UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
NÚCLEO DE PESQUISA EM SAÚDE MENTAL E DEPENDÊNCIA QUÍMICA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE DEPENDENTES QUÍMICOS ACERCA DO CRACK, DO USUÁRIO DE DROGAS E DO TRATAMENTO

JULIANA RÍZIA FÉLIX DE MELO

João Pessoa - PB
Fevereiro 2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAIBA
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL
NÚCLEO DE PESQUISA EM SAÚDE MENTAL E DEPENDÊNCIA QUÍMICA

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE DEPENDENTES QUÍMICOS ACERCA DO CRACK, DO USUÁRIO DE DROGAS E DO TRATAMENTO

JULIANA RÍZIA FÉLIX DE MELO
Mestranda

Profª. Drª. SILVANA CARNEIRO MACIEL
Orientadora

João Pessoa – PB
Fevereiro 2013

JULIANA RÍZIA FÉLIX DE MELO

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE DEPENDENTES QUÍMICOS ACERCA DO CRACK, DO USUÁRIO DE DROGAS E DO TRATAMENTO

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba por Juliana Rízia Félix de Melo, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Social.

Orientadora: Prof[a]. Dr[a]. Silvana Carneiro Maciel

João Pessoa - PB
Fevereiro 2013

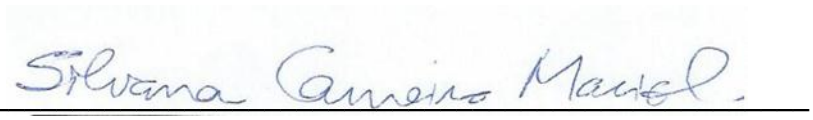
M528r Melo, Juliana Rízia Félix de.
Representações sociais de dependentes químicos acerca do crack, do usuário de drogas e do tratamento / Juliana Rízia Félix de Melo.- João Pessoa, 2013.
161f.
Orientadora: Silvana Carneiro Maciel
Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCHL
1. Psicologia social. 2. Dependência química. 3. Crack. 4. Drogas. 5. Teoria das Representações Sociais. 6. Teoria do Núcleo Central.

UFPB/BC CDU: 316.6(043)

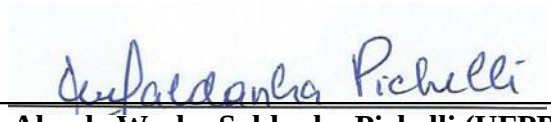
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE DEPENDENTES QUÍMICOS ACERCA DO CRACK, DO USUÁRIO DE DROGAS E DO TRATAMENTO

JULIANA RÍZIA FÉLIX DE MELO

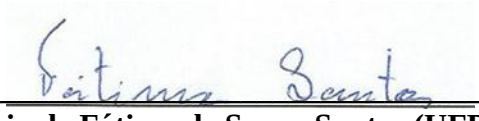
Banca avaliadora:



Profª. Drª. Silvana Carneiro Maciel (UFPB, Orientadora)



Profª. Drª. Ana Alayde Werba Saldanha Pichelli (UFPB, Membro Interno)



Profª. Drª. Maria de Fátima de Souza Santos (UFPE, Membro externo)

João Pessoa - PB
Fevereiro 2013

Ao meu Deus que sempre cuida de mim e a todos que contribuíram para a realização deste trabalho.

Nós dizemos aos pacientes que ao saírem da clínica eles encontrarão um novo mundo, mas isso não é verdade! Vivemos numa sociedade doente. Eles voltarão a morar na favela, continuarão desempregados e rodeados por bocas de fumo e bares. Para essas pessoas, a recuperação é muito mais difícil! (Psicóloga)

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me sustenta e me guia nessa caminhada chamada vida.

Ao meu esposo Dennison, pelo apoio, torcida e compreensão nos momentos que lhe faltei, por me amar e me fazer tão bem!

À minha família: meu pai, tia Mariza, Laisa, Larissa, Adriana, Ayla, Emmanuelzinho, mainha e todos os outros, por ser uma família incrível.

Aos meus sogros Margareth e Rosivan, minhas cunhadas, cunhados e sobrinhos, por me acolherem tão amavelmente nessa família, pelas orações, apoio e torcida.

À minha querida orientadora Silvana, por acreditar em mim e no meu potencial. Pelo apoio, paciência, compreensão, carinho e cuidado comigo. Por ser meu exemplo de ética e de força.

À minha amiga do mestrado Fabrycianne, pela amizade genuína que foi forjada no decorrer das ansiedades, angústias e gargalhadas.

Aos demais colegas de mestrado, pela amizade e apoio.

Às minhas amigas do coração: Íria, Elís, Lidy, Jack, Rafa, Tatá, e Joelma, pela amizade tão preciosa, pelas alegrias e dores compartilhadas, por eu saber que tenho com quem contar!

Ao Núcleo de Pesquisa em Saúde Mental e Dependência Química, pela torcida e amizade.

A todos que compõem **o Núcleo de Pesquisa em Aspectos Psicossociais de Prevenção e Saúde Coletiva**.

A todos os **professores do Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da UFPB**, pelo conhecimento ofertado tão competentemente aos alunos.

Ao CNPQ, pelo apoio financeiro.

Aos participantes do estudo, que se dispuseram a compartilhar um pouco da sua vivência comigo.

Aos dirigentes e funcionários da Clínica de Psicologia, que tão solicitamente me ajudaram na fase da coleta dos dados.

A todos que, de alguma forma, me ajudaram a chegar até aqui!

OBRIGADA!

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS **3**
LISTA DE FIGURAS **4**
LISTA DE ABREVIAÇÕES **5**
RESUMO **6**
ABSTRACT **7**
INTRODUÇÃO **8**
CAPÍTULO 1 ..... **13**
Historiando as drogas: da Antiguidade aos dias atuais **13**
1.1 Contextualização histórica do uso do crack na sociedade 31
1.2 Políticas públicas sobre drogas no Brasil: panorama atual 39
CAPÍTULO 2 ..... **49**
A Teoria das Representações Sociais como aporte teórico para o estudo do fenômeno das drogas **49**
2.1 Teoria das Representações Sociais e suas abordagens: dimensional e estrutural. 58
CAPÍTULO 3 ..... **66**
Método **66**
3.1 Objetivo Geral 67
3.2 Objetivos Específicos 67
3.3 Tipo de estudo 67
3.4 Amostra 68
3.5 Local 69
3.6 Instrumentos e Análise dos dados 70
3.6.1 Questionário sociodemográfico/Análise das frequências 70
3.6.2 Associação livre de palavras/Análise lexicográfica 70
3.6.3 Entrevista semiestruturada/Análise de conteúdo 74
3.7 Considerações éticas e procedimento de coleta de dados 77
CAPÍTULO 4 ..... **80**
Apresentação e discussão dos resultados **80**
4.1 Dados sociodemográficos 81
4.2 Estrutura da representação social do crack, do usuário de drogas e do tratamento: uma análise à luz da Teoria do Núcleo Central 87
4.2.1 Estrutura da representação social do *crack* 87
4.2.2 Estrutura da representação social do usuário de drogas 91
4.2.3 Estrutura da representação social do tratamento 94
4.3 Desvendando a representação social do crack, do usuário de drogas e do tratamento por meio da Análise de Conteúdo Temática 98

4. 3. 1 Descrição das categorias e subcategorias 98
4. 3. 2 Definição do crack 105
4. 3. 3 Conceito de usuário de drogas 109
4. 3. 4 Causas do uso de drogas 111
4. 3. 5 Consequências do uso de drogas 113
4. 3. 6 Tratamento 117
4. 3. 7 Futuro sem as drogas 119
4. 3. 8 Futuro com as drogas 121
CAPÍTULO 5 123
Considerações finais 123
REFERÊNCIAS 130
ANEXOS
APENDICES

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Frequências e porcentagens dos dados sociodemográficos dos participantes. N=30.....81

Tabela 2 - Frequências e porcentagens das subcategorias sobre a Definição das drogas.....105

Tabela 3 - Frequências e porcentagens das subcategorias sobre o Conceito de usuário de drogas.....109

Tabela 4 - Frequências e porcentagens das subcategorias sobre Causas do uso de drogas.....111

Tabela 5 - Frequências e porcentagens das subcategorias sobre Consequências do uso de drogas.....113

Tabela 6 - Frequências e porcentagens das subcategorias sobre Tratamento.....117

Tabela 7 - Frequências e porcentagens das subcategorias sobre Futuro sem as drogas.....119

Tabela 8 - Frequências e porcentagens das subcategorias sobre Futuro com as drogas.....121

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Quadrante das evocações acerca do estímulo "crack".....87

Figura 2. Quadrante das evocações acerca do estímulo "usuário de drogas".....91

Figura 3. Quadrante das evocações acerca do estímulo "tratamento".....95

LISTA DE ABREVIAÇÕES

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas

EVOC - Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations

INDU - Inspeção Nacional de Direitos Humanos

INPAD - Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas

PNAD - Política Nacional Sobre Drogas

SISNAD - Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas

SUS - Sistema Único de Saúde

TALP - Técnica de Associação Livre de Palavras

TRS - Teoria das Representações Sociais

RESUMO

O uso abusivo de drogas tem sido considerado um problema de saúde pública, que vem ultrapassando todas as fronteiras sociais, preocupando toda a sociedade. Nesse contexto encontra-se o crack, que surgiu na década de 1990 no Brasil, causando forte dependência e prejudicando rapidamente a vida mental, orgânica e social dos seus usuários. A fim de compreender os fatores psicossociais que envolvem este consumo, objetivou-se conhecer e analisar as representações sociais elaboradas por dependentes químicos acerca do crack, dos usuários de drogas e do tratamento. Como suporte teórico foi utilizada a Teoria das Representações Sociais, na perspectiva das abordagens dimensional e estrutural. Trata-se de um estudo descritivo, de cunho qualitativo, que foi realizado em uma instituição psiquiátrica de João Pessoa-PB. A amostra foi composta por 30 usuários de crack, em tratamento, do sexo masculino. Os instrumentos utilizados foram: um questionário sociodemográfico, o qual foi analisado através do cálculo de frequências simples e porcentagens; a Associação Livre de Palavras, com os estímulos "crack", "usuário de drogas" e "tratamento", que foi analisada a partir do programa EVOC; e uma entrevista semiestruturada, que foi analisada por meio da Análise de Conteúdo Temática de Bardin. Os instrumentos foram aplicados no ambiente institucional, de forma individual, com o uso de gravador, tomando-se todos os cuidados éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos. Verificou-se uma representação negativa do crack, em que ele é personificado na figura do Diabo, tendo o poder de destruir a vida de seus usuários e da sociedade em geral, gerando grande tristeza. Além disso, o crack foi percebido como algo que domina o indivíduo inteiramente, tornando-o passivo e impotente diante da droga. Constatou-se ainda que o usuário de drogas é representado como alguém não confiável, viciado, sem valor, doente, que não tem caráter e que é responsável pela destruição da família. Tal percepção acarreta uma série de implicações, pois as representações sociais possuem status de verdade, guiando as condutas dos sujeitos. Neste sentido, essa representação negativa sobre si mesmo pode prejudicar a autoimagem desses usuários, afetando sua autoestima e sua capacidade de enfrentamento às drogas, o que pode dificultar o sucesso do seu tratamento, bem como a sua reinserção social. Observou-se, também, que a representação social do tratamento apresenta um enfoque culpabilizante, em que o sujeito é considerado praticamente o único responsável pela sua permanência na condição de dependente. Diante dos resultados encontrados, verificou-se a necessidade de mudança dessas representações sociais, com a compreensão do uso de drogas como um fenômeno multicausal e o reconhecimento do usuário de drogas como um cidadão, com direitos, deveres e necessidades. Espera-se, com esta pesquisa, fornecer dados científicos que possam auxiliar os órgãos competentes na formação de políticas públicas voltadas para esta problemática.

Palavras-chave: Crack; Drogas; Dependência química; Teoria das Representações Sociais; Teoria do Núcleo Central.

ABSTRACT

Drug abuse and addiction has been regarded as a major public health matter which has transcended social boundaries, leading society to a major concern. In this context, we find crack cocaine, a drug that came up in the 1990's in Brazil, bringing along strong dependence and rapid damages to its users' mental, organic and social health. In order to understand the psycho-social factors that are involved when it comes to its use, we sought to know and analyze the social representations elaborated by drug-addicts in relation to crack cocaine, drug-users and treatment. As a theoretical support, the Social Representations Theory was utilized in the perspective of structural and dimensional approaches. This is a descriptive research of qualitative characteristics which was held in a psychiatric institution in the city of João Pessoa. The sample was made up with 30 under-treatment male crack users. The instruments used were: a socio-demographic questionnaire which was analyzed through the simple frequency calculus and percentages; The Association Free from Words, with the tags "crack cocaine", "drug users" and "treatment", analyzed by the program EVOC; and a semi-structured interview, which was analyzed through Bardin's Thematic Content Analysis. Such instruments were applied individually inside the institutional environment, with a recorder and with all ethical precautions that are required for research with humans. A negative representation of crack cocaine was noticed in that it is personalized in the figure of the Devil with powers to destroy its users' life and society in general, causing great sadness. Moreover, crack cocaine was perceived as something that takes over the individual thoroughly, causing them to be passive and weak in relation to it. Still, it was concluded that the drug user is accounted as someone not trustable, addicted, valueless, ill, characterless, and held responsible for the destruction of the family. Such an assumption leads to a number of implications, for social representations have a status of truth, guiding the subjects' conduct. Thus, this negative representation over themselves may damage these users' self-image, affecting their self-esteem and their capacity for fighting against drugs, making it difficult for them to succeed in their treatment as well as their social reinsertion. It was also observed that the treatment's social representation brings up a blaming approach by which the subject is practically considered to be the one guilty for remaining in the condition of addiction. With such results, the need for a change in these social representations was verified, with the comprehension of drug use as a multi-causal phenomenon and the recognition of a drug user as a citizen, with rights, duties and needs. We expect, with this research, to provide scientific data which will help authorities to create public policies turned to this problematic issue.

Key-words: Crack cocaine; Drugs; Drug addiction; Social Representations Theory; Central Nucleus Theory.

INTRODUÇÃO

Atualmente, o uso abusivo de drogas é compreendido sob a insígnia de problema social e é alvo de debates e questionamentos por vários segmentos da sociedade. De acordo com Mota (2009), não há como negar a existência de motivos plausíveis para denunciar o fenômeno da dependência química como um problema social sobre o qual algo deve ser feito. Este fenômeno possui um caráter polissêmico que se manifesta no tempo e no espaço, possuindo vínculo estreito com os fatores sociais, como, por exemplo, a pobreza, a desigualdade social e os demais problemas da contemporaneidade.

Assim, a dependência química ou o uso abusivo de drogas está sendo considerado no presente estudo com um enfoque social, embora se reconheça que questões de outra ordem também fazem parte dessa discussão. Nesse sentido, parte-se da constatação de que qualquer pessoa, quaisquer que sejam as suas características, só pode existir, viver e exercer suas atividades em um meio social determinado. Como aponta Bucher (1988), as modificações, o progresso, os recursos a serviço do homem, as novas formas de miséria e de riqueza, têm influência decisiva no problema da droga e na forma de compreendê-lo e preveni-lo.

Essas transformações sociais têm repercussões na forma de se representar as drogas e na imagem dos seus usuários. Estes são entendidos no presente estudo como aqueles indivíduos que possuem uma dependência química de drogas lícitas, e especialmente ilícitas, como o crack. Conforme Bucher (1988), esses usuários de drogas são concebidos como pessoas que escapam do controle das regras legais e morais da sociedade, não se deixando encerrar no sistema social vigente. Os usuários de substâncias ilícitas furam o circuito comercial autorizado e devidamente tributado,

inserindo-se num outro circuito, clandestino ou semioficial. Por conseguinte, transformam-se numa ameaça para esse sistema que, numa atitude de autoproteção, tem de persegui-los como elementos desestabilizadores da sua política e da sua ideologia.

Segundo Oliveira e Dias (2010), os usuários de drogas estão revestidos de um imaginário e de práticas que remetem ao gozo, à irresponsabilidade, à delinquência e à afronta aos hábitos e costumes sociais. Em virtude disso, não há muita disponibilidade da sociedade em geral para ouvir sobre suas experiências e vivências. Como consequência, seu sofrimento, suas demandas e todo o seu mal-estar ficam invisíveis. Pode-se dizer que muito se fala sobre os usuários de drogas, mas pouco se escuta e pouco se faz em prol da sua subjetividade e reinserção social. Pouco se faz em termos de cuidado e de propostas de mudanças, pois o dependente químico ainda é tratado como marginal e como alguém que precisa não só ser punido, mas excluído da sociedade.

Em função disso, o presente estudo teve como participantes dependentes químicos e objetivou conhecer e analisar as representações sociais acerca do crack, dos usuários de drogas e do tratamento, possibilitando a expressão das vivências e das experiências associadas ao abuso dessa substância. Por isso, se optou por uma abordagem de investigação qualitativa, permitindo que os participantes pudessem falar de forma espontânea e livre sobre as suas representações.

Embora todos os participantes do estudo fossem poliusuários, ou seja, usavam mais de uma droga, incluindo o álcool, tinham como droga de eleição e dependência o crack. Deu-se ênfase a esta droga, por ela ser relativamente nova na sociedade brasileira, datando da década de 1990, e já se encontrar em destaque nos dias atuais em virtude do crescimento do seu consumo e dos altos índices de hospitalizações (Vargens,

Cruz & Santos, 2011). Portanto, há necessidade de se conhecer um pouco mais sobre o crack e seus usuários.

Foram entrevistados usuários que estavam numa instituição psiquiátrica, devido não só à facilidade na obtenção da amostra, mas, sobretudo, pelo fato da necessidade de abstenção das drogas no momento da aplicação dos instrumentos, evitando-se, assim, problemas maiores. Outra questão presente diz respeito ao fato da difícil localização desta amostra, quando ainda fazendo uso da droga. Por se encontrarem os participantes numa situação de tratamento, também se procurou investigar as suas representações sociais acerca de tal processo. O conhecimento dessas representações pode auxiliar a compreender a forma como esses indivíduos entendem e dão significado a esse método de combate da sua problemática.

O presente estudo pretendeu ainda caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes; identificar a estrutura da representação social do crack, do usuário de drogas e do tratamento, a fim de descrever os elementos do núcleo central e periféricos constituintes dessas representações; e verificar em que os dependentes químicos em tratamento ancoram as suas representações acerca dos objetos estudados e como essas representações são objetivadas. Para tanto, foram utilizadas as abordagens estrutural e dimensional da Teoria das Representações Sociais.

Como assinala Mota (2009), a busca pelas substâncias psicoativas parece representar um apetite humano universal que, provavelmente, jamais se extinguirá. Nesse sentido, qualquer esforço que pretenda "solucionar" o problema da dependência química é, no mínimo, fantasioso. Contudo, as ciências sociais podem contribuir para a observação desse fenômeno, em termos da apreensão do significado de tal experiência para a vida dos sujeitos que dela padecem, superando o positivismo característico das

pesquisas puramente biológicas e propondo novas vias de compreensão do problema, que poderão subsidiar futuras intervenções.

O alcance dos objetivos propostos pode proporcionar uma melhor compreensão dos problemas relacionados ao uso abusivo de drogas, contribuindo para a geração de dados científicos que colaborem no desenvolvimento de estratégias mais eficientes ligadas a essa questão, capazes de abarcar os elementos psicossociais que envolvem esse consumo. O conhecimento dessas representações pode ainda estimular um olhar mais atento à prática assistencial, auxiliando na formulação de políticas públicas e programas de prevenção e tratamento a serem implantados.

No que se refere à sua estrutura, este trabalho foi dividido em cinco capítulos. O Capítulo 1, denominado **Historiando as drogas: da Antiguidade aos dias atuais**, mostra como o uso de drogas passou de um uso ritualizado e regulado pelos códigos culturais ao consumo abusivo característico da atualidade. Este capítulo possui dois subcapítulos: o primeiro, denominado **Contextualização histórica do uso do crack na sociedade**, o qual mostra como surgiu o crack e sua configuração na atualidade; o segundo subcapítulo chama-se **Políticas públicas sobre drogas no Brasil: panorama atual**, e objetivou discorrer como têm sido preconizadas as políticas públicas sobre este tema.

O Capítulo 2 denomina-se **A Teoria das Representações Sociais como aporte teórico para o estudo do fenômeno das drogas** e aborda o aporte teórico que respalda o presente estudo. Seu subcapítulo intitula-se **Teoria das Representações Sociais e suas abordagens: dimensional e estrutural**, que trata das abordagens dessa teoria que foram utilizadas.

O Capítulo 3 refere-se ao **Método** e expõe os objetivos, o tipo de estudo, a amostra, o local, os instrumentos e suas formas de análise, assim como o procedimento

de coleta de dados e as considerações éticas. O Capítulo 4 denomina-se **Apresentação e discussão dos resultados**, em que foram descritos os resultados, começando pelos dados sociodemográficos dos participantes, depois os obtidos por meio do EVOC e, por fim, os dados advindos da Análise de Conteúdo. Finalmente, o Capítulo 5 trata das **Considerações finais**. Depois, são listadas as **Referências** utilizadas, além dos **Anexos e Apêndices**.

CAPÍTULO 1

Historiando as drogas: da Antiguidade aos dias atuais

Historiando as drogas: da Antiguidade aos dias atuais

As drogas podem ser definidas como substâncias não produzidas pelo organismo e que têm a propriedade de agir no cérebro modificando funções mentais, como o julgamento, o humor, a percepção e o comportamento de maneira geral. Como afirma Cruz (2011), suas funções são múltiplas e podem estar ligadas ao desejo do homem de buscar formas de alterar seu estado de consciência, explorar suas emoções, melhorar seu estado de espírito, intensificar a sensação dos sentidos, promover a interação em seu meio social, dentre outras possibilidades de uso. Ressalte-se, ainda, que drogas são todos os fármacos, não se limitando somente àquelas substâncias que são alvo de algum controle ou repressão por parte do Estado.

O uso de drogas sempre esteve presente na história da humanidade, e, ao longo do tempo, cada sociedade se encarregou de delimitar suas formas de uso, de acordo com o seu contexto cultural. Mesmo levando em consideração o perigo oferecido pelas substâncias, as regras de utilização, suas proibições e liberações foram determinadas histórica e culturalmente (Cruz, 2011). Nesse sentido, observa-se que as drogas nem sempre foram tidas como geradoras de problemas, sendo utilizadas em contextos diversos, como: religioso, místico, social, econômico, medicinal, cultural, psicológico, climatológico, militar e o da busca do prazer.

De acordo com Tinoco (2002), as “ervas”, substâncias tidas como desordenadoras dos sentidos e dos estados de consciência, são conhecidas desde as mais primitivas civilizações e culturas. Naquela época, o uso era regido e regulado por códigos culturais que restringiam o uso a momentos de rituais, a épocas específicas do ano e a momentos religiosos, em que o consumo objetivava a comunicação com as esferas divinas. Essas experiências inscreviam o indivíduo numa ordem social que o ultrapassava e que se replicava através de gerações.

Desde a Antiguidade, os gregos e romanos já empregavam vários tipos de drogas, que eram consideradas neutras, pois podiam servir de remédio ou de veneno, dependendo da forma como eram utilizadas. Nessa perspectiva, a substância era interpretada como algo inanimado e o que fazia dela um remédio ou um veneno era o manuseio do homem (Pratta & Santos, 2009).

Na Idade Média, o uso das plantas foi condenado pela Igreja Católica, que passou a considerá-las como diabólicas e como sinônimo de feitiçaria. Segundo Mota (2009), a Igreja Católica perseguia religiões pagãs e culturas antigas que utilizavam plantas alucinógenas em seus rituais, pois tais usos objetivavam experiências transcendentes e místicas, em que os indivíduos relatavam falar com os seus deuses. Nesse sentido, o uso dessas substâncias fugia ao controle da Igreja, que pregava que só através da religião cristã podia-se chegar a Deus.

Naquela época, as plantas ficaram estigmatizadas e o seu uso era objeto de perseguição, a tal ponto que o emprego de drogas para fins terapêuticos tornou-se sinônimo de heresia, sendo o sofrimento concebido como uma forma de aproximação a Deus. Conforme Pratta e Santos (2009), o uso de poções e unguentos era condenado pelos tribunais da Inquisição, os quais puniam com torturas e morte os indivíduos que os utilizavam.

A única droga permitida na Idade Média era o álcool, notadamente o vinho. Embora o seu uso fosse frequente em festividades e rituais religiosos, seu excesso era condenado. No começo do Novo Testamento, é relatado o primeiro milagre de Cristo: a transformação da água em vinho, denotando a ideia da transformação de algo comum em uma boa bebida. Na época do Novo Testamento, existia o costume de beber vinho para saciar a sede, tendo em vista a rápida deterioração da água por causa das dificuldades em relação à sua armazenagem. Assim, o vinho era abençoado pelo seu

sabor e por sua utilidade. Até hoje, o vinho é um elemento importante dentro do Cristianismo, fazendo parte dos seus ritos e simbolizando o sangue de Cristo (Mota, 2009).

Como sublinha Mota (2009), a representação das drogas e de seus usuários perpassa o prisma religioso, em que a droga é tida como um mal, sendo a dependência química vista como algo do Diabo, estando o usuário de drogas possuído por forças malignas que o afastam do "Projeto de Deus" para a vida do homem. O demônio é, assim, o principal indutor dessa prática. O uso de drogas é visto como uma maldição, pecado ou culpa, sendo a fé o único meio de resolução.

Ainda no que se refere ao uso de drogas no contexto religioso e cultural, segundo Ferreira e Martini (2001), nas grandes civilizações pré-colombianas dos Andes, há mais de 4.500 anos, a folha extraída da planta *Erythroxylon coca*, de onde se faz a cocaína, já era conhecida e utilizada. Numerosas lendas se referem a ela em associação com os mistérios sagrados da fertilidade, da sobrevivência e da morte, como também de práticas curativas. Para os incas, a planta era sagrada, um presente do deus Sol. Até a chegada dos espanhóis à América, o seu uso era privilégio da nobreza Inca. A quantidade de droga usada pelos índios era bastante baixa. Havia um limite, até mesmo físico, do número de folhas capazes de ser mascadas, servindo como uma segurança contra os efeitos tóxicos da cocaína.

De acordo com Totugui (1988), o ópio era um símbolo mitológico dos antigos gregos e era revestido de um significado divino, sendo os seus efeitos considerados como uma dádiva dos deuses, destinada a acalmar os enfermos. A história mundial do ópio passa pela China, sendo a papoula, planta que fornece o ópio, um símbolo nacional dos chineses. Na Malásia, era uma tradição entre os pescadores utilizar o ópio para ajudar a suportar as condições de vida difíceis. A maconha era empregada com fins

terapêuticos na China, em 1730 a.C. e foi descrita pelo imperador Shen Nung como analgésico. Seu emprego medicinal é uma tradição entre os povos africanos e asiáticos.

No Brasil, o consumo de Hoasca (ou *vegetal*, para a seita União do Vegetal) ou Ayahuasca (ou *daime*, para a seita Santo Daime), um chá alucinógeno preparado com o cozimento de ervas, é frequente nos rituais dessas seitas religiosas. Esse consumo é sempre comunitário, acompanhado de muitas músicas para afastar as "visões ruins" (Totugui, 1988).

No contexto medicinal, observa-se que, com o avanço da ciência médica, o uso das drogas firmou-se no tratamento de muitas doenças, em que puderam ser científica e largamente utilizadas. No dizer de Maciel (1997), os avanços da química proporcionaram a descoberta, a síntese e a industrialização de novas drogas ditas terapêuticas, possibilitando o controle das sensações dolorosas. A descoberta das drogas anestésicas repercutiu nos círculos médicos e a popularização da anestesia ampliou a circulação social das já existentes. Isso estimulou a criação de novas drogas anestésicas mais potentes, derivadas da cocaína e do ópio, como a xilocaína e a morfina, respectivamente, alterando a prática médica e pondo por terra a crença de que a dor era inevitável.

De acordo com Ferreira e Martini (2001), as folhas da coca eram levadas da América do Sul para outros países, onde eram transformadas em produtos, contudo, perdia-se muito da concentração de cocaína nas longas viagens. Em 1885, um químico, trabalhando para uma indústria farmacêutica, revolucionou a produção ao descobrir uma maneira de produzir cocaína semirrefinada nos próprios países onde estavam instaladas as fábricas. A partir daí, as viagens e o armazenamento das folhas de coca foram simplificados, os preços caíram e o consumo de cocaína semirrefinada aumentou

substancialmente. Dessa forma, houve uma rápida explosão de fábricas de medicações utilizando a cocaína em diversos produtos.

