. (FONTANELLA; TURATO, 2002).

4.3 O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

No campo da saúde, o uso de estereótipos, ou seja, a atribuição de características pessoais ou sociais a determinadas pessoas ou grupos antes mesmo de ser realizada uma avaliação cuidadosa, podem ser observados na classificação do comportamento das pessoas de acordo com o problema de saúde ou com a *marca* que lhes é conferida. Essa tendência é 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. Tal situação influencia direta ou indiretamente a condição de saúde da pessoa estigmatizada, o que pode provocar, entre outras consequências, o agravamento da situação (RONZANI; ANDRADE, 2006; BERGER; WAGNER; BAKER, 2005).

Embora seja importante reconhecer que o estigma, a discriminação e a negação estão longe de serem construções individuais, e que se caracterizam por um alto grau de diversidade e complexidade intercultural, um dos fatores mais importantes que limitam o nosso entendimento desses fenômenos até agora, poderá ser menos a sua complexidade inerente do que a relativa simplicidade das estruturas conceituais existentes. Para ir além das limitações do pensamento corrente nessa área precisamos rever nossos entendimentos sobre estigmatização e discriminação para conceituá-los como processos sociais. (ANTONIETA et al. 2008).

Acima de tudo, precisamos enfatizar que esses processos só podem ser entendidos em relação a noções mais amplas de poder e dominação.

Dentre as diversas condições de saúde comumente estigmatizadas pela sociedade em geral e pelos profissionais de saúde, a saúde mental e reconhecidamente uma das áreas em que o estigma social é mais presente, influenciando direta ou indiretamente no tratamento e na qualidade de vida das pessoas com tal condição de saúde Bendtsen; Akerlind (apud RONZANI; FURTADO, 2010).

O indivíduo é encarado como um perturbador, como alguém que procura aquilo que lhe prejudica. Rotular o indivíduo como fraco e dependente, e culpá-lo por sua fraqueza de caráter é uma concepção extremamente prejudicial para o relacionamento com o indivíduo (VARGAS; LABATE, 2006).

Ao sofrerem os efeitos da estigmatização, os usuários de drogas evitam buscar ajuda para o tratamento de suas condições, agravando os problemas de saúde e, mesmo quando procuram o tratamento, a adesão é baixa, caracterizando idas e vindas aos serviços de saúde em função, muitas vezes, de uma intervenção desumanizada e discriminatória (RONZANI, NOTO, SILVEIRA, 2014).

Esta percepção encontra correspondência em estudos que apontam o medo do estigma como uma das barreiras para o dependente químico chegar a um tratamento (FONTANELLA; TURATO, 2002).

Muitas afirmações, como a idéia de que o consumo de substâncias está intimamente ligado à ilusão, chamam a atenção por seu caráter determinista, fomentando de diferentes formas o estigma sobre essas práticas. Portanto, antes de questionar as afirmações mais freqüentes em seu conjunto, convém apresentar o que verificamos como pontos ou marcas onde essas falas basicamente se reproduzem e se sustentam durante anos (GALLINA, 2006).

Especificamente na área da atenção à dependência de álcool e outras drogas, a interferência do horizonte de racionalidade sobre os processos de tratamento, sobre a inteligibilidade do problema, bem como sobre o engajamento do usuário, é ainda mais marcante, devido ao fato de estarmos lidando com um fenômeno de saúde em que as dimensões antropológica, sociológica e psicológica são variáveis definitivamente constitutivas (SCHNEIDER, 2010).

Segundo Corrigan (2004), pessoas portadoras de condições estigmatizadas, que poderiam ser beneficiadas com tratamentos, optam por não procurá-los ou por se aderirem parcialmente aos mesmos para evitar as consequências do rótulo de doente mental que é resultante da associação da pessoa com o serviço de saúde mental.

Fontanella e Turato (2002) verificaram em sua pesquisa que o paciente pode ter expectativas e desejos em relação às características do profissional que dele cuidará, temendo encontrar profissionais inexperientes, ingênuos ou com uma compreensão idiossincrática da questão das dependências.

Isto vai ao encontro dos resultados de uma outra pesquisa, na qual os entrevistados afirmaram não mencionar para os profissionais o abuso que fazem de substâncias, mesmo em situações em que a menção seria natural e necessária, temendo possivelmente não ser compreendidos. No mesmo sentido, a amostra estudada por Rohrer et al (1992) disse desejar, entre outras coisas, que os profissionais de saúde fossem compreensivos, preocupados, cuidadosos, experientes, bons ouvintes, fáceis de conversar e com “mente aberta”; portanto, clínicos pessoalmente próximos de seus pacientes (FONTANELLA; TURATO, 2002).

Tal comportamento do profissional pode – ou não – afastar um paciente, influenciando negativamente sua reentrada em tratamento. O profissional modular-se quanto a essas condutas pode, portanto, fomentar a adesão ao tratamento (FONTANELLA; TURATO, 2002).

Neste sentido, afirmamos que o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas é provavelmente aquele que gera maior mobilização por parte do profissional, independente da categoria profissional. Sobretudo, quando consideramos que o atendimento dessa situação é influenciado pela ambigüidade de valores, concepções e representações sociais predominantemente estigmatizadas do senso comum, que consideram tal questão como um problema moral relacionado à instabilidade emocional e falta de força de vontade dos usuários (PRATES, 2011).

Contudo, Bucher (1992) afirma que a visão deficitária acerca do usuário de substâncias psicoativas é contraproducente quando se trabalha com dependentes de álcool/drogas, visto que não auxilia na compreensão do caso e não oferece instrumentos terapêuticos alternativos às medidas repressivas.

