

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**Rafaela Toledo Dias**

**Estigma relacionado a usuários de drogas: um estudo das crenças de profissionais de  
saúde**

**Juiz de Fora**

**2019**

**Rafaela Toledo Dias**

**Estigma relacionado a usuários de drogas: um estudo das crenças de profissionais de  
saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Processos Psicossociais em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Pollyanna Santos da Silveira

**Juiz de Fora**

**2019**

**Rafaela Toledo Dias**

**Estigma relacionado a usuários de drogas: um estudo das crenças de profissionais de  
saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Juiz de Fora como requisito parcial a obtenção do grau de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Processos Psicossociais em Saúde.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Pollyanna Santos da Silveira

Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani

Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof. Dr. Marcelo Dalla Vecchia

Universidade Federal de São João Del Rei

## AGRADECIMENTOS

A Deus, toda a minha gratidão e toda honra. Meu Pai é muito bom em todo o tempo! Ele que abriu portas e que me proveu em tudo o que precisei.

A minha mãe, Emília, que sonhou tanto comigo, me incentivou, não mediu forças e investimentos para a concretização dessa vitória. As minhas irmãs, Tamiris e Ana e ao meu cunhado Elienay por todo apoio e também por acreditarem em mim. A minha sobrinha Alice e meu sobrinho Theo, pois quero poder ser inspiração para eles de que com a ajuda de Deus e com muita determinação nossos sonhos podem se tornar reais.

Agradeço de forma muito especial à minha maravilhosa orientadora e amiga Professora Dr<sup>a</sup> Pollyanna, que demonstrou seu coração tão humano e compreensivo nestes dois anos. Obrigada pela paciência, por toda ajuda e por toda a sua generosidade, Polly!

À Joanna, que foi um dos maiores presentes nesse tempo, tanta troca e tanto carinho, uma mulher dedicada, excelente em tudo que faz, um ser diferenciado!

As bolsistas, em especial a Nathália, Caroline e Andressa, que de forma tão diligente contribuíram para este trabalho. A todo o grupo de pesquisa, meu muito obrigado pela excelente convivência.

Minha gratidão ao professor Dr. Telmo, não apenas pela participação nas bancas, pelo conhecimento e oportunidades que ele proporcionou, mas também por seu bom humor que tornou tudo mais leve.

Ao Professor Dr. Marcelo Dalla Vecchia, por sua expressiva contribuição para o andamento do trabalho e que gentilmente compôs a banca.

Aos meus pastores, célula, líderes e amigos, pois nos momentos difíceis, foram o meu abrigo, sempre me cercando de palavras de incentivo e oração.

A todos os professores do Departamento de Psicologia da UFJF e de toda minha trajetória estudantil. Conhecimento é processo e minha vitória hoje devo também a eles.

## RESUMO

O cuidado a usuários de drogas é permeado pelo estigma social, acarretando em investimentos insuficientes para a promoção da saúde dessa população, limitando o seu acesso ao tratamento. Além disso, as práticas que violam seus direitos e os excluem da participação social plena são legitimadas pela estigmatização dos profissionais de saúde. Posto isso, o objetivo geral do estudo é compreender as crenças estigmatizantes relacionadas a usuários de álcool e outras drogas de profissionais de saúde que atuam em serviços especializados e não especializados no tratamento das referidas substâncias, a partir de uma aproximação qualitativa. Participaram deste estudo 11 profissionais de saúde de três serviços distintos: CAPSad III, CAPS II e profissionais da Residência Multiprofissional vinculada à uma universidade. Utilizou-se o Grupo Focal como estratégia de coleta de dados, sendo uma sessão de 90 minutos em cada serviço supracitado, apenas com os profissionais que anteriormente participaram de um Workshop sobre Estigma. Os dados foram analisados mediante análise de conteúdo e os cuidados éticos foram assegurados. Os resultados demonstraram que as crenças dos participantes ainda são permeadas por estigmas, porém, eles têm se implicado em uma postura crítica e coerente com as políticas vigentes frente a essa realidade. Foram relatadas as vulnerabilidades específicas das mulheres nos serviços, frutos de estereótipos e estigmas inerentes ao gênero. Os participantes defenderam ainda que as medidas voltadas a usuários de drogas devem ser pautadas pela perspectiva de intersetorialidade e interdisciplinaridade. Considera-se que este trabalho apresentou avanços metodológicos importantes para a pesquisa de abordagem qualitativa na área de estigma social, especialmente pela realização dos Grupos Focais, que forneceram um produto rico de significados, podendo embasar futuramente programas de formação profissional que sensibilizem os profissionais para o cuidado integral do usuário de drogas, considerando as problemáticas relativas a estigmas específicos, como o de gênero.

**Palavras-chave:** crenças; estigma; uso de drogas; profissionais de saúde; Grupo Focal.

## ABSTRACT

Care for drug users is permeated by social stigma, resulting in insufficient investments to promote the health of this population, limiting their access to treatment. In addition, practices that violate their rights and exclude them from full social participation are legitimized by the stigmatization of health professionals. Therefore, the general objective of the study is to understand the stigmatizing beliefs related to alcohol users and other drugs of health professionals who work in specialized services and not specialized in the treatment of these substances, based on a qualitative approach. This study included 11 health professionals from three different services: CAPSad III, CAPS II and professionals from the Multiprofessional Residence linked to a university. The Focal Group was used as a data collection strategy, with a 90-minute session in each service mentioned above, only with professionals who previously participated in a Stigma Workshop. Data were analyzed through content analysis and ethical care was ensured. The results showed that the participants' beliefs are still permeated by stigmas, but they have been implicated in a critical posture and consistent with the current policies against this reality. Specific vulnerabilities of women in services have been reported, as a result of gender stereotypes and stigmas. The participants also argued that measures aimed at drug users should be based on the perspective of intersectoriality and interdisciplinarity. It is considered that this work presented important methodological advances for the qualitative research in the area of social stigma, especially by the realization of the Focal Groups, which provided a product rich in meanings, and could support future professional training programs that sensitize professionals to the comprehensive care of the drug user, considering issues related to specific stigmas, such as gender.