Assim, com a descoberta da fórmula exata da estrutura química da cocaína em 1898 e a sua produção de forma sintética em laboratório em 1902, essa substância passou a ser considerada como um fármaco milagroso, e os americanos começaram a prescrevê-la para enfermidades particularmente difíceis de tratar. Freud contribuiu de maneira decisiva para a divulgação da nova droga, quando, em 1884, publicou um livro sobre a cocaína no qual defendeu o seu uso terapêutico para diversos males. O próprio Freud fazia uso da cocaína e a recomendava. Entretanto, após quatro anos de sua publicação original, Freud voltou atrás, rendendo-se às evidências de que a "droga milagrosa" tinha uma série de inconvenientes, começando pelo seu potencial de criar dependência (Ferreira & Martini, 2001).

Nessa época, ainda não havia leis ou regulamentos que limitassem a venda ou o consumo da cocaína, e ela tornou-se presente em farmácias, mercearias e bares. Assim, passaram a ser comuns episódios de toxicidade, tolerância, dependência e até mesmo morte pelo uso de produtos derivados da cocaína, os quais passaram a ser relatados em revistas médicas no início dos anos 1920. Os problemas tornaram-se ainda mais frequentes e graves quando, na mesma época, surgiram comercialmente seringas hipodérmicas, facilitando a chegada de uma maior quantidade de cocaína na corrente sanguínea, como apontam Ferreira e Martini (2001).

Assim como ocorreu com a cocaína, a Revolução Industrial propiciou alguns fatores que contribuíram para mudar o padrão do uso das drogas em toda a sociedade. O primeiro fator refere-se à passagem da fabricação artesanal para a fabricação industrial. A potencialização química do princípio ativo dessas substâncias possibilitou a produção em larga escala, a diminuição dos preços e o acesso por parte de um maior número de

pessoas. A introdução de novas tecnologias favoreceu, por exemplo, a produção de bebidas destiladas, com um teor alcoólico muito maior do que o das fermentadas. Antes, as drogas usadas eram naturais, com menor efeito de dependência do que as drogas industrializadas; nesse sentido, drogas como a cachaça e a cocaína são certamente bem mais propensas a desencadear o vício do que os seus equivalentes naturais (Mota, 2009).

Outro fator diz respeito ao fato de que, nesse contexto, as populações passaram a viver em grandes concentrações urbanas, mudando o perfil das relações sociais e o caráter do uso das drogas, agora mais fortes e mais acessíveis. O uso das substâncias psicoativas passou a ser, então, alvo de comercialização para a obtenção de lucros, sendo regido pela dinâmica do capitalismo, que propiciou a industrialização e a massificação desses produtos. Conforme Tinoco (2002), tais fatores contribuíram para tornar o uso de drogas um problema de saúde pública no mundo a partir das últimas décadas do século XIX e início do século XX.

Durante o século XX, fatores importantes que contribuíram para a disseminação das drogas foram as duas guerras mundiais. Como explicita Maciel (1997), era comum serem distribuídas drogas estimulantes nos acampamentos para os soldados, no intuito de diminuir a fadiga e para que eles permanecessem mais tempo em alerta, visando também diminuir as dificuldades de adaptação em uma situação de conflito e permanente tensão. Era frequente o uso de drogas analgésicas, como as derivadas da cocaína, devido aos graves ferimentos dos soldados em combate. Ademais, com o final da guerra, restaram muitos soldados com perturbações psíquicas que procuraram auxílio para os seus problemas no álcool e em outras drogas.

Ainda no século XX, outro fator importante sobre as drogas foi a chamada "cultura pop", liderada pelo movimento *hippie*, nos anos 1960, em que a droga ocupava

um lugar de objeto revolucionário. Esse movimento caracterizava-se pela rejeição ao modo de vida convencional e pela crítica e até rejeição das instituições sociais, como a família, a igreja, a escola e o trabalho. Conforme Maciel (1997), enfatizava-se uma concepção de mundo diferente, onde a liberdade sexual, o comunitarismo e o descompromisso com objetos materiais eram marcantes. Havia a oposição à sociedade de consumo e às injustiças sociais. Nesse contexto, as drogas, principalmente a maconha, passaram a ser um símbolo de comportamento independente e expressão de rebelião contra uma sociedade rígida. Todavia, no final da década de 1960, incrementou-se a atuação dos traficantes e o movimento *hippie* foi engolfado pela ordem social e econômica. A droga foi, então, transformada em material de consumo altamente rentável, perdendo o seu sentido reivindicatório, como aponta Silva (2007).

Outra questão importante a ser destacada quando se fala de drogas é a política proibicionista. No começo no século XX, começaram nos Estados Unidos algumas movimentações no sentido de criar regulamentações sobre as drogas, lideradas por grupos de igrejas e associações protestantes. Iniciava-se, assim, o movimento proibicionista, que era ligado a concepções religiosas que condenavam a busca pelo prazer em vida (Oliveira, 2009).

Segundo Mota (2009), o álcool era o principal alvo, nessa época. Com o apoio de políticos, médicos e religiosos conservadores, foi implementada uma cruzada moral de grandes dimensões, afirmando que o álcool destruía o caráter moral, a saúde física e mental de todos que o bebessem. Com o objetivo de combater o alcoolismo, esses movimentos conseguiram a aprovação da chamada Lei Seca, em 1920, que proibia a venda, a fabricação e o transporte de bebidas alcoólicas em todo o território norte-americano. Essa lei provocou o aumento do comércio ilegal do álcool e da violência associada a esse mercado. Mesmo com o fim da Lei Seca, em 1933, essa ideologia

proibicionista não se extinguiu, influenciando o que ficou conhecido como a ideologia da “Guerra contra as Drogas”.

Essa ideologia foi fruto de concepções xenofóbicas. O ópio, por exemplo, foi identificado como sendo a droga dos imigrantes chineses, sendo que as suas reivindicações acerca das condições sociais foram desconsideradas, e os problemas causados por esse povo em situações específicas atribuídos ao consumo de ópio. Do mesmo modo aconteceu com a maconha, ligada aos imigrantes mexicanos; com a cocaína, atribuída como a droga dos negros; e, com o álcool, de uso cultural feito pelos irlandeses (Oliveira, 2009; Tinoco, 2002).

Assim, a associação entre certas populações e certas drogas, utilizadas em um contexto cultural, foi sendo vinculada a estereótipos negativos e preconceitos, forçando uma forma de controle social a ser exercida pelo Estado. Em muitos casos, as discussões envolvendo a proibição das drogas passaram pela tentativa de silenciar as reivindicações de setores sociais desfavorecidos e por um não reconhecimento de suas demandas sociais (Oliveira, 2009).

Como aponta Oliveira (2009), ao longo do século XX houve várias conferências internacionais sobre a regulamentação das drogas, configurando-se como uma importante estratégia para a expansão e a consolidação da política proibicionista norte-americana sobre as drogas pelo mundo. Os acordos firmados e assinados pelos países serviam como um dispositivo que os respaldava a assumir posições unilaterais sobre o assunto. Assim, foram desconsiderados os contextos locais, as tradições, as culturas ligadas ao uso de determinadas substâncias psicoativas, como também os efeitos em potencial dessas regulamentações. Apesar dessas regulamentações, a estratégia do proibicionismo não produziu a esperada diminuição dos problemas com as drogas.

No campo da assistência à saúde, a política proibicionista articulou-se com abordagens de tratamento que tinham como principal objetivo a abstinência imediata e generalizada para todas as pessoas com problemas com drogas. Mediado pelo modelo biomédico de saúde, o tratamento de pessoas que usam drogas pautou-se na lógica da criminalização e da infração, tendo as intervenções médico-centradas, como o isolamento e a segregação, através da internação, como única possibilidade de intervenção (Nunes, Santos, Fischer & Güntzel, 2010).

No campo da redução da demanda, enfatizou-se a transmissão de informações pautadas pelo amedrontamento e pelo apelo moral, utilizando-se técnicas que poderiam ser resumidas à persuasão dos indivíduos para a abstinência, expressada pelo *slogan* "Diga não às drogas". Enfatizavam-se aspectos biológicos do consumo, sob contornos aterrorizantes, como forma de incentivar o distanciamento dos jovens das drogas a qualquer custo, ignorando-se, assim, as dimensões sociais e psicológicas do uso. Ao mesmo tempo, e até os dias de hoje, crianças e jovens convivem diariamente com mensagens sociais que vão na direção oposta, pois incentivam o consumismo, sobretudo do álcool, o individualismo e a busca do prazer imediato, como aponta Cruz (2011).

Tendo como pano de fundo a política proibicionista, o aparato jurídico-institucional estabelecido ao longo do século XX destinava-se, principalmente, ao controle do consumo de drogas tornadas ilícitas. Esse aparato, constituído por uma série de leis e decretos que proibiam e criminalizavam o uso e o comércio de drogas no país, previa penas que determinavam a exclusão dos usuários do convívio social, propondo a sua permanência em prisões, sanatórios e, a partir da década de 1970, em hospitais psiquiátricos, como destacam Machado e Miranda (2007).

A partir da década de 1970, a legislação brasileira sobre as drogas passou a ser influenciada pela medicina, que, desde o começo do século XX, apoiou o controle legal

sobre as substâncias, posto que favoreceria a sua consolidação como saber científico, ficando sob sua égide exclusiva o receituário e a manipulação de tais substâncias. Nesse ínterim, toda a experiência da medicina popular foi rotulada como misticismo ou charlatanismo, cabendo só aos médicos receitar medicamentos. Ao Estado caberia coibir a prática ilegal e controlar as substâncias banidas, passando à medicina seu aval definitivo na promoção da saúde da população (Fiore, 2004).

Em função disso, como apontam Oliveira e Dias (2010), os indivíduos que usavam as drogas tornadas ilícitas passaram a ser considerados, de forma delimitada pelos saberes médico-psiquiátricos e jurídico-policiais, como sendo doentes ou criminosos. Sob a justificativa da neutralidade científica, o tema das drogas passou a pertencer a esses dois sistemas, restringindo as possibilidades de inserção do tema em outros campos e determinando a forma como ele deveria ser abordado.

Desse modo, percebe-se que o uso de drogas constitui um fenômeno atrelado à medicina e ao poder jurídico. Os saberes e as práticas médicas legitimam a partilha moral entre as substâncias lícitas e as ilícitas, balizados pela força da sua autoridade científica, historicamente constituída pela sociedade. O consumo não medicamentoso de drogas não está de acordo com os ideais de saúde e bem-estar que a Medicina propõe buscar. Como afirma Vargas (1998), é em nome da saúde dos corpos que o consumo não medicamentoso de drogas é rechaçado.

Haveria, portanto, aos olhos da Medicina, da Justiça, da Igreja e da sociedade, um consumo de drogas autorizado e um não autorizado, um consumo moralmente qualificado e um desqualificado, os dois intermediados por modalidades paramedicamentosas do consumo de drogas que são, no mínimo, toleradas. Nesse contexto, a Medicina e a Justiça desempenham um papel decisivo, na medida em que

são precisamente os seus discursos que balizam a determinação do estatuto social das drogas nas sociedades modernas.

Nesse sentido, a questão social que perpassa o uso de drogas, na atualidade, diz respeito ao que Bucher (1992) chamou de "medicalização da vida". Ao mesmo tempo em que se incentiva o uso de algumas delas, como o álcool e alguns medicamentos, também existe a condenação e a exclusão das drogas ilícitas e de seus usuários.

Como explica Vargas (1998), o consumo de drogas está longe de ser algo reprimido pela sociedade. Na verdade, observa-se que existe o uso de drogas lícitas e ilícitas. No que se refere às drogas lícitas, seu uso é muitas vezes incentivado, prescrito e estimulado, de várias maneiras: sob a prescrição de remédios pela ordem médica, com o intuito de produzir corpos saudáveis; sob a forma de drogas autoadministradas, em função de ideais de beleza (como os anoréticos) ou de habilidade (como os anabolizantes e esteroides); sob a forma de drogas autoprescritas, em função de um "estado de espírito" (como é o caso dos remédios ansiolíticos e antidepressivos). Além disso, ainda se tem o hábito amplamente incentivado da ingestão de bebidas alcoólicas e do uso de tabaco.

Assim, percebe-se que a sociedade possui uma relação ambígua com as drogas, pois, por um lado, mostra-se liberal em relação às drogas legais, incentivando, inclusive, o seu uso. Por outro lado, rechaça o uso de drogas ilegais e o abuso das legais, quando o Estado assume uma abordagem intervencionista e punitiva. Portanto, o incentivo e a prescrição são adotados para as drogas, se elas forem consumidas conforme a ordem médica, objetivando a cura. Em contrapartida, os usos não medicamentosos das drogas são classificados como doentios, patológicos e anormais, devendo ser prevenidos pelas campanhas educativas e repressivas e sanados pelos cuidados médicos nas casas de recuperação (Vargas, 1998).

Por sua vez, o Estado legitima o controle social das drogas, através de um aparato institucional respaldado pela lei, que divide as drogas entre legais e ilegais. Assim, a separação das drogas entre lícitas e ilícitas não é algo natural ou baseado no poder de dependência ou de maleficência das drogas. Essa separação é determinada socialmente e respaldada pela lógica capitalista, de forma que, aos que fazem uso de drogas ilegais, é delegado um tratamento de ordem moral e legal. A ilegalidade da droga associa-se à concepção do indivíduo como um marginal, criminoso e sem caráter. Logo, o usuário dependente de drogas ilícitas é considerado, a um só tempo, como doente e criminoso (Oliveira & Dias, 2010).

De acordo com Trad (2009), as ideias de controle e proibição advindas do modelo antidrogas norte-americano foram legitimadas no Brasil sob a égide do paradigma médico-moral existente. A abordagem proibicionista centrou-se na ilegalidade das drogas, na repressão e na abstinência. Segundo Maciel (1997, p. 33),

> Para fazer face às consequências dessa abordagem lança-se mão das leis e das forças policiais, símbolos de poder e manutenção da "ordem social". Para reprimir e acabar com a proliferação, adota-se a "política de criminologia de certas drogas", basicamente calcada numa visão jurídico-penal que se associa ao setor médico-psiquiátrico para tratar as "sequelas" das drogas. De tudo isto resulta a classificação das drogas como legais e ilegais, e do usuário como criminoso/doente.

Diante dos "desviantes", é criado um sistema de acusação, favorecendo a manutenção de certos poderes discriminatórios, pois tais indivíduos funcionam como "bodes expiatórios", que servem para justificar grande parte das mazelas da sociedade.

Para isso, adota-se um aparato institucional respaldado pela lei, com a possibilidade de punição e coerção. Vítimas dessa estigmatização, os drogaditos são considerados como desviantes e se transformam, a partir daí, em excluídos da convivência social pacífica, em função de princípios rígidos, mantidos e manipulados ideologicamente (Bucher & Oliveira, 1994).

Dessa maneira, os usuários de drogas passaram a ser considerados como pessoas que atentam contra a moral e os bons costumes e também contra as próprias instituições, já que são vistos como causas dos problemas de toda a sociedade, o que os transforma em seres antissociais. Desse lugar de exclusão, o usuário e a droga são culpabilizados pelas tragédias familiares e pela violência. Segundo Forte (2007, p. 194), “o viciado que rouba e, muitas vezes, lesiona e até mata o familiar para conseguir dinheiro para comprar droga, age dessa forma por culpa da droga, e não porque depende de uma única e poderosa rede de distribuição – a do tráfico". Para o autor, os usuários são vistos tão negativamente, a ponto de muitos pensarem que eles assassinariam seus familiares se tivessem ao seu dispor uma quantidade de droga que os tornasse independentes dos traficantes.

Conforme explicita Bessa (2010), na contemporaneidade as drogas perderam quase que totalmente a sua relação de inserção histórica, religiosa ou simbólica, quando o seu uso, tanto individual quanto coletivamente, era destinado ao desempenho de uma função social. A partir da expansão da civilização ocidental pelo mundo e das transformações sociais ocorridas com o advento do sistema capitalista, esse cenário modificou-se. As drogas passaram a fazer parte quase que exclusivamente do discurso da sociedade de consumo, atuando com novos valores, como o hedonismo (Maciel, 1997; Silva, 2007).

Observa-se que sentimentos como a dor e o sofrimento foram confiscados pelos saberes médicos, que possuem como tática mais significativa a prescrição crescente de drogas medicamentosas, sobretudo analgésicos, tranquilizantes, antidepressivos e ansiolíticos. Diante disso, percebe-se a diminuição dos limiares de suportabilidade do sofrimento e a crença nos poderes mágicos dos medicamentos como capazes de curar cada um dos males, refletindo a tentativa da supressão da própria experiência da dor. Tal questão expressa um fenômeno generalizado de analgesia coletiva, sendo um dos muitos efeitos garantidos por certos consumos de drogas, sobretudo as entorpecentes (Silva, 2007; Vargas, 1998).

Como aponta Totugui (1988), a sociedade muda e continua mudando, com transformações do meio ambiente e com o desaparecimento de tradições, de modo que as regras culturais antigas não mais se aplicam às novas formas de vida trazidas pelo progresso. Tais mudanças têm levado a repercussões imediatas sobre o sentido do uso das drogas e sobre as suas formas de utilização, e até mesmo levado ao surgimento de novas substâncias, produzidas em laboratório. Assim, em consequência das mudanças de estilo de vida, há cada vez menos espaço para o uso ritualizado. Este se enfraqueceu, dando lugar a um consumo individualizado, solitário, marcado pela ausência de expressões culturais, o que facilita uma prática desintegradora e, muitas vezes, abusiva.

Nunes et al. (2010) afirmam que, ao se tratar da questão das drogas, não se pode deixar de problematizar as contradições da contemporaneidade, que resultam das transformações ocorridas com o surgimento do capitalismo. Esse sistema propiciou rápidas mudanças tecnológicas, que incidem sobre as relações e os modos como as subjetividades estão sendo produzidas no tecido social, entrelaçadas pela política, pelo poder, pela educação, pela economia e pelos afetos.

Com o crescimento do capitalismo, a sociedade passou a se caracterizar pela busca do prazer imediato; o consumismo não permite espaço para a falta, para a dor e para o sofrimento. Essa forma de viver contribui para o aumento do consumo de drogas, pois produz as compulsões consumistas, que se tornaram caminhos para anestesiar os conflitos. A cultura midiática possui fundamental importância nesse contexto, pois atua homogeneizando e controlando os sujeitos em nome da liberdade, do prazer e do hedonismo. Percebem-se veiculações em que os produtos são associados a conceitos e ideais de beleza, realização, felicidade e poder; e dentre esses produtos também se encontram as drogas lícitas e as medicamentosas (Nunes et al., 2010).

Atualmente, o consumo de drogas está vinculado quase que totalmente à sociedade de consumo. Como explicita Silva (2007), as drogas se transformaram numa poderosa indústria e num comércio abundante. Seu grande poder de gerar lucros faz com que esse comércio seja considerado como uma das mais fortes economias nas sociedades contemporâneas. Embora haja a proibição das drogas ilícitas, observa-se que essas substâncias contribuem para a grande rentabilidade e para o desenvolvimento da comercialização das drogas como um todo.

Outro fator de destaque na contemporaneidade é a questão do narcotráfico. Conforme Farias e Barros (2011), o tráfico de drogas ou narcotráfico é um processo de organização hierárquica, produtiva e comercial, com delimitação de mercado baseada na força e na violência entre grupos. Sustenta-se através de uma complexa rede, que interliga países do Primeiro ao Terceiro Mundo, em um emaranhado que engloba um imenso lastro de corrupção, que inclui o sistema bancário.

Para Silva (2007, p. 35), “a lavagem de dinheiro do narcotráfico permite que somas exorbitantes fiquem livres de tributação, movimentando toda uma economia

paralela informal, que ultrapassa o mercado das drogas". Com isso, destaca-se que a questão das drogas é também um fenômeno de natureza econômica.

Nesse contexto, percebe-se que o mercado ilegal tem surgido como resposta à marginalidade econômica, decorrente do mundo capitalista globalizado, que gera um cenário de desigualdades sociais cada vez mais acentuadas. Esse cenário provoca uma bipolaridade entre os excluídos e os incluídos no mercado, havendo uma distância entre as classes sociais detentoras de condições globais de competitividade e as que são excluídas do mecanismo econômico. O pertencimento a essas classes excluídas pode acarretar ao indivíduo um desamparo em relação aos seus direitos enquanto cidadão, já que prevalece a ausência do Estado em proporcionar condições dignas de vida, saúde, educação e justiça através das instituições públicas (Farias & Barros, 2011).

Num contexto em que impera a ausência do Estado como agente social do bem-estar e da proteção social, encontra-se um ambiente fértil para as atividades ilícitas que permitem a chamada "inclusão perversa", isto é, pela via da marginalidade. De acordo com Farias e Barros (2011), o tráfico de drogas representa uma oportunidade para os sujeitos se incluírem nesse sistema capitalista que os excluiu economicamente, negando-lhes condições mínimas de sobrevivência, e/ou não lhes oferecendo possibilidades de fazer frente ao apelo consumista estimulado pelas políticas neoliberais.

Logo, para grupos em precárias condições sociais, a falta de perspectivas profissionais e de figuras idealizadas que sirvam de exemplo pode levar à valorização dos traficantes e do consumo, tornando o tráfico de drogas um caminho atraente (Cruz, 2011). Nas palavras de Farias e Barros (2011, p. 537),

> Desde cedo, participam de uma sociabilidade que idolatra, teme e protege o traficante de drogas. São expostos a um meio social que aspira ao sucesso financeiro e ao consumismo que eles representam e, assim, admiram aqueles que conseguem atingi-lo, mesmo que de forma ilegal. Sem fazer frente às exigências do mercado neoliberal, e, assim, sem condições de galgar o sucesso por ele determinado, vislumbram, nas atividades ilícitas do tráfico de drogas, uma alternativa de driblar o sistema excludente e, ao mesmo tempo, nele serem incluídos mesmo que marginalmente.

Pode-se dizer que a adesão ao tráfico de drogas representa uma escolha "voluntária" em meio às possibilidades restritas de escolha, uma vez que os sujeitos não são preparados para o mercado de trabalho legal, cada vez mais competitivo e excludente. Como esclarecem Farias e Barros (2011), o trabalho legal passa a constituir uma atividade pouco compensatória, na medida em que não oferece condições para o acesso ao nível de vida desejado e idealizado como símbolo de sucesso e de valorização pessoal.

Em resumo, a relação do homem pós-moderno com a droga é perpassada pelos padrões de consumo que advêm do sistema capitalista de produção, o qual impõe uma cultura de consumo desmedido e inconsequente como possibilidade de existência. Em função disso, as relações tornam-se mercantilizadas, com o "ter" prevalecendo sobre o "ser" e o imediatismo e o individualismo atuando como produtores dos modos de subjetivação (Nunes et al., 2010).

Portanto, percebe-se que a relação que a sociedade estabelece com as drogas, atualmente, é complexa, ultrapassando motivações individuais e singulares. O consumo abusivo de drogas precisa ser visto também como um sintoma da contemporaneidade,

que reflete fatores vinculados às múltiplas facetas da vida social. Nesse contexto, encontra-se uma das drogas que mais tem preocupado a sociedade: o crack.

1.1 Contextualização histórica do uso do crack na sociedade

Conforme explica Carneiro (2005), o crack é uma forma de cocaína, que pode ser obtida por meio da transformação dessa droga mediante reações químicas com outras substâncias, como, por exemplo, bicarbonato de sódio, resultando em um produto sólido empregado para fumar. Seu nome "crack" vem do barulho dos estalos provocados durante a sua queima.

Essa droga caracteriza-se por ter um alto poder de dependência. Ela age rápido dentro do organismo, produzindo seus efeitos em cerca de 10 a 15 segundos, sendo considerada uma droga poderosa, pois o prazer acontece quase que instantaneamente, causando uma euforia de grande magnitude, mas de curta duração. Seus efeitos duram, em média, cinco minutos. Em seguida, há uma sensação de intensa fissura, fazendo com que o usuário queira voltar a utilizar a droga com mais frequência, esperando sentir novamente seus efeitos, causando rapidamente a dependência.

O crack surgiu entre 1984 e 1985, nos bairros pobres de Los Angeles, Nova Iorque e Miami, habitados principalmente por negros e hispânicos. Com a política proibicionista norte-americana, houve a intensificação do controle sobre os insumos químicos necessários para se fabricar a cocaína. Para evitar perdas financeiras, os traficantes passaram então a produzir o crack, que é uma forma menos pura da cocaína, pois são adicionados outros produtos a ela, o que faz com que se torne uma droga mais barata e, por isso, mais facilmente vendável (Domanico, 2007).

No Brasil, o uso do crack foi detectado por redutores de danos no início da década de 1990. Conforme Oliveira e Nappo (2008a), os traficantes brasileiros

utilizaram estratégias habilidosas de mercado para atrair consumidores para o crack. No começo, como o crack ainda era desconhecido, os traficantes esgotaram as reservas de outras drogas nos pontos de distribuição, disponibilizando apenas o crack. Esse fato facilitou o início da adesão ao consumo de crack no Brasil.

A partir dessa época, observou-se que o Estado passou a ser acionado com intensidade, tanto pela procura espontânea dos próprios usuários de crack, por causa dos efeitos da droga, quanto por suas famílias, devido às situações incômodas ocasionadas pelos usuários (Oliveira & Dias, 2010). De acordo com Duailibi, Ribeiro e Laranjeira (2008), em meados da década de 1990, os usuários de cocaína e crack, que compunham inicialmente menos de um quinto da demanda ambulatorial para drogas ilícitas, passaram a ocupar entre 50% e 80% das vagas das unidades de saúde que ofertavam esse tipo de tratamento.

Conforme Duailibi (2010), o crack modificou profundamente a economia doméstica do tráfico de drogas e seu modo de atuação. Antes do aparecimento do crack em Nova Iorque, a distribuição de substâncias era feita por grupos de minorias étnicas culturalmente coesas, fazendo seus lucros circularem dentro daquela comunidade, na forma de bens e serviços. Com a chegada do crack e seu padrão compulsivo de uso, houve a necessidade de se obter uma quantidade maior da substância, ampliando o território de comercialização do crack com a busca de novos mercados, em detrimento da comunidade onde o comércio se dava. Observou-se, ainda, que a separação entre vendedor e consumidor passou a não existir mais, pois os consumidores assumiram papéis na distribuição, virando pequenos traficantes, e muitos traficantes viraram dependentes do crack. A partir daí, surgiu um novo modo para a distribuição de drogas, executado por jovens e suas gangues, fortemente organizados e hierarquizados, em que cada um exerce um papel específico.

Diferentemente do glamour ligado à cocaína pura, como droga de altos e sofisticados estratos sociais, o crack ocupou um nicho mercadológico junto aos setores mais pobres e marginalizados da população, que o usavam e ainda usam em quadros de intensa dependência e consumo autodestrutivo. Tal padrão repete-se em escala mundial, com os usuários de crack ocupando os últimos patamares da escala social dos consumidores de drogas, fumando compulsivamente subprodutos de cocaína adulterada com diversas consequências nocivas para o organismo (Carneiro, 2005).

Por ter-se vinculado às camadas menos favorecidas da população, o comércio ilegal do crack catalisou e amplificou déficits sociais latentes, que apareceram sob a forma de comportamentos violentos, tais como a venda de objetos pessoais, furtos, roubos, disputa de gangues, assassinatos e prostituição (Duailibi, 2010). Segundo o Relatório Mundial Sobre Drogas (2012), o crack possui uma subcultura associada ao crime organizado, a crimes violentos e à prostituição. Conforme Chaves, Sanchez, Ribeiro e Nappo (2011), ainda hoje o perfil dos seus usuários no contexto brasileiro remonta majoritariamente a homens jovens, de baixa renda e de baixa escolaridade, embora o uso do crack esteja presente em todas as classes sociais.

Observa-se que a relação entre o uso de crack e a mortalidade não é direta. Apesar de o índice de mortalidade entre os seus usuários ser grande, como mostra a pesquisa realizada por Ribeiro, Dunn, Sesso, Dias e Laranjeira (2006), os óbitos são mais comumente associados a elementos de tráfico, disputa entre pontos de venda/uso ou enfrentamentos com a polícia do que propriamente pelo dano causado diretamente pela droga em si. Os estudos mostram que as maiores causas de morte entre usuários de crack são por homicídios e pela AIDS.

Em pesquisa de seguimento realizada por Dias, Araújo e Laranjeira (2011), constatou-se que, após 12 anos, 20,6% dos 131 usuários investigados haviam falecido,

sendo que, destes, 59% de forma violenta (homicídios) e 22% por causa de AIDS. A associação do consumo de crack com a infecção pelo HIV se dá por causa de comportamentos de risco, como: número elevado de parceiros, sexo sem proteção e troca de sexo por crack ou pelo dinheiro para obtê-lo, como apontam Duailibi et al. (2008).