A influência do modelo moral na concepção referente aos usuários de álcool foi evidenciada por Vargas e Luís (2008) que identificaram o predomínio dessa concepção nas falas dos enfermeiros atuantes em Unidades de Atenção Básica Distritais de Saúde. Outro fator importante é que estes profissionais atribuem este problema à falta de vontade em parar de beber e conseqüentemente, assumem uma visão pessimista em relação ao prognóstico do alcoolismo pela crença na baixa probabilidade de recuperação.

Conseqüentemente, as concepções sobre os motivos pelos quais os indivíduos usam drogas resultam em ações variadas que vão desde o enquadramento do indivíduo como delinquente, como doente ou vítima das circunstâncias sociais, portanto, penalizando ou desvinculando o usuário de toda responsabilidade em relação à sua conduta (SPRICIGO; ALENCASTRE, 2004).

Confirmando o exposto, Campos e Teixeira (2001) demonstram que as opiniões sobre o usuário de drogas estão, predominantemente, contidas na visão que compreende o uso de drogas como provocado por uma doença e como vítimas das condições sociais. As duas visões aparecem como complementares, ou seja, o indivíduo apresenta uma doença que é ativada, desencadeada por fatores sociais e, mesmo nos casos de dependência, esta é produzida pela persistência desses fatores.

Quanto aos sentimentos, Spricigo e Alencastre (2004), Campos e Teixeira (2004), Vargas e Luis (2008) confirmam a ambigüidade das expressões afetivas dos profissionais, que variam entre a aproximação e a disponibilidade, e o distanciamento e a indisponibilidade para prestar assistência. Sentimentos de dó e de pena caracterizam as primeiras, enquanto o medo, a raiva, a irritação e a impotência caracterizam as últimas.

Estes sentimentos negativos são justificados pela visão de que os sujeitos usuários de substâncias psicoativas estariam fingindo ou forjando uma doença, produzindo uma sensação de estar sendo enganado em quem o está assistindo. A oscilação entre esses sentimentos polarizados, ora de dó, pena, ora de raiva, também caracteriza a fala dos profissionais, configurando por vezes num fator de desmotivação ou desinteresse na prestação do serviço (PRATES, 2011).

Confirmando o exposto acima, Griffiths e Pearson (1988 apud PRATES, 2011) já na década de 60 e 80, do século passado, apontavam que o preconceito social, a atitude negativa e a percepção estereotipada para com os bebedores problema e os usuários de drogas são amplamente difundidas entre os profissionais de saúde, podendo levar à diminuição dos cuidados mínimos atribuído a este grupo de pacientes. Além disso, outros problemas de saúde podem estar relacionados e continuar sem tratamento.

Destarte, as atitudes e crenças negativas sobre o abuso de substâncias podem ser traduzidas em reações negativas e julgamentos inadequados em relação aos profissionais para com os usuários. Muitos profissionais de saúde percebem aqueles que abusam de substâncias psicoativas, como um "incômodo" e rotulam os pacientes como difíceis. Rotular um paciente contribui para a estigmatização e pode reduzir os seus sentimentos de auto-estima e estima dentro da comunidade (GRIFFITHS; PEARSON, 1988 apud PRATES, 2011).

Em um contexto de saúde, uma postura moral pode diminuir a responsabilidade do próprio profissional de saúde em relação a um indivíduo com uma condição de saúde moralizada. O paciente com problemas relacionados ao uso de álcool ou drogas passa a ser deixado em segundo plano em detrimento as demais condições de saúde (FULTON, 2001).

O universo da dependência química nos remete à necessidade de tratamento para o dependente e, no desenvolvimento deste processo, é fundamental o estabelecimento do vínculo profissional-paciente dependente químico. Um vínculo que se configura de um modo e importância particulares e que pode ter o poder de influenciar a conduta do paciente configurando a possibilidade de mudança (ANTONIETA et al., 2008).

O preparo para compreender o paciente estigmatizado que manipula sua identidade deteriorada, criando muitas vezes uma identidade virtual, a visualização da sua capa de defesa de agressividade ou retração, sua atitude de negação ou ambivalência, o entendimento da recaída como parte do processo do tratamento, requer do profissional o despojamento de preconceitos. No caso dos usuários de drogas a relação médico/paciente ditará o grau de aderência do paciente ao tratamento, a evolução e eficácia deste (ANTONIETA et al., 2008)

Para isso, é preciso que se rompam os estigmas que acompanham o usuário de drogas e que permeiam a sociedade. Esses estigmas podem partir tanto da família quanto do próprio profissional de saúde, como aponta recente estudo realizado em Salvador, o qual revelou que, no discurso de ACS, a imagem do usuário de drogas é a do negro, com baixa escolaridade, violento, desempregado, envolvido com marginalidade, fadado a morrer cedo e uma ameaça à família (OLIVEIRA, COSTA, 2010).

Considerando a importância do tratamento ao dependente químico na busca do restabelecimento do mesmo por sua qualidade de vida mental e física, faz-se necessário esclarecer aspectos que se tornam barreiras na relação profissional – paciente, que contribui diretamente interagindo no tratamento oferecido. Antes mesmo de iniciar o tratamento, o paciente tende a criar expectativas diante do processo de intervenção profissional e, sendo assim, é fundamental abordar o tema transferência, que ocorre na relação profissional-paciente. (ANTONIETA et al., 2008)

Importante enfatizar que o paciente busca no profissional uma relação de ajuda. E, nesta relação, os papéis são estigmatizados: o profissional aparece como o "detentor do conhecimento" e o paciente como o "fragilizado pela doença". Considerando este contexto, segundo Fulgêncio (2007), o paciente experimenta uma emoção em relação ao profissional, através da qual são trazidos para o relacionamento médico-paciente sentimentos e conflitos originários de relacionamentos anteriores, como também sentimentos oriundos destes papéis estigmatizados. O paciente dependente químico, além de conflitos anteriores e papel do doente na relação, sofre o estigma de exclusão social, daquele que está à margem, sendo isto mais um fator para dificultar o processo de transferência.