**Keywords:** beliefs; stigma; drug use; Health professionals; Focus Group.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa mental. Rótulos dos profissionais relacionados a usuários de álcool e outras drogas.....	32
--	----

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 – Temas Centrais da Análise de Conteúdo Temática.....	16
Tabela 2 – Caracterização dos participantes do Grupo Focal (GF) .....	18

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPSad III	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas III
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial II
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
HU	Hospital Universitário
HU's	Hospitais Universitários
CAPS-HU	Centro de Atenção Psicossocial do Hospital Universitário
Ambulatório AD	Ambulatório Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
GF	Grupo Focal ou Grupos Focais

## SUMÁRIO

1.	Artigo - Estigma relacionado a usuários de drogas: um estudo das crenças de profissionais de saúde.....	1
2.	Introdução.....	1
3.	Método.....	7
3.1	O Cenário.....	8
3.2	Os participantes.....	11
3.3	A coleta das informações.....	12
3.4	Análise dos dados.....	13
3.5	Aspectos éticos.....	15
4.	Resultados e Discussão.....	15
5.	Considerações Finais.....	37
5.1	Forças e Limitações.....	39
6.	Referências.....	41
7.	Anexo A – Roteiro do Grupo Focal (GF) .....	50
8.	Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....	54

## **ESTIGMA RELACIONADO A USUÁRIOS DE DROGAS: UM ESTUDO DAS CRENÇAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

### **Resumo**

A estigmatização de profissionais de saúde relacionada a usuários de drogas limitam o acesso ao tratamento e legitimam práticas que violam direitos dessa população. Portanto, o objetivo geral do estudo é compreender as crenças estigmatizantes de profissionais de saúde relacionadas a usuários de álcool e outras drogas a partir de uma aproximação qualitativa. Participaram dessa investigação 11 profissionais de três serviços: CAPSad III, CAPS II e da Residência Multiprofissional. O Grupo Focal foi utilizado como estratégia de coleta de dados, sendo posteriormente analisados conforme a análise de conteúdo temática. Os resultados demonstraram que as crenças dos participantes são permeadas por estigmas, porém, eles possuem uma postura crítica frente a essa realidade. Defendeu-se que medidas voltadas a usuários de drogas devem se respaldar pelas perspectivas de intersetorialidade e interdisciplinaridade. Conclui-se que esta investigação proveu avanços metodológicos para a pesquisa qualitativa na área de estigma social, especialmente pela realização dos Grupos Focais.

**Palavras-chave:** crenças; estigma; uso de drogas; profissionais de saúde; Grupo Focal.

### **Abstract**

The stigmatization of drug-related health professionals limits access to treatment and legitimizes practices that violate rights of this population. Therefore, the general objective of the study is to understand the stigmatizing beliefs of health professionals related to alcohol users and other drugs from a qualitative approach. 11 professionals from three services: CAPSad III, CAPS II and the Multiprofessional Residency participated in this research. The focus group was used as a strategy for data collection, and were subsequently analyzed according to the thematic content analysis. The results showed that the participants' beliefs are

permeated by stigmas, but they have a critical attitude towards this reality. It was argued that measures aimed at drug users should be supported by the perspectives of intersectoriality and interdisciplinarity. It is concluded that this research provided methodological advances for the qualitative research in the area of social stigma, especially by the accomplishment of the Focal Groups.

**Keywords:** beliefs; stigma; drug use; Health professionals; Focus Group.

### **Introdução**

O consumo de álcool e outras drogas acompanha o homem em todo o seu percurso histórico, com funções e significações distintas para cada cultura (Ronzani, 2018). Entretanto, em âmbito global, seu uso tem sido elencado como um problema de saúde pública (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2018), trazendo consequências de ordem física e social aos usuários, a família e à comunidade, além das consequências sanitárias, econômicas, jurídicas e políticas para a sociedade (Alfonzo, 2015).

Os levantamentos epidemiológicos têm facilitado a identificação dos impactos desses problemas na saúde da população. Dessa forma, o Relatório Mundial sobre Drogas divulgado pelo Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2016) aponta que uma a cada 20 pessoas entre 15 e 64 anos fez uso de pelo menos algum tipo de droga no mundo em 2014. Desse número, pelo menos 29 milhões de pessoas apresentam transtornos relacionados ao consumo de drogas, sendo a cannabis a droga ilícita mais consumida pela população em geral, seguida pelas anfetaminas. Os dados apresentam ainda que cerca de 207 mil mortes foram relatadas em decorrência do uso de drogas. O Relatório Mundial sobre Drogas mais recente (UNODC, 2018) concluiu que os índices de pessoas que usaram drogas ao menos uma vez por ano permaneceu estável em 2016, mas acrescenta que o uso não medicinal de medicamentos sob prescrição tem se configurado como

uma forte ameaça para a saúde pública, sendo os opióides os maiores responsáveis pelos danos. Além disso, o documento apresenta que o uso de drogas por mulheres difere muito dos homens, e é comum que a iniciação do uso pelo sexo feminino seja mais tardia, no entanto, elas tendem a aumentar sua taxa de consumo de álcool, cannabis, cocaína e opióides mais rapidamente que os homens. Ainda no que se refere às mulheres, os estudos mostram que aquelas que fazem uso de drogas têm de duas a cinco vezes mais chances de serem vítimas de violência do que as mulheres que não fazem uso de drogas na população em geral.