Segundo Chaves et al. (2011), a urgência em consumir o crack muda os valores que até então norteavam as condutas dos sujeitos. Em função da obtenção da droga, os indivíduos passam a realizar atividades que colocam em risco a sua integridade moral e física, pois o que está em foco é o uso da droga. Assim, o crack passa a ser prioridade na vida dos seus usuários, havendo uma inversão nas suas motivações. O usuário acaba se descuidando da família, do seu próprio corpo, da sua situação financeira e da sua vida como um todo. Segundo Kessler e Pechansky (2008), o uso do crack deteriora rapidamente a vida mental, orgânica e social do indivíduo.

O uso do crack não traz só prejuízos para o usuário, mas repercute também naqueles que estão mais próximos a ele, como a família. Em pesquisa realizada por Marcon, Rubira, Espinosa e Barbosa (2012), constatou-se que familiares de dependentes de drogas possuíam um comprometimento em sua qualidade de vida. No estudo efetuado com pais de usuários de crack, por Vicentin (2004, apud Rodrigues et al., 2012), verificou-se que a qualidade de vida e a saúde desses pais estavam seriamente prejudicadas. As maiores dificuldades que os pais tiveram desde que souberam do uso de drogas pelos filhos foram a agressividade, o roubo e o furto por parte dos mesmos. Além disso, o pensamento mais frequentemente mencionado foi o medo de morte e de prisão dos filhos.

Atualmente, percebe-se um aumento do consumo do crack e dos problemas relacionados a ele no Brasil. Segundo Santos e Souza (2010), as razões de tal

crescimento podem estar relacionadas aos seguintes fatores: maior disponibilidade da droga; por ser de fácil utilização; por possuir um baixo custo; e pelo seu efeito, que ocasiona maior dependência.

Em relação à maior disponibilidade da droga, a pesquisa realizada por Oliveira e Nappo (2008a) constatou que a aquisição de crack é simples, rápida e notoriamente pública, mediante o contato com pontos especiais de distribuição, denominados de "tráfico de asfalto", "bocas", "bocadas" ou "biqueiras". Nesse sentido, a facilidade de acesso a essa droga pode estar contribuindo para o crescimento do seu consumo. No I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, envolvendo as 107 maiores cidades do país, realizado em 2001, com indivíduos com idades variando entre 12 e 65 anos, verificou-se que, de uma amostra total de 8.589 pessoas, 0,4% delas já haviam usado crack alguma vez na vida (Carlini, Galduróz, Noto & Nappo, 2002). Em 2005, no II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, envolvendo as 108 maiores cidades do país, verificou-se que, de uma amostra total de 9.528 pessoas, 0,7% delas já haviam usado o crack alguma vez na vida, o que sugere um crescimento no uso dessa droga (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, CEBRID, 2006).

Implicado na facilidade de acesso ao crack está o desenvolvimento de estratégias especiais de comércio. Segundo Oliveira e Nappo (2008a), em São Paulo tem sido relatada a existência do *crack delivery*, que consiste na entrega de crack em domicílio. Outro fator que tem influenciado no crescimento do consumo de crack são as modificações na sua forma de apresentação. Conforme os autores, a pedra de crack tem sido paulatinamente substituída pelo "farelo" ou "pó de crack". Essa substância é facilmente adulterável, podendo conter diluentes como farinha, bicarbonato de sódio, talco, pó de vidro, pó de mármore e fezes de animais, representando um perigo maior

ainda para a saúde dos seus usuários. Essa forma de apresentação do crack é mais rendosa para o traficante e mais barata para o usuário, pois possui um custo inferior ao da pedra, tornando o crack mais acessível a um maior número de indivíduos. De acordo com Cruz, Vargens e Ramôa (2011), esse crescimento do uso do crack se deu, sobretudo, em populações específicas, como crianças, adolescentes e adultos em situação de rua, amplificando as condições de vulnerabilidade de parcelas carentes da população.

No Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas Entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua, nas 27 Capitais Brasileiras, realizado por Noto et al. (2003), constatou-se que o consumo recente de crack (uso no mês) foi mencionado em 22 capitais brasileiras. Os maiores índices foram registrados em São Paulo, Recife, Curitiba e Vitória (entre 15% e 26%), seguidos de Natal, João Pessoa, Fortaleza, Salvador e Belo Horizonte (entre 8% e 12%). Os autores apontam que o consumo dos derivados da cocaína, como crack e merla, em indivíduos em situação de rua, aumentou ao longo dos anos, sendo observados crescimentos em "saltos", que ocorreram em épocas diferentes, em quase todas as capitais. Em São Paulo, o aumento do consumo ocorreu entre 1989 e 1993; em Porto Alegre, entre 1993 e 1997; e no Rio de Janeiro, o consumo, que já era elevado em 1993, acentuou-se ainda mais entre 1997 e 2003. Em Fortaleza e Recife, os índices de consumo recente (uso no mês), que eram quase insignificantes até 1997 (em torno de 1%), saltaram, respectivamente, para 10,3% e 20,3% em 2003. Esses dados sugerem uma crescente disponibilidade de derivados da cocaína no Nordeste brasileiro.

Embora o consumo do crack esteja aumentando em populações em situação de rua, observa-se que essa é uma droga presente em outros contextos sociais, como mostram estudos realizados pelo Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas

Psicotrópicas (CEBRID). Em pesquisa realizada por este centro e conduzida por Galduróz, Noto, Fonseca e Carlini (2005), no V Levantamento Sobre Drogas Psicotrópicas Entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública, verificou-se que, dos 48.155 estudantes pesquisados, 0,7% declararam já ter feito uso do crack alguma vez na vida, enquanto 0,1% declararam fazer uso frequente. Os resultados mostraram ainda que, na Paraíba, especificamente em João Pessoa, de 2.007 estudantes, 2,5% relataram ter feito uso dessa droga alguma vez na vida, enquanto que 0,2% relataram manter um uso frequente.

Em outro estudo do CEBRID, realizado por Carlini et al. (2010), no VI Levantamento Nacional Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas Entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino em 27 Capitais Brasileiras, verificou-se que, de um total de 50.890 estudantes, com idades entre 10 e acima de 19 anos, 0,6% já utilizaram crack alguma vez na vida. Dos estudantes de escolas públicas, 0,7% já fizeram uso do crack alguma vez na vida, assim como 0,2% dos estudantes de escolas particulares. No que se refere aos resultados de João Pessoa, observa-se que, de um total de 1.522 estudantes, 0,5% já fizeram uso de crack alguma vez na vida e 0,3% relataram ter usado no último mês.

Percebe-se, também, a presença do crack entre estudantes universitários. No I Levantamento Nacional Sobre o Uso de Álcool, Tabaco e Outras Drogas Entre Universitários das 27 Capitais Brasileiras, constatou-se que, de 12.711 universitários, 1,2% já haviam usado crack alguma vez na vida e que 0,2% fizeram uso no último mês (Andrade, Duarte & Oliveira, 2010).

Essas pesquisas mostram que o crack está presente em vários segmentos sociais. Contudo, é importante salientar que os estudos de natureza epidemiológica obtidos em escolas ou universidades têm como natural viés a obtenção de dados sobre alunos que

estejam matriculados, cursando e presentes em sala de aula. Por suas características peculiares, o crack não é uma droga que permita a convivência em um ambiente de ensino; por isso, provavelmente, os dados obtidos dessa forma encontram-se subestimados, como apontam Kessler e Pechansky (2008).

No que se refere ao cenário mundial, o Relatório Mundial Sobre Drogas (2012) aponta a expansão do crack nos países da América do Sul. No II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, do Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas – INPAD (2012), constatou-se que o Brasil possui um dos maiores índices de consumidores de derivados da cocaína que fizeram uso no último ano, tendo cerca de 2,8 milhões de pessoas, perdendo apenas para os Estados Unidos, com 4,1 milhões de pessoas. Verificou-se também que o Brasil é o maior mercado mundial do crack, responsável por 20% do seu consumo mundial, sendo, ainda, o segundo maior mercado de cocaína.

O estudo ainda mostrou que, no Brasil, 1% dos adolescentes já fez uso do crack alguma vez na vida, correspondendo a cerca de 150 mil pessoas, enquanto que 0,2%, correspondentes a 18 mil pessoas, relataram o uso no último ano. Na população adulta, 1,4% já usaram o crack alguma vez na vida, equivalendo a cerca de 1,8 milhões de pessoas. 1% dos adultos relatou o uso do crack no último ano, equivalendo a um milhão de pessoas. Segundo essa pesquisa, a região brasileira com maior número de usuários de derivados da cocaína é a Sudeste, com 46%, seguida da região Nordeste, com 27%, depois as regiões Centro-Oeste e Norte, ambas com 10%, e, por fim, a região Sul, com 7% dos usuários de derivados de cocaína.

Diante do exposto, observa-se que o crack é uma droga de grande impacto social, tanto no Brasil como em outros países, e que o seu consumo vem crescendo nos

últimos anos. O uso dessa droga demanda do Estado políticas públicas adequadas e eficientes que visem ao abrandamento dos problemas relacionados a ela.

1.2 Políticas públicas sobre drogas no Brasil: panorama atual

Políticas Públicas são diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público. Podem ser entendidas como regras e procedimentos para as relações entre o poder público e a sociedade, assim como mediações entre atores da sociedade e do Estado. Nesse caso, são políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamentos) que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos (Teixeira, 2002).

Para Luchese e Aguiar (2002), as políticas públicas podem ser definidas como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. Variam de acordo com o grau de diversificação da economia e da sociedade, com a natureza do regime político e com o nível de atuação e participação dos diferentes atores sociais.

As políticas públicas de saúde integram o campo de ação social do Estado orientado para a melhoria das condições de saúde da população e do ambiente natural, social e do trabalho. Sua tarefa específica em relação às outras políticas públicas da área social consiste em organizar as funções públicas governamentais para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade, incluindo a questão da dependência química (Luchese & Aguiar, 2002).

Ainda que o uso de drogas tenha sido objeto de intervenções governamentais durante o século XX, foi em 2003 que o Ministério da Saúde afirmou o seu compromisso de enfrentá-lo. Naquele ano, foi publicada a Política do Ministério da

Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, através da qual o governo se propôs a assumir de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública (Machado & Miranda, 2007).

Conforme Ronzani e Mota (2011), essa política prescreve a proteção dos direitos dos usuários de drogas, assim como o desenvolvimento de ações de assistência e promoção de saúde nessa população como sendo responsabilidade do Estado. Além disso, o modelo assistencial em Saúde Mental foi direcionado no sentido de abarcar os preceitos do movimento da Reforma Psiquiátrica, com a criação de uma rede assistencial baseada em dispositivos extra-hospitalares.

Na perspectiva teórico-prática, a Política do Ministério da Saúde baseou-se nos princípios da Política de Redução de Danos. É uma estratégia de abordagem dos problemas com as drogas que não parte do princípio de que deve haver imediata e obrigatória extinção do uso. Preferentemente, como explica Cruz (2011), tanto no âmbito da sociedade, quanto no caso de cada indivíduo, essa Política formula práticas que diminuem os danos do consumo de drogas.

Desse modo, propõe-se uma lógica de cuidado distinta do discurso médico-psiquiátrico hegemônico que privilegia o internamento como única possibilidade de tratamento. Esses novos conceitos questionam consensos preestabelecidos em relação à droga e ao usuário, reconhecendo a existência de diferentes relações de uso e considerando o uso de drogas como inerente à cultura, rejeitando os preceitos da guerra contra as drogas (Oliveira & Dias, 2010; Siqueira, 2010). Nesse sentido, busca-se romper com as metas de abstinência como única possibilidade terapêutica.

Com base nesses preceitos, foi aprovada a Política Nacional Sobre Drogas – PNAD (2005), que estabelece os fundamentos, os objetivos, as diretrizes e as estratégias

indispensáveis para que os esforços voltados para a redução da demanda e da oferta de drogas possam ser conduzidos de forma planejada e articulada. As ações voltadas para a redução da demanda referem-se à prevenção do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas que causem dependência, bem como àquelas ações relacionadas com o tratamento, a recuperação, a redução de danos e a reinserção social de usuários e dependentes. As atividades desenvolvidas no âmbito da redução da oferta são ligadas à repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas. As ações de repressão visam reduzir a oferta das drogas ilegais e/ou de abuso, através da erradicação e da apreensão permanentes dessas drogas, tanto as que são produzidas no país quanto as oriundas do exterior. São ações que objetivam também a identificação e o desmantelamento das organizações criminosas (Duarte, 2010).

A PNAD elegeu como princípio norteador das ações de prevenção ao uso indevido de drogas a responsabilização compartilhada. A prevenção deve ser fruto do comprometimento, da cooperação e da parceria entre os diferentes segmentos da sociedade brasileira e dos órgãos governamentais federal, estadual e municipal. Entretanto, no Brasil, com a prioridade colocada na repressão, as ações de saúde, como o tratamento e a prevenção, contam com baixo investimento governamental, como revela Cruz (2011).

O Relatório de Auditoria do Sistema Nacional de Políticas Públicas Sobre Drogas - SISNAD (2012) apontou dois fatores importantes que dificultam as ações de prevenção no Brasil. O primeiro refere-se ao fato de que os recursos orçamentários não atendem à demanda crescente por cursos de capacitação. Verificou-se que é insuficiente o orçamento da Secretaria para o montante de cursos e públicos a serem treinados, além da quantidade insuficiente de vagas nas capacitações de educadores públicos. Outra questão reside no fato de que algumas campanhas de prevenção às drogas não estão em

consonância com a PNAD, não existindo nenhum normativo que oriente a produção dessas peças publicitárias. Observa-se que algumas delas apelam para imagens e mensagens impactantes, que acabam por reforçar a sensação de que o uso de drogas é um problema sem solução, ou de que o usuário é um indivíduo irresponsável e incapaz de mudar os seus comportamentos. Essas imagens reforçam o estigma social já existente e o preconceito contra os dependentes químicos, inibindo, assim, o acesso dessas pessoas aos equipamentos de saúde que realizam o acolhimento e o tratamento.

No que se refere às ações voltadas para o tratamento, a PNAD estabelece a garantia do direito de receber tratamento adequado a toda pessoa com problemas decorrentes do uso indevido de drogas. Além disso, viabiliza a implantação de uma rede de assistência integrada e intersetorial, pública e privada.

Com isso, procurou-se implantar dispositivos assistenciais que evitem o isolamento social e a cronificação do usuário, superando o círculo vicioso de internações hospitalares, que produzem um distanciamento permanente entre os usuários e sua rede social. O aparato organizativo pensado para implementar essa nova política e promover a Reforma Psiquiátrica foram os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com o intuito de substituir, de maneira organizada e gradual, o modelo hospitalocêntrico (Ronzani & Mota, 2011).

De acordo com Oliveira e Dias (2010), os CAPS devem promover os serviços estratégicos para a organização da rede de cuidados às pessoas com sofrimento mental e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Esses centros possuem o desafio de inventar novas práticas, que não se reduzam a buscar um ideal de suposta cura ou reabilitação representada pela abstinência das drogas. Os CAPS ad, voltados especificamente para usuários de álcool e outras drogas, são dispositivos com

funcionamento ambulatorial e de hospital-dia, com trabalho interdisciplinar e integral, que procuram oferecer e criar uma rede de atenção a esses usuários.

Assim, com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalidade, integralidade e equidade –, busca-se promover serviços de qualidade que ocorram em todo o território brasileiro, de forma hierarquizada, acessível e resolutiva. Com vistas a um modelo integral de atenção para usuários de drogas, busca-se instaurar e desenvolver outros dispositivos além dos CAPS, como: redes sociais e comunitárias; atenção primária, notadamente a Estratégia de Saúde da Família; Centros de Convivência; Agentes Redutores de Danos; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; Unidades de Desintoxicação; Casas do Meio do Caminho; Hospital Clínico; Hospital Psiquiátrico; Unidades de Pronto Atendimento; e, Consultórios de Rua (Oliveira & Santos, 2010).

Todavia, apesar dos esforços empreendidos na implantação de dispositivos de tratamento de dependentes de álcool e outras drogas, a cobertura da rede é considerada insuficiente, haja vista a numerosa população e a ampla extensão territorial do Brasil. Outra dificuldade que acomete os municípios é cumprir as exigências de estruturação de recursos humanos. Em muitos casos, especialmente em municípios de pequeno porte, a escassez de profissionais, principalmente médicos gerais e psiquiatras, impede a formação do quadro de pessoal mínimo, conforme a previsão legal. No tocante ao tratamento dos dependentes de drogas, existe ainda um desinteresse por parte dos profissionais na prestação desse serviço específico, por causa do preconceito em lidar com o paciente dependente de substâncias psicoativas. Como consequência dessas questões, muitos desses pacientes ficam sem acesso aos dispositivos públicos de saúde mental (Relatório de Auditoria do SISNAD, 2012).

De acordo com Oliveira e Santos (2010), existem ainda muitos desafios a ser enfrentados para o desenvolvimento dessa rede de serviços. Dentre eles, podem ser citados: a própria resistência à implantação do SUS, que contrapõe interesses de mercado e corporativos; a formação profissional na área da saúde, que não contempla o problema do uso de drogas e que ainda está pautada no modelo biomédico, perpetuando e gerando preconceitos sobre o tema; e a resistência às mudanças, notadamente as que são propostas pela política de redução de danos. Outro desafio é a busca da integralidade, que concebe o ser humano em sua totalidade, em oposição à abordagem biomédica, que desconsidera a subjetividade e privilegia o conhecimento científico em detrimento do popular.

Outra questão a ser ressaltada é que, desde que foi deflagrada a Reforma Psiquiátrica Brasileira, alguns gestores e teóricos têm defendido que a rede de cuidados em saúde mental não necessita de espaço de internação integral. Em função disso, os usuários de drogas acabam tendo que ser internados em instituições psiquiátricas, por falta de espaços de internação integral, agravando a sua condição de discriminação e estigmatização, uma vez que se associa o rótulo de drogado ao de doente mental. Observa-se que os CAPS ad e os consultórios de rua são insuficientes, não só no que diz respeito à quantidade, mas também com relação à efetivação dos serviços prestados. Assim, a falta de espaços de internação integral representa uma lacuna deixada pela política pública de saúde para os dependentes químicos, pois estes estão sendo internados em hospitais psiquiátricos cada vez mais sucateados e manicomizados, como apontam Oliveira e Santos (2010).

No Relatório de Auditoria do SISNAD (2012) constatou-se que existe baixa adesão dos hospitais gerais na habilitação de leitos para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. A meta estabelecida era a de habilitar 3.492 leitos em hospitais

de referência, visando ao tratamento de pacientes que fazem uso de cocaína e derivados, bem como dos que possuem comorbidades, mantendo também os procedimentos referentes ao tratamento da síndrome de abstinência. Contudo, foram habilitados, até o início de junho de 2011, apenas 179 leitos em hospitais gerais para realizar esses procedimentos, o que representa 5% da meta. Tal situação pode estar ocorrendo pelas seguintes razões: preconceito; falta de capacitação dos profissionais; e receio de que esses pacientes causem algum tipo de problema aos demais pacientes e profissionais. Além disso, observa-se a falta de adequação dos hospitais gerais para o tratamento adequado dos usuários, inexistindo um atendimento multiprofissional capaz de dar suporte ao dependente e sua família.

Essa situação de falta de espaços de internação integral para os dependentes de drogas, fazendo com que eles acabem se inserindo em hospitais psiquiátricos, agrava-se ainda mais com as crescentes internações involuntárias de dependentes de crack. As chamadas internações compulsórias são aquelas determinadas judicialmente e que independem da vontade do sujeito. Segundo Barros e Serafim (2009), a essência das justificativas desse tipo de internação está na perda da autonomia do indivíduo, decorrente de seu estado mental, o que o impede de compreender o caráter desadaptativo do seu comportamento. Entretanto, esse tipo de internação tem sido discutido, pois vai de encontro aos preceitos da Reforma Psiquiátrica, que busca, dentre outras questões, incentivar a responsabilização do sujeito pelo seu próprio estado e empoderá-lo. Vai de encontro também à Política de Redução de Danos, que visa aceitar e atender o usuário de drogas, independente de a sua vontade ser a abstinência ou não.

Assim, apesar da política de saúde mental ter como premissa a reforma psiquiátrica e a humanização do cuidado, percebe-se a existência de práticas distantes da promoção de saúde e cidadania, inclusive no interior de dispositivos

antimanicomiais, como os CAPS. Essas práticas perpetuam a exclusão social dos usuários de drogas, devido ao preconceito impregnado de uma cultura disciplinante e segregadora, como destacam Nunes et al. (2010).

Conforme Oliveira e Dias (2010), as práticas tradicionais do modelo biomédico ainda são hegemônicas e, ainda hoje, a intenção é assegurar a norma de uma sociedade em abstinência das drogas. Aos profissionais de saúde é delegada uma atuação para ajustar os anormais, fazendo com que as pessoas não usem as drogas tornadas ilícitas.

Assim, a despeito dos preceitos que basearam a Política Nacional Sobre Drogas (PNAD) - a saber: os princípios do SUS, a Reforma Psiquiátrica e a Política de Redução de danos -, ainda subsistem nos serviços de saúde e na sociedade representações sobre o usuário de drogas que o afastam da condição de cidadania plena. Tais representações estão arraigadas no tecido social e dificultam o rompimento com abordagens reducionistas e simplistas, geradoras de exclusão social.

Em consonância com a PNAD, a nova lei sobre drogas (Lei nº. 11.343/2006) procurou amenizar essa representação negativa sobre o usuário de drogas, fazendo a distinção entre usuário e traficante. Essa lei nasceu da necessidade de compatibilizar os dois instrumentos normativos que existiam anteriormente, a Lei nº. 6.368/1976 e a Lei nº. 10.409/2002, que previam a punição do usuário de drogas ilícitas com pena de detenção e multa.

De acordo com Capez (2007), a nova lei sobre drogas trouxe modificações importantes, pois o usuário de drogas passou a não ser mais penalizado com a privação da sua liberdade. São delegadas ao usuário as chamadas penas alternativas, que consistem em: advertência sobre os efeitos das drogas; prestação de serviços à comunidade em locais/programas que se ocupem da prevenção/recuperação de usuários e dependentes de drogas; e medida educativa de comparecimento a programas ou cursos

educativos. Por sua vez, o traficante tem a penalidade estipulada de cinco a quinze anos de reclusão.

De acordo com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (2011), com essa lei houve o reconhecimento das diferenças entre a figura do traficante e a do usuário/dependente, que passaram a ser tratados de forma diferenciada e a ocupar capítulos diferentes na lei. Expressou-se o entendimento de que os usuários e dependentes não devem ser penalizados pela Justiça com a privação de liberdade, devendo ser oferecidas a eles oportunidades de reflexão sobre o próprio consumo, ao invés de encarceramento.

Entretanto, observa-se a permanência da carga semântica do tipo penal em relação ao usuário, pois ele continua sendo punido pelo Poder Judiciário pelo porte de drogas para consumo próprio, havendo a instauração de um procedimento criminal. Ressalta-se, assim, que a lógica punitiva ainda se perpetua com essa lei, permanecendo a representação do usuário como um criminoso (Lins, 2009).

Conforme acrescenta Nascimento (2006), essa nova lei causou certa confusão entre a figura do traficante e a do usuário, pois o porte de pequena quantidade de droga faz com que seja produzido um maior número de traficantes, que vendem pequenas quantidades de drogas para sustentar o seu próprio consumo. Tal fato gera, na verdade, uma proteção jurídica ao pequeno traficante e, consequentemente, aumenta a distribuição das drogas.

Na busca de soluções concretas, capazes de reverter os desafios e efeitos problemáticos que os problemas associados ao crack vêm impondo a todo o país, o Governo Federal lançou o Decreto Presidencial nº. 7.179/2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor e indica uma série de ações de aplicação imediata e outras de caráter estruturante para o

enfrentamento da questão de forma intersetorial. Dentre as ações de implementação imediata, destacam-se aquelas voltadas para o enfrentamento ao tráfico do crack em todo o território nacional, principalmente nos municípios localizados em região de fronteira, e a realização de uma campanha permanente de mobilização nacional para engajamento no plano. O objetivo é também a melhoria do sistema de saúde que atende aos usuários de crack e seus familiares (Duarte, 2010).

Diante do exposto, observa-se que esforços governamentais têm sido feitos no sentido de desenvolver ações que garantam a assistência à questão das drogas no âmbito da prevenção, do tratamento e da reinserção social. Essas ações têm sido executadas por meio do estabelecimento de uma rede de atenção integral ao usuário e da articulação do CAPS ad com outros níveis de atenção à saúde e setores da sociedade, buscando-se a consecução de uma política intersetorial e inclusiva, com ações nas esferas sociais de saúde, justiça e educação (Ronzani & Mota, 2011).

Aspira-se, portanto, no campo das políticas públicas sobre drogas no Brasil, o desenvolvimento e a implementação de uma rede de cuidados orientada pelo princípio da responsabilidade compartilhada. A estratégia a ser adotada é a cooperação mútua e a articulação de esforços entre governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos, com o intuito de ampliar a consciência para a importância da intersetorialidade e da descentralização das ações sobre drogas no país, visando à inclusão social (Nunes et al., 2010). Esse processo de inclusão perpassa as representações sociais que a sociedade constrói sobre as drogas e seus usuários, tornando importante o conhecimento e a discussão dessas representações.

CAPÍTULO 2

A Teoria das Representações Sociais como aporte teórico para o estudo do fenômeno das drogas

A Teoria das Representações Sociais como aporte teórico para o estudo do fenômeno das drogas

A Teoria das Representações Sociais (TRS) foi proposta por Serge Moscovici em 1961, através da obra denominada *La Psychanalyse, son image et son public*, acerca da apropriação da teoria psicanalítica por parte de diferentes grupos sociais. Essa teoria veio contrapor-se ao individualismo excessivo da Psicologia Social americana, como também à forma puramente sociológica da Psicologia Social europeia. Situando a Psicologia Social entre a Psicologia e as Ciências Sociais, favoreceu a investigação de fenômenos que são de dupla natureza, psicológica e social, solidificando uma análise de cunho psicossociológica (Ferreira & Brum, 2000).

Este tipo de análise busca compreender como as relações sociais se constroem e influenciam as atitudes, os comportamentos e as opiniões de um grupo. Desta forma, almeja-se compreender, de maneira abrangente, como se produzem os saberes sociais em determinados grupos e como esses saberes se manifestam quotidianamente nas relações desses grupos. Moscovici se preocupou não apenas em entender como é produzido o conhecimento, mas, principalmente, em analisar seu impacto nas práticas sociais e vice-versa (Oliveira, 2004).

Conforme Castro (2002), Moscovici buscou na Sociologia de Durkheim abrigos conceituais, nos quais se apoiou para construir a noção de *representações sociais*. O sociólogo Émile Durkheim não acreditava em qualquer explicação psicológica dos fatos sociais e objetivava explicar fenômenos como os mitos, a ciência, a religião, dentre outras questões inerentes à sociedade. Assim, formulou a noção de *representações coletivas*, num contexto histórico e social baseado nas relações das sociedades primitivas do começo do século XX, período em que desenvolveu suas ideias.

A noção de representações coletivas diz respeito à ideia de que a condição de existência de todo o pensamento organizado é a vida social. Esta, com as suas formas características de organização, produz representações coletivas que se impõem aos indivíduos, mesmo que estes não tenham consciência delas, ou, sobretudo, porque não têm consciência delas (Castro, 2002). No entanto, conforme Moscovici (1978), essa noção é insuficiente para explicar a coexistência de uma pluralidade de entendimentos e modos de organização do pensamento nas sociedades atuais, como também para dar conta da diversidade e da criatividade.

Essa própria diversidade das ideias coletivas nas sociedades modernas reflete a falta de homogeneidade dentro dessas sociedades, onde as diferenças refletem uma distribuição desigual de poder e geram uma heterogeneidade de representações (Moscovici, 2011). Segundo Spink (1993, p. 305), as representações sociais, "sendo produzidas e apreendidas no contexto das comunicações sociais, são necessariamente estruturas dinâmicas. É esta característica de flexibilidade e permeabilidade que as distingue das representações coletivas de Durkheim".

Na teoria moscoviciana fala-se de representações que são "sociais" ao invés de "coletivas", pois se considera que são representações do nosso universo interior, que estão presentes nas pessoas, mas que contêm características que nos autorizam a chamá-las de sociais. Exemplos dessas características residem no fato de serem expressas por grupos sociais, de serem engendradas coletivamente e de contribuírem para os processos de formação dos comportamentos e de orientação das comunicações sociais. Assim, "qualificar uma representação de social equivale a optar pela hipótese de que ela é produzida, engendrada, coletivamente" (Moscovici, 1978, p. 76).

Como sublinha Oliveira (2004), a substituição do termo marca a distinção original estabelecida entre o trabalho de Moscovici e o de Durkheim. A teoria de

Moscovici sobre as representações sociais se desenvolveu num contexto histórico e social bastante distinto do contexto de Durkheim. Baseado na heterogeneidade da sociedade contemporânea da década de 1950, num mundo moderno marcado pela ciência e não mais pelos mitos, tal contexto histórico fez com que as concepções de representações coletivas e de representações sociais tivessem importantes diferenças teórico-conceituais (Ferreira & Brum, 2000).