Diante desse impacto, na efetividade dos serviços em saúde e, por conseguinte, na saúde da população, é imprescindível que o processo de estigmatização e as potenciais formas de redução do mesmo, recebam particular atenção em políticas de saúde sobre o álcool e outras drogas (WHO, 2007; RONZANI; FURTADO, 2010; SILVEIRA, 2010; SOARES, 2011).

Estudos também indicam que a maior parte dos profissionais que lidam com o tratamento de dependentes de álcool e outras drogas acredita que seus pacientes são parcialmente responsáveis pelo aparecimento do problema e totalmente responsáveis pela solução do mesmo, ou seja, apresentam uma percepção moral em relação ao usuário (PALM, 2006).

Além da moralização por parte da população geral, estudos apontam que a maior parte dos profissionais, que lidam com o tratamento de dependentes de álcool e outras drogas

apresenta o modelo de percepção moral em relação à condição dos pacientes (GRANDALL, 2003).

A predominância do modelo também foi verificada entre os profissionais da saúde mental, profissionais de hospitais gerais Silveira (2010) e profissionais da APS (RONZANI; HIGGINS-BIDDLE; FURTADO, 2009; OLIVEIRA; RONZANI, 2010).

Ferri (1999) concluiu que 21,6% dos pacientes cocainômanos em tratamento e 24,2% dos cocainômanos na comunidade concordaram com a afirmativa segundo a qual “um profissional desses serviços não entenderia o problema” (p. 56). Tais percentagens podem parecer altas. Entretanto, essas foram a penúltima e a última barreira ao tratamento entre as seis pesquisadas por Ferri em suas duas subamostras, respectivamente. Por sua vez, estudo britânico encontrou que a maioria dos medos dos dependentes não se referia aos possíveis comportamentos controladores dos clínicos (apenas 12% dos pesquisados referiram o medo de ser forçados a se abster das substâncias, quarto item menos referido entre os 27 “medos” pesquisados).

Alguns entrevistados revelaram acreditar que, ao atendê-los, os profissionais estariam distantes de seus pacientes técnica ou pessoalmente. Poderiam, igualmente, ter uma compreensão muito diferente sobre o que é “tratamento” (FONTANELLA; TURATO, 2002).

As atitudes deste profissional podem influenciar no relacionamento com o paciente, e consequentemente favorecer ou atrapalhar o seu trabalho (VARGAS; LABATE, 2006).

Em pesquisa realizada por Fortney, (2005), observou-se que quanto maior o sentimento de estigmatização percebido pelos usuários de álcool por parte dos profissionais de saúde, menores a adesão e a qualidade do atendimento a tais usuários. Sabe-se, porém, que muitas vezes o acesso aos serviços e aos cuidados é dificultado por causa do estigma atribuído ao uso nocivo de álcool e outras drogas, fato que pode agravar a situação do usuário, uma vez que ele procura ajuda pensando que receberá um julgamento moralizado por parte dos profissionais de saúde.

Muitos profissionais lidam com alguns problemas de saúde de forma compartilhada com a população geral, na qual se tende a classificar as pessoas em parâmetros de normalidade ou não, definindo alguns comportamentos desviantes na sociedade (ROOM, 2006).

Para Bucher (1992), o fenômeno do consumo e da dependência de drogas, simplesmente pelo fato de ser uma prática humana, antes de ser um problema farmacológico, policial ou psiquiátrico, necessita de uma abordagem multidimensional, para que se chegue a uma compreensão global que desemboque em ações acuradas dentre os diversos usuários.

Outra consequência direta do estigma internalizado para o tratamento é o impacto negativo da baixa autoestima e baixa autoeficácia que interferem na realização dos objetivos de vida. Os usuários de drogas não acreditam que possam se beneficiar do tratamento porque se sentem incapazes. Assim, os sentimentos de desvalor e de incapacidade fazem com que eles pensem que não existem razões para se recuperar (RONZANI, 2014).

O tratamento da dependência deve ser visto como uma parceria entre profissional, usuário, família e comunidade, sem que a responsabilidade pela recuperação caia inteiramente sobre uma das partes. Antes de se pensar em enfrentar o estigma, é de extrema importância que os profissionais de saúde estejam conscientes da forma como pensam sobre os usuários de drogas. Percepções estigmatizantes e estereotipadas podem afetar a motivação do profissional para lidar com o problema de saúde (RONZANI, 2014).

É sabido que os profissionais da área não estão capacitados para lidar com o atendimento aos problemas relativos ao uso de álcool e outras drogas; soma-se ao fato o evidente predomínio do estigma e do estatuto de incapacidade e periculosidade tanto dos sujeitos com sofrimento mental como dos usuários de álcool e outras drogas na representação social, inclusive dos trabalhadores de saúde, que resulta muitas vezes num atendimento mais ideológico e moral marcado pela indiferença, pelo preconceito, pelo julgamento, pelos sentimentos de impotência, de medo e de raiva no interior desses serviços (PRATES, 2011).

A assistência a estes indivíduos deve, sem dúvida, ser mais humana, sensível e destituída de preconceitos. Esta assistência só será possível com o estabelecimento de três fatores inter-relacionados: mudança de atitudes, busca de conhecimento e aperfeiçoamento das habilidades. Cada vez mais, o usuário prejudicial de álcool e outras drogas faz parte do cotidiano dos serviços de urgência e emergência, sendo extremamente necessárias estas mudanças (VARGAS, LABATE, 2005; VIEIRA, 2010).

Destarte, a capacitação e o aperfeiçoamento dos profissionais são considerados por Cruz e Ferreira (2001) fundamental, pois atualmente, a insuficiente formação dos profissionais de saúde acaba por privilegiar os aspectos biológicos ou os psicodinâmicos, deixando uma lacuna que impede a compreensão da dimensão sócio-cultural da dependência química.