Especialmente nos países da América Latina, os problemas decorrentes do uso de drogas estão associados a outros temas relevantes, como pobreza, falta de segurança e violência (Alfonzo, 2015). É fundamental reconhecer a multiplicidade de determinações que influenciam o uso de drogas, além da interdependência e inter-relação entre o usuário e o seu contexto sociocultural (Rocha, Alves, Vieira, Barbosa, Leite & Dias, 2015). Os determinantes sociais de saúde podem ser entendidos como as condições sociais, econômicas, culturais, étnicos/raciais, psicológicas e comportamentais que influem na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde [CNDSS], 2006). É importante lembrar que esses fatores não exercem uma relação direta de causa-efeito, mas são aspectos importantes que influenciam a condição de saúde em seu conceito amplo dos grupos e pessoas (Buss & Filho, 2007). Em relação ao uso de drogas, a investigação e o olhar para origem multideterminada do problema, dilata a compreensão do fenômeno, do mesmo modo que possibilita a formulação de ações mais amplas e contextualizadas para o cuidado integral do usuário (Mota, Ronzani & Moura, 2014).

Mesmo diante de um cenário de mobilização política e social em torno dos problemas decorrentes do uso de drogas, muitas pessoas que fazem uso optam por não procurar atendimento ou abandonam prematuramente o tratamento em função da estigmatização (Silveira, Tostes, Wan, Ronzani, & Corrigan, 2018). O estigma é decorrente não apenas da comunidade em geral, mas também dos profissionais de saúde, implicando em discriminação e

exclusão social (Ronzani, Noto & Silveira, 2017). Entre os efeitos negativos do estigma para a saúde e qualidade de vida dos sujeitos, pode-se destacar a diminuição da autoestima e autoeficácia, a limitação das interações sociais, o isolamento social, o desemprego, a desesperança e os baixos níveis de escolaridade (van Boekel, 2015; Silveira, Soares, Gomide, Ferreira, Casela, Martins, & Ronzani, 2015; Nieweglowski, Dubke, Mulfinger, Sheehan, & Corrigan, 2018).

O sociólogo Erving Goffman (1978) define o estigma como uma “marca” que atribui ao seu portador um status “deteriorado”, conferindo perda de valor a esse indivíduo quando comparado às pessoas normais. O autor acrescenta que o sujeito estigmatizado é cerceado de sua aceitação social plena. Para a perspectiva psicossocial de Link e Phelan (2001), o processo de estigmatização envolve uma sequência de eventos onde, primeiramente, ocorre a identificação de um traço pessoal distinguível no outro. Seguido desse processo, tem-se a rotulação destes indivíduos e associação desses rótulos a um conjunto de estereótipos grupais, culminando na separação desses sujeitos do convívio social pleno. Ao final, as pessoas rotuladas experimentam perda de status e são discriminadas, levando a resultados desiguais. O estigma só existe, portanto, quando esses eventos se inter-relacionam, mediante uma relação de poder, que pode ser social, econômico e/ou político.

Diversos apontamentos são usados na tentativa de justificar o estigma relacionado a usuários de drogas, e podem envolver fatores históricos, sociopolíticos e econômicos. Entretanto, as atitudes e políticas públicas de cunho moralista da primeira metade do século XX reforçaram as crenças negativas da população geral e de profissionais de saúde, visto que disseminavam que o uso de drogas é fruto de uma escolha pessoal, e os usuários eram tidos como fracos, egoístas, preguiçosos e hedonistas (Pickard, 2017). Especialmente com relação aos profissionais de saúde, as causas podem incluir a carência de compreensão de diferentes expressões culturais, ausência de formação e treinamento adequados, a fragmentação de

modelos de cuidados, e até mesmo a precariedade de tecnologias que favoreçam a formulação de diagnóstico e cuidado adequados (Tavares, Souza e Pontes, 2013).

No cenário atual, apesar dos importantes avanços legislativos, o cuidado a usuários de álcool e outras drogas é ainda permeado pelo estigma, acarretando em investimentos insuficientes para a promoção do cuidado e do tratamento adequado, além da violação de direitos, limitando o acesso dessa população ao cuidado de que necessita (Pitta, Coutinho, & Rocha 2015; Silveira et al., 2018). Sabe-se ainda que os avanços políticos não são capazes de modificar prontamente as crenças da população geral e dos profissionais de saúde a respeito da temática, pois elas são resultantes de processos sócio históricos (Costa & Paiva, 2016). Rosenberg e Hovland (1960) teorizam que as crenças são um dos componentes das atitudes, dividindo esta última em um Modelo Tripartido. Portanto, as atitudes para os autores são construções psicológicas compostas por três componentes: o afetivo/ emotivo, o cognitivo e o comportamental, sendo que as crenças constituem o componente cognitivo, e se explicam pelas informações que os indivíduos possuem a respeito do objeto para qual se dirige a atitude. Nesse sentido, o estigma, considerando a perspectiva psicossocial supracitada, é inicialmente formado pelas crenças (englobando os processos de rotulação e estereotipização) e também mantido por elas, dando origem às manifestações afetivas e comportamentais (respostas de medo ou raiva, separação e discriminação social).