É importante ressaltar que não faz sentido considerar que a TRS surgiu para preencher uma lacuna deixada pela teoria durkheimiana, pois o contexto em que Durkheim formulou a noção de representações coletivas era significativamente diferente do contexto histórico-social em que Moscovici formulou suas ideias. Assim, cada teoria surgiu em correspondência com o seu momento histórico.

De acordo com Moscovici (2011), as representações sociais podem ser entendidas como uma modalidade de conhecimento particular, que tem como finalidade a comunicação entre os indivíduos e a elaboração de comportamentos, sendo conjuntos simbólicos que são, ao mesmo tempo, práticos e dinâmicos. Conforme esclarece Jodelet (2001, p. 22), as representações sociais são:

> Uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber de senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, esta forma de conhecimento é diferenciada, entre outras, do conhecimento científico.

Assim, as representações sociais constituem uma forma de conhecimento específica e irredutível a qualquer outra. Trata-se de um conceito que explica a

diversidade do pensamento em organizações sociais particulares, onde os conteúdos do conhecimento científico passaram a circular (Castro, 2002).

No dizer de Maciel (2007), a representação social é uma modalidade particular de conhecimento, porque não é todo conhecimento que pode ser considerado como uma representação social. Nessa categoria pode ser incluído somente aquele conhecimento do senso comum, constituído na vida cotidiana dos indivíduos, funcionando no sentido de interpretar, pensar e agir sobre a realidade.

Segundo Moscovici (1978), uma representação social é o sinal e a reprodução de um objeto socialmente valorizado. Assim sendo, os objetos deste estudo, o crack, os usuários de drogas e o tratamento, podem ser considerados como objetos de representação social, tendo em vista que fazem parte do cotidiano dos indivíduos estudados e de toda a sociedade. Ademais, a dependência química é um fenômeno de grande repercussão na contemporaneidade, mobilizando afetos, suscitando polêmicas e controvérsias. As representações sociais acerca desses objetos são elaboradas com base nas teorias científicas existentes e nos conhecimentos práticos e vivenciais, ou seja, no senso comum.

Na TRS, destacam-se dois tipos diferentes de universos de pensamento: os *universos consensuais* e os *universos reificados*. No universo reificado, circulam as ciências, as teorizações abstratas e a objetividade, nas quais a sociedade é tratada como um sistema de diferentes papéis e classes, cujos membros não são iguais. Assim, o que é não familiar é gerado, muitas vezes, dentro do universo reificado das ciências, de onde é transferido para o universo consensual do dia a dia. Essa tarefa é geralmente realizada pelos divulgadores científicos, através dos meios de comunicação de massa (Strey, 2010).

No universo consensual, a sociedade é vista como um grupo de pessoas que são livres e iguais, cada uma podendo falar em nome do grupo, sem, entretanto, ter competência exclusiva. Ou seja, não existe a possibilidade de um indivíduo existir de modo autônomo, como um ser social, sem o grupo. Segundo Strey (2010), é nesse âmbito que se constituem as teorias do senso comum, onde se encontram as práticas interativas do dia a dia e onde se produzem as representações sociais.

É nesse âmbito que as representações sociais sobre as drogas e seus usuários se produzem. Essas representações são basicamente as seguintes: do ponto de vista da saúde, o usuário de drogas é visto como possuindo a doença chamada Dependência Química, tendo como encaminhamento a Clínica Psiquiátrica nos seus mais variados níveis, que vão desde o atendimento ambulatorial até a internação em hospitais psiquiátricos; do ponto de vista da justiça, o uso de drogas é considerado como um delito e o seu tratamento passa a ser a punição legal. Destaque-se, ainda, o ponto de vista das religiões, em que o uso de drogas continua sendo um pecado, tendo como solução a conversão. Ainda hoje, os usuários de drogas são destinados, majoritariamente, a esses espaços: igreja (na forma de Comunidade Terapêutica), hospitais psiquiátricos, e, até recentemente, cadeia, como destaca Siqueira (2010). Nesse sentido, os focos de intervenção contra o uso de drogas estão principalmente ancorados nas representações desse fenômeno como pecado, crime e/ou doença (Mota, 2009).

As representações sociais elaboradas por dependentes químicos acerca do crack, dos usuários de drogas e do tratamento são formadas através da apropriação do saber científico médico-psiquiátrico e jurídico-policial, adequando e transformando este conhecimento mediante as práticas interativas cotidianas. Esses conhecimentos adquirem um *status* de verdade, guiando as condutas dos sujeitos. No que se refere ao

crack, observa-se que esta droga está vinculada à pobreza e à marginalização, tendo em vista que surgiu entre camadas menos favorecidas da população. Tal fato histórico influencia as representações negativas ligadas a ele e favorece a estigmatização e a exclusão social dos seus usuários. Observa-se que as representações sociais são influenciadas pela história, pelo contexto social e ideológico que cerca os indivíduos, além de serem mediadas pelo seu sistema de normas e valores.

De fato, considera-se que não existe um corte dado entre o universo exterior e o universo do indivíduo (ou do grupo), isto é, não existe uma divisão entre o social e o individual. Tais instâncias estão interligadas, pois o sujeito e o objeto não são heterogêneos em seu campo comum. Assim, a resposta que um dado estímulo irá evocar depende da representação interna que o organismo irá designar para o estímulo. As representações sociais determinam tanto o caráter do estímulo como a resposta que ele incita (Moscovici, 2011).

Com isso, observa-se que o objeto social está inscrito num contexto ativo e dinâmico, pois as representações remodelam e reconstituem os elementos do meio ambiente em que o comportamento deve ter lugar. A representação "consegue incutir um sentido ao comportamento, integrá-lo numa rede de relações em que está vinculado ao seu objeto, fornecendo ao mesmo tempo as noções, as teorias e os fundos de observação que tornam essas relações estáveis e eficazes" (Moscovici, 1978, p. 49).

No exemplo dado por Moscovici (1978), os preconceitos sociais não estão manifestamente isolados. Eles estão assentados num fundo de sistemas, de raciocínio de linguagens no tocante à natureza social do homem e suas relações com o mundo. Esses sistemas são constantemente interligados, sendo comunicados entre gerações e classes, e os que são alvo desses preconceitos tendem a entrar no molde preparado e a adotar uma atitude conformista.

Para Moscovici (1978, 2011), deve-se encarar a representação social de um modo ativo, pois esta modalidade de conhecimento não tem um *status* de mera repetição. Ao representar algo, o indivíduo não está reproduzindo-o simplesmente, mas reconstruindo-o e modificando-o, configurando uma nova existência a esse objeto, o qual leva a marca de sua passagem pelo psiquismo individual e pelo social.

Por conseguinte, as representações sociais do crack, do usuário de drogas e do tratamento podem sofrer modificações, dependendo dos indivíduos, da sua história, vivência pessoal e do contexto social e ideológico no qual estão inseridos. Nesse sentido, ao representar estes objetos, os participantes do presente estudo certamente lançam mão das suas cognições, dos seus afetos, das suas vivências e experiências, enfocando ou eliminando conteúdos científicos sobre as drogas, criando, assim, um novo saber, um saber prático, do senso comum. Este saber irá servir de molde para as novas relações sociais estabelecidas com estes objetos.

Como diz Moscovici (1978, p. 27), "representar não consiste somente em selecionar, completar um ser objetivamente determinado com um suplemento de alma subjetiva. É, de fato, ir mais além, edificar uma doutrina que facilite a tarefa de decifrar, predizer ou antecipar os seus atos". Por exemplo, a representação social da droga como algo vinculado ao mal, isto é, como algo de Satanás, serve para explicar e predizer as ações dos usuários de drogas, servindo também para justificar suas condutas e situação de exclusão social. Dessa forma, este estudo visa verificar a apropriação do saber científico pelos dependentes químicos, sua transformação em saber comum e sua vinculação com condutas, sobretudo no que diz respeito ao crack, ao usuário de drogas e ao tratamento.

É importante realizar esta articulação entre a apropriação do saber científico e a sua transformação em saber comum, pois, conforme Vala (1996), uma vez constituída

uma representação, os indivíduos procurarão criar uma realidade que valide as previsões e explicações decorrentes dessa representação. Assim, a representação vincula um conhecimento a um sistema de valores, de noções e práticas que conferem aos indivíduos as formas de se orientarem no meio social e material, permitindo a dominação desse conhecimento. Além disso, conforme ressalta Moscovici (1978), a representação propõe esse conhecimento aos membros de uma comunidade a título de veículo para as suas trocas e de código para denominar e classificar, de maneira clara, as partes do seu mundo, da sua realidade, individual ou coletiva.

No que se refere às funções das representações sociais, Abric (1994) destaca a função de *saber*, a função *identitária*, a função de *orientação* e a função *justificadora*. A função de saber diz respeito ao fato de que as representações sociais permitem que os indivíduos compreendam e expliquem a realidade utilizando uma linguagem comum, de acordo com os valores e o funcionamento cognitivo dos sujeitos. A função identitária permite situar os indivíduos e os grupos num campo social, fazendo com que adquiram uma identidade social e pessoal, conforme o contexto em que se inserem. Na função de orientação, as representações sociais atuam como um guia de orientação para a conduta humana. A função justificadora permite que o ator social justifique essa conduta perante seu grupo social, já que suas ações e comportamentos também são avaliados pelo grupo.

Convém destacar que a TRS desdobra-se em algumas correntes teórico-metodológicas. As principais são as abordagens *dimensional*, *estrutural* e *societal*. No entender de Sá (1998), essas abordagens se complementam e são derivadas do que ele chamou de *a grande teoria*, oriunda de Moscovici, representando diferentes formas de enfocar e investigar as representações sociais. O presente estudo baseia-se nas abordagens dimensional e estrutural da TRS, uma vez que se preocupa em conhecer o

conteúdo e a estrutura da representação social do crack, dos usuários de drogas e do tratamento.

2.1 Teoria das Representações Sociais e suas abordagens: dimensional e estrutural

A abordagem dimensional se caracteriza pelo estudo dos conteúdos representacionais, abarcando a totalidade de expressões, ideias, imagens e valores que circulam no discurso sobre o objeto. Essa abordagem também pode ser chamada de processual, genética ou dinâmica, pois, além de se ocupar com os aspectos constituintes da representação, como informações, imagens, crenças, valores, opiniões, elementos culturais, ideológicos, dentre outros, ocupa-se da construção da representação e de seus processos de elaboração (Arruda, 2002).

No que se refere à gênese da representação social, destacam-se dois processos: a *objetivação* e a *ancoragem*, que são, ao mesmo tempo, de natureza social e cognitiva, permitindo a transformação do que é não familiar em algo familiar e conhecido. Desse modo, uma das funções básicas das representações sociais é a da integração da novidade (Moscovici, 2011).

A ancoragem é um mecanismo que tenta ancorar ideias estranhas, reduzindo-as a categorias e a imagens comuns, colocando-as em um contexto familiar. É um processo que compara algo estranho com um paradigma de uma categoria que o ator social pensa ser apropriada. No momento em que determinado objeto ou ideia é comparado ao paradigma de uma categoria, adquire características dessa categoria e é reajustado para que se enquadre nela. Assim, uma pessoa religiosa, por exemplo, procura relacionar um comportamento estranho a uma escala religiosa de valores (Moscovici, 2011).

Como exemplo disso, observa-se que a representação social do usuário de drogas como um doente ancora-se no conhecimento médico-científico, que vinculou no

início do século XIX o uso de drogas à lógica da doença, notadamente da doença mental. Assim, o usuário de drogas passou a ser considerado um doente, um ser sem razão, que necessita de tutela, inclusive hospitalar.

Segundo Jodelet (2008), o processo de ancoragem explica como o sentido é dado aos objetos não familiares, através de sua inserção em um quadro conceptual já existente, juntamente com a sua interpretação em função de um princípio de significação, cujo produto é utilizado no intuito de classificar, interpretar e nomear os objetos sociais. A ancoragem é o enraizamento social da representação e do seu objeto. Trata-se da inserção orgânica de um conhecimento num pensamento já constituído, modelando as relações interpessoais, sendo um processo que se dá através da assimilação e acomodação das informações.

A objetivação é o processo pelo qual os elementos constituintes da representação se organizam e adquirem materialidade, tornando o abstrato concreto. Conforme Moscovici (1978), a objetivação faz com que se torne real um esquema conceptual, conferindo-se, a uma imagem, uma contrapartida material.

Por exemplo, compara-se Deus, uma figura invisível, a um pai e instantaneamente isso se torna visível nas mentes das pessoas, facilitando a relação estabelecida com ele. A imagem ligada à palavra é aceita como uma realidade, em virtude do seu uso contínuo e da espécie de independência que adquire (Moscovici, 2011). Assim, dizer atualmente que o usuário de drogas é um bandido ou um doente é algo normal e que explica a realidade. Essas denominações tornam-se a referência real e concreta da concepção do uso de drogas como algo ligado à criminalidade ou à doença.

Para Jodelet (2008), a objetivação é um processo composto por três fases: a *seleção da informação*, em que o sujeito faz uma espécie de triagem acerca do objeto da representação, em função de seus critérios culturais e normativos; a *esquematização*, em

que os elementos selecionados deverão se organizar em uma esquematização estruturante; e, por fim, a *naturalização*, que diz respeito a uma projeção de construções como entidades de representação concreta no mundo da vida. Portanto, a ancoragem e a objetivação se referem à maneira como o social transforma um conhecimento em representação e à maneira como esta representação transforma o social, evidenciando a interdependência entre a atividade psicológica e suas condições sociais.

Outra questão a ser pontuada é que a abordagem dimensional é um modelo culturalista, pois privilegia um enfoque histórico e cultural para a compreensão do simbólico. A esse respeito, Santos e Almeida (2005, p. 128) acrescentam que a abordagem dimensional,

> Ao valorizar a articulação entre as dimensões sociais e culturais que regem as construções mentais coletivas, faz das representações sociais uma ferramenta fecunda para enfocar o jogo da cultura e de suas especificidades históricas, regionais, institucionais e organizacionais, sem cair em um particularismo daninho ao intercâmbio e à cooperação.

Segundo Arruda (2002), essa abordagem utiliza metodologias múltiplas, podendo ser entrevistas em profundidade, observação de campo, questionários, pesquisa documental e textos escritos ou imagéticos. Essa gama de instrumentos é usada no sentido de apreender os vários momentos e movimentos da elaboração de uma representação, embora eles dificilmente façam parte de uma mesma pesquisa. A principal pesquisa a utilizar múltiplos instrumentos foi a de Denise Jodelet, sobre a representação social da loucura numa comunidade francesa. Jodelet (2001, 2008) é considerada um dos expoentes da Teoria das Representações Sociais e dessa abordagem

em particular, pois aprofundou a teoria moscoviciana, sendo responsável pela grande divulgação e por sua sistematização.

Portanto, a abordagem dimensional possui elementos que permitem conhecer a teoria do senso comum e as condições essenciais que subjazem à gênese e à construção das representações sociais elaboradas pelos participantes do presente estudo. A compreensão do conteúdo e da gênese das representações sociais a respeito do crack, do usuário de drogas e do tratamento pode ser complementada pela utilização da abordagem estrutural da TRS.

A abordagem estrutural surgiu em 1976, através da tese de Doctorat d'État de Jean-Claude Abric, intitulada *Jeux, conflits et représentations sociales*, na Université de Aix-en-Provence, na França. Essa abordagem, que ficou conhecida como a Teoria do Núcleo Central, partiu da constatação de duas características das representações sociais, aparentemente contraditórias: a) o fato de que as representações sociais são consideradas, ao mesmo tempo, estáveis e móveis, rígidas e flexíveis; e b) o fato de que as representações são, ao mesmo tempo, consensuais, mas marcadas por fortes diferenças individuais. Com base nessa constatação, Abric postulou a hipótese de que essas aparentes contradições derivam da estrutura e do modo de funcionamento das representações (Abric, 1993).

De acordo com Abric (2001b), as representações sociais são formadas por dois componentes: o *núcleo central* e os *elementos periféricos*. Essas estruturas funcionam como uma entidade, cada parte possuindo funções específicas, porém complementares. Essa organização é governada por um duplo sistema, denominado *sistema central* e *sistema periférico*.

O *sistema central* é composto pelo núcleo central da representação, que tem como característica principal o fato de ser marcado e determinado pelas condições

históricas, sociológicas e ideológicas, estando, portanto, fortemente enraizado na memória coletiva de um grupo e balizado pelo seu sistema de normas e valores. Por conseguinte, o núcleo central é estável, resistente à mudança e coerente, sendo o responsável pela continuidade, consistência e permanência da representação. Ele representa a base comum e consensual da representação social, sendo a homogeneidade do grupo social arquivada e definida através dele. Além disso, caracteriza-se por ser relativamente independente do contexto material e do contexto social imediato, nos quais a representação é posta em evidência (Abric, 1993, 1996, 2001b).

Para Abric (1996, 2001a, 2001b), o núcleo central – ou núcleo estruturante – possui duas funções principais. Uma delas é a *função geradora*, que se refere à característica de transformar ou criar a significação dos outros elementos que constituem a representação. A outra é a *função organizadora*, pois é o núcleo estruturante que determina a natureza dos laços que unem entre si os elementos da representação. O núcleo central ou estruturante é determinado por vários fatores, tais como a natureza do objeto representado, o tipo de relação que o grupo mantém com esse objeto e o sistema de valores e normas sociais que constituem o ambiente ideológico do momento e do grupo. Além desses determinantes, acrescenta Abric (2001b), deve-se levar em conta a finalidade da situação na qual é produzida a representação.

O núcleo central é como um subconjunto da representação, podendo ser composto de um ou mais elementos centrais. Entretanto, a ausência de algum desses elementos pode acarretar um significado radicalmente diferente à representação, desestruturando-a.

Abric (2001a) atribui aos estudos de Flament a complementação da teoria do núcleo central, tendo em vista que esse autor demonstrou a importância e o papel dos elementos periféricos na estrutura da representação. Assim, enquanto o sistema central é

essencialmente normativo, o sistema periférico se caracteriza por sua funcionalidade, pois é regido por fatores do contexto imediato, atualizando e contextualizando constantemente as determinações normativas dos elementos centrais. Tendo um caráter mais sensível, heterogêneo e flexível, o sistema periférico é a interface entre o sistema central e a realidade concreta. Sem ele, a representação não poderia estar enraizada na realidade do momento, logo, o sistema periférico é um complemento indispensável do sistema central (Abric, 1993, 1996, 2001b).

O sistema periférico permite a concretização do sistema central em termos de tomadas de posições e de condutas. Também regula e adapta as características do sistema central nas situações concretas e nos constrangimentos com que o grupo se confronta no dia a dia. Assim, no intuito de proteger o significado central da representação, é o sistema periférico que primeiro absorve a nova informação ou evento capaz de desafiar o núcleo central, funcionando como um "para-choque", que protege os elementos nucleares. Além disso, o sistema periférico permite uma modulação individual da representação, pois sua flexibilidade permite a integração das variações individuais da representação. Na medida em que são marcadas pela experiência e pela história pessoal dos próprios sujeitos, as variações individuais permitem a elaboração de representações sociais individualizadas, que se organizam, entretanto, ao redor de um núcleo central comum (Abric, 1993, 1996, 2001b).

Observa-se, assim, que a Teoria do Núcleo Central responde as questões suscitadas inicialmente, pelo fato de as representações serem, ao mesmo tempo, estáveis e móveis, consensuais e marcadas por fortes diferenças interindividuais. Mais ainda, a diferenciação entre o núcleo central e os elementos periféricos lança luz sobre o processo de transformação das representações sociais. Essa transformação só pode ser realizada completamente quando o núcleo central for totalmente mudado.

Conforme sublinham Abric (1996) e Sá (1996a, 1996b), dependendo de como os indivíduos percebem a situação, se reversível ou não, a representação social pode ser transformada a partir de três processos. O primeiro deles ocorre quando apenas os elementos periféricos mudam, promovendo uma mudança superficial da representação. O segundo processo é mais lento e diz respeito à "transformação progressiva". Neste tipo de situação, o núcleo central é mudado a partir da integração de novos elementos, sem que haja a quebra dos elementos centrais anteriores, fazendo emergir um novo núcleo. Finalmente, o terceiro processo diz respeito à transformação completa, brutal e direta no núcleo central da representação, que ocorre quando os elementos periféricos, que protegem o núcleo central, não são capazes de desempenhar sua função.

A postulação desses dois sistemas, central e periférico, permite a compreensão das representações sociais como um mecanismo de adaptação sociocognitiva. Isto porque a realidade apropriada e reestruturada pelo indivíduo ou grupo constitui a realidade em si, sendo essa realidade reconstruída pelo seu sistema cognitivo e integrada ao seu sistema de valores. De acordo com Abric (2001b), a apropriação dessa realidade é dependente da história e do contexto ideológico e social circundante. Pode-se considerar, portanto, que existe uma indissociabilidade entre a experiência subjetiva e a inserção social dos sujeitos. Com base nisso, pode-se compreender as representações sociais das drogas e de seus usuários, elaboradas por usuários de crack em tratamento, como uma interpretação coletiva da realidade vivida e falada por esse grupo social, direcionando comportamentos e comunicações.

Em suma, a abordagem dimensional está preocupada fundamentalmente com o conteúdo de uma representação, tentando apreender os diferentes momentos e movimentos da sua elaboração. Contudo, conforme a Teoria do Núcleo Central, não basta conhecer o conteúdo de uma representação para defini-la, sendo preciso identificar

o seu núcleo central, pois é ele que lhe confere significado e rege a sua transformação. Nesse sentido, complementa Sá (1996a), duas representações podem possuir o mesmo conteúdo, mas ter significações diferentes, em virtude da sua estrutura.

Diante disso, o presente estudo objetiva conhecer e analisar as representações sociais elaboradas por dependentes químicos acerca do crack, do usuário de drogas e do tratamento, contemplando os aportes teóricos das abordagens dimensional e estrutural da Teoria das Representações Sociais. Conforme sintetiza Arruda (2002), a utilização dessas duas abordagens se mostra adequada, tendo em vista que elas conseguem revelar a configuração de uma representação social.

CAPÍTULO 3

Método

Método

3.1 Objetivo Geral

- Conhecer e analisar as representações sociais elaboradas por dependentes químicos acerca do crack, do usuário de drogas e do tratamento.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes do presente estudo;
- Identificar a estrutura da representação social do *crack*, do *usuário de drogas* e do *tratamento*, a fim de descrever os elementos do núcleo central e periféricos constituintes dessas representações;
- Verificar em que os dependentes químicos ancoram as suas representações acerca dos objetos estudados e como essas representações são objetivadas.

3.3 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo não experimental, de campo e descritivo. Configura-se como uma pesquisa de levantamento, pois envolveu a interrogação direta das pessoas cujas representações se desejou conhecer. É um estudo qualitativo, embora utilize técnicas de análise de dados que fazem uso de parâmetros quantitativos.

De acordo com Richardson (2009), a pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como uma tentativa de compreensão detalhada das características situacionais e dos significados de determinado objeto social, apresentados pelos participantes da pesquisa. Desse modo, as investigações que se voltam para uma análise qualitativa têm, como objetos de pesquisa, situações complexas ou estritamente particulares.

3.4 Amostra

A amostra desta pesquisa compreendeu 30 usuários de crack em tratamento, do sexo masculino, com idade superior a 18 anos, com escolaridade, renda e estado civil variados. Trata-se de uma amostra não probabilística, de tipo acidental, uma vez que consistiu em um subconjunto da população, formado pelos elementos que se pôde obter, com base exclusivamente no que convinha ao pesquisador (Richardson, 2009).

A amostra foi constituída por participantes do sexo masculino, pois, embora o número de usuárias esteja em crescimento, o uso do crack ainda ocorre majoritariamente entre os homens, conforme aponta a literatura da área. Além disso, no momento da coleta de dados, não se tinha conhecimento de nenhuma instituição em João Pessoa – PB que recebesse, para atendimento, mulheres usuárias de crack.

Em relação ao número de participantes, considerou-se o critério de saturação (Sá, 1998), o qual afirma que a representação manifestada por um determinado número de sujeitos é a mesma manifestada por um número maior. Em função disso, chegou-se, no decorrer da pesquisa, ao número-limite de 30 participantes, tendo em vista que os temas começaram a se repetir, mostrando que entrevistar mais usuários pouco acrescentaria de significativo ao conteúdo da representação.

Segundo Fontanella, Ricas e Turato (2008), o conceito de saturação teórica é bastante utilizado em pesquisas qualitativas no campo da saúde. Por isso, a amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual de aplicabilidade prática inequívoca. A avaliação da saturação teórica é um processo contínuo de análise dos dados, tendo início já no processo de coleta.

Esta análise permite buscar o momento em que poucos temas novos significativos aparecem, considerando-se os objetivos da pesquisa. O ponto exato de saturação amostral é determinado a posteriori, apesar de sua ocorrência ser prevista no

desenho da pesquisa. Nessa perspectiva, a constatação da saturação amostral não utiliza ferramentas matemáticas, mas sim cognitivas, envolvendo a percepção do pesquisador e o seu domínio teórico (Fontanella et al., 2008).

No que concerne à presente pesquisa, os critérios para a inclusão na amostra foram:

- Ser usuário de crack em tratamento, diagnosticado pelo psiquiatra da instituição na categoria F19 (Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - intoxicação aguda) da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID10. Este critério foi utilizado para garantir que os participantes da pesquisa estivessem de fato numa condição de dependência de drogas, notadamente do crack;
- Ter mais de 18 anos;
- E aceitar participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1).

O critério de exclusão foi a presença de comorbidades psiquiátricas, vinculadas a outros fatores do CID10.

3.5 Local

O presente estudo foi realizado em uma instituição psiquiátrica, na cidade de João Pessoa – PB. Esta instituição oferece atendimento para pacientes com severos transtornos mentais e usuários de múltiplas drogas, incluindo o crack.

De acordo com o Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos - INDU (2011), que trata de locais de internação para usuários de drogas, esta instituição tem capacidade para 64 pessoas e atende adultos e idosos do sexo masculino. A unidade

é privada, mas recebe dinheiro público para atender internos do SUS. Não há uma proposta terapêutica clara e a internação para usuários de crack dura em média 30 dias.

Conforme o relatório da INDU, a Paraíba possui quatro principais locais de internação para usuários de drogas. Esta instituição foi escolhida para a realização da pesquisa por ser um local de fácil acesso em João Pessoa, atendendo um grande número de usuários de crack. Contém médicos psiquiatras em sua equipe de saúde, os quais realizam o diagnóstico do paciente de acordo com os critérios do CID10, sendo este diagnóstico importante para a admissão do usuário na amostra desta pesquisa.

3.6 Instrumentos e Análise dos dados

Na coleta de dados da presente pesquisa foram utilizados os seguintes instrumentos: (a) um questionário sociodemográfico; (b) a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP); e, (c) uma entrevista semiestruturada (Apêndices 2, 3 e 4, respectivamente). Cada um desses instrumentos requereu uma técnica diferente de análise dos dados.

3.6.1 Questionário sociodemográfico/Análise das frequências

Com o objetivo de caracterizar o perfil da amostra, foi criado pela pesquisadora um questionário sociodemográfico, que foi analisado através do cálculo de frequências e porcentagens (estatística descritiva).

3.6.2 Associação livre de palavras/Análise lexicográfica

Com o objetivo de identificar e descrever a estrutura da representação social do crack, do usuário de drogas e do tratamento, foi utilizada a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP). Trata-se de uma técnica de coleta de dados empregada amplamente

no estudo das representações sociais, com o intuito de identificar as dimensões latentes, através da configuração dos elementos que formam a rede associativa dos conteúdos evocados em relação a cada estímulo indutor. Consiste em solicitar aos sujeitos que digam as palavras ou expressões que lhes venham imediatamente à lembrança, quando for apresentado um estímulo indutor dado pelo pesquisador, normalmente o próprio rótulo verbal que designa o objeto representacional (Nóbrega & Coutinho, 2011).

A TALP foi desenvolvida por Jung, em 1905, adaptada ao campo das representações sociais por Di Giácomo, em 1981, e objetiva identificar as dimensões latentes dos objetos representacionais. Consiste num tipo de investigação aberta, que se estrutura na evocação de um estímulo indutor, permitindo evidenciar universos semânticos de palavras agrupadas por determinadas populações. De acordo com (Saraiva, 2007), os pesquisadores em representações sociais utilizam esse instrumento na perspectiva de uma técnica projetiva, a partir da rede associativa dos conteúdos evocados pela pessoa em relação a estímulos indutores, realçando os conteúdos encobertos, salientes e não filtrados pela censura. Neste estudo foram utilizados os estímulos indutores *crack*, *usuário de drogas* e *tratamento*.

A Associação Livre de Palavras está comumente conjugada com a técnica de análise lexicográfica proposta por Pierre Vergès, em 1992, a qual combina a frequência de emissão das palavras e/ou expressões com a ordem em que estas são evocadas. Esta técnica consegue dar conta do processo de delimitação dos elementos do núcleo central e periférico das representações sociais (Sá, 1996a).