Esses dados refletem na forma como os profissionais de saúde ou políticas públicas lidam com o problema, uma vez que a atribuição de responsabilidade sobre determinado problema de saúde pode ser relacionada com a prontidão para a ajuda oferecida pelos profissionais e pela estigmatização e moralização da condição apresentada (MAJOR, O'BRIEN, 2005).

Muitas vezes, o profissional responsável pelo diagnóstico ou tratamento apresenta o pensamento de que o uso de álcool é um vício ou fraqueza de caráter (MAJOR, O'BRIEN, 2005).

A forma de abordagem dos usuários é influenciada por tal visão, e o tratamento é direcionado para a pessoa problemática, sendo necessário controlar o mau hábito e o comportamento desviante dessas pessoas (PALM, 2006).

Frente a este contexto, é importante avaliar o uso de drogas e os usuários em uma relação complexa na qual a dimensão humana precisa ser considerada. Ou seja, é a forma como a pessoa se relaciona com a droga que deve ser considerada e não a droga em si. Muitos usuários perdem a oportunidade de terem acesso a um cuidado adequado por serem vítimas de preconceito e estigmatização nos serviços de saúde. Para reverter esta situação, é preciso haver uma mudança de postura por parte dos profissionais (RONZANI, 2014).

Tal tipo de abordagem acaba por reforçar a perspectiva moralizante e a internalização de alguns estereótipos e estigmas atribuídos aos usuários de drogas (PALM, 2006).

Com isso, os profissionais não têm motivação para desenvolver estratégias de prevenção e tratamento por acreditarem que os usuários não irão conseguir parar de consumir drogas e, conseqüentemente, tendem a se afastar destes pacientes (RONZANI, 2014).

Segundo Room (2006), existem duas vertentes de estudo sobre estigma do uso de álcool e outras drogas. A primeira é relacionada ao entendimento e ao estudo de como se forma o processo de estigmatização e de estratégias de mudança de percepção dos profissionais e dos próprios usuários sobre o uso de álcool, a fim de promover uma postura resiliente na recuperação do problema. Outra linha de pensamento estabelece que o reforçamento do estigma social é visto como benéfico no controle e na recuperação do usuário de álcool e outras drogas. De forma geral, segundo o autor, existe uma punição social não formalizada que procura passar a mensagem de que determinados comportamentos não são tolerados.

Fortney *et al.*, (2004) em seu estudo, observaram que a percepção de estigmatização de sua condição foi importante para a qualidade e o resultado do tratamento recebido, confirmando, portanto, a primeira linha de pensamento. Outros estudos demonstram também que o estigma é uma barreira para o tratamento.

Como alternativa à concepção moralizante do usuário, procura-se estabelecer ações baseadas na perspectiva da saúde coletiva, em que o foco é dado ao uso de álcool e aos danos associados, e não aos indivíduos propriamente ditos, procurando traçar ações mais gerais,

compreensivas e menos estigmatizantes, que também se articulem com ações direcionadas aos indivíduos (RONZANI, FURTADO, 2010).

Uma das estratégias e o foco na mudança de posturas que levam a estigmatização do uso de álcool como forma de prevenir os danos associados no sentido de melhorar a eficácia e o acesso ao tratamento (CORRIGAN, 2005).

Essas ações são planejadas partindo-se do princípio de que a automaticidade e a estereotipização podem ser controladas ou modificadas por mediadores sociocognitivos (LIMA, VALA, 2004).

Para tanto, é importante considerar que as políticas assistenciais e a formação dos profissionais de saúde devem focar a mudança de atitudes negativas no sentido de evitar a estigmatização e a diminuição da conseqüente injustiça social que os portadores de sofrimento mental sofrem (AALTO; PEKURI; SEPPA, 2003).

A assistência à saúde ofertada segundo a perspectiva proibicionista tem sido caracterizada como de “*alta exigência*” (MARLATT, 1999).

Destaca-se a indistinção feita pelos adeptos desta vertente entre o consumo de drogas ocasional daquele considerado abusivo e/ou prejudicial, caracterizado como um padrão de consumo capaz de produzir danos sociais e à saúde, inclusive a dependência química. Nenhum padrão de consumo é tolerado e a abstinência desponta como condição, meio e finalidade do tratamento: “*A única meta aceitável de quase todos os programas de tratamento para alcoolismo e drogas nos Estados Unidos é a abstinência vitalícia, juntamente com atendimento contínuo em grupos de recuperação do tipo Doze Passos. Na verdade, a abstinência é quase sempre pré-requisito para o tratamento, uma vez que a maioria dos programas de tratamento de dependência química recusa-se a admitir pacientes que ainda estejam usando drogas. A exigência de que o indivíduo deve primeiro abster-se a fim de receber o tratamento que visa manter a abstinência exemplifica uma abordagem de “alta exigência”, a qual muitas vezes torna-se um obstáculo para aqueles que procuram ajuda*” (MARLATT, 1999. p.22).

A ênfase é a culpabilização do usuário, que deve modificar seus valores e sua vida social, adaptando-se às regras de boa convivência humana, pois o problema é que ele se deixou corromper pelo “grande mal” que é a droga. Esse modelo está presente em boa parte das comunidades terapêuticas, geralmente organizadas por entidades de cunho religioso e grupos de ajuda mútua (SCHNEIDER, 2010).

Uma das limitações apontadas para o modelo de atenção à saúde baseado exclusivamente na abstinência refere-se ao fato de esta condição representar uma importante

barreira ao acesso das pessoas que fazem uso prejudicial ou apresentam dependência de drogas às instituições de saúde (MARLATT, 1999).