Sobre as crenças negativas endossadas pelos profissionais de saúde com relação aos usuários de drogas, os estudos têm demonstrado a diversidade de compreensões que eles possuem sobre os usuários e o uso, o que pode contribuir para a desintegração e descontinuidade do cuidado. Para alguns profissionais, o uso de drogas é visto unicamente como uma patologia ou como uma doença sem cura, sem identificação dos diferentes padrões de uso, o acaba alocando todos os usuários no diagnóstico de dependência, com ênfase excessiva aos aspectos biológicos (Moraes, 2008; Moretti-Pires, Ferro, Büchele, Oliveira, & Gonçalves, 2011; Prates, Pinho, Oliveira, & Claro, 2014). Ademais, a moralização do uso de drogas é frequente (Paiva,

Ferreira, Martins, Barros, & Ronzani, 2014; Oliveira & Ronzani, 2012; Silveira, Martins, & Ronzani, 2009; Ronzani, Higgins-Biddle, & Furtado, 2009), sendo os usuários considerados pecadores, vagabundos, delinquentes, dificultadores do próprio tratamento (Silveira, Martins, & Ronzani, 2009) ou que simplesmente não querem parar de beber (Gomide et al., 2010), além de sua constante associação a condutas violentas e criminais (Oliveira, McCallum, & Costa, 2010).

As crenças moralizantes sobre o uso de drogas resultam da ideia de que o paciente é o responsável pelo surgimento e solução do seu problema de saúde, o que implica na desresponsabilização do profissional na atenção a esses usuários e contribuem para legitimar políticas públicas excludentes, como se os dependentes não fossem dignos de um tratamento humanizado (Oliveira & Ronzani, 2012). Dessa forma, a medida que prevalece o ideal moral do modelo de cuidado, o preconceito, as injustiças e as violações de direitos continuarão sendo legitimadas (Pickard, 2017), e o usuário continuará sendo vítima de dispositivos de tratamento que não oferecem um cuidado adequado. Ao mesmo tempo, visões respaldadas apenas pelo modelo médico biologicista reduzem a compreensão integral do problema (Heather, 2017). Portanto, tais crenças fundamentam o estigma e as abordagens ineficazes de atenção a usuários de drogas, sendo a base legitimadora de políticas e práticas excludentes, além de ampararem a culpabilização dos usuários de drogas por diversos problemas sociais, como a violência, impactando a recuperação e reinserção social desses indivíduos (Silveira et al., 2018).

Em virtude desse cruzamento entre crenças estigmatizantes e desajustamento dos modelos de atenção, considera-se relevante compreender as crenças dos profissionais de saúde sobre o uso de drogas, posto que esta compreensão pode fundamentar melhorias nas ações, estratégias e intervenções que visam aperfeiçoar o cuidado e reduzir o estigma. Portanto, o objetivo geral do presente estudo é compreender as crenças estigmatizantes relacionadas a usuários de álcool e outras drogas, em profissionais de saúde que atuam em serviços especializados e não especializados no tratamento do das referidas substâncias a partir de uma

aproximação qualitativa. Além disso, por objetivo específico, assume-se: a compreensão das crenças desses profissionais sobre os determinantes do consumo de álcool e outras drogas, entre os usuários que são atendidos pelos serviços.

### **Método**

Como o objetivo deste estudo diz respeito a um aprofundamento da experiência subjetiva com o objeto, considera-se que a aproximação qualitativa se torna a mais apropriada, além de possuir um caráter exploratório dos significados dos processos sociais (Cavazza, 2008). No âmbito da pesquisa em saúde, a abordagem qualitativa encontra-se como orientação largamente difundida, especialmente pelo crescimento da noção de interdisciplinaridade nessa área. Entre as vantagens da abordagem qualitativa destacam-se sua eficácia no estudo dos eventos humanos e a oportunidade de expandir pressupostos que interferem na nossa compreensão do mundo social, bem como o seu baixo custo financeiro (Kerr & Kendall, 2013).

O planejamento da presente pesquisa se deu de forma articulada a um estudo multicêntrico denominado “*Estigma de Profissionais da Saúde em relação aos Usuários de Álcool e outras Drogas: Desenvolvimento, Implementação e Avaliação de uma Intervenção*”. Assim, a coleta dos dados aconteceu após aproximadamente um mês do *Workshop* realizado com profissionais acerca do estigma relacionado aos usuários de álcool e drogas.

De maneira sucinta, este *Workshop* — cuja duração total era de 12 horas, compreendidas em três dias, sendo uma sessão por semana — buscava a produção de um espaço seguro onde sentimentos e pensamentos pudessem emergir, para serem aceitos, compartilhados, acolhidos e discutidos sem julgamentos duros. Para fins desta pesquisa, o *Workshop* valeu apenas para sensibilizar os profissionais acerca da temática do estigma e ambientar a pesquisadora responsável com o grupo de profissionais que seriam convidados a compor o grupo de informantes. Ademais, o workshop contribuiu ainda para gerar disparadores discursivos importantes no momento da coleta de dados deste projeto de pesquisa. A pesquisadora

participou de todos os *Workshops*, tomou notas, se envolveu ativamente compartilhando experiências profissionais e pessoais, com a finalidade de interagir e entrar na realidade investigada; e nesta interação, influenciar o conhecimento do senso comum, referencial da população estudada (Velloso & Guimarães, 2013).