Nesta perspectiva, foi desenvolvido um programa computacional denominado *Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations* - *Evoc* (Vergès, 2002). Conforme Saraiva, Vieira e Coutinho (2011), o Evoc é um software que compreende um conjunto de 16 subprogramas informatizados, a saber: Lexique, Trievoc, Nettoie,

Rangmot, Listvoc, Aidecat, Catevoc, Redocat, Catini, Tricat, Statcat, Discat, Rangfrq, Complex, Rangmotp e Selevoc. Para a identificação da estrutura da representação social, o Evoc realiza uma análise lexicográfica, que leva em conta a frequência dos termos evocados e a ordem de aparecimento das respostas registradas.

Segundo Schuch, Cordeiro, Oliveira e Piva (2008), a frequência é utilizada para avaliar o grau de compartilhamento das evocações no grupo pesquisado; nesse sentido, quanto mais frequente, mais compartilhada é a palavra. A ordem média de evocação, por sua vez, é considerada como um índice de saliência; assim, a evocação mais rápida significa que a palavra está mais acessível na memória de trabalho do sujeito, sendo facilmente ativada pelo estímulo indutor, o que sugere uma forte ligação com o mesmo. O Evoc organiza as palavras evocadas em quadrantes, de acordo com a sua frequência e ordem média de evocação, demonstrando graficamente as palavras que pertencem ao núcleo central e ao sistema periférico das representações sociais.

O gráfico apresentado pelo Evoc é chamado de *quadro de quatro casas*. As palavras que estão no quadrante superior esquerdo são, provavelmente, os elementos do núcleo central. Aquelas situadas no quadrante superior direito e no quadrante inferior esquerdo são os elementos da periferia próxima, que são elementos que podem estar saindo ou entrando no núcleo central. As palavras localizadas no quadrante inferior direito são os elementos mais claramente periféricos ou da segunda periferia. Desse modo, percebe-se que este software permite a identificação dos elementos que emergem do núcleo central e do sistema periférico das representações sociais, a partir das respostas a cada um dos estímulos indutores (Saraiva, 2007).

Assim, os elementos do núcleo central, no quadrante superior esquerdo, apresentam uma alta frequência e uma ordem média de evocação baixa. Uma ordem média de evocação baixa significa que foram consideradas as primeiras palavras ditas

como respostas ao estímulo indutor. Os elementos periféricos distantes ou da segunda periferia (quadrante inferior direito) possuem menor frequência e uma ordem média de evocação maior. Os quadrantes intermediários que mostram elementos do sistema periférico próximo apresentam variações nesses parâmetros. As palavras contidas no quadrante inferior esquerdo possuem uma frequência menor que a frequência média das palavras, sendo, porém, as mais preferidas, isto é, as primeiras palavras ditas. Enquanto isso, o quadrante superior direito apresenta uma maior frequência, quando comparada com a frequência média, combinada com evocações menos prioritárias (Saraiva, Vieira & Coutinho, 2011).

Vale destacar que alguns pesquisadores pedem aos participantes que escolham, entre as palavras evocadas, a que eles consideram mais importante em relação ao estímulo indutor. Essa palavra, marcada como mais importante, é colocada em primeiro lugar na fila das evocações no banco de dados e as outras palavras são rearranjadas a partir daí. Isto é feito com o objetivo de se interferir no cálculo da ordem média de preferência das palavras, realizada pelo programa.

Dessa maneira, a palavra marcada é colocada na primeira fila de palavras do banco de dados, mesmo que não seja de fato a primeira palavra evocada. Neste estudo, entretanto, considerou-se como a palavra mais importante ou preferida aquela que o participante falou em primeiro lugar. Essa escolha se justificou pela suposição de que a primeira palavra que vem à mente do participante traduz mais fortemente os elementos latentes ou implícitos acerca do estímulo. Na medida em que o participante não tem tanto tempo para mascarar ou racionalizar, suas respostas aparecem mais salientes e não filtradas pela censura.

3.6.3 Entrevista semiestruturada/Análise de conteúdo

A entrevista semiestruturada foi utilizada com o objetivo de conhecer os conteúdos representacionais elaborados pelos participantes acerca do crack, do usuário de drogas e do tratamento, assim como identificar as ancoragens e objetivações dessas representações. As perguntas foram criadas pela pesquisadora e diziam respeito à vivência do uso de drogas.

Segundo Maciel e Melo (2011), a entrevista semiestruturada ou aberta é utilizada quando o pesquisador intenta conhecer como e porque algo ocorre, desejando explorar determinado fenômeno sem impor sua visão de realidade aos participantes. Este instrumento mostra-se adequado quando se pretende trabalhar com significados, valores, opiniões, crenças e motivações. A entrevista semiestruturada tem um roteiro de perguntas, que serve de guia, de forma a alcançar os objetivos da pesquisa.

Entretanto, não é necessário seguir a disposição das perguntas, respeitando-se, assim, a liberdade de expressão dos sujeitos entrevistados e a espontaneidade da entrevista. Prioriza-se não apenas a simples resposta às questões, mas também o aprofundamento dos temas, aos quais se podem acrescentar novos questionamentos, que complementem e aprofundem os temas discorridos. Como apontam Maciel e Melo (2011), pode haver também o caso inverso, em que se pode suprimir alguma questão cujo material já tenha vindo à tona no discurso dos participantes.

Conforme esclarece Duarte (2004), as entrevistas são fundamentais quando se precisa ou se deseja mapear práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, mais ou menos bem delimitados, em que os conflitos e contradições não estejam claramente explicitados. Esse tipo de situação permite ao pesquisador fazer uma espécie de mergulho em profundidade, coletando indícios dos modos como cada um dos sujeitos percebe e confere significado à sua realidade. Além

disso, possibilita ao pesquisador levantar informações que lhe permitem descrever e compreender a lógica que preside as relações que se estabelecem no interior de um grupo, o que, em geral, é mais difícil de obter com outros instrumentos de coleta de dados.

No presente trabalho, as entrevistas semiestruturadas foram transcritas e tratadas por meio da Análise de Conteúdo. Esta técnica de análise foi definida por Bardin (1977, p. 42) como:

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

De acordo com esta definição, a Análise de Conteúdo utiliza um conjunto de técnicas parciais, porém complementares, para a sistematização e a explicação do conteúdo e do seu significado, através de deduções lógicas e bem justificadas, tendo como referência quem emitiu e o contexto ou os efeitos da mensagem (Maciel & Melo, 2011).

Segundo Minayo (1998), existem diferentes tipos de análise de conteúdo, dentre eles a temática, a qual foi utilizada neste estudo. A análise de conteúdo temática se propõe a codificar ou caracterizar um segmento, colocando-o em uma das classes de equivalência determinadas a partir das significações. Essa análise funciona por etapas, abrangendo dois momentos distintos: no primeiro, ocorre o inventário ou isolamento dos elementos, sendo realizadas operações de desmembramento do texto em unidades e

categorias. O segundo momento corresponde ao reagrupamento analítico, sendo feita a classificação ou organização das mensagens a partir dos elementos repartidos.

De acordo com Bardin (1977) e Vala (2003), são indicadas três operações básicas que devem constar numa análise de conteúdo. Primeiramente, é recomendável uma "leitura flutuante", na qual o pesquisador vai gradualmente se apropriando do texto, numa relação de idas e vindas entre suas anotações e o material analisado.

A segunda operação diz respeito à *definição de categorias*. Ao se analisar um documento, deve-se realizar a categorização e classificação dos seus conteúdos, visando a redução da sua complexidade, o que facilitará uma posterior explicação e apreensão da realidade. Normalmente, as categorias são criadas no momento da análise, de acordo com o material. Essas categorias indicam a significação central do conceito que se quer apreender e de outros indicadores que descrevem o campo semântico do conceito.

A terceira operação é a *definição das unidades de análise*, que são de três tipos: unidade de registro ou temática, unidade de contexto e unidade de enumeração. De acordo com Vala (2003, p. 114), "as *unidades de registro* são determinados segmentos de conteúdo que se caracterizam colocando-se numa dada categoria". Para Bardin (1977), a *unidade de contexto* contribui para a compreensão dos significados, na medida em que, além de codificar e agrupar as unidades de registro, atribui a elas um sentido engajado. Por fim, tem-se a *unidade de enumeração*, através da qual se realiza a quantificação da presença ou ausência de unidades no discurso.

Essas operações propiciam a classificação dos elementos conforme suas semelhanças e diferenças, com posterior reagrupamento, em função de características comuns. Também podem ser realizadas operações estatísticas, desde as mais simples, como o cálculo das frequências, até outras que usam procedimentos estatísticos complexos (Maciel & Melo, 2011).

Como a análise de conteúdo é uma técnica de tratamento dos dados aberta às interpretações do pesquisador, pode apresentar vieses. Em função disso, recorre-se a outros pesquisadores que possuem experiência com esta técnica para que eles validem as categorias e subcategorias encontradas pelo pesquisador. Este procedimento chama-se *análise dos juízes* e foi realizado no presente estudo por dois pesquisadores com experiência em análise de conteúdo. Assim, foram entregues cinco entrevistas para dois juízes para que eles realizassem a análise seguindo todas as etapas necessárias. Posteriormente, compararam-se as categorias e subcategorias existentes, permanecendo aquelas presentes na análise de pelo menos dois analistas (ou os dois juízes, ou um juiz e a pesquisadora).

3.7 Considerações éticas e procedimento de coleta de dados

Esta pesquisa atendeu às determinações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996), que traça as diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Foi devidamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS, sob o Protocolo nº. 0235/11. O certificado encontra-se em anexo (Anexo 1). Após a obtenção da autorização por parte do Comitê de Ética em Pesquisa, a pesquisadora entrou em contato com a instituição onde se pretendia realizar o estudo, notadamente com a psicóloga responsável, ocasião em que foram combinados os dias e os horários para a realização da pesquisa. Primeiramente, foi realizado um estudo piloto, para a verificação da adequação dos instrumentos, levando em conta as especificidades da amostra, tendo sido feitas algumas modificações necessárias.

Em seguida, foi feito um rastreamento no prontuário dos pacientes, para a verificação dos critérios de inclusão e exclusão da amostra. Após o rastreamento dos

participantes, a pesquisadora informava o nome de cada um deles para o enfermeiro responsável naquele horário, o qual os chamava, um de cada vez. O participante era então encaminhado para a sala da psicóloga, local reservado que garantia a privacidade da coleta dos dados.

Os participantes eram chamados de acordo com a sua disponibilidade e conforme o número de dias em que estava internado, começando pelo que estava há mais tempo na instituição. Procedeu-se assim porque se supôs que os usuários que tivessem chegado há pouco tempo ainda estavam em processo recente de desintoxicação, com todas as reações psico-orgânicas que esta condição envolve.

Na sala reservada, onde ficavam somente o participante e a pesquisadora, era estabelecido um *rapport*, no qual o participante era informado e esclarecido acerca da pesquisa, do seu caráter voluntário e sigiloso, sendo solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Depois, eram ministrados os instrumentos na seguinte ordem: Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP), entrevista semiestruturada e questionário sociodemográfico.

Antes de começar a TALP, a pesquisadora exemplificava o teste com uma palavra neutra, como "bola" ou "aniversário" e perguntava "o que é que lhe vem à cabeça quando eu digo a palavra bola?", enquanto citava alguns exemplos, como futebol, trave, campo, gol, jogo. Era solicitado ao participante que dissesse cinco palavras. Após a certeza da compreensão do teste pelo participante, falava-se acerca do tempo máximo que ele tinha para responder a cada estímulo, o qual era de 1 minuto, e só então as palavras de interesse da pesquisa eram ditas pela pesquisadora, uma de cada vez. Assim, foi estipulado um tempo médio de 3 minutos para a aplicação total da técnica. A TALP foi aplicada com os seguintes estímulos, respectivamente: crack, usuário de drogas e tratamento.

Após a administração do TALP, foram feitas as perguntas da entrevista semiestruturada e as do questionário sociodemográfico. No final da entrevista, após o agradecimento por parte da pesquisadora, cada participante era conduzido de volta à sua ala. As respostas de todos os instrumentos foram registradas em um gravador digital, sendo posteriormente transcritas para a análise. O tempo médio da coleta de dados foi de 33 minutos. Apenas uma pessoa não aceitou participar da pesquisa.

CAPÍTULO 4

Apresentação e discussão dos resultados

Apresentação e discussão dos resultados

4.1 Dados sociodemográficos

Por meio do questionário foram coletados dados sociodemográficos dos participantes do presente estudo com o objetivo de caracterizar o perfil da amostra. Estes dados foram tratados através de frequências e porcentagens e podem ser visualizados na Tabela 1, onde estão destacados os valores de maior frequência.

Tabela 1
Frequências dos dados sociodemográficos dos participantes. N=30.

Dados sociodemográficos	**F**
Faixa etária	
19 a 29 anos	**15**
30 a 39 anos	10
40 a 54 anos	5
Idade de início do uso de drogas	
9 a 12 anos	10
13 a 16 anos	**17**
17 a 18 anos	3
Idade de início do uso do crack	
14 a 18 anos	**9**
19 a 26 anos	**9**
27 a 39 anos	**9**
40 a 51 anos	3
Tempo de uso do crack	
1 a 4 anos	12
5 a 8 anos	**15**
9 a 12 anos	3
Escolaridade	
Analfabetos/Fundamental	**20**
Médio/Superior	10
Renda	
Até 2 salários	**25**
Acima de 2 salários	5
Estado civil	
Solteiro	**18**
Casado	9
Divorciado	3

Nº de internamentos	
1° internamento	5
2 a 4 internamentos	**17**
Acima de 4 internamentos	8

Os resultados mostram que a faixa etária dos participantes foi, majoritariamente, entre 19 e 29 anos de idade, seguida da faixa etária entre 30 e 39 anos. Estes dados estão em conformidade com outros estudos, realizados com usuários de drogas, que também encontraram essa mesma faixa de idade entre os participantes (Chaves et al., 2011; Crives & Dimenstein, 2003; Ferreira, Capistrano, Maftum, Kalinke & Kirchhof, 2012; Oliveira & Nappo, 2008b). Trata-se de uma amostra de adultos jovens, que estão numa fase de vida caracterizada como economicamente ativa, constituindo um momento de fortes cobranças em relação à formação profissional e à independência financeira. Conforme acrescentam Crives e Dimenstein (2003), este é um período da vida marcado por pressões externas e internas na busca de definições de papéis sociais, na vida familiar e afetiva, que podem contribuir para a busca de "amparo" nas drogas.

Em relação à idade de início do uso das drogas, verificou-se que a maioria possuía de 13 a 16 anos de idade. Este dado encontra-se em conformidade com outros estudos (Schenker & Minayo, 2004; Vieira, Ribeiro, Romano & Laranjeira, 2007). Considerando que o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Brasil, 1990), em seu artigo 2º, dispõe que a adolescência começa cronologicamente a partir dos 12 anos de idade, constatou-se que 10 participantes começaram a usar drogas ainda na infância. Essa questão é preocupante, tendo em vista que, segundo Tuller, Rosa e Menegatti (2007), quanto mais cedo se dá o início do uso de drogas, maior a possibilidade do indivíduo se tornar um usuário regular e apresentar sérios problemas, pois quanto mais cedo uma substância psicoativa atuar num cérebro imaturo, maior a chance de causar

dependência. Neste sentido, pesquisas efetuadas pelo CEBRID com estudantes de 1º e 2º graus, crianças e adolescentes, confirmam uma tendência mundial que aponta na direção da iniciação cada vez mais precoce e de forma mais pesada no uso abusivo de drogas, manifestando um aspecto importante e preocupante em relação ao enfrentamento da problemática das drogas (Carlini et al., 2010; Galduróz et al., 2005).

No presente estudo, observou-se uma distribuição aproximadamente igualitária entre as faixas de idade do início do uso do crack dos participantes. Este dado mostra que, ao contrário de drogas como o álcool e a maconha, que tem a idade de início do uso concentrada na adolescência, a idade de início do uso do crack é difusa, não se concentrando numa faixa etária específica. Em um estudo concretizado por Guimarães, Santos, Freitas e Araújo (2008), também se verificou uma ampla faixa etária de início do uso do crack, variando de 16 a 40 anos de idade.

Em relação ao tempo de uso do crack, observou-se que a maioria tem de cinco a oito anos de uso. Embora a pesquisa feita por Ribeiro et al. (2006) aponte para um alto índice de mortalidade entre usuários de crack, em função de causas externas, observa-se que alguns usuários conseguem, de alguma forma, manter-se vivos e ativos no consumo de crack por muitos anos, apesar da série de adversidades e riscos a que estão sujeitos, sugerindo o aprendizado de estratégias de proteção. Essa questão foi constatada no estudo conduzido por Ribeiro, Sanchez e Nappo (2010), em que foram descritas estratégias desenvolvidas para lidar com os riscos decorrentes do consumo do crack, apontando para uma adaptação do usuário à cultura da droga e a alguns dos perigos gerados por ela.

Além disso, tem sido descrito um padrão controlado de uso do crack, o que faz com que a expectativa de vida desses usuários aumente. Conforme pesquisa realizada por Oliveira e Nappo (2008b), o padrão controlado de uso do crack caracteriza-se como

o uso racional e não diário dessa droga, gerando implicações individuais e sociais menos severas. Esse consumo foi identificado entre usuários que já passaram pela fase compulsiva de uso de crack. De acordo com os autores, os principais motivos para os indivíduos se dirigirem ao uso controlado do crack, ou até mesmo à abstinência, foram a observação da vida desastrosa de colegas de uso e o fato de acreditarem não ter mais estrutura física, psíquica ou moral, para lidar com as consequências decorrentes do próprio consumo. A maioria que alcançou o padrão controlado de uso o fez por meio de estratégias de autocontrole ou autorregulação, individual e intuitivamente desenvolvidas. Acredita-se que tais estratégias possam ser eficientemente incorporadas a programas de redução de danos, minimizando as implicações de vida associadas ao uso compulsivo.

Não obstante, observa-se que o padrão compulsivo do uso do crack ainda é prevalente. O fato dos participantes do presente estudo estarem em tratamento numa instituição, faz pensar que esses indivíduos ainda não atingiram esse padrão controlado de uso. Entretanto, por estarem em tratamento, podem estar desenvolvendo uma conscientização a respeito do próprio consumo, podendo chegar a esse padrão controlado ou, até mesmo, à abstinência.

Verificou-se que a maioria dos participantes do presente estudo possui baixa escolaridade. Este dado também foi encontrado em outras pesquisas (Chaves et al., 2011; Oliveira & Nappo, 2008b; Ribeiro et al., 2010). No estudo conduzido por Crives e Dimenstein (2003), constatou-se que os participantes relataram ter deixado de estudar em decorrência das precárias condições de vida a que estavam submetidos, sendo obrigados a disponibilizar o seu tempo em busca de trabalho para garantir a sua sobrevivência e a da sua família, em detrimento de continuar na escola.

O baixo nível de escolaridade contribui para que esses usuários não sejam empregados em funções de boa remuneração. Essa questão pode ser observada na presente pesquisa, em que a maioria dos participantes ganha até dois salários mínimos. A pesquisa conduzida por Ribeiro et al. (2010), com usuários de crack, verificou que a maioria dos participantes estava desempregada, ou estava inserida no mercado informal, e pertencia a classes econômicas desfavorecidas.

De acordo com Crives e Dimenstein (2003), os usuários de drogas estão inseridos no mercado informal de trabalho fazendo pequenos bicos, em ocupações que não exigem qualificação profissional. Esses usuários encontram-se, portanto, numa situação de trabalho temporário, expostos a uma condição de vulnerabilidade, o que afeta sua qualidade de vida e a de sua família. Em consequência da inserção no mercado de trabalho informal, a maioria não possui carteira de trabalho assinada e, consequentemente, não possui direitos trabalhistas assegurados, prevalecendo um nível de renda muito baixo para garantir as necessidades básicas de alimentação, moradia e transporte.

No que diz respeito ao estado civil, verificou-se que 18 participantes são solteiros, o que está em consonância com outros estudos (Ferreira et al., 2012; Guimarães et al., 2008; Ribeiro et al., 2010). O crack é descrito como uma droga que dificulta o estabelecimento e a continuidade de vínculos afetivos, uma vez que contribui para a deterioração dos laços familiares e conjugais, como revelam Santos e Souza (2010). Em pesquisa conduzida por Crives e Dimenstein (2003), com usuários de drogas, verificou-se que os participantes relataram a presença de conflitos, em relação ao casamento, aos filhos e aos pais, além de problemas de violência doméstica, dentre outros, em decorrência, principalmente, do uso abusivo de drogas e também em função dos problemas financeiros.

Em relação ao número de internamentos, constatou-se que a maioria dos participantes possui de dois a quatro. Este dado encontra-se em acordo com a pesquisa conduzida por Ferreira et al. (2012), em que se verificou que, de 350 dependentes químicos internados em uma unidade de reabilitação para dependência química, 71,7% já tinham sido internados anteriormente, sendo que 89,1% deles tinham sido internados de uma a cinco vezes. Constatou-se, ainda, que os usuários de crack aderiram menos ao tratamento, quando comparados com usuários de outras substâncias, tendo em vista que 58,16% das altas dos usuários de crack ocorreram por indisciplina, evasão ou a pedido.

Conforme Buchelle, Marcatti e Rabelo (2004), a dependência química é um transtorno crônico que, pela própria natureza, apresenta tendências a episódios de recaída. Esses episódios de retorno ao uso de drogas ocorrem, principalmente, devido às dificuldades em administrar as barreiras que surgem na jornada de um dependente em recuperação.

De modo geral, observa-se que o perfil sociodemográfico dos usuários de crack em tratamento descrito no presente estudo, embora possa não representar o perfil universal dos usuários de crack, está em consonância com outros estudos da área no Brasil, que apontam para usuários jovens, solteiros, de baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade e sem vínculos empregatícios formais (Ferreira et al., 2012; Guimarães et al., 2008; Oliveira & Nappo, 2008b; Ribeiro et al., 2010; Ribeiro et al., 2006). Este perfil de usuários de drogas também pode ser encontrado na literatura estrangeira, como pode ser observado na pesquisa de Huang, Zhang e Liu (2011), que mostra o perfil sociodemográfico de usuários de drogas chineses. Este perfil também se encontra em acordo com a representação social que a sociedade construiu a respeito do usuário de crack, que o vincula ao contexto da pobreza e da marginalização.

4.2 Estrutura da representação social do crack, do usuário de drogas e do tratamento: uma análise à luz da Teoria do Núcleo Central

Com a utilização da Técnica de Associação Livre de Palavras foi possível identificar e descrever a estrutura das representações sociais do crack, do usuário de drogas e do tratamento. Foram preparados no Excel três bancos de dados, um para cada estímulo (crack, usuário de drogas e tratamento), os quais foram analisados separadamente pelo programa Evoc, que gerou um quadro de quatro casas para cada estímulo. Com base nisso, foram elaboradas as Figuras 1, 2 e 3, contendo as palavras evocadas, a sua frequência e a ordem média de evocação. A seguir será exibida a estrutura da representação social para cada um dos estímulos indutores, na ordem seguinte: crack, usuário de drogas e tratamento.

4.2.1 Estrutura da representação social do *crack*

A Figura 1 contém os quadrantes relativos ao sistema central e ao sistema periférico das representações sociais do estímulo *crack*.

Núcleo Central			**Sistema Periférico Próximo**		
F ≥ 7 OME < 2,7			**F ≥ 7 OME ≥ 2,7**		
Evocações	**F**	**OME**	**Evocações**	**F**	**OME**
Destruição	14	2,00	Morte	7	3,71
Tristeza	8	2,62			
Sistema Periférico Próximo			**Sistema Periférico Distante**		
F < 7 OME < 2,7			**F < 7 OME ≥ 2,7**		
Evocações	**F**	**OME**	**Evocações**	**F**	**OME**
Compulsão	4	2,25	Alucinação	4	3,75
Droga	5	1,00	Angústia	6	3,33
Perda	4	1,50	Desespero	4	2,75
			Destrói a família	6	3,50
			Não tem futuro	4	3,25

Figura 1. Quadrante das evocações acerca do estímulo *crack*. F= frequência. OME= ordem média das evocações.

A Figura 1 foi construída a partir da frequência média igual, maior ou menor do que sete participantes, numa ordem média de evocação em torno de 2,7. No quadrante superior esquerdo, observam-se as evocações *destruição* e *tristeza*, que correspondem, provavelmente, ao núcleo central da representação social do crack construída pelos seus usuários.

Assim, os termos destruição e tristeza, enquanto elementos unificadores e estabilizadores das representações sociais do crack, exprimem o caráter negativo que esse objeto representacional possui. Segundo Abric (1993), os elementos do núcleo central são determinados pelas condições históricas e ideológicas, além de serem responsáveis pela continuidade, consistência e permanência da representação.

Esses elementos, que formam o núcleo central da representação social do crack, expressam o sofrimento psíquico que acompanha a vivência subjetiva e social dos usuários investigados. O termo destruição pode estar se referindo aos malefícios que o crack traz para a vida de seus usuários, tanto no aspecto físico, quanto na vida familiar, financeira e social. Além disso, por ser o crack uma droga ilegal e que causa dependência, carrega consigo uma carga negativa que coloca os seus usuários numa condição de exclusão social, trazendo sofrimento ao sujeito e à sua família.

Em um estudo realizado por Branco et al. (2012), também se verificou a associação do significado das drogas ao termo destruição, uma vez que as drogas foram apontadas como corresponsáveis pelas perdas afetivas, familiares e materiais de seus usuários. Ademais, foi atribuído à droga um efeito devastador, destrutivo, agressivo e compulsivo.

A percepção da droga como algo ligado à tristeza também foi encontrada na pesquisa efetuada por Oliveira, Mccallum e Costa (2010), em que agentes comunitários de saúde representaram as drogas através dos termos tristeza, depressão e sofrimento.

Em consonância com isto, o estudo realizado por Santos, Acioli e Sousa (2012) mostrou que a representação do crack está relacionada à ideia de que a dependência é algo que leva a uma forte angústia e sofrimento, remetendo a uma necessidade de tratamento clínico, por causa do estado de fragilidade em que se encontram os usuários.

Em suma, pode-se dizer que os elementos do núcleo central da representação social do crack, destruição e tristeza, refletem uma concepção negativa das drogas. Segundo Abric (2001b), o sistema central é essencialmente normativo; nesse sentido, ele dita as normas em relação àquele objeto social. Diante disso, pode-se compreender a forma negativa como o uso abusivo de drogas é representado na sociedade, pautado numa lógica criminalizante, patologizante e moralizante.

No sistema periférico intermediário da representação social do crack encontra-se a evocação *morte*. Este termo pode estar se referindo tanto à morte física, quanto à morte no sentido subjetivo, posto que o crack é apontado como uma droga que mata sonhos, relacionamentos, dignidade e autonomia, trazendo prejuízos diversos.

A associação entre drogas e morte também foi encontrada no estudo feito por Santos et al. (2012), a respeito das representações sociais do crack na imprensa pernambucana. Nesse estudo, verificou-se que os jornais enfatizam a noção de morte ligada à dependência.

No espaço inferior esquerdo, ainda no sistema periférico intermediário, foram evocadas as palavras *compulsão*, *droga* e *perda*. Em contraste com o núcleo central, no sistema periférico distante, representado no quadrante inferior direito, foram evocadas as palavras *alucinação*, *angústia*, *desespero*, *destrói a família* e *não tem futuro*. Segundo Abric (1996), esses elementos funcionam como a interface entre o sistema central e a realidade concreta.

Os termos compulsão e alucinação referem-se aos efeitos físicos relativos à condição de dependência que o uso do crack acarreta. Tais termos possuem ainda uma conotação técnica, própria da ciência médica. Este aspecto também foi encontrado na pesquisa realizada por Branco et al. (2012).

Observou-se que os sistemas periféricos próximos e o distante parecem desdobrar os elementos do núcleo central, destruição e tristeza, nos elementos angústia e desespero, que revelam o conjunto de sentimentos presentes diante das perdas e da destruição da família. Nesse sentido, percebe-se que a vivência do uso do crack corresponde a uma vivência de intenso sofrimento.

Estes aspectos também foram encontrados na pesquisa de Branco et al. (2012), que constatou que as histórias de vida dos usuários de crack envolviam muitas perdas, como rompimento de relacionamentos afetivos, fraternais e familiares, perda de vínculos empregatícios e perdas materiais, dentre outras. Os autores alegam que o crack adquire um papel protagonizador na vida dos seus usuários, prejudicando significativamente as suas relações sociais. É por causa dessas questões que o crack se caracteriza como algo vinculado à destruição e à tristeza.