A alta exigência em torno da abstinência implica ainda censuras e recriminações aos episódios de recaída ou reincidência ao uso de drogas, tornando as instituições de saúde espaços pouco acolhedores àqueles estigmatizados como “fracos”, “vagabundos”, “sem-vergonha”, “imorais” (ALVES, 2009).

Considerando o impacto negativo da estigmatização para o tratamento dos usuários de drogas, estratégias de redução de estigma têm sido apresentadas como uma forma de se abordar essa temática nos serviços de saúde (RONZANI, 2014).

Ronzani (2014) sugere algumas possíveis estratégias de enfrentamento para trabalhar as visões estigmatizantes da população em geral e dos próprios usuários acerca do uso de drogas, e com relação às expectativas negativas sobre o futuro deles como:

- **Protesto:** se refere à mobilização social sobre aspectos relacionados ao uso de drogas, entre eles, o uso de linguagem pejorativa através da qual a mídia exerce um papel de divulgação de imagens negativas em relação aos usuários de drogas.
- **Contato:** promover o contato com usuários de substâncias pode ajudar a diminuir opiniões negativas a respeito deles, a partir da troca de experiências, bem como da possibilidade de testar algumas crenças errôneas.
- **Educação:** inclui apresentações, discussões, simulações e filmes que visam alterar atitudes e comportamentos em um nível comunitário, levando à diminuição da discriminação, o que geralmente é o primeiro passo e pode ser combinado com outras estratégias.

Nesse sentido, o processo de Reabilitação Psicossocial implica na mudança da política dos serviços de saúde mental, ou seja, dos programas por meio dos quais tais políticas se aplicam e se realizam, e são estas que devem ser modificadas (PITTA, 2011).

A mudança na cultura hospitalocêntrica na saúde mental não se faz apenas com a implantação de novos serviços, mas com a transformação das práticas. É necessária uma articulação dos serviços que permita construir um novo profissionalismo dos técnicos, que esteja à disposição dos usuários (SARACENO, 2001).

Neste contexto, os trabalhadores da equipe devem ter um alto grau de compromisso com as metas estabelecidas por eles próprios, ousando colocar em prática iniciativas que promovam a emancipação do sujeito (PINHO, 2009).

Pensar o enfrentamento as drogas significa ter a coragem de propor e a capacidade de executar políticas públicas audazes, capazes de dar conta de gerações e indivíduos tidos como perdidos (BRÁS, 2012).

As práticas de saúde devem acolher sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário e demandado, sempre estimulando a participação e o engajamento do usuário (BRASIL, 2004a).

Para acolher o indivíduo e sua família, é necessária uma atitude humanizada e receptiva dos profissionais ao receber, escutar e tratar as demandas dos usuários. Esta atitude implica em uma relação de interesse mútuo, confiança e apoio (SCHMIDT; FIGUEIREDO, 2009).

As atitudes que a população ou profissionais apresentam sobre determinada situação de saúde são fundamentais para a qualidade do atendimento, adesão ao tratamento e atividades de prevenção (FORTNEY et al., 2005)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do impacto que o processo de estigmatização acarreta sobre os serviços de saúde, o comitê especialista em problemas relacionados ao consumo de álcool sugere que a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimule mais estudos nessa área, com particular atenção sobre a forma como a redução da estigmatização pode ser levada em conta em políticas sobre o álcool (World Health Organization, 2007).

Por meio de uma análise preliminar da literatura referente a esta temática, percebemos a existência de desafios e obstáculos que precisam ser superados, quando pensamos em prestar cuidados de qualidade aos abusadores de substâncias. A negação dos trabalhadores da saúde e do público em geral no que se refere à existência do abuso de substâncias psicoativas, continua a ser um obstáculo à prestação de cuidados, de reconhecimento precoce e de educação em saúde eficaz.

Portanto, ao invés de estigmatizar os usuários ou pretender varrer as drogas da face da terra, urge o desenvolvimento de políticas públicas para recuperar os dependentes, como também intensificar programas de prevenção e redução de danos baseados em dados objetivos. Dessa forma, será possível uma nova formulação do “problema das drogas” no Brasil, que não se restrinja somente à relação indivíduo-droga, mas que leve em consideração principalmente a convivência deste indivíduo com o seu meio social.

Como sugestões para o fortalecimento da rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas a partir das informações obtidas nesta pesquisa pode-se propor uma maior organização por parte dos serviços que compõem a saúde e a assistência a fim de fortalecer o trabalho interdisciplinar e intersetorial e avançar para a efetivação da rede, buscando agregar maior valor ao atendimento e acompanhamento dos usuários de álcool e outras drogas, através da inserção de projetos e programas voltados para esse público específico, ampliando as condições de reinserção social para estes usuários (BRÁS, 2012).

Já o estigma atribuído aos usuários problemáticos de substâncias por parte dos profissionais de saúde, é percebido por quase metade dos indivíduos que potencialmente precisariam de tratamento, fator que acaba por interferir na qualidade do atendimento em saúde, adesão a tratamento e atividades de prevenção. Tal situação influencia direta ou indiretamente a condição de saúde da pessoa estigmatizada, e pode provocar sofrimento desnecessário e o agravamento da própria doença (FORTNEY, 2005; BERGER; WAGNER; BAKER, 2005).

O impacto da moralização do usuário de álcool e drogas em termos de saúde pública é enorme. As consequências do processo de estigmatização, como a diminuição da autoestima e a perda de oportunidades sociais, acabam funcionando como barreiras de acesso aos serviços de saúde.

Spicigo e Alencastre (2004) discutem a necessidade do profissional de saúde que trabalha com usuários de álcool e outras drogas, olhar para si mesmo: suas crenças, valores, preconceitos, escolha do enfoque teórico sobre a questão, engajamento e as contradições da prática, considerando que a concepção que os trabalhadores apresentam acerca do usuário de substâncias psicoativas, influenciará a forma pela qual este se relacionará com o mesmo e determinará a qualidade e a efetividade da assistência prestada.