## **O Cenário**

A variedade de *backgrounds* onde se deu a coleta de dados e recrutamento dos profissionais compreendeu três modalidades de serviço, a saber: um grupo foi composto por profissionais de serviço especializado do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Álcool e Drogas III de um município do Rio de Janeiro, o segundo de um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS II do mesmo município, e o terceiro grupo formado por profissionais que integram o Programa de Residência Multiprofissional de uma universidade pública mineira.

Em contexto nacional, os usuários de álcool e outras drogas e suas famílias podem ser atendidos por dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. A RAPS integra a Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS) através de serviços e equipamentos diversos, como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III) (Brasil, 2011). Posto isso, considera-se que os profissionais desses dispositivos devem ser privilegiados no que tange a formação, capacitação, treinamento e intervenções em saúde voltadas à prevenção primária ao uso prejudicial de drogas. Essas ações se dão por meio das estratégias de redução de danos, tratamento, referenciamento entre a rede e redução do estigma.

Os CAPS, dois dos cenários privilegiados neste estudo, se diferem em suas modalidades conforme à especificidade da demanda, ou seja, se para transtornos mentais graves, crianças e adolescentes ou usuários de álcool e outras drogas. Além disso, a estrutura física, os recursos profissionais e as atividades terapêuticas também influenciam o tipo de dispositivo. Dessa

forma, os CAPS II são para atendimento diário de adultos com transtornos mentais severos e persistentes; já os CAPS III são para atendimento diário e noturno de adultos, durante toda a semana, contemplando à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes. Os CAPSad são, especificamente, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esta modalidade de CAPS possui leitos de repouso com o objetivo ímpar de tratamento de desintoxicação (Brasil, 2004).

Dentro desse contexto, o CAPSad III, um dos cenários, foi inaugurado em 2012 e sua equipe é composta por: médico clínico, psiquiatra, psicólogo, assistente social, técnicos de enfermagem, agentes administrativos, copeira, vigia e limpeza. São realizados cerca de 650 a 700 atendimentos ao mês. A equipe é dividida por turnos, sendo a maioria contratada em Regime Estatutário. A maior parte dos profissionais já faz parte da equipe desde a inauguração, no entanto, alguns iniciaram suas atividades há pouco tempo e não há rotatividade de profissionais. Suas instalações são amplas, e dentre as atividades que o serviço oferece estão as oficinas terapêuticas de cinema, música, capoeira, yoga, informações do SUS, cessação ao tabagismo, promoção de saúde e autoestima, meio ambiente. Além destas, contam também com os seguintes Grupos Terapêuticos: recepção, consciência corporal, poli usuários, mulheres, familiares, redução de danos, prevenção à recaída e adultos jovens. O serviço dispõe de leitos para desintoxicação e o paciente pode ficar no acolhimento noturno até 14 dias, sendo que a prorrogação depende da avaliação multiprofissional.

O CAPS II foi inaugurado em 2016 e sua criação se deu mediante a crescente demanda do território onde ele se situa, no qual a população se encontra em maior vulnerabilidade econômica e social. O serviço atende indivíduos com transtornos mentais de moderados a graves e também dependentes de álcool e outras drogas (cerca de 25 dependentes no dia da entrevista). A equipe é formada por três psicólogos, um psiquiatra, um assistente social, uma terapeuta ocupacional, dois auxiliares de serviços internos e externos e uma enfermeira. Cerca

de 150 pacientes são atendidos pelo serviço. As oficinas terapêuticas realizadas são: arte, pintura, jardinagem, lúdica, expressiva, música, artesanatos e culinária. Os grupos terapêuticos são exclusivos para dependentes de álcool e outras drogas, adultos, adolescentes, mulheres e homens com transtorno de ansiedade. O vínculo profissional da equipe varia entre contratados e estatutários, não havendo rotatividade de profissionais.

Com relação a Residência Multiprofissional, é importante destacar que existem três tipos de residências diferentes no Hospital Universitário (HU) do município mineiro. A primeira delas é a Residência em Saúde Mental, onde psicólogos, médicos, enfermeiros, assistentes sociais podem ingressar, e seu funcionamento se dá no Centro de Atenção Psicossocial do Hospital Universitário (CAPS- HU) e demais CAPS do município. As outras duas são diretamente vinculadas ao HU, são elas a de Atenção Hospitalar e Saúde do Adulto. Na primeira os residentes passam a maior parte do tempo em rodízio entre dois HU's, sendo que em um deles funciona a parte ambulatorial. Já na segunda os residentes passam três meses nos serviços primários, secundários e terciários de atenção à saúde (Unidades de Atenção Primária à Saúde - UAPS, Ambulatórios e HU's). Todos os residentes, das diferentes modalidades, têm contato com usuários de álcool e outras drogas através do ambulatório Álcool e Drogas ou no CAPSad. Os residentes da Saúde Mental no primeiro ano passam a fazer rodízio entre os CAPS. No segundo ano eles passam seis meses no CAPSad e os outros seis meses no CAPS Infantil (CAPS i). No período em que os residentes da saúde mental estão no CAPSad, eles também realizam atividades no Ambulatório AD do HU. Na Saúde do Adulto e na Atenção Hospitalar os profissionais residentes passam quatro meses e seis meses, respectivamente, no Ambulatório AD do HU e não vão para o CAPSad. No ambulatório AD do HU a demanda por atendimento é aberta ou pode ser feita por encaminhamento de algum serviço público de saúde. A equipe profissional do ambulatório é formada por um psiquiatra responsável, uma psicóloga, uma assistente social, uma enfermeira e uma terapeuta ocupacional. Todos eles atuam como tutores na prática dos residentes e estagiários. Nos pacientes que são acolhidos pelo serviço faz-