Na opinião de Dias (2012, p. 16), o caminho da dependência química é constituído por sucessivas e sofridas perdas. Conforme a autora,

> Ingressar no caminho da dependência química é como montar um álbum de figurinhas, em que cada peça é o registro de uma perda importante: de uma pessoa amada ou dos pais que fez sofrer, de um vínculo que se rompeu, de um emprego que se perdeu, de uma confiança que foi quebrada, de uma agressividade gratuita, de um filho que não se viu crescer ou não ajudou a formar, de um(a) companheiro(a) que ficou no caminho, de um patrimônio que

se esvaiu, de sonhos que se perderam, da saúde que se destruiu, enfim, de dias amargos de sofrimento.

Muitas vezes, essas perdas servem de motivação para o tratamento, como numa atitude desesperada de resgate da família, do emprego, da dignidade e de si mesmo, ou quando o usuário se percebe como um escravo de sua compulsão e deseja a mudança.

Finalmente, a evocação *droga* pode sinalizar a objetivação do crack na sua definição científica. O elemento *não tem futuro*, situado no sistema periférico distante, coloca a representação social do crack objetivada numa perspectiva temporal, como algo negativo que paralisa o sujeito em sua experiência subjetiva sofrida.

4.2.2 Estrutura da representação social do usuário de drogas

A Figura 2 contém os quadrantes relativos à estrutura central e periférica das representações sociais do estímulo *usuário de drogas*.

Núcleo Central			**Sistema Periférico Próximo**		
F ≥ 5 OME < 2,7			**F ≥ 5 OME ≥ 2,7**		
Evocações	**F**	**OME**	**Evocações**	**F**	**OME**
Crack	5	2,20	Destruição da família	5	3,40
Maconha	6	2,16			
Sistema Periférico Próximo			**Sistema Periférico Distante**		
F < 5 OME < 2,7			**F < 5 OME ≥ 2,7**		
Evocações	**F**	**OME**	**Evocações**	**F**	**OME**
Perde a confiança	4	2,50	Cocaína	4	3,75
			Falta de atenção	4	3,75
			Sem caráter	4	3,50
			Tristeza	4	2,75

Figura 2. Quadrante das evocações acerca do estímulo *usuário de drogas*. F= frequência. OME= ordem média das evocações.

A Figura 2 foi construída a partir da frequência média igual, maior ou menor do que cinco participantes, numa ordem média de evocação em torno de 2,7. Durante a análise, observou-se a necessidade de diminuir o número da frequência das palavras

evocadas pelos participantes. Isso demonstra que a representação do usuário de drogas é uma representação pouco consensual e mais difusa.

No quadrante superior esquerdo encontram-se as palavras *crack* e *maconha*. Estas evocações dizem respeito, provavelmente, ao núcleo central da representação social do usuário de drogas, sendo responsáveis pela estabilização das representações sociais desse objeto. Tais evocações expressam uma despersonalização desses indivíduos, uma vez que esta representação não está objetivada nas características de uma pessoa que usa drogas, mas nas próprias drogas; nesse sentido, o indivíduo é confundido com a própria substância.

Essa questão é assinalada por Mota (2009), quando afirma que o termo "droga", designado principalmente para referir-se às drogas ilícitas, conduz a uma representação moral da substância, que, por sua vez, é automaticamente transferida aos seus usuários. O status de ilegalidade da substância é projetado na personalidade do usuário. Essa representação traz uma série de implicações, que solidificam a exclusão social do usuário. Ela estimula o seu isolamento social, aumentando a dificuldade de conseguir tratamento médico para deixar a dependência da droga ou de tratar os efeitos do seu uso indevido. Em consequência, o usuário acaba ficando nas mãos do traficante e do policial corrupto.

No sistema periférico intermediário da representação social do usuário de drogas, no espaço superior direito, foi evocada a expressão *destruição da família*. No espaço inferior esquerdo, ainda no sistema periférico intermediário, foi evocada a frase *perde a confiança*. Em contraste com o núcleo central, no sistema periférico distante, representado no quadrante inferior direito, foram evocadas as palavras *cocaína*, *falta de atenção*, *sem caráter* e *tristeza*.

Estes elementos do sistema periférico são responsáveis pela concretização do sistema central, no que se refere a tomadas de posição e de condutas; assim, orientam as práticas dos usuários do presente estudo (Abric, 2001b). Desse modo, desdobram a conotação negativa dos elementos do núcleo central da representação social do usuário de drogas.

Os termos *perde a confiança*, *destruição da família* e *sem caráter* referem-se à concepção do usuário de drogas como alguém que não merece a confiança das pessoas, que não tem caráter, que é moralmente desqualificado e culpado pela destruição de sua família. As evocações *falta de atenção* e *tristeza* objetivam o usuário de drogas como um ser frágil e vulnerável, passivo diante da droga.

Essas questões também foram observadas no estudo realizado por Oliveira (2009), em que se verificou que no discurso hegemônico sobre o usuário de drogas, notadamente o de crack, prevalece a representação de que o indivíduo é vítima da droga, algoz da família, perigoso para si mesmo e para a sociedade. Os diversos atravessamentos existentes em sua vida não são foco de interesse. O usuário de drogas é descrito como uma pessoa a quem deve ser dirigida uma série de intervenções, sendo ele um misto de delinquente, pois furta, ameaça e agride, e doente mental, já que não tem controle sobre suas ações.

Este último aspecto da representação do usuário de drogas remete à incapacidade atribuída a ele de lutar contra o seu estado de dependência, justificando estratégias de tratamento, como a internação. De acordo com Santos et al. (2012), ao situar o usuário como sujeito desprovido de capacidade avaliativa de sua própria condição e de sua relação com a droga, pode-se recair em práticas paternalistas e/ou violentas em relação aos usuários. Atualmente, percebe-se que essas práticas misturam aspectos de tratamento de saúde com punição, isto é, um tratamento-punição. Caso não haja

tratamento disponível, práticas extremas como a de acorrentamento são aceitáveis, pois demonstram a força necessária para conter o usuário.

Na pesquisa conduzida por Oliveira (2009), constatou-se que a internação fechada por tempo prolongado é considerada como o tratamento ideal e a única alternativa para todos os usuários de crack. Tal concepção parece ser uma reedição das práticas asilares voltadas às pessoas com doença mental, e da forma como foram concebidos os tratamentos dos usuários de drogas, de acordo com as políticas sobre drogas construídas ao longo do século XX. Contudo, esse ideal de que a internação prolongada é o melhor tratamento leva um contingente cada vez maior de pessoas a uma situação de frustração. Apesar da sua questionável efetividade enquanto recurso que proporcione a cura, as pessoas tendem a acreditar nessa promessa de melhor tratamento, sendo que dificilmente terão acesso a ele, pois a oferta por meio da rede de saúde pública é deficitária.

Essas representações hegemônicas acerca do usuário de drogas também foram encontradas em uma pesquisa feita por Oliveira (2008), com profissionais que atuam numa unidade básica da rede pública de saúde. Pode-se concluir, portanto, que tais representações influenciam no distanciamento desses usuários dos serviços públicos de saúde, uma vez que não se sentem cidadãos ao ponto de usufruírem desses equipamentos.

4.2.3 Estrutura da representação social do tratamento

A Figura 3 contém os quadrantes relativos à estrutura central e periférica das representações sociais do estímulo *tratamento*.

Núcleo Central			Sistema Periférico Próximo		
F ≥ 7 OME < 2,5			**F ≥ 7 OME ≥ 2,5**		
Evocações	**F**	**OME**	**Evocações**	**F**	**OME**
Força de vontade	9	1,55	Bom	7	2,71
			Medicação	7	3,28
			Recuperação	10	2,60
Sistema Periférico Próximo			**Sistema Periférico Distante**		
F < 7 OME < 2,5			**F < 7 OME ≥ 2,5**		
Evocações	**F**	**OME**	**Evocações**	**F**	**OME**
Esperança	6	2,16	Mudança de vida	6	3,83

Figura 3. Quadrante das evocações acerca do estímulo tratamento. F= frequência. OME= ordem média das evocações.

A Figura 3 foi construída a partir da frequência média igual, maior ou menor do que sete participantes, numa ordem média de evocação em torno de 2,5. Observa-se, no quadrante superior esquerdo, a expressão *Força de vontade*. Esta evocação refere-se, provavelmente, ao núcleo central da representação social do tratamento dos participantes do presente estudo.

A expressão *força de vontade* deixa claro que o tratamento é algo que depende quase que exclusivamente do sujeito, da sua própria vontade e persistência. De acordo com Abric (2001b), o núcleo central de uma representação social é determinado pelo sistema de valores e normas sociais, que constituem o ambiente ideológico do momento e do grupo. Nesse sentido, observa-se a influência de valores individualistas na representação social do tratamento, enfatizados pelo discurso do sistema capitalista.

Conforme Martini e Furegato (2008), a sociedade atual dá ênfase ao discurso neoliberal, que vincula o fracasso ou sucesso de uma pessoa exclusivamente às suas decisões individuais; assim, o uso ou não de drogas seria responsabilidade de cada um. A pessoa que fica dependente não tem competência ou maturidade para lidar com o seu problema. Esta visão reducionista minimiza as causalidades históricas e sociais, e enfatiza o individualismo. Tal percepção não abre espaço para a inclusão de uma responsabilidade social frente aos problemas da sociedade. Com esta concepção, reforçam-se condições de exclusão social, como ocorrem com os usuários de drogas.

Além disso, também se verifica nessa representação a influência do modelo biomédico de saúde, o qual privilegia aspectos individuais e orgânicos, em detrimento dos aspectos sociais e culturais que estão ligados aos fenômenos que envolvem a saúde da população. Portanto, a expressão *força de vontade* no núcleo central da representação social do tratamento tem como pano de fundo a exclusiva culpabilização do sujeito pela sua condição de dependência.

Embora se concorde com a importância do papel protagonizador que o usuário precisa ter para o sucesso do seu tratamento, é preciso perceber que a ênfase neste discurso torna a dependência química um fenômeno situado apenas no âmbito individual. Entretanto, não se pode perder de vista que a dependência química é algo que não se remete apenas ao indivíduo de forma isolada, sendo um fenômeno de natureza multifacetada.

O uso de drogas é considerado como um fenômeno multicausal, resultante da combinação de vários elementos, desde os genéticos, passando pelos psicológicos, familiares, socioeconômicos, até chegar aos culturais. Desse modo, percebe-se que o uso e a dependência de drogas são questões de alta complexidade, que não se reduzem a uma ou outra de suas dimensões. Na visão de Martini e Furegato (2008), o uso abusivo de drogas é um problema social, com consequências para a saúde dos sujeitos.

No sistema periférico intermediário da representação social do tratamento, no espaço superior direito, foram evocadas as palavras *bom*, *medicação* e *recuperação*. No espaço inferior esquerdo, ainda no sistema periférico intermediário, foi evocada a palavra *esperança*. Em contraste com o núcleo central, no sistema periférico distante, representado no quadrante inferior direito, foi evocada a expressão *mudança de vida*.

Nota-se, assim, através dos termos *bom*, *recuperação*, *esperança* e *mudança de vida*, uma representação positiva do tratamento. Esta percepção também foi encontrada

no estudo realizado por Crauss e Abaid (2012), com usuários de drogas, em que o tratamento foi considerado como algo importante para a recuperação e mudança de vida dos usuários. A importância do tratamento advém do fato de que sinaliza com a possibilidade de recuperação do que se perdeu por causa do uso da droga.

No presente estudo, o termo *medicação* situa o tratamento do uso abusivo de drogas no corpo do indivíduo, no âmbito da doença física. Esse termo contextualiza o elemento *força de vontade*, pertencente ao núcleo central da representação social do tratamento, uma vez que ambos refletem uma concepção que situa o tratamento no âmbito individual. Conforme Abric (2001a), os elementos do sistema periférico atualizam e contextualizam as determinações normativas dos elementos centrais.

Ainda hoje, o tratamento dos usuários de drogas baseia-se majoritariamente na prescrição de medicamentos e no ingresso em hospitais psiquiátricos. De acordo com Maciel (1997, p. 36), o tratamento médico-psiquiátrico ministrado aos usuários de drogas tem suas raízes no século XIX, quando a sociedade buscou a psiquiatria como resposta, não tanto para tratar os drogados, mas para se opor e, de fato, se defender contra a presença de sujeitos que utilizavam drogas:

> A prática psiquiátrica exerce uma função repressiva com o aval da sociedade, tanto com relação aos doentes mentais quanto aos usuários de drogas, utilizando o mesmo meio para ambos os tratamentos. Receitando uma parafernália de medicação e exercendo um regime de isolamento nos hospitais psiquiátricos, onde ainda predomina o sistema asilar. Tal atitude é empregada não somente para permitir ao drogado a desintoxicação, mas também para 'puni-lo' de maneira clara ou escamoteada, pelas transgressões às leis jurídicas e/ou morais impostas pela sociedade.

Dessa forma, percebe-se que o enfoque psiquiátrico classifica o dependente de drogas como doente, limitando o tratamento ao confinamento e à desintoxicação. Tal posição parece não resolver o problema, ampliando-o cada vez mais, pois discrimina e estigmatiza mais ainda o usuário.

4.3 Desvendando a representação social do crack, do usuário de drogas e do tratamento por meio da Análise de Conteúdo Temática

Com a utilização das entrevistas semiestruturadas foi possível realizar uma Análise de Conteúdo, com o objetivo de conhecer e analisar as representações sociais acerca do crack, dos usuários de drogas e do tratamento, bem como as ancoragens e objetivações ligadas a essas representações. Observou-se a emersão de sete categorias, denominadas: *Definição do crack*, *Conceito de usuário de drogas*, *Causas do uso de drogas*, *Consequências do uso de drogas*, *Tratamento*, *Futuro sem as drogas* e *Futuro com as drogas*. A seguir, serão descritas as categorias encontradas, com suas respectivas subcategorias, ou seja, os significados que se agruparam em tais categorias.

4. 3. 1 Descrição das categorias e subcategorias

Categoria 1: Definição do crack – Nesta categoria, encontram-se as unidades temáticas que se referem ao conceito que os usuários possuem sobre o que é crack. Esta categoria engloba as seguintes subcategorias:

a) Destruição – Esta subcategoria compreende os conceitos que atribuem o crack à destruição. Ex.: “Destruição maior do mundo”; “É destruidora”; “Crack significa destruição”;

b) Maldição - Esta subcategoria compreende os conceitos que destacam o crack como algo do mal, com conotações demoníacas. Ex.: "Eu considero o crack o demônio em forma de droga"; "O crack é o satanás para mim, é o demônio, na minha vida e na vida de qualquer um"; "O crack veio pra matar, roubar e destruir";

c) Ilusão - Esta subcategoria compreende os conceitos que se referem ao crack como algo que proporciona um prazer fantasioso. Ex.: "Ilusão que a gente busca que não tem sentido"; "Fantasia";

Categoria 2: Conceito de usuário de drogas – Nesta categoria, encontram-se as unidades temáticas que se referem ao conceito que os participantes possuem sobre o que significa ser um usuário de drogas. Esta categoria engloba as seguintes subcategorias:

a) Não confiável - Esta subcategoria compreende os conceitos que afirmam que o usuário de crack é alguém que não merece confiança, que dá trabalho à sociedade, que é mentiroso, falso e irresponsável. Além disso, evidencia unidades em que o usuário de crack é representado como alguém ligado a atos criminosos. Ex.: "Ele não é de confiança não, pode ser o melhor que tem, mas não tem confiança"; "Pessoa que não liga pra família, emprego, nada"; "Gente que dá trabalho à sociedade"; "É um ladrão";

b) Viciado/drogado - Esta subcategoria compreende os conceitos que afirmam que o usuário de crack é um viciado. Ex.: "É um viciado"; "É uma pessoa que não consegue sair daquele ciclo vicioso";

c) Sem valor/ignorado - Esta subcategoria compreende os conceitos que afirmam que o usuário de crack é alguém sem valor, que não é ninguém para a sociedade e para a sua família, alguém que é desconsiderado por todos. Ex.: "Algumas pessoas acham que a gente é um Zé ninguém"; "É uma pessoa que não tem valor de nada"; "Uma pessoa sem valor na sociedade"; "Para o mundo não é ninguém";

d) Doente - Esta subcategoria compreende os conceitos que afirmam que o usuário de crack é um doente, dependente de drogas. Ex.: "O usuário de drogas é um doente"; "Eu acho que sou um doente, você ter essa doença de ser dependente químico";

e) Sofredor - Esta subcategoria compreende os conceitos que afirmam que o usuário de crack é alguém que sofre. Ex.: "Para mim o usuário de drogas é uma pessoa muito sofrida"; "Uma pessoa angustiada"; "Se sente só";

Categoria 3: Causas do uso de drogas – Nesta categoria encontram-se as unidades temáticas que se referem às causas atribuídas ao uso de drogas. Esta categoria engloba as seguintes subcategorias:

a) Amizades – Esta subcategoria compreende as unidades temáticas que colocam nas amizades a causa do uso das drogas. Ex.: "Influência de amigos"; "Por causa de amizades"; "Os colegas chamando pra usar e eu fui";

b) Causas emocionais – Nesta subcategoria o uso de drogas é apontado como causado por circunstâncias emocionais, como decepções, traição, desespero, abandono, dentre outros. Ex.: "Quando a gente tem uma decepção"; "É uma revolta"; "Se sente ofendido"; "A perda de um ente querido"; "Abandono"; "Algum desespero";

c) Conflitos familiares – Esta subcategoria refere-se à causa do uso de drogas ligada aos conflitos familiares. Ex.: "Problemas que a gente tem em casa"; "Problema de família";

d) Curiosidade – Esta subcategoria refere-se ao uso de drogas como causado pela curiosidade. Ex.: "Curiosidade de provar pra saber se é bom ou ruim";

Categoria 4: Consequências do uso de drogas – Nesta categoria encontram-se as unidades temáticas que se referem às consequências do uso de drogas. Esta categoria engloba as seguintes subcategorias:

a) Perdas – Esta subcategoria compreende as unidades temáticas que colocam, como consequências do uso de drogas, as perdas de todo tipo. Ex.: "Perde tudo"; "São perdas"; "Perde tudo na vida"; "Perdi mulher, perdi família"; "Perde a vontade de tudo"; "Perdi emprego";

b) Problemas de saúde - Esta subcategoria compreende as unidades temáticas que destacam os problemas de saúde como consequências do uso abusivo das drogas. Ex.: "Dor no peito"; "Memória acabada"; "Dor de cabeça";

c) Abandono de si - Esta subcategoria compreende as unidades temáticas que destacam que uma das consequências do uso de drogas é o abandono de si mesmo. Ex.: "Não toma mais banho"; "Fica relaxado"; "Vive mendigando"; "Deixa de estudar"; "Não quer trabalhar";

d) Exclusão – Esta subcategoria se refere à exclusão social como consequência do uso de drogas. Ex.: "Fica uma pessoa que ninguém acredita"; "Fica uma pessoa que os outros desconfiam"; "Ninguém gosta da pessoa que usa"; "A sociedade vê como mal";

e) Compulsão/fissura – Esta subcategoria aponta a fissura e a compulsão como consequências do uso das drogas. Ex.: "Querer usar a droga"; "Só pensar na droga"; "Não querer parar de fumar"; "Só vivia em função da droga"; "Depois que fuma três pedras a pessoa não consegue parar";

f) Criminalidade - Esta subcategoria compreende as unidades temáticas que destacam questões relativas à criminalidade e à violência como consequências do uso de drogas. Tais questões englobam roubos, brigas, cadeia e levar tiros, dentre outras. Ex.:

“Pessoas roubam para consumir o crack”; “Porque a maioria dos noiados roubam, noventa por cento dos noiados roubam para usar droga”; “Essa vida só leva à cadeia”;

g) Sofrimento - Esta subcategoria compreende as unidades temáticas que destacam o sofrimento, a tristeza, a dor e o desespero como consequências do uso de drogas. Ex.: “Marcado pelo sofrimento”; “Tristeza, dor”; “No começo foi bom, mas depois só dor e desespero”; “Depois de usar batia um desespero”; “Traz desespero”;

Categoria 5: Tratamento – Nesta categoria encontram-se as unidades temáticas que se referem ao tratamento do uso de drogas. Esta categoria engloba as seguintes subcategorias:

a) Espiritualidade – Esta subcategoria refere-se às unidades temáticas que trazem a busca da espiritualidade como importante para o tratamento. Ex.: “Procurar uma igreja”; “O principal é o espiritual”; “É Deus”; “Ser evangélico”; “Ir para a igreja”; “Procurar alguma religião”;

b) Psicoterapia – Esta subcategoria compreende as unidades temáticas que apontam a ajuda psicoterápica como importante para o tratamento. Ex.: “Terapia em grupo”; “Musicoterapia”; “Uma terapia que seja bem carinhosa”; “Uma terapia que envolva sentimentos sobre a infância e a família”; “Psicólogo”;

c) Força de vontade – Nesta subcategoria encontram-se as unidades temáticas que apontam que o tratamento das drogas está ligado à força de vontade do sujeito. Ex.: “Tem que querer”; “Tem que ter força de vontade”; “A pessoa tem de querer realmente deixar de usar droga”; “O cara deve ter boa vontade”;

d) Ajuda médico-psiquiátrica – Nesta subcategoria destacam-se as unidades temáticas que vincularam o tratamento ao âmbito médico-psiquiátrico. Ex.: “Uma

clínica pra ele tomar remédio"; "Acompanhamento médico"; "Psiquiatria"; "O tratamento adequado é a casa de recuperação"; "Internação";

e) Cursos – Esta subcategoria ressalta que o tratamento deve estar vinculado à profissionalização do indivíduo, através de cursos. Ex.: "Curso profissionalizante"; "Estágio"; "Liberar as pessoas para trabalhar"; "Cursos de habilitação";

f) Ficar longe das antigas amizades – Esta subcategoria aponta que o sucesso do tratamento pode ser facilitado se o indivíduo ficar longe das antigas amizades que influenciavam no uso das drogas. Ex.: "Correr das más companhias"; "O afastamento daquela área que a gente vivia"; "Afastamento das influências"; "Não sair para a rua";

g) Apoio da família – Esta subcategoria aponta a importância do apoio da família no tratamento. Ex.: "É o apoio da família";

Categoria 6: Futuro sem as drogas – Nesta categoria encontram-se as unidades temáticas que se referem aos planos dos usuários para o futuro. Esta categoria engloba as seguintes subcategorias:

a) Ter uma vida normal – Nesta subcategoria destacam-se os desejos de voltar a ter uma vida considerada normal, com a volta ao trabalho e aos estudos, além do desejo de reconstruir ou constituir uma família. Ex.: "Fazer universidade"; "Voltar a trabalhar"; "Ter uma vida normal"; "Ser uma pessoa normal"; "Ter filhos"; "Arrumar uma família";

b) Deixar a droga – Nesta subcategoria encontram-se as unidades temáticas que se referem ao desejo dos indivíduos de deixarem a droga. Ex.: "Se manter sem o vício"; "Seguir livre"; "Sair dessa vida"; "Deixar a droga"; "Ter força pra largar"; "Me libertar dela";

c) Se amar – Esta subcategoria refere-se ao desejo desses indivíduos de voltar a ter amor próprio, na forma de cuidados consigo mesmos. Ex.: "Procurar o que é melhor pra si"; "Dar valor à vida"; "Ter mais tempo pra mim"; "Se amar";

d) Continuar se tratando – Nesta subcategoria destacam-se as unidades temáticas que expressam o desejo dos participantes de continuar o tratamento, mesmo depois da alta da instituição. Ex.: "Quando eu sair daqui eu vou para o CAPS"; "Vou continuar tomando os medicamentos que eles passarem pra mim";

Categoria 7: Futuro com as drogas – Nesta categoria encontram-se as unidades temáticas que se referem ao futuro do indivíduo que continua fazendo uso de drogas. Esta categoria engloba as seguintes subcategorias:

a) Cemitério – Esta subcategoria aponta a morte como o futuro do usuário de drogas. Ex.: "O futuro é o cemitério"; "A morte na mão de um traficante"; "Ter uma overdose";

b) Cadeia/marginalidade – Esta subcategoria aponta a cadeia e a marginalidade como o futuro do usuário de drogas. Ex.: "Trabalhar pra o crack"; "Cadeia";

c) Não há futuro – Esta subcategoria refere-se às unidades temáticas que destacam que não há futuro para o usuário de drogas. Ex.: "Não tem como a pessoa ter um futuro envolvido nesse meio não"; "É nenhum".

A seguir, são apresentadas as categorias e subcategorias em tabelas, com frequências simples das unidades temáticas, destacando-se que o critério frequencial serve para dar uma hierarquia às subcategorias, dando uma indicação quantitativa e qualitativa dos dados. As categorias são apresentadas e discutidas na seguinte ordem: Definição do crack, Conceito de usuário de drogas, Causas do uso de drogas, Consequências do uso das drogas, Tratamento, Futuro sem as drogas e Futuro com as drogas. Algumas subcategorias são ilustradas por meio de falas dos participantes, as

quais são seguidas pelo número atribuído ao indivíduo pela pesquisadora (ind) e pela idade do participante (ida).

4. 3. 2 Definição do crack

A Tabela 2 mostra as subcategorias da categoria *Definição do crack.*

Tabela 2
Frequências e porcentagens das subcategorias sobre a Definição do crack

SUBCATEGORIAS	F	%
Destruição	142	83
Maldição	21	12
Ilusão	9	5
Total	**172**	**100**

Conforme pode ser observado na Tabela 2, o crack foi definido, majoritariamente, como *destruição*. Este resultado ratifica os dados encontrados no presente estudo, sobre a estrutura da representação social do crack, a qual possui, como um dos seus elementos centrais, a evocação *destruição*. Destaca-se, ainda, a relação indissociável entre as subcategorias *destruição* e *maldição*, pois elas denotam a ideia de que o crack é algo ligado ao Diabo (como mostra a subcategoria *maldição*) e que ele, o Diabo ou o crack, é responsável pela destruição da vida do usuário e da sociedade (como mostra a subcategoria *destruição*). O crack é representado também como uma *ilusão*, como algo que proporciona um prazer fantasioso, culminando na destruição da vida do indivíduo.

Uma vez que o crack é representado como algo ligado ao Diabo e que tem o poder de destruir, observou-se uma personificação dessa droga. O crack é representado como um ser, como algo que tem vida própria, como algo que pode "vir", "matar",

“roubar” e “destruir”, tendo um caráter animado e não inanimado, como pode ser visto nas falas a seguir:

> Crack veio pra matar, roubar e destruir (ind 02, ida 24);
>
> A droga veio para amaldiçoar mesmo as famílias (ind 08, ida 36);
>
> Veio pra acabar o mundo (ind 28, ida 21);
>
> Eu considero o crack o demônio em forma de droga (ind 15, ida 30);
>
> Isso para mim é o demônio, é o inimigo, é o diabo, eu acho que essa droga veio só para matar (ind 26, ida 29);
>
> O crack é o satanás para mim, é o demônio, na minha vida e na vida de qualquer um (ind 30, ida 36).

Tal questão também foi encontrada no estudo conduzido por Romanini e Roso (2012), em que se verificou que o crack é veiculado na mídia como um ser, como algo que tem vida própria e que invade os lares para destruir as famílias, sendo o sujeito das ações e o usuário seu objeto. Um exemplo dessa representação está no seguinte relato: “a droga que escraviza em segundos, que zomba das esperanças de recuperação, que corrói famílias, que mata mais do que qualquer outra droga e que afunda dependentes na degradação moral e no crime”.

Esta representação do crack ligado a algo diabólico foi construída historicamente, pois desde a Idade Média o uso de drogas tem sido condenado pela igreja, assim como o excesso do uso das drogas lícitas. Sendo a *ancoragem*, conforme Moscovici (2011), um mecanismo que tenta ancorar ideias estranhas, reduzindo-as a categorias e a imagens comuns, inserindo-as num contexto familiar, constata-se que este

aspecto da malignidade da droga ancora-se no conhecimento religioso, que associa as drogas ao demônio.

A representação da droga ligada à figura do diabo aproxima esse objeto ao cotidiano dos indivíduos, vinculando-a a uma figura comum e conhecida. Isso remete ao processo de *objetivação*, em que os indivíduos materializam, concretizam e objetivam a droga para melhor compreendê-la. Essa questão reflete o fenômeno de *naturalização*, próprio das Representações Sociais, em que há uma tendência do pensamento natural para coisificar as noções; nesse sentido, os efeitos negativos atribuídos às drogas, em especial ao crack, adquirem concretude por meio da figura do diabo, sendo objetivados pelos termos *destruição*, *maldição* e *ilusão* (Moscovici, 1978).

Esta representação aponta para uma passivização do usuário, pois, ao se apropriar desse discurso, ele se coloca em uma posição de vítima e de não culpado pelos seus atos, uma vez que está dominado pela droga nefasta, que tem o poder de destruir. Isto pode ser mostrado na fala a seguir: "Dependente químico é um pobre sofredor, uma pobre vítima do satanás, do demônio mesmo" (ind 30, ida 36). Assim, não é o usuário quem mata e rouba, e sim, o crack. Portanto, essa representação das drogas como algo do mal serve para explicar e predizer as ações dos seus usuários, servindo também para justificar as suas condutas (Moscovici, 2011).