Neste sentido, afirmamos que o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas é provavelmente aquele que gera maior mobilização por parte do profissional, independente da categoria profissional. Sobretudo, quando consideramos que o atendimento dessa situação é influenciado pela ambiguidade de valores, concepções e representações sociais predominantemente estigmatizadas do senso comum, que consideram tal questão como um problema moral relacionado à instabilidade emocional e falta de força de vontade dos usuários.

Diante desse impacto, na efetividade dos serviços em saúde e, por conseguinte, na saúde da população, é imprescindível que o processo de estigmatização e as potenciais formas de redução do mesmo, recebam particular atenção em políticas de saúde sobre o álcool e outras drogas (WHO, 2007; RONZANI; FURTADO, 2010; SILVEIRA, 2010; SOARES, 2011).

Há também a necessidade de uma assistência efetiva, que dê acompanhamento constante aos usuários de álcool e outras drogas ajudando-os a aproveitar melhor as suas potencialidades e, incentivando a diversificação das atividades, colaborando desta forma, para que haja maior aceitação nas pequenas empresas e no comércio para empregar essas pessoas, e não simplesmente desenvolver cursos ou palestras esporadicamente.

A moralização e os estereótipos atribuídos aos usuários podem influenciar direta ou indiretamente nos resultados e na qualidade da prevenção e tratamento do uso de álcool e outras drogas, por este motivo a Educação Permanente assume um papel primordial no sentido de modificar a concepção, dos profissionais de saúde relacionada ao estigma.

Consideramos importante a sociedade repensar seus valores sociais, que muitas vezes são responsáveis pela estigmatização dos usuários de substâncias psicoativas e do louco. Os serviços de saúde mental devem organizar encontros que incentivem a população a debater as

questões sobre a loucura e sobre os usuários de álcool e outras drogas, no sentido de descobrir qual a melhor forma de compreender estes fenômenos, possibilitando a inclusão social desta população e conseqüentemente a sua Reabilitação Psicossocial.

REFERÊNCIAS

- AALTO, M.; PEKURI, P.; SEPPA, K. Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking during a 3-year brief intervention implementation project. *Drug Alcohol Dependence*. 2003; 69(1): 9-14, 2003.
- ALMEIDA, A. M. Construyendo el Significado de la Reincidencia de La Enfermedad: La Experiencia de Mujeres con Cáncer de seno. *Rev. Latino-Americano de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 5, Sept. 2001.
- ALVES, V.S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(11):2309-2319, nov, 2009.
- ANTONIETA, L.; SILVA, L. H.; ARAUJO, M. C.; HENRIQUE, S.; ROSA, M. M.; DUARTE, M. R.; PAULA, D. SILVA. Dificuldades na atenção ao dependente químico – barreiras na relação médico-paciente relacionadas ao profissional. Trabalho de Conclusão do Curso de Dependência Química Virtual da UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2008.
- ASCELRAD, G. Educação para a autonomia: a construção de um discurso democrático sobre o uso de drogas. In ASCELRAD, Gilberta (org.). *Avessos do prazer. Drogas, aids e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- BERGER, M.; WAGNER, T. H.; BAKER, Laurence C. Internet use and stigmatized illness. *Social science & Medicine*, v.61, p.1821-1827, 2005.
- BISNETO, J. A. Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática. 3. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- BRÁS, A. C. D. “Fazendo a cabeça”: estudo da rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas no município de Santo Antônio de Jesus / Ana Carla Damasceno – Cachoeira, 2012. Trabalho de conclusão de curso (Graduação) – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- BROWN, L.; TRUJILLO, L.; MACINTYRE, K. Interventions to Reduce HIV/AIDS Stigma: What Have We Learned? Horizons Program Tulane University. p. 1-40, Sept. 2001.
- BUCHER, R. *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
- CAMPOS, C.J.G.; TEIXEIRA, M.B. O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. *Rev Esc Enf USP*; 35(2). p. 141-9, 2001.
- CARLINI, E.A. I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001 -- São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.
- _____.; GALDURÓZ, J. C. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), 2007
- CARRANZA, D. V. V.; PEDRÃO, L. J. Satisfacción personal el adolescente adicto a drogas em el ambiente familiar durante a fase de tratamento em um instituto de salud mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, p. 836-844, 2005.

CORRIGAN, P. W. How Stigma Interferes With Mental Health Care. *American Psychologist*, v.59, n.7, p.614 – 625, 2004.

_____; LURIE, B.D.; GOLDMAN, H.H.; SLOPEN, N.; MEDASANI, K.; PHELAN, S. How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse. *Psychiatr Serv*. 56(5):544-50, 2005.

CRANDALL, C. S. Ideology and Lay Theories of Stigma: The Justification of Stigmatization. In: HEARTHERTON, Todd F. et al. (Org). *The social psychology of stigma*. New York: The Guilford Press, p. 126-150, 2003.

CRUZ, M.S.; FERREIRA, M.S.B.org. *Álcool e drogas: usos, dependência e tratamento*. Rio de Janeiro. Edições ipub.2001. Determinantes socioculturais do uso abusivo de álcool e outras: uma visão panorâmica; p. 95-113, 2001.

_____. Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de redução de danos. In O. Cirino & R. Medeiros (Org.). *Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis* (v. 1; pp. 13-24). Belo Horizonte: Autêntica.2006.

DINOS, S.M.; STEVENS, S.; SERFATY, M.; WEICH, S.; KING, M. Stigma: the feelings and experiences of people with mental illness. *Qualitative study*. *Br J Psychiatry*.184:176-81, 2004.