se um rastreio do consumo de álcool e outras drogas, através do uso de entrevista semiestruturada e instrumento padronizado, seguido de uma Intervenção Breve (IB); e esse processo é de responsabilidade da equipe de psicologia. São realizados ainda grupos de álcool e outras drogas, um apenas para álcool, separados para ambos os sexos, e atendimento psicoterápico individual.

### **Os participantes**

Os participantes desta investigação foram os profissionais de saúde que atuam nos serviços supracitados. Os objetivos da pesquisa foram apresentados aos gestores e coordenação das instituições e a participação de cada profissional foi estritamente voluntária. Foi fundamental o estabelecimento do contato aprofundado com um informante-chave das instituições públicas que a população-alvo fazia parte; assim, tornou-se possível conhecer o seu funcionamento. Inicialmente, os profissionais (médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, terapeuta ocupacional) compuseram o grupo do *Workshop sobre Estigma*. Nessa etapa, lançamos mão da observação participante, para privilegiar a participação daqueles forneceriam informações mais coerentes com o objetivo desta pesquisa. Acredita-se que essa observação enriqueceu a natureza das informações que se almejava alcançar. Ademais, essa inserção no momento da intervenção pôde familiarizar os participantes a pesquisadora.

Logo, o critério elementar para a participação na coleta de dados deste estudo, era a participação integral no *Workshop sobre Estigma*, além disso, era interesse da pesquisadora selecionar participantes de diferentes categorias profissionais, com tempo igual ou superior a seis meses de atuação profissional e equiparar o sexo dos participantes, para garantir a diversidade dos grupos.

No entanto, devido a expressiva perda amostral durante os três dias de *Workshop* (realizados com a distância de uma semana entre um encontro e outro), optou-se por convidar

todos os profissionais que participaram integralmente desse momento, independente do critério de sexo acima mencionado. O tempo de atuação profissional foi respeitado, e as categorias profissionais obedeceram a amostra que permaneceu até o último dia do *Workshop*. Desse modo, a pesquisadora estabeleceu contato via telefone com estes profissionais para sensibilizá-los a participar da coleta, explicando os objetivos da pesquisa, o caráter voluntário da participação e checando a disponibilidade de cada um (dia e horário). Após isso, a coordenação da instituição foi informada sobre o aceite dos profissionais e solicitou-se um espaço dentro do próprio ambiente de trabalho. Era imprescindível que o local da coleta de dados fosse de fácil acesso aos participantes. Até mesmo a organização do espaço físico teve que ser pensada com atenção, para promover um sentimento de pertença a todos no grupo e facilitar a interação entre os participantes e entre moderador e participantes (Aschidamini & Saupe, 2004).

### **A coleta das informações**

A estratégia de coleta de dados escolhida foi a realização de três Grupos Focais (GF), uma sessão por grupo de profissionais, mediado por um Roteiro (Anexo A). O objetivo deste roteiro foi de nortear a moderadora na condução das discussões do grupo, para compreender as crenças dos profissionais acerca do uso de drogas e dos usuários de serviços de saúde. As categorias do roteiro obedeceram a literatura da área, os objetivos da pesquisa, bem como os princípios éticos estipulados, garantindo total integridade e sigilo da identidade do participante. Os tópicos do roteiro foram apresentados no formato de “dicas” aos profissionais por slides no Datashow, com a intenção de dar início ao assunto e suscitar comentários dos participantes. A duração prevista para a sessão do GF era de 90 minutos, sendo que este tempo foi ultrapassado em dois dos três grupos realizados, não extrapolando a 120 minutos. A coleta ocorreu nos meses de agosto e setembro.

Segundo Cavazza (2008), o GF se configura como uma excelente alternativa de aproximação qualitativa dos dados. Ainda conforme a autora ele se constitui como um

instrumento privilegiado para o estudo aprofundado de um sistema de crenças socialmente compartilhado. A unidade de análise do GF se desloca do indivíduo para o grupo, sendo assim, o produto que se obtém dele não se constitui a soma de opiniões de seus membros, mas sim de um sistema de crenças compartilhado. O GF se torna, então, um quadro interpretativo do momento em que seus participantes passam a evocar e pensar sobre seu objeto; na referida pesquisa, os usuários de álcool e outras drogas (Cavazza, 2008).

Definiremos o GF como uma técnica que promove a interação grupal mediante uma discussão focal, específica e diretiva. Como resultado, obtém-se um espaço de troca de experiências e percepções, fomentando o protagonismo dos participantes por intermédio das discussões e construções coletivas (Backes, Colomé, Erdmann, & Lunardi, 2011; Dall'agnol, Magalhães, Mano, Olschowsky, & Silva, 2012). É importante destacar que o GF é formado por indivíduos que compartilham de uma característica comum, e essas características se relacionam ao tema que se pretende conhecer em maior profundidade (Backs et al., 2011).