Além disso, a representação do crack como um ser maligno favorece a percepção dessa droga como um inimigo social comum, contra o qual a sociedade deve lutar. Embora se reconheça que o crack é um problema social importante, no qual a sociedade como um todo precisa estar engajada na procura de soluções, esta representação não propicia uma visão do crack a partir de uma noção grega das drogas, em que elas são vistas como veneno ou remédio em potencial, dependendo da utilização que dela faz o homem. Ele é apresentado como se tivesse vida e estivesse à procura de

jovens para infectá-los, como um vírus, não querendo mais sair de seus corpos. Como sublinha Oliveira (2009), mesmo sendo uma pedra sem vida o crack tornou-se o inimigo social a ser combatido.

A personificação do crack como um ser inimigo favorece a ideia de que ele é o culpado por tudo de ruim, tendo o poder de destruir a vida de quem usa e a sociedade, como pode ser exemplificado nos relatos a seguir:

> Abandono, tristeza, dor, solidão, o crack é isso, o crack é só coisas ruins, tudo de ruim que a pessoa possa imaginar (ind 04, ida 40);
>
> É uma droga que destrói a pessoa fisicamente e moralmente. Destrói o lar, destrói tudo... pra mim, o crack é simplesmente destruição de maneira fácil e rápida (ind 09, ida 36);
>
> Drogas pra mim significa destruição mesmo, destruição (ind 04, ida 40);
>
> Ela é a destruição total da humanidade, daqueles que experimentam ela (ind 15, ida 30).

Essa ideia das drogas serem culpadas por tudo de ruim, também foi constatada no estudo realizado por Oliveira et al. (2010). Os resultados mostraram que os agentes comunitários de saúde representaram as drogas como causa e consequência da condição da pobreza, desestruturação familiar e violência que assolam a sociedade.

Na medida em que se enfoca o crack como um ser diabólico, culpado por tudo de ruim que ocorre na sociedade, observa-se a persistência de uma apreciação moral que o percebe como um mal externo à sociedade (Mota, 2009). Ao enfocar o crack, esquece-se dos problemas sociais que fizeram com que ele tivesse entrada garantida na sociedade brasileira, e tivesse a repercussão que tem hoje, sendo um dos problemas

sociais mais sérios da atualidade. Esquece-se de problemas que são estruturais, como a pobreza e a desigualdade social, bem como os demais percalços da contemporaneidade. A representação da droga como culpada por tudo de ruim enfoca as drogas e esconde a ineficiência do Estado na garantia dos direitos básicos aos cidadãos. Este ponto se reveste de grande importância, uma vez que se sabe que o provimento de condições dignas para um viver de qualidade pode gerar inúmeros benefícios para a população, contribuindo para a diminuição dos problemas sociais, dentre eles, o uso abusivo de drogas.

Essas representações favorecem a visão do uso de drogas através de uma lente dual, em que de um lado se tem o bem e do outro o mal. Nesse sentido, o mesmo bom menino, há pouco valorizado e protegido, se apanhado usando alguma droga ilícita pode passar a personificar o demônio e passar a ser desvalorizado socialmente. Portanto, observa-se que essas representações fortalecem a ideologia proibicionista da Guerra contra as Drogas, e não favorece a compreensão do fenômeno da dependência química em suas multicausalidades.

4. 3. 3 Conceito de usuário de drogas

A Tabela 3 mostra as subcategorias da categoria *Conceito de usuário de drogas*.

Tabela 3
Frequências e porcentagens das subcategorias sobre o Conceito de usuário de drogas

SUBCATEGORIAS	F	%
Não confiável	44	31
Viciado/drogado	39	28
Sem valor/ignorado	29	21
Doente	18	13
Sofredor	11	8
Total	**141**	**100**

Conforme pode ser observado na Tabela 3, o usuário de drogas foi representado como alguém *não confiável*, *viciado*, *sem valor*, *doente* e *sofredor*. Esses resultados confirmam os dados encontrados na representação social do usuário de drogas e no perfil sociodemográfico dos participantes do presente estudo, pois enfocam a ideia de um indivíduo marginalizado, ligado à pobreza e à violência, por ser alguém considerado não confiável e de mau caráter.

Destaque-se que essas representações, as quais são hegemônicas na sociedade, foram apreendidas pelos próprios usuários, de modo que esses estereótipos ligados ao usuário/dependente de drogas influenciam na formação da sua autoimagem. Acerca disso, Pérez-Nebra e Jesus (2011) afirmam que as pessoas tendem a acreditar nos estereótipos acerca delas mesmas e se comportam como se eles fossem verdadeiros. Dessa maneira, endossam os estereótipos grupais, transformando-os em descrições de suas identidades. Muitas vezes, isto ocorre por profecias autorrealizadoras, em que as crenças afetam os comportamentos no sentido de aumentar as chances de ocorrer aquilo em que se acredita ou que se teme.

Tais representações negativas também foram encontradas na pesquisa empreendida por Oliveira (2008) com profissionais de saúde. Essas representações possuem um caráter pejorativo e negativo a respeito do usuário de drogas e estão ancoradas numa concepção moralista do uso de drogas. Tal concepção moralista tem suas raízes no conhecimento religioso, o qual vincula o uso de drogas ao diabo e, por conseguinte, o usuário ao possuído por forças malignas (Mota, 2009).

Além da questão religiosa, ressalta-se também a política proibicionista, a qual, com a criminalização do uso de drogas, fortaleceu a vinculação da figura do usuário com o criminoso e bandido, havendo a judicialização do uso de drogas. Nesse enfoque,

a figura do usuário de drogas é objetivada por meio de termos que o relacionam ao exemplo do fora da lei, do criminoso, do marginal, do delinquente, do indivíduo socialmente perigoso.

Com o estabelecimento da medicina, houve a institucionalização do usuário para o tratamento médico e sua categorização como um doente, tornando-o objeto da psiquiatria. Sendo assim, o usuário passou a ser objetivado como um doente, viciado, desajustado ou perturbado mental, o que o discrimina e estigmatiza mais ainda, pois passa a ser rotulado de "drogado" e "doente mental" (Maciel, 1997).

Conforme Bucher e Oliveira (1994), essas representações responsabilizam os usuários de drogas pelos problemas da sociedade, tornando-os "bodes expiatórios", pois são apontados como causadores e responsáveis pelos problemas sociais. Tal representação é respaldada por todo um aparato institucional, que estabelece leis que visam à punição e coerção desses indivíduos.

Assim, as representações sociais acerca dos usuários de drogas, elaboradas pelos participantes do presente estudo, foram construídas por meio da apropriação do saber científico. Notadamente, essa apropriação se deu no terreno jurídico e médico-psiquiátrico, bem como nas práticas interativas cotidianas (Moscovici, 2011).

4. 3. 4 Causas do uso de drogas

A Tabela 4 mostra as subcategorias da categoria *Causas do uso de drogas*.

Tabela 4
Frequências e porcentagens das subcategorias sobre Causas do uso de drogas

SUBCATEGORIAS	F	%
Amizades	38	40
Causas emocionais	33	35
Conflitos familiares	13	14
Curiosidade	11	12

Total	**95**	**100**

Esta categoria descreve as *amizades*, as *causas emocionais* (decepções, traição, desespero, abandono), os *conflitos familiares* e a *curiosidade* como causas do uso das drogas. Estes resultados também foram encontrados no estudo com agentes comunitários de saúde, feito por Oliveira et al. (2010). Os agentes de saúde apontaram, como fatores desencadeantes do uso das drogas: a curiosidade, considerada como característica da adolescência; a amizade com pessoas usuárias de drogas, vistas como de má influência; a falta de amor, principalmente por parte dos pais; e, ainda, as situações de sofrimento, representadas pela fome e pela ocorrência de violência em diversas modalidades vivenciadas no seio familiar.

As causas emocionais também foram apontadas como desencadeantes do uso das drogas na pesquisa realizada por Scaduto e Barbieri (2009), com profissionais de saúde. Os participantes afirmaram que o uso de drogas estava ligado à busca por alívio emocional, no sentido de haver a tentativa de uma melhor forma para lidar com o sofrimento e/ou a privação. Acerca disso, Crives e Dimenstein (2003) apontam que essa motivação decorre, em parte, do fato de que a sociedade vem cada vez mais imprimindo profundas modificações na vida das pessoas, produzindo, muitas vezes, um sofrimento que se manifesta em termos individuais, grupais e coletivos. Essas transformações sociais têm promovido mudanças na forma como os indivíduos pensam e na forma como estabelecem relações com os outros. Nesse sentido, observa-se a existência de um esvaziamento de conteúdos culturais, particularmente os éticos, no sistema de relações sociais. Tal circunstância provoca a difusão de uma cultura individualizante e impessoal e o enfraquecimento das redes de solidariedade dentro da família e nas comunidades.

De fato, os elementos representacionais encontrados nesta categoria do presente estudo circunscrevem as causas do uso das drogas no âmbito privado, uma vez que são desprezados os fatores sociais que também estão envolvidos no desencadeamento da dependência química. Assim, o usuário e a sua família são culpabilizados pelo uso abusivo das drogas, pois se o indivíduo enveredou por esse caminho foi por culpa dele, dos seus problemas emocionais ou familiares, por ter escolhido amizades erradas ou por ter tido a curiosidade de experimentar as substâncias. Tal representação reflete os valores da sociedade capitalista, que reforça a meritocracia e o individualismo. Essa questão corrobora Moscovici (2011), que destaca que os indivíduos, ao representarem algo, são atravessados pelos valores da sociedade na qual estão inseridos. Ao mesmo tempo em que possuem uma contextura psicológica autônoma, as representações sociais também são próprias da sociedade e da cultura.

4. 3. 5 Consequências do uso de drogas

A Tabela 5 mostra as subcategorias da categoria *Consequências do uso de drogas*.

Tabela 5
Frequências e porcentagens das subcategorias sobre Consequências do uso de drogas

SUBCATEGORIAS	F	%
Perdas	79	27
Problemas de saúde	51	17
Abandono de si	49	17
Exclusão	37	13
Compulsão/Fissura	29	10
Criminalidade	25	9
Sofrimento	22	8
Total	**292**	**100**

A Tabela 5 mostra que as *perdas* foram as consequências do uso de drogas mais apontadas pelos participantes do presente estudo, resultado que confirma o elemento *perda* no sistema periférico da representação social do crack. Este dado também apareceu no trabalho efetuado por Neves e Miasso (2010), com usuários de drogas, em que se verificou que, por não conseguirem se afastar das drogas, os usuários vivenciam perdas em várias esferas do seu cotidiano. São descritas perdas afetivas, especialmente nas relações com amigos e familiares; perdas financeiras, evidenciadas pelo desemprego e gastos com a compra da substância; e perda da autoestima, quando o usuário recai após o tratamento e se percebe dominado pela droga.

No presente estudo, constatou-se que as perdas no sistema familiar se evidenciam pelo abandono do investimento afetivo nessas relações, como pode ser exemplificado por meio da fala a seguir:

> Porque o que eu mais amo no mundo é a minha filha, eu passava três dias sem ver ela, ela que vinha me ver, quando chegava do colégio eu estava dormindo, vinha com medo, porque essas pessoas que fumam essas coisas estão todos matando (ind 18, ida 38).

Essas perdas se evidenciam ainda no prejuízo das relações conjugais e na troca de papéis, em que os filhos precisam cuidar dos pais usuários, ajudando-os inclusive nas tentativas de superação da dependência, mesmo que de forma doméstica, como pode ser observado no seguinte relato:

> Mas eu já fiquei em casa acorrentado pelos pés e meu filho me dando diazepan de manhã, de tarde e de noite, para eu não sair de casa, eu chorava de noite para

dormir, esperando minha esposa chegar, chorava para ter relação sexual com ela (ind 21, ida 35).

O uso de drogas repercute diretamente nas famílias dos usuários, enfraquecendo-as. De acordo com Rodrigues et al. (2012), o uso do crack é um grave problema público, que apresenta proporções de grande impacto familiar e social ainda pouco conhecidas. Os usuários e suas famílias estão em situação de vulnerabilidade e fragilidade, sendo atendidos em serviços ainda pouco estruturados e pouco experientes no atendimento a essa clientela. Evidencia-se, pois, a necessidade de um tratamento complexo com uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar.

Constata-se ainda a falência financeira ocasionada pelo uso do crack, como pode ser visto na fala seguinte: "Mas quando veio esse crack eu não ficava com um real no bolso mais, nem que eu trabalhasse o mês todo" (ind 18, ida 38). Essa questão também foi encontrada em um estudo realizado por Chaves et al. (2011). Tendo em vista que o uso do crack se instalou especialmente nas classes menos favorecidas, tal situação vem agravar mais ainda as suas condições de vida. Os usuários de outras camadas sociais conseguem utilizar suas condições de classe para garantir maior discrição às suas práticas ilícitas, bem como um abrandamento das próprias sequelas negativas, como aponta Domanico (2007).

Assim como as perdas, os *problemas de saúde* também foram considerados como consequências do uso de drogas, como também, o *abandono de si mesmo*, conforme a fala seguinte: "Aquele que chega no fundo, no fundo, é aquele que não toma mais banho, a pessoa se relaxa, fica relaxado, só quer tá na rua, vive mendigando, pedindo dinheiro pra usar droga, roubando" (ind 17, ida 52). Essas consequências trazem sofrimento para esses usuários e seus familiares e mostram a inversão das

motivações dos usuários, que passam a colocar o crack como prioridade em suas vidas. Este aspecto também foi encontrado no estudo realizado por Chaves et al. (2011).

Outra consequência apontada foi o padrão de compulsão e fissura com que o dependente usa a droga. Este elemento da representação das drogas ligada à dependência psicofísica, também foi verificado por Branco et al. (2012), no trabalho que fez para analisar o significado do crack para usuários. Os achados da pesquisa evidenciaram a descrição de um padrão de uso intenso, contínuo e repetitivo da droga. Em virtude desse padrão intensivo de uso, a urgência de utilizar o crack e a falta de condições financeiras, muitas vezes colocam o usuário em situação de risco. Para a obtenção da droga, ele tende a se submeter a estratégias arriscadas, como, por exemplo, o tráfico de drogas e o sexo sem proteção. Os autores apontam que, em função da dependência, o usuário pode se envolver em situações violentas, como autor ou como vítima. Este fato reforça a representação do usuário de drogas como criminoso e bandido.

A criminalidade também foi apontada como consequência do uso das drogas, como pode ser observado nos relatos a seguir: “Uma pessoa diz eu dou tanto para você fazer isso e isso com aquela pessoa, você na fissura, você faz” (ind 15, ida 30); “Você vê a destruição como várias mortes, assaltos...” (ind 08, ida 36). Em conformidade com essa ideia, no estudo conduzido por Oliveira et al. (2010) constatou-se que os agentes comunitários de saúde representaram a droga como algo que age no organismo com o poder de transformar as pessoas, de modo a torná-las agressivas e capazes de praticar atos violentos.

A pesquisa de Romanini e Roso (2012) também confirma essa representação, afirmando que o crack é veiculado pela mídia como culpado pela violência que assola o país, sendo o combustível da criminalidade. Assim sendo, dissemina-se a lógica de que

combater a violência significa combater o crack. Ao igualar crack e violência, iguala-se também usuário e criminoso, reforçando a representação do usuário de drogas como marginal e mau caráter, culpado pelos problemas da sociedade, o que contribui para a exclusão social desses indivíduos.

4. 3. 6 Tratamento

A Tabela 6 mostra as subcategorias da categoria *Tratamento*.

Tabela 6
Frequências e porcentagens das subcategorias sobre Tratamento

SUBCATEGORIAS	F	%
Espiritualidade	22	27
Psicoterapia	17	21
Força de vontade	12	15
Ajuda médico-psiquiátrica	9	11
Cursos	9	11
Ficar longe das antigas amizades	7	8
Apoio da família	6	7
Total	**82**	**100**

Por meio desta categoria, os participantes objetivaram o tratamento através de termos que mostram os recursos que eles acreditavam ser importantes para um tratamento bem sucedido. O investimento na *espiritualidade* foi apontado como o principal fator, seguido da *psicoterapia*, da *força de vontade* do sujeito, da *ajuda médico-psiquiátrica*, dos *cursos* profissionalizantes, de *ficar longe das antigas amizades* e do *apoio da família*. Estes fatores também foram encontrados na pesquisa realizada por Oliveira e Dias (2010), com usuários de drogas.

A subcategoria *força de vontade* aparece como elemento do núcleo central da estrutura da representação social do tratamento. O elemento medicação, situado no

sistema periférico da representação do tratamento, tem o seu sentido inserido na subcategoria *ajuda médico-psiquiátrica* da presente categoria temática. Tais questões evidenciam a complementação entre o conteúdo e a estrutura da representação social do tratamento, e demonstram que este elemento representacional está ancorado no saber médico-científico.

Em relação à espiritualidade, no estudo conduzido por Luz (2007) verificou-se que a fé religiosa foi importante para a recuperação dos dependentes químicos. Ela proporcionou esperança e ânimo para que eles buscassem sua autonomia em relação à drogadição. Além disso, a religiosidade possibilitou um sentido para a vida, uma nova forma de ver a si mesmo e o mundo.

A ajuda psicoterápica e, especialmente, a ajuda médico-psiquiátrica no tratamento da dependência química tem suas raízes no final do século XIX e início do século XX. Conforme Fiore (2004), a medicina, cuja consolidação definitiva como um saber social e cientificamente legitimado foi praticamente contemporânea ao surgimento da questão das drogas, goza de especial participação quando se trata desse assunto.

À primeira vista, essa questão aparece como uma forma mais humana e científica de lidar com o problema do uso de drogas, em substituição à punição carcerária. Ao longo do século XX, as leis proibiam e criminalizavam o uso de drogas, prevendo penas privativas de liberdade aos usuários, que eram colocados em prisões e sanatórios. Como acrescentam Machado e Miranda (2007), a partir da década de 1970 os usuários de drogas foram alocados em hospitais psiquiátricos.

Entretanto, conforme salienta Maciel (1997), percebe-se ainda hoje a permanência das mesmas finalidades, apenas com nova roupagem, pois se continuou punindo o usuário de drogas pelo uso considerado indevido, isto é, o uso não médico das drogas, percebido em geral como invariavelmente mau ou como uma imprudência.

Por parte dos profissionais da área de saúde, percebe-se ainda um despreparo com relação ao problema específico do uso de drogas, devido a uma visão mistificadora e até preconceituosa do problema.

O apoio da família como parte importante para o sucesso do tratamento também foi encontrado em pesquisa realizada por Neves e Miasso (2010). Segundo os autores, é indispensável não só o apoio da família, como também o tratamento do sistema familiar, para a transformação do uso abusivo de drogas em produção de saúde. Constatou-se também a importância da adoção de outras estratégias para o afastamento das drogas. Tais estratégias incluem: a iniciativa de lutar contra as drogas, tentando manter a abstinência; a busca por amigos não usuários em novos ambientes; e a tentativa de ocupar o tempo com outras atividades que proporcionem prazer. Pode-se observar que quanto maior o suporte que um usuário possa reunir, maiores são as chances de manutenção da abstinência e de mudanças de comportamento.

4. 3. 7 Futuro sem as drogas

A Tabela 7 mostra as subcategorias da categoria *Futuro sem as drogas*.

Tabela 7
Frequências e porcentagens das subcategorias sobre Futuro sem as drogas

SUBCATEGORIAS	F	%
Ter uma vida normal	48	48
Deixar a droga	36	36
Se amar	9	9
Continuar se tratando	6	6
Total	**99**	**100**

Por meio desta categoria, os usuários expressam seus planos e desejos em relação ao futuro, os quais residem na expectativa de ter uma vida considerada normal,

com o abandono do uso da droga, o desejo de reconstruir ou constituir uma família, bem como conseguir a volta aos estudos e ao trabalho. Esses resultados confirmam os elementos *mudança de vida* e *recuperação,* que se encontram no sistema periférico da estrutura da representação social do tratamento. Verificou-se, ainda, o desejo de se amar mais e de cuidar melhor de si mesmos, tendo em vista que o abandono de si foi considerado como uma das consequências do uso das drogas. Os usuários também desejam continuar se tratando após a alta na clínica.

Essas expectativas e planos para o futuro também foram observados no estudo com usuários de drogas realizado por Crauss e Abaid (2012). Nesse estudo, os entrevistados relataram o interesse de voltar a viver em sociedade, tendo uma vida social diferente da que levavam anteriormente. Destacaram o desejo de construir uma nova vida longe das drogas, acreditando na possibilidade de que o tratamento seja o início para essa mudança de vida. Observou-se a concepção de que podem voltar a fazer parte da sociedade se estiverem longe das drogas, sendo a abstinência a única alternativa para o alcance disso.

Diante do exposto, pode-se concluir que esses indivíduos se sentem excluídos da sociedade, acreditando que vivem de forma anormal em relação ao restante da sociedade considerada normal. Manifestam o desejo de ter uma vida socialmente aceita e adaptada aos padrões de normalidade que a sociedade impõe. Essa questão encontra-se em consonância com a representação social hegemônica do usuário de drogas, que o exclui socialmente. Além disso, esta representação de um futuro sem drogas, voltada para o restabelecimento familiar e social do usuário, vai de encontro à representação hegemônica da sociedade, que aponta que não há futuro para o dependente de crack, que é um caminho sem volta.

Portanto, esta categoria aponta para a necessidade da sociedade estar preparada para acolher estes indivíduos após o seu internamento. Para isso, deve promover estruturas que proporcionem a reinserção social, com a modificação das representações que favorecem a percepção de que não há mais jeito para o dependente de drogas. Evidencia-se a necessidade de uma rede de cuidados e apoio ao ex- usuário, de forma a garantir o seu acesso a uma boa formação profissional, ao mercado de trabalho e a dispositivos e espaços sociais que garantam lazer, cultura, educação e melhores condições de vida.

4. 3. 8 Futuro com as drogas

A Tabela 8 mostra as subcategorias da categoria *Futuro com as drogas*.

Tabela 8
Frequências e porcentagens das subcategorias sobre Futuro com as drogas

SUBCATEGORIAS	F	%
Cemitério	38	53
Cadeia/marginalidade	21	29
Não há futuro	13	18
Total	**72**	**100**

Como pode ser observado, o futuro do usuário que continua utilizando as drogas é descrito como sombrio, pois está vinculado à perspectiva de que não há futuro para esse indivíduo, ou que o uso de drogas o levará, invariavelmente, para a morte ou cadeia. Esta representação foi construída historicamente, tendo suas raízes na ideologia da "Guerra contra as drogas", a qual contém percepções que concebem os usuários como doentes ou bandidos. De acordo com Corrêa (2010), estas representações favorecem a percepção de que eles estão perdidos, isto é, de que não têm mais jeito, em

virtude do grau de debilitação extremo ou da sua periculosidade. Essas concepções convidam a pensar em eliminação por meio de internamentos perpétuos em asilos, manicômios e hospícios e, ainda, por meio de homicídios e chacinas. A figura do drogado que anima todas essas ações está indissociavelmente ligada à noção que se tem da droga.

Este elemento representacional de que não há futuro para o indivíduo que continua usando drogas vai de encontro às ideias que baseiam a Política Nacional sobre Drogas no Brasil. Tal Política tem como pressuposto a redução de danos, que prega a não abstinência imediata ou obrigatória do usuário no que se refere às drogas. Reconhece a existência de diferentes relações de uso, com base na consideração de que o uso de drogas é algo inerente à cultura humana (Oliveira & Dias, 2010; Siqueira, 2010).

Conforme destacam Oliveira e Santos (2010), a experiência da redução de danos tem possibilitado o desenvolvimento de abordagens terapêuticas para pessoas que não querem parar de usar drogas, entendendo que o tratamento deve buscar o protagonismo e a autonomia desses indivíduos, mesmo em meio ao aprisionamento que a dependência proporciona. Nesse sentido, constata-se que na presente categoria os usuários ainda não apreenderam o discurso da política de redução de danos, pois acreditam não haver futuro para o indivíduo que continua usando drogas. Por causa disso, a abstinência é vista ainda como a única forma satisfatória de lidar com as drogas. Tal concepção reflete o discurso da classe médica, que tem na abstinência a principal meta para o usuário.

CAPÍTULO 5

Considerações finais

Considerações finais

Tendo em vista a importância do debate sobre a dependência química nos dias atuais, o presente estudo objetivou conhecer e analisar as representações sociais elaboradas por dependentes químicos acerca do crack, dos usuários de drogas e do tratamento. Os resultados mostraram uma representação negativa do crack, em que ele é personificado na figura do Diabo, tendo o poder de destruir a vida de seus usuários e da sociedade em geral, gerando grande tristeza. Essa visão do crack favorece uma abordagem sensacionalista e alarmista da questão, em que os seus usuários se tornam os inimigos da sociedade, os seus antagonistas. Entretanto, esses indivíduos também são a sociedade, ou melhor, são o produto de uma sociedade doente, individualista, hedonista e que não respeita os direitos dos seus cidadãos.

Observou-se, ainda, que mesmo havendo a representação do crack como algo ruim, que destrói a vida dos seus usuários e da sociedade como um todo, ela não basta para que o indivíduo deixe a droga. Essa questão pode ocorrer por causa da crença no poder dominador do crack, em que ele é percebido como algo que subjuga o indivíduo inteiramente, retirando sua autonomia e tornando-o passivo e impotente diante da dependência. Essas representações podem dificultar a recuperação desses indivíduos, pois fazem pensar que eles não têm escolha perante a droga e, que, por isso, são incapazes de viver sem ela. Essas concepções certamente têm repercussões no enfrentamento ao uso das drogas, dificultando o sucesso do tratamento.

Além disso, essa representação da droga como algo que domina o indivíduo, destruindo sua vida, pode estar dificultando a assimilação da política de redução de danos por parte dos usuários, pois não existe a concepção de que se pode desenvolver uma autonomia no usuário mesmo com o uso das drogas. O que prevalece é a influência

do discurso médico hegemônico, que preconiza a abstinência como única possibilidade para esse sujeito. É preciso compreender, todavia, que a política de redução de danos representa uma brecha para a entrada desses indivíduos nos serviços de saúde, pois lá eles são recebidos do jeito que estão, sem se exigir uma contrapartida imediata no que diz respeito à abstinência.

Verificou-se, ainda, que as representações sociais sobre as drogas estão fortemente ligadas à espiritualidade. Mesmo estando numa instituição médica, os indivíduos apontaram como principal fator para o sucesso do tratamento o investimento na vida espiritual. Pode-se compreender que a espiritualidade seja vista como algo que auxilia o tratamento, na medida em que, se as drogas são representadas como algo vinculado ao Diabo, só Deus pode ajudar a combatê-lo.

Constatou-se, também, que o usuário de drogas é representado negativamente, como alguém não confiável, viciado, sem valor, doente, que não tem caráter e é responsável pela destruição da família. Essas representações, que remetem à visão do usuário de drogas como um criminoso e doente, são hegemônicas, fazendo parte da representação que a sociedade possui acerca do usuário, que o culpabiliza pelos males da sociedade. Essas representações hegemônicas consideram o uso de drogas como um mal vinculado ao campo jurídico-policial e médico-psiquiátrico, associando os usuários à criminalidade.

Observou-se que os próprios usuários se apropriaram desse discurso, o que acarreta uma série de implicações, pois essas representações ganham status de verdade, guiando as condutas desses sujeitos, fazendo parte da sua identidade e afetando a compreensão que eles constroem acerca da realidade. Essa percepção negativa sobre si mesmo pode prejudicar a autoimagem desses usuários, afetando a sua autoestima e a sua capacidade de enfrentamento das drogas, dificultando o sucesso do tratamento. Tal

questão pode estar relacionada ao grande número de reinternações por que passam os usuários de drogas.

Aliado a isso, observou-se uma culpabilização do usuário pela sua dependência, em virtude dos fatores que localizam as causas do uso de drogas no âmbito individual. Sabe-se que esta questão é complexa e que existem inúmeros fatores que fazem com que um indivíduo siga esse caminho. Por isso, torna-se preocupante o enfoque nas causas individuais, visto que as causas sociais e históricas são esquecidas. A culpabilização do usuário pode ser vista também no núcleo central da representação social do tratamento. Ali, com efeito, o sucesso do tratamento é descrito como algo que depende quase que exclusivamente do indivíduo, de sua força de vontade. Neste sentido, além de ser culpado pelo uso das drogas, se o indivíduo não se recuperar é porque não teve força de vontade suficiente.

É preciso levar em conta que as políticas públicas de qualidade e efetivas, nas áreas da saúde, educação, esporte, lazer, cultura e saneamento, entre outras, estão em falta. De modo que os direitos básicos da população não estão sendo atendidos, sobretudo para as pessoas mais pobres. Certamente, este é um fator que pode contribuir para a entrada no mundo das drogas e da violência.