DOVIDIO, J.F., MAJOR, B.; CROCKER, J. Stigma: introduction an overview. In: Heatherton TF, Kleck RE, Hebl MR, Hull JG (Orgs.). *Social psychology of stigma*. New York: Guilford Press; p. 1-28, 2003.

DUARTE, C. E.; MORIHISA, R. S. Experimentação, uso, abuso e dependência de drogas. *Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar*. Brasília: Secretaria Nacional Antidroga e Serviço Social da Industria, p. 41-49, 2008

DUARTE, D. F. Uma breve história do ópio e dos opióides. *Rev. Bras. Anesthesiol*. [online]. vol.55, n.1, pp. 135-146, 2005.

ESCOHOTADO, A. *História elemental de las drogas*. 2. ed.Barcelona: Anagrama, 2003.

FERRI, C. *Cocaína: padrão de consumo e fatores associados à procura de tratamento* [Tese de doutorado]. São Paulo (SP): Universidade Federal de São Paulo; 1999.

FIGUEIREDO, R. Mª. M. D. *Prevenção ao Abuso de Drogas em Ações de Saúde e Educação (uma abordagem sócio-cultural e de redução de danos)* NEPAIDS, 2002.

FIORI, M. *Controvérsias médicas e a questão do uso de drogas*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Antropologia Social, USP, São Paulo, 2004.

FONSECA, L. A. *O estigma sobre as mulheres alcoolistas em tratamento no Serviço de Estudo e Atenção a usuários de Álcool e outras Drogas do Hospital Universitário de Brasília*. Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social. Universidade de Brasília. dez, 2009.

FONTANELLA, B.J.B.; TURATO, E.R. Barreiras na relação clínico paciente em dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento. *Rev Saude Publica*. ago; 36(4): 439-78, 2002.

FORTNEY, J. Factors associated with perceived stigma for alcohol use and treatment among at-risk drinkers. *Journal of Behavioral Health & Services Research*, v.31, n.4, p. 418– 429, 2004.

_____.; MUKHERJEE, S.; CURRAN, G.; FORTNEY, S.; HAN, X.; BOOTH, B.M. Factors associated with perceived stigma for alcohol use and treatment among at-risk drinkers. *Behav Health Serv. Res*. 31 (4):418-29, 2005.

- FREUD, S. O mal-estar da civilização. Tradução de José Otavio de Aguiar Abreu. Rio de Janeiro: Imago, 2002.
- FULGÊNCIO, L. - O método especulativo em Freud. São Paulo: Educ, 2007.
- FULTON, R. The stigma of substance use and attitudes of professionals: a review of the literature. Toronto. University of Toronto. 2001.
- GALLINA, J.R. Discursos e efeitos evanescentes: uma Leitura da imprensa sobre o consumo de Substâncias psicoativas na Sociedade Brasileira. Dissertação (Mestrado). Escola de Comunicações e Artes da Universidade de São Paulo. SÃO PAULO, 2006.
- GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GOFFMAN, E. Estigma. Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1978.
- HEATHERTON, T.F.; KLECK, R.E.; HEBL, M.R.; HULL, J.G. (orgs). Social psychology of stigma. New York: Guilford Press; 2003
- JOHNSTONE, M. Stigma, social justice and the rights of the mentally ill: challenging the status quo. Aust N Z J Ment Health Nurs.10:200-9, 2001.
- LAPATE, V. Hora Zero: a independência das drogas – antes que os problemas cheguem. São Paulo: Scortecci, 2001.
- LIMA, M.E.O.; VALA, J. Serão os estereótipos e o preconceito inevitáveis? O monstro da automaticidade. In: Lima MEO, Pereira ME (Orgs.). Estereótipos, preconceitos e discriminação. Perspectivas teóricas e metodológicas. Salvador: EDUFBA; 2004, p. 41-68, 2004.
- LINK, B. G.; PHELAN, J. C. Conceptualizing Stigma. Annual Review of Sociology, v.27, p.363- 385, 2001.
- MACHADO, L.V.; BOARINI, M. L. Políticas Sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. Psicologia: ciência e profissão, 2013, 33 (3), 580-595, 2013.
- MACRAE, E. Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos. In XIV Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social, 2007, Rio de Janeiro. Anais de resumos e de trabalhos completos do XIV Encontro Nacional da ABRAPSO. Rio de Janeiro, RJ: ABRAPSO. v. 1, 2007.
- MAGNABOSCO, M.B.; FORMIGONI, M.L.O.S.; RONZANI, T.M. Avaliação dos padrões de uso de álcool em usuários de serviços de Atenção Primária a Saúde de Juiz de Fora e Rio Pomba (MG). Rev. Bras Epidemiol. 10(4):637-47, 2007.
- MAJOR, B.; O'BRIEN, L.T. The social psychology of stigma. Annu Rev Psychol. 56: 393-421, 2005.
- MARLATT, G.A. Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Editora Artmed; 1999.
- MARTINS, E. R.C.; CORRÊA, A. K. Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 12, p. 398-405, 2004.

_____; ZEITOUNE, R.C.G.; FRANCISCO, M.T.R.; SPINDOLA, T.; MARTA, C.B. Concepções do trabalhador de enfermagem sobre drogas: a visibilidade dos riscos. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, jul/set; 17(3):368-72, 2009.

MEDEIROS, R.C. Adulto jovem, prazer e drogadicção: nos caminhos de uma paixão, a construção de um olhar. Dissertação de mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2005.

MONTEIRO, W. O tratamento psicossocial das dependências. Belo Horizonte: Novo Milênio, 2000.

NEVES, D. P. Alcoolismo: acusação ou diagnostico? *Cad Saúde Pública*. 20(1):7-14, 2004.

OBSERVATÓRIO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS – (OBID). Álcool. 3 setembro, 2011.