Além da moderadora, que foi a pesquisadora principal do estudo, os grupos contaram com duas observadoras. Estas estavam presentes com o intuito de registrar a dinâmica do grupo, colaborar no controle do tempo, monitorar o equipamento de gravação e realizar anotações referentes às falas dos participantes para facilitar a transcrição dos dados. Mediante a chegada dos profissionais no local, eles foram convidados a preencher um questionário de caracterização dos participantes. Em seguida, deu-se o início das apresentações, bem como a breve explicitação dos objetivos e regras do GF, reforçando-se o compromisso do anonimato.

### **Análise dos dados**

Os dados gravados em mídia eletrônica foram transcritos, resguardando a identidade dos profissionais, e eles foram previamente consultados sobre a gravação. Os dados foram analisados conforme a proposta metodológica da Análise de Conteúdo Temática de Braun & Clarke (2006).

As autoras argumentam em seu trabalho que a análise temática é um método eficaz usado para identificar, analisar e relatar padrões (temas) nos dados. De forma sucinta, este método organiza e descreve seu conjunto de dados em detalhes, e interpreta vários aspectos do tópico da pesquisa (Braun & Clarke, 2006). No entanto, apesar de sua ampla utilização como método analítico dentro e fora da psicologia (Mozzato & Grzybovski, 2011), não existe consenso sobre o que é a análise temática e sobre como ela é feita, ou seja, ela tem sido pouco detalhada dentro dos projetos de pesquisa (Braun & Clarke, 2006). Ainda conforme as autoras, é vital que nos relatórios seja apresentado com clareza todo o processo de método utilizado na análise. A análise temática deve ser considerada um método por si só, tendo como principais benefícios a flexibilidade, por meio de sua liberdade teórica, constituindo-se como uma ferramenta muito útil em pesquisas, que têm o potencial de fornecer uma rica, detalhada e completa análise dos dados (Braun & Clarke, 2006).

Os dados oriundos do GF foram analisados de acordo com as orientações propostas por Braun & Clarke (2006) por um grupo de três pesquisadoras da seguinte maneira:

- 1ª Fase - Familiarização com os dados: transcrição padronizada dos dados. Após, leitura repetida do *corpus de dados*, tomando nota das ideias centrais identificadas.
- 2ª Fase - Geração de códigos iniciais: foram codificadas sistematicamente as características do *corpus de dados* que se vinculavam ao objeto delimitado e aos objetivos da pesquisa, agrupando dados relevantes para cada código.
- 3ª Fase - Procurando pelos temas centrais e específicos: agrupou-se os códigos em temas potenciais, reunindo juntamente os *conjuntos de dados* (todos os dados dentro do corpus que está sendo usado para a análise) relevantes para cada tema potencial.

Até este momento, cada uma das três pesquisadoras realizou os procedimentos da 1ª à 3ª fases individualmente. Seguidamente, eram realizadas reuniões para discutir a geração inicial de códigos e temas. A 4ª fase e 5ª fase foram descritas abaixo:

- 4ª Fase - Revisão dos Temas: os temas escolhidos foram verificados em relação aos *extratos* (trechos extraídos do conjunto de dados). Nesta fase foram geradas as tabelas temáticas (contendo a síntese da pergunta ou eixo de discussão, o tema central e o tema específico) e em seguida, foram gerados mapas temáticos da análise, incluídos na respectiva sessão.
- 5ª Fase - Definindo e nomeando temas: empreendida ao longo do processo de análise e escrita dos resultados com vistas a refinar as especificidades de cada tema, gerando definições e nomes claros para cada tema.
- 6ª Fase - Produção do Relatório: dada a análise final dos extratos selecionados, relacionou-se os resultados com a literatura e o relatório acadêmico da análise foi produzido.

### **Aspectos Éticos**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética (Processo 104554/2017) em 05/10/2017. A coordenação geral dos serviços de saúde envolvidos forneceu sua autorização e cada um dos participantes do Grupo Focal assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com vistas a confirmar seu acordo. O TCLE explicitou de forma sucinta os objetivos do estudo, informando que a participação era voluntária, que a recusa não culminaria em nenhum prejuízo para o profissional e que não haveria custos e nem recompensas financeiras mediante a participação. O TCLE ainda garantiu a confidencialidade das informações e a não identificação dos profissionais em nenhuma etapa do estudo. Ademais, toda a equipe envolvida no projeto foi previamente capacitada com vistas a garantir a qualidade de todo o procedimento de coleta de dados.

### **Resultados e Discussão**

O processo de coleta de informações contemplou a discussão de cinco eixos temáticos ou perguntas disparadoras aos participantes do GF, que eram mediadas pela moderadora. Após

a apresentação do “quebra-gelo”, os profissionais foram guiados a uma discussão com base nos eixos do Roteiro, os quais serão apresentados abaixo. Na análise dos dados, os temas centrais das respostas foram delimitados. Em seguida, foram extraídos os temas específicos que circundam a fala dos participantes. Consideramos que estes extratos contém o núcleo central do que fora expresso pelos participantes. A Tabela 1 representará os temas centrais obtidos a partir do grupo focal nos três grupos.

**TABELA 1***Temas Centrais da Análise de Conteúdo*

<b>Síntese dos Eixos de Discussão</b>	<b>Temas Centrais</b>
	<i>Grupo focal 1</i> - Fatores como gênero, raça, classe social e a Guerra às Drogas
O que leva o indivíduo a fazer uso problemático de drogas:	<i>Grupo focal 2</i> - Existem fatores individuais que levam ao uso problemático  <i>Grupo focal 3</i> - Influências sociais fundamentados no sistema Capitalista
	<i>Grupo focal 1</i> - A atuação crítica e consciente é necessária nesta área
Como é o trabalho com usuários de drogas:	<i>Grupo focal 2</i> - O contato com usuários de drogas modifica a percepção que se tem deles  <i>Grupo focal 3</i> - Deve-se ter uma atuação adequada a complexidade do serviço
Já presenciou e como reagiu diante de uma situação de estigmatização de um usuário de drogas:	<i>Grupo Focal 1</i> - O estigma está presente no serviço e há carência de um mediador externo para trabalhar a questão  <i>Grupo focal 2</i> - Todas presenciaram e tentaram auxiliar o usuário estigmatizado  <i>Grupo focal 3</i> - Reagiram com diálogo para tentar diminuir o estigma

continua...

Continuação...

**TABELA 1**

*Temas Centrais da Análise de Conteúdo*

Síntese dos Eixos de Discussão	Temas Centrais
Como lidar com os próprios preconceitos para garantir a qualidade do atendimento:	<p><i>Grupo Focal 1</i>- O contato propicia uma reflexão crítica sobre a própria atuação e possibilita a redução do estigma</p> <p><i>Grupo focal 2</i>- Distanciamento do preconceito</p> <p><i>Grupo focal 3</i> - O profissional deve refletir acerca da sua visão sobre os usuários, permeada pelo preconceito</p>
Desafios e potencialidades no trabalho com usuários de drogas:	<p><i>Grupo Focal 1</i>- A “Rede Afetiva” e ausência de políticas públicas que auxiliem a continuidade do cuidado; motivação da equipe e qualidade do acolhimento.</p> <p><i>Grupo Focal 2</i>- Falta de recursos financeiros e profissionais; motivação da equipe do serviço</p> <p><i>Grupo Focal 3</i> - Manutenção da motivação perante os obstáculos encontrados no serviço; políticas públicas e o potencial de mudança dos próprios usuários</p>

conclusão...

**Caracterização dos participantes**

No que se refere a caracterização dos 11 participantes deste estudo que compuseram três grupos focais (GF), a participação foi majoritariamente do sexo feminino (n= 7; 63, 64%). As categorias profissionais abarcadas foram: psicólogos (n= 7; 63, 64%), assistente social (n= 1; 9,09%), enfermeiro (n= 1; 9,09%), técnico de enfermagem (n=1; 9,09%), terapeuta ocupacional (n= 1; 9,09%). Os médicos que participaram do *Workshop* foram convidados a compor o GF, no entanto, a recusa foi justificada pela indisponibilidade da agenda. A média de idade da população estudada foi de 39 anos. O tempo de trabalho variou de seis meses de atuação até 30 anos, sendo o tempo médio dos profissionais do CAPSad III e CAPS II era de 3,14 anos. De forma específica, os profissionais da residência atuam rotativamente entre HU, os CAPS- HU, demais CAPS do município, UAPS e ambulatórios do HU. No período de

realização do grupo com os residentes, as instituições onde eles atuavam eram o CAPSi, os dois HU's, e um CAPS III. A Tabela 2 apresenta a caracterização por grupo de participantes.

**TABELA 2**  
*Caracterização dos participantes*

	<b>Idade Média</b>	<b>Sexo</b>	<b>Profissão</b>	<b>Tempo de Profissão</b>	<b>Serviço</b>
<b>Grupo 1</b>	42 (30- 52)	1 Mas 3 Fem	Técnica de	20 anos	CAPSad III
			Enfermagem	22 anos	
			Psicóloga	5 anos	
			Assistente social Psicóloga	6 anos	
<b>Grupo 2</b>	52 (44- 62)	3 Fem	Terapeuta	28 anos	CAPS II
			Ocupacional	30 anos	
			Psicóloga	12 anos	
			Administradora (Coordenadora)		
<b>Grupo 3</b>	26 (23-29)	2 Mas 2 Fem	Psicóloga	1 ano ½	Programa de Residência Multiprofissional
			Psicóloga	2 anos ½	
			Psicólogo	3 anos	
			Enfermeiro	6 meses	

Esse processo de *feminilização* da força de trabalho é uma tendência de âmbito internacional, especialmente nas áreas da saúde. Historicamente, os papéis femininos tradicionais na família e sociedade se relacionam ao cuidar, educar e servir, e dessa mesma forma se configurou sua inserção na profissionalização a partir do século XIX (Matos, Toassi, & Oliveira, 2013). Em todos os *Workshops* realizados a porcentagem feminina era expressivamente maior, justificando a predominância nos GF deste estudo. Buscou-se equiparar as categorias profissionais nos grupos, com vistas a garantir certa heterogeneidade e representatividade entre os profissionais. Entretanto, quando eles eram contactados via telefone, os psicólogos apresentavam maior interesse e disponibilidade em participar da pesquisa.

O número de participantes em cada um dos grupos focais não foi expressivo. A literatura não é consensual quanto a esse tema, porém, observamos um apontamento de no mínimo seis

e máximo 15 (Trad, 2009). Embora o tamanho reduzido do grupo, consideramos uma vantagem nesse aspecto no que tange a participação igualitária de