Neste sentido, Crives e Dimenstein (2003) afirmam que a problemática do consumo de drogas e suas formas de enfrentamento devem ser analisadas a partir das várias expressões das desigualdades da sociedade, as quais são historicamente produzidas. Tais desigualdades produzem diversas formas de sofrimento e exclusão que interferem na qualidade de vida, inclusive no que se refere ao processo saúde-doença. Esta situação requer intervenções que ultrapassem as práticas de cunho apenas curativo e individual, exigindo ações coletivas, de condução político-institucional, numa perspectiva de construção da cidadania e de busca de qualidade de vida.

Atualmente, o Estado tem tentado minimizar o problema do uso de drogas com a internação compulsória de indivíduos dependentes, em algumas grandes cidades do Brasil. Não se trata de defender uma posição radicalmente contrária à internação compulsória, uma vez que se sabe que há casos em que realmente existe essa necessidade. Contudo, é preciso perceber que essa alternativa é um paliativo, diante da profundidade e da complexidade do problema das drogas no território brasileiro. Ademais, é uma medida que vai de encontro à política de redução de danos, desfavorecendo a autonomia, já prejudicada, desses indivíduos.

De certa maneira, as representações sociais encontradas no presente trabalho, as quais são hegemônicas, justificam práticas como a da internação compulsória. Isto ocorre porque o usuário é considerado incapaz diante da droga, por ser um indivíduo socialmente perigoso ou por ser considerado doente, necessitando, assim, da tutela do Estado.

Nesse sentido, é preciso compreender que qualquer trabalho ético e de qualidade que envolva o fenômeno das drogas, requer o máximo possível de afastamento dos preconceitos e dos estigmas associados a essa questão. Caso contrário, corre-se o risco de serem tomadas medidas equivocadas que contribuam, mais ainda, para a exclusão social dos indivíduos que usam drogas. Conclui-se, portanto, que medidas como a das internações compulsórias fortalecem o estigma social negativo atribuído a estes usuários.

As representações encontradas no presente estudo revelam a existência de um ciclo, no qual os estereótipos e as concepções negativas que a sociedade construiu a respeito dos usuários de drogas são apropriados e reconstruídos por esses usuários, de modo a possibilitar a sua permanência. Nesse sentido, as representações que os usuários

de drogas possuem acerca deles mesmos reafirmam o estigma social a eles atribuído, dando continuidade ao ciclo de exclusão social a que estão sujeitos.

Diante do exposto, verifica-se a necessidade de mudança dessas representações sociais, com a desmistificação da ideia de que o usuário de drogas é um ser vinculado ao mal e com o reconhecimento dele como uma pessoa, um cidadão, com direitos, deveres e necessidades. São necessárias políticas públicas que tenham como ênfase a prevenção e o tratamento do uso abusivo de drogas, assim como políticas públicas que promovam a moradia, o lazer, a educação e a formação profissional. É preciso, ainda, que haja reflexões acerca da dependência química, a partir da compreensão da sociedade como um todo, da posição onde se encontra o usuário de drogas nessa sociedade, bem como da função que as drogas desempenham nela, visando uma análise e abordagem multidimensional apropriada desse complexo fenômeno.

Sugere-se a realização de novas pesquisas, que aprofundem essas questões, investigando construtos como a motivação para o tratamento e a autoestima nessa população, como também estudos que contemplem a estruturação da rede de assistência aos usuários de drogas e seus familiares. Observa-se, ainda, a necessidade de estudos que contemplem os aspectos sociais do uso de drogas, desatualizando uma tendência à culpabilização do indivíduo e investindo numa compreensão mais social do fenômeno, a exemplo de pesquisas que tratem da vulnerabilidade social ao uso de drogas.

Apesar das contribuições deste estudo, seus resultados não podem ser generalizados para toda a população de usuários de crack, uma vez que se trata de um estudo qualitativo, que visou ao aprofundamento das representações de uma parcela específica de participantes, em um contexto situacional específico. Além disso, essa pesquisa foi realizada apenas com homens de uma unidade de saúde que atende as camadas menos favorecidas da população.

Neste sentido, torna-se importante a realização de outros estudos que verifiquem se os resultados encontrados se mantêm em mulheres usuárias de crack ou em usuários de outras camadas sociais. Observa-se, também, que diante da complexidade do fenômeno das drogas na sociedade, este estudo foi pontual, encarregando-se de investigar representações sociais apenas dos usuários. Ressalte-se, ainda, que essa pesquisa não pretendeu esgotar essa temática, em razão da amplitude e da complexidade do problema do uso de drogas na atualidade.

Contudo, acredita-se que os resultados encontrados no presente estudo possuem implicações importantes e podem contribuir para o desenvolvimento de estratégias mais eficientes no combate ao uso abusivo de drogas. Especialmente por terem sido ouvidos os próprios usuários e por terem sido levadas em consideração suas vivências, o que pode contribuir para uma melhor compreensão acerca da dependência química.

REFERÊNCIAS

Abric, J. C. (1993). Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamics of social representations. *Papers on Social Representations, 2*(2), 75-78.

Abric, J. C. (1994). *Pratiques sociales et représentations.* Paris: Press Universitaires de France.

Abric, J. C. (1996). Specific processes of social representations. *Papers on Social Representations, 5*(1), 77-80.

Abric, J. C. (2001a). O estudo experimental das representações sociais. In D. Jodelet (Org.), *As Representações Sociais* (pp.155-172). Rio de Janeiro: UERJ.

Abric, J. C. (2001b). A structural approach to social representations. In K. Deaux & G. Philogène (Eds.), *Representations of the social* (pp. 42-47). Oxford, UK: Blackwell.

Andrade, A. G., Duarte, P. C. A. V., & Oliveira, L. G. (2010). *I Levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

Arruda, A. (2002). A teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cadernos de Pesquisa, 117,* 127-147.

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Martins Fontes.

Barros, D. M., & Serafim, A. P. (2009). Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. *Rev Psiq Clín., 36*(4), 175-7.

Bessa, M. A. (2010). Contribuição à discussão sobre a legalização de drogas. *Ciência & Saúde Coletiva, 15*(3), 632-636.

Branco, F. M. F. C., Sousa, M. N. P., Brito, N. C. C., Rocha, V. L. P. O., Medeiros, J. M., Silva Junior, F. J. G., & Monteiro, C. F. S. (2012). Compulsão, criminalidade,

destruição e perdas: o significado do crack para os usuários. *Enfermagem em Foco, 3*(4), 174-177.

Brasil, Ministério da Saúde. CNS. (1996). *Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (1990). *Lei 8.069/90, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. Brasília: Senado Federal.

Buchele, F., Marcatti, M., & Rabelo, D. R. (2004). Dependência química e prevenção à "recaída". *Texto & Contexto Enfermagem, 13*(2), 233-240.

Bucher, R. (1988). *As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial*. São Paulo: EPU.

Bucher, R. (1992). *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Bucher, R., & Oliveira, S. (1994). O discurso do "combate às drogas" e suas ideologias. *Rev Saúde Pública, 28*(2), 137-45.

Capez, F. (2007). *Notas breves sobre a Nova Lei de Drogas (Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006)*. São Paulo: Complexo Jurídico Damásio de Jesus. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf Acesso em: 30 dez. 2012.

Carlini, E. L. A., Galduróz, J. C., Noto, A. R., & Nappo, S. A. (2002). *I Levantamento domiciliar nacional sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil (2001)*. São Paulo: Secretaria Nacional Antidrogas/Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.

Carlini, E. L. A., Noto, A. R., Sanchez, Z. V. D. M., Carlini, C. M. A., Locatelli, D. P., Abeid, L. R., Amato, T. C. et al. (2010). *VI Levantamento Nacional Sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas Entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras*. São

Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas/ UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo.

Carneiro, H. (2005). *Pequena enciclopédia da história das drogas e bebidas: histórias e curiosidades sobre as mais variadas drogas e bebidas.* Rio de Janeiro: Elsevier.

Castro, P. (2002). Notas para uma leitura da teoria das representações sociais em S. Moscovici. *Análise Social, 37* (164), 949-979.

Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas, [CEBRID], (2006). *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005*. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo.

Chaves, T. V., Sanchez, Z. M., Ribeiro, L. A., & Nappo, A. S. (2011). Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Cad. Saúde Pública, 45*(6), 1168-75.

Corrêa, G. (2010). Drogas para além do bem e do mal. In L. M. B. Santos (Org.), *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas* (pp. 167-176). Porto Alegre: Ideograf.

Crauss, R. M. G., & Abaid, J. L. W. (2012). A dependência química e o tratamento de desintoxicação hospitalar na fala dos usuários. *Contextos Clínicos, 5*(1), 62-72.

Crives, M. N. S., & Dimenstein, M. (2003). Sentidos produzidos acerca do consumo de substâncias psicoativas por usuários de um Programa Público. *Saúde e Sociedade, 12*(2), 26-37.

Cruz, M. S. (2011). Estratégias de redução de danos para pessoas com problemas com drogas na interface dos campos de atuação da justiça e da saúde. In A. G. Andrade

(Coord.), *Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas* (pp. 271-306). Brasília: Ministério da Justiça.

Cruz, M. S., Vargens, R. W., & Ramôa, M. L. (2011). Crack: uma abordagem multidisciplinar. In A. G. Andrade (Coord.), *Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas* (pp. 125-154). Brasília: Ministério da Justiça.

Decreto nº 7.179/2010, de 20 de maio de 2010. *Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 21 maio 2010.

Dias, A. C., Araújo, M. R., & Laranjeira, R. (2011). Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. *Rev Saúde Pública, 45*(5), 938-48.

Dias, S. L. M. (2012). Do prazer à dor: a trajetória de buscas e perdas no universo da dependência química. In M. T. Melo, F. J. Spanhol, & M. I. Argenta. (Orgs.), *O complexo universo da dependência química* (pp. 16-23). Palmas: Editora UNITINS.

Domanico, A. (2007). Experiência de campo com usuários de crack. In *Prevenção drogas e AIDS, assessoria de DST/AIDS e hepatites virais* (pp. 31-36). Secretaria de Estado de saúde e defesa civil do Rio de Janeiro, coleção textos, nº 2 - 1ª edição.

Duailibi, L. B. (2010). *Revisão sistemática*: *perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil*. (Tese de doutorado, Universidade Federal de São Paulo). Disponível em: http://www.abead.com.br/artigos/arquivos/perfil_usuario_coca_crack.pdf Acesso em: 11, jan. 2013.

Duailibi, L. B., Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2008). Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cad. Saúde Pública, 24*(4), 545-557.

Duarte, P. C. A. V. (2010). A Política e a Legislação Brasileira sobre drogas. In A. Nery Filho, & A. L. R. Valério (Orgs.), *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua* (pp. 72-81). Brasília: SENAD; Salvador: CETAD.

Duarte, R. (2004). Entrevistas em pesquisas qualitativas. *Educar, 24*(1), 213-225.

Farias, A. A. C., & Barros, V. A. (2011). Tráfico de drogas: uma opção entre escolhas escassas. *Psicologia & Sociedade, 23*(3), 536-544.

Ferreira, A. C. Z., Capistrano, F. C., Maftum, M. A., Kalinke, L. P., & Kirchhof, A. L. C. (2012). Caracterização de internações de dependentes químicos em uma unidade de reabilitação. *Cogitare Enferm., 17*(3), 444-51.

Ferreira, P. E. M., & Martini, R. K. (2001). Cocaína: lendas, história e abuso. *Rev Bras Psiquiatr., 23*(2), 96-9.

Ferreira, S., & Brum, J. (2000). As representações sociais e suas contribuições no campo da saúde. *R. Gaúcha Enferm., 20*(n. esp), 5-14.

Fiore, M. (2004). Tensões entre o biológico e o social nas controvérsias médicas sobre uso de "drogas". Reunião Anual da ANPOCS, 28a. *Anais*. Caxambu: ANPOCS.

Fontanella, B. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública, 24*(1), 17-27.

Forte, F. A. P. (2007). Racionalidade e legitimidade da política de repressão ao tráfico de drogas: uma provocação necessária. *Estudos avançados, 21*(61), 193-208.

Galduróz, J. C., Noto, A. R., Fonseca, A. M., & Carlini, E. A. (2005). *V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras – 2004*. São Paulo: Secretaria Nacional Antidrogas/Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.

Guimarães, C. F., Santos, D. V. V., Freitas, R. C., & Araújo, R. B. (2008). Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre. *Rev Psiquiatr RS, 30*(2), 101-8.

Huang, K., Zhang, L., & Liu, J. (2011). Drug problems in contemporary China: A profile of Chinese drug users in a metropolitan area. *International Journal of Drug Policy, 22,* 128–132.

Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e outras Drogas, [Inpad], (2012). *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, Unifesp. Disponível em: http://www.inpad.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=106 Acesso em: 11, jan. 2013.

Jodelet, D. (2001). Representações Sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet (Org.), *As Representações Sociais* (pp.17-41). Rio de Janeiro: UERJ.

Jodelet, D. (2008). Social representations: the beautiful invention. *Journal for the Theory of Social Behaviour, 38*(4), 411-430.

Kessler, F., & Pechansky, F. (2008). Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 30*(2), 96-98.

Lei nº. 6.368 de 21 de outubro de 1976. *Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências*. Diário Oficial da União 1976; 22 out.

Lei nº. 10.409 de 11 de janeiro de 2002. *Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou*

psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2002; 14 jan.

Lei nº. 11.343 de 23 de agosto de 2006. *Dispõe sobre as políticas públicas sobre drogas e sobre a instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, e dá outras providências*. Diário Oficial da União 2006; 28 set.

Lins, E. V. (2009). A nova Lei de Drogas e o usuário: a emergência de uma política pautada na prevenção, na redução de danos, na assistência e na reinserção social. In A. Nery Filho, et at. (Orgs.), *Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas* (pp. 243-270). Salvador: EDUFBA/CETAD.

Luchese, P. T. R., & Aguiar, D. S. (2002). Políticas públicas em Saúde Pública / Patrícia T. R. Lucchese, coord., Dayse Santos Aguiar, Tatiana Wargas, Luciana Dias de Lima, Rosana Magalhães, Giselle Lavinas Monerat. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS. Disponível em: http://www.professores.uff.br/jorge/polit_intro.pdf Acesso em: 11, jan. 2013.

Luz, M. M. C. (2007). *A religiosidade vivenciada na recuperação de dependentes químicos*. (Dissertação de Mestrado). PUC-Campinas. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/tde_arquivos/6/TDE-2007-12-17T040322Z-1380/Publico/Marcia%20Maria%20Carvalho%20Luz.pdf Acesso em: 11, jan. 2013.

Machado, A. R. & Miranda, P. S. C. (2007). Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, *14*(3), 801-821.

Maciel, S. C. (1997). *Representação social sobre drogas e seus usuários: um estudo comparativo com profissionais das áreas jurídica e de saúde.* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa - PB.

Maciel, S. C. (2007). *Exclusão/Inclusão Social do Doente Mental/Louco: Representações e Práticas no Contexto da Reforma Psiquiátrica*. (Tese de Doutorado). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa – PB.

Maciel, S. C. & Melo, J. R. F. (2011). O recurso da entrevista e da análise de conteúdo em pesquisas qualitativas. In M. P. L. Coutinho, & E. R. A. Saraiva (Orgs.), *Métodos de pesquisa em Psicologia Social, perspectivas qualitativas e quantitativas* (pp. 175-204). João Pessoa, PB: Editora Universitária.

Marcon, S. R., Rubira, E. A., Espinosa, M. M., & Barbosa, D. A. (2012). Qualidade de vida e sintomas depressivos entre cuidadores e dependentes de drogas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem, 20*(1), 1-8.

Martini, J. G., & Furegato, A. R. F. (2008). Representações sociais de professores sobre o uso de drogas em uma escola de ensino básico. *Rev Latino-Am. Enfermagem, 16*(n. esp), 601-606.

Minayo, M. C. S. (1998). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (5ª ed.). São Paulo: Hucitec-Abrasco.

Moscovici, S. (1978). *A representação social da psicanálise.* Rio de Janeiro: Zahar editores.

Moscovici, S. (2011). *Representações sociais: investigações em Psicologia social* (7ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.

Mota, L. (2009). *Dependência química e representações sociais: pecado, crime ou doença?* Curitiba: Juruá.

Nascimento, A. B. (2006). Uma visão crítica das políticas de descriminalização e de patologização do usuário de drogas. *Psicologia em Estudo, 11*(1), 185-190.

Neves, A. C. L., & Miasso, A. I. (2010). “Uma força que atrai”: o significado das drogas para usuários de uma ilha de Cabo Verde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem, 18*(n. esp), 589-97.

Nóbrega, S. M., & Coutinho, M. P. L. (2011). O Teste de Associação Livre de Palavras. In M. P. L. Coutinho, & E. R. A. Saraiva (Orgs.), *Métodos de pesquisa em Psicologia Social, perspectivas qualitativas e quantitativas* (pp. 95-106). João Pessoa, PB: Editora Universitária.

Noto, A. R., Galduróz, J. C., Nappo, A. S., Fonseca, A. M., Carlini, C. M. A., Moura, Y. G., & Carlini, E. A. (2003). *Levantamento nacional sobre uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras – 2003*. São Paulo: Secretaria Nacional Antidrogas/Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.

Nunes, D. C., Santos, L. M. B., Fischer, M. F. B., & Güntzel, P. (2010). “...outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas...” In L. M. B. Santos (Org.), *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas* (pp. 15-26). Porto Alegre: Ideograf.

Oliveira, D. C. (2009). *Uma genealogia do jovem usuário de crack: mídia, justiça, saúde, educação*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Maria, RS.

Oliveira, D. C., & Dias, M. H. (2010). Os jovens usuários de crack e a rede de cuidados: problematizações a partir de uma experiência. In L. M. B. Santos (Org.), *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas* (pp. 27-42). Porto Alegre: Ideograf.

Oliveira, E. M., & Santos, N. T. V. (2010). A rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas – em busca da integralidade. In L. M. B. Santos (Org.), *Outras*

palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas (pp. 71-86). Porto Alegre: Ideograf.

Oliveira, J. F. (2008). *(In)visibilidade do consumo de drogas como problema de saúde num contexto assistencial: uma abordagem de gênero.* (Tese de doutorado). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, BA.

Oliveira, J. F., McCallum, C. A., & Costa, H. O. G. (2010). Representações sociais de Agentes Comunitários de Saúde acerca do consumo de drogas. *Rev Esc Enferm USP, 44*(3), 611-8.

Oliveira, L. G., & Nappo, S. A. (2008a). Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. *Rev Psiquiatr Clín, 35*(6), 212–18.

Oliveira, L. G., & Nappo, S. A. (2008b). Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Rev Saude Publica*, *42*(4), 664-71.

Oliveira, M. S. B. S. (2004). Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. *Rev. Bras. Ci. Soc., 19*(55), 180-186.

Pérez-Nebra, A. R., & Jesus, J. G. (2011). Preconceito, estereótipo e discriminação. In C. V. Torres & E. R. Neiva (Orgs.), *Psicologia social: principais temas e vertentes* (pp. 219-237). Porto Alegre: Artmed.

Política Nacional Sobre Drogas [Pnad] (2005). *Resolução nº3/GSIPR/CH/CONAD, de 27 de outubro de 2005*. Disponível em: http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf Acesso em: 11, jan. 2013.

Pratta, E. M. M., & Santos, M. A. (2009). O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 25*(2), 203-211.

Psiquiatr., 23(2), 96-9.

Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos (2011). *Locais de internação para usuários de drogas*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.

Relatório de auditoria operacional do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD (2012). *Parte 2: Prevenção, Tratamento e Reinserção Social do Dependente de Álcool e Outras Drogas*. Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo.

Relatório Mundial Sobre Drogas. (2012). Disponível em: http://www.unodc.org/southerncone/pt/drogas/relatorio-mundial-sobre-drogas.html Acesso em: 11, jan. 2013.

Ribeiro, L. A., Sanchez, Z. M., & Nappo, S. A. (2010). Estratégias desenvolvidas por usuários de *crack* para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. *J Bras Psiquiatr., 59*(3), 210-218.

Ribeiro, M., Dunn, J., Sesso, R., Dias, A. C., & Laranjeira, R. (2006). Causa mortis em usuários de crack. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 28*(3), 196-202.

Richardson, R. J. (2009). *Pesquisa social: métodos e técnicas* (3ªed.). São Paulo: Atlas.

Rodrigues, D. S., Backes, D. S., Freitas, H. M. B., Zamberlan, C., Gelhen, M. H., & Colomé, J. S. (2012). Conhecimentos produzidos acerca do crack: uma incursão nas dissertações e teses brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva, 17*(5), 1247-1258.

Romanini, M., & Roso, A. (2012). Mídia e Crack: Promovendo Saúde ou Reforçando Relações de Dominação? *Psicologia: ciência e profissão, 32*(1), 82-97.

Ronzani, T. M., & Mota, D. C. B. (2011). Políticas de saúde para a atenção integral a usuários de drogas. In A. G. Andrade (Coor.). *Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas* (pp. 251-270). Brasília: Ministério da Justiça.

Sá, C. P. (1996a). *Sobre o núcleo central das representações sociais.* Petrópolis, RJ: Vozes.

Sá, C. P. (1996b). Representações sociais: teoria e pesquisa do núcleo central. *Temas em Psicologia, 4*(3), 19-33.

Sá, C. P. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em representações sociais*. Rio de Janeiro: UERJ.

Santos, M. F. S., & Almeida, L. M. (2005). *Diálogos com a teoria da representação social*. UFPE, Recife, PE: Editora Universitária.

Santos, M. F. S., Acioli Neto, M. L., & Sousa, Y. S. O. (2012). Representações sociais do *crack* na imprensa pernambucana. *Estudos de Psicologia, 29*(3), 379-386.

Santos, S. V. B., & Souza, E. M. (2010). Desafios no tratamento dos usuários de crack. In G. L. Silva (Org.), *Drogas: políticas e práticas* (pp. 113-124). São Paulo: Roca.

Saraiva, E. R. A. (2007). *A experiência materna mediada pela depressão pós-parto: um estudo das representações sociais.* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.

Saraiva, E. R. A., Vieira, K. F. L., & Coutinho, M. P. L. (2011). A utilização do software EVOC nos estudos acerca das representações sociais. In M. P. L. Coutinho, & E. R. A. Saraiva (Orgs.), *Métodos de pesquisa em Psicologia Social, perspectivas qualitativas e quantitativas* (pp. 149-174). João Pessoa, PB: Editora Universitária.

Scaduto, A. A., & Barbieri, V. (2009). O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva, 14*(2), 605-614.

Schenker, M., & Minayo, M. (2004). A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Cad. Saúde Pública*, *20*(3), 649-659.

Schuch, D. S., Cordeiro, M. H. B.V., Oliveira, L., & Piva, V. M. (2008). O uso de instrumentos teórico metodológicos da representação social na pesquisa em educação ambiental. Disponível em: http://www.pucpr.edu.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/678_425.pdf Acesso em: 11, jan. 2013.

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (2011). *Integração de competências no desempenho da atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas*. Brasília: Ministério da Justiça, 352 p.

Silva, P. L. (2007). *As Representações Sociais do uso de drogas entre familiares de usuários em tratamento*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA.

Siqueira, D. (2010). Construindo a descriminalização... In L. M. B. Santos (Org.), *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas* (pp. 65-70). Porto Alegre: Ideograf.

Spink, M. J. (1993). Conceito de representações sociais na abordagem psicossocial. *Cadernos de Saúde Pública, 3*(9), 300–308.

Strey, M. N. (2010). *Psicologia social contemporânea* (13ª. Ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.

Teixeira, E. C. (2002). *O Papel das Políticas Públicas no Desenvolvimento Local e na Transformação da Realidade. Políticas Públicas - O Papel das Políticas Públicas*. BA: AATR. Disponível em: http://www.fit.br/home/link/texto/politicas_publicas.pdf Acesso em: 11, jan. 2013.

Tinoco, R. (2002). Para uma história dos efeitos das drogas: dos usos cerimoniais aos consumos malditos. *Revista Antropológicas, 6*, 221-245.

Totugui, M. (1988). Visão histórica e antropológica do consumo de drogas. In R. Bucher (Org.), *As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial* (pp. 1-7). São Paulo: EPU.

Trad, S. (2009). Controle do uso de drogas e prevenção no Brasil: revisitando sua trajetória para entender os desafios atuais. In A. Nery Filho, et al. (Orgs.), *Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas* (pp. 97-112). Salvador: EDUFBA: CETAD.

Tuller, N. G. P., Rosa, D. T. M., & Menegatti, R. P. (2007). Crack e os perigos de uma viagem sem retorno. *Iniciação Científica CESUMAR*, *9*(2), 153-160.

Vala, J. (1996). As representações sociais no quadro dos paradigmas e metáforas da psicologia social. In L. Camino (Org.), *O conhecimento do outro e a construção da realidade social: Uma análise da percepção e da cognição social* (pp. 121-159). João Pessoa, PB: Editora Universitária.

Vala, J. (2003). A análise de conteúdo. In A. S. Silva & J. M. Pinto (Ed.). *Metodologia das ciências sociais*. 12ª ed. (pp. 101-128). Lisboa: Apontamentos.

Vargas, E. V. (1998). Os corpos intensivos: sobre o estatuto social do consumo de drogas legais e ilegais. In L. F. D. Duarte & O. F. LEAL, (Orgs.), *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

Vargens, R. W., Cruz, M. S., & Santos, M. A. (2011). Comparação entre usuários de crack e de outras drogas em serviço ambulatorial especializado de hospital universitário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem., 19*(n. esp), 804-12.

Vergès, P. (2002). E*nsenble de Programmes Permettant L'analyse des Evocations - EVOC2000 (Version 5 Avril 2002)*. Paris: Aix em Provence.

Vieira, D. L., Ribeiro, M., Romano, M., & Laranjeira, R. R. (2007). Álcool e adolescentes: estudo para implementar políticas municipais. *Rev Saúde Pública*, *41*(3), 396-403.

ANEXOS

ANEXO 1

Certificado do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 7ª Reunião realizada no dia 25/10/2011, o projeto de pesquisa intitulado: "REPRESENTAÇÃO SOCIAL SOBRE O CONSUMO DE CRACK: UM ESTUDO PSICOSSOCIOLÓGICO", da Pesquisadora Juliana Rizia Félix de Melo. Protocolo nº. 0235/11.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionado à apresentação do resumo do estudo proposto à apresentação do Comitê.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL – MESTRADO

Prezado Senhor,

Esta pesquisa é sobre representação social do consumo de crack, um estudo psicossociológico, e está sendo desenvolvida por Juliana Rízia Félix de Melo, mestranda em Psicologia social da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação da Profª. Dr. Silvana Carneiro Maciel.

O objetivo do estudo é conhecer as representações sociais elaboradas por usuários de crack em tratamento acerca das drogas, em especial do crack, e de seus usuários. A finalidade deste trabalho é contribuir para o aumento do conhecimento científico acerca da dependência química.

O seu benefício ao participar desta pesquisa será contribuir para o fornecimento de dados científicos para os órgãos públicos, com o intuito de contribuir para a implementação de políticas públicas adequadas ao nível da Atenção Básica sobre essa problemática.

Solicitamos a sua colaboração para responder a uma entrevista e um questionário, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde.

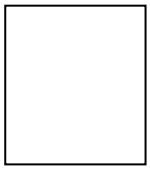
Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

_____

Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal



Espaço para impressão dactiloscópica

_____

Assinatura da Testemunha

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para: **Juliana Rízia Félix de Melo.** E-mail: julianarizia@hotmail.com; Endereço: Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes/Coordenação de Pós-graduação em Psicologia social da Universidade Federal da Paraíba; fone: 3216-7337.
Comitê de Ética em Pesquisa/Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal da Paraíba. Endereço: Bloco Arnaldo Tavares, sala 812, CAMPUS I, Cidade Universitária, CEP: 58051-900, João Pessoa-PB. Fone: 3216-7791; e-mail: eticaccsufpb@hotmail.com;

Atenciosamente,

_____

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE 2

Questionário sociodemográfico

- Idade
- Escolaridade
- Renda
- Idade de início do uso de drogas
- Número de internamentos
- Estado civil
- Há quanto tempo você usa o crack
- Com que idade você começou a fazer uso do crack

APÊNDICE 3

Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP)

Crack
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Usuário de drogas
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Tratamento
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

APÊNDICE 4

Roteiro da entrevista semiestruturada

- O que significa drogas para você?
- O que significa crack?
- O que você entende por dependência química?
- Como você definiria o dependente químico?
- Como você definiria o usuário de crack?
- Como você definiria a si mesmo?
- O que leva uma pessoa a buscar as drogas?
- Quais são as conseqüências do uso de drogas para o usuário e sua família?
- Qual o tratamento mais adequado para o dependente de crack?
- Qual o futuro de um dependente de crack?
- O que você pensa para o seu futuro?