OLIVEIRA, J.F.O.; MCCALLUM, C.A.; COSTA, H.O.G. Representações sociais de Agentes Comunitários de Saúde acerca do consumo de drogas. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 44(3):611-8, 2010.

OLIVEIRA, M. C.; RONZANI, T. M. Estigmatização e prática de profissionais da APS referentes ao consumo de álcool. In: I Simpósio Internacional sobre Intervenções Breves Para o Uso de Drogas: Exp. Brasileiras e Internacionais. 2010. Anais do I Simpósio Internacional sobre Intervenções Breves para o Uso de Drogas. São Paulo, 2010.

PALM, J. Moral concerns – Treatment staff and user perspectives on alcohol and drug problems [tese]. Department of Criminology, University of Stockholm, Sthockholm; 2006.

PAULO, M. A. L.; MELO, P. F. A importância da família na recuperação do usuário de álcool e outras drogas. *Saúde. Coletiva em Debate*, 2(1), 41-51, dez. 2012.

PELUSO, E. T. P.; BLAY, S. L. Public perception of alcohol dependence. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(1), 19-24, 2008.

PITTA, A. Reabilitação psicossocial no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? p. 19-26, 2011.

PINHO, P.H. Os desafios na atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a reabilitação psicossocial [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

PLASTINO, C. A. A constituição do sujeito coletivo e a questão dos direitos humanos. In ASCELRAD, Gilberta (org.). *Avessos do prazer. Drogas, aids e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, pp 17-33, 2000.

POLÍTICA NACIONAL ANTIDROGAS. D.O.U. N° 165-27.08.2002. Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2003.

PRATES, J. G. A representação social dos enfermeiros de serviços de urgência e emergência acerca da assistência aos usuários de álcool e outras drogas / José Gilberto Prates. – São Paulo, 152 p. Dissertações (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2011.

RAMIREZ, M. Relação Médico- Paciente: uma Produção Social em debate. In: I Seminário Assistência em HIV/AIDS, Rio de Janeiro, RJ, 2002.

ROMANINI, M.; ROSO, A. Mídiação do crack e estigmatização: corpos habitados por histórias e cicatrizes. *Interface (Botucatu) [online]*. 2014, vol.18, n.49, pp. 363-376. Epub Mar 17, 2014.

ROOM, R. Taking account of cultural and societal influences on substance use diagnoses and criteria. *Addiction*. 101(Suppl 1):31-9, 2006.

RONZANI, T. M. Avaliação de um processo de implementação de estratégias de prevenção ao uso excessivo de álcool em serviços de atenção primária a saúde: entre o ideal e o possível. [tese] Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo; 2005.

_____; ANDRADE, T. A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo a detecção, prevenção e tratamento. In: SENAD. Sistema para Detecção de Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas, Brasília, DF: SENAD p. 25-32, 2006.

_____; HIGGINS-BIDDLE, J.; FURTADO, E. F. Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. *Social Science & Medicine*, 69, 1080-1084, 2009.

_____; FURTADO, E. F. Estigma social sobre o uso de álcool. *J. bras. psiquiatr.* [online] vol.59, n.4,2010.

_____; NOTO, A. R.; SILVEIRA, P. S. Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores / colaboradores Ana Luísa Marlière Casela ... [et al.] – Juiz de Fora: Editora UFJF, 24 p, 2014.

RUSCH, N.; ANGERMEYER, M.A.; CORRIGAN, P.W. Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*. 20: 529-39, 2005.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma prática à espera de teoria. In: Pitta A, organizadora. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; p.150, 2001.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. Souza. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. [on line] 2002. *Ciência & Saúde Coletiva* 8(1):299-306, 2002.

SCHNEIDER, D.R. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3):687-698, 2010.

SCHMIDT, M.B.; FIGUEIREDO, A.C. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. *Rev. latino am. psicopatol. fundam.* 12(1)130-140, 2009.

SEIBEL, S.D.; TOSCANO, J.R. A. Dependência de drogas. São Paulo: Atheneu, 2000.

SILVEIRA, P. S. Estigmatização do uso de álcool e outras drogas entre profissionais de saúde de Juiz de Fora. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010.

SOARES, R. G. Distância social dos profissionais de saúde em relação à dependência de substâncias psicoativas *Estudos de Psicologia*, v.16, n.1, p. 91-98, janeiro-abril, 2011

SPRICIGO, J. S.; ALENCASTRE, M.B. O enfermeiro de unidade básica de saúde e o usuário de drogas – um estudo em Biguaçu-SC. *Rev Latino-am Enfermagem*; março/abril; 12(número especial): 427-32, 2004.

STANGOR, C; CRANDALL, C. S. Threat and the Social Construction of Stigma. In: HEARTHERTON, Todd F. et al. (Org). *The social psychology of stigma*. New York: The Guilford Press, p. 62-87, 2003.

VARGAS, D.; LABATE, R.C. Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente ao uso do álcool e alcoolismo. *Rev Bras Enferm.*59(1):47-51, 2006.

_____; LUIS, M.A.V. Alcohol, alcoholism and alcohol addicts: conceptions and attitudes of nurses from district basic health centers. *Rev. Latino-Am. Enf* [online]. 2008;16 (n.sp):543-50, 2008.

VELHO, G. Drogas, Níveis de Realidade e Diversidade. In: RIBEIRO, Maurides de Melo e SIEBEL, Sérgio Dario. *Drogas: a hegemonia do cinismo*. São Paulo: Fundação Memorial da América Latina, p. 61, 1997.

VIEIRA, V. A representação social do enfermeiro acerca das práticas assistenciais aos usuários de álcool e outras drogas na Estratégia de Saúde da Família. Dissertação (Mestrado). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Expert Committee on Problems Related to Alcohol Consumption*. Geneva: World Health Organization. 2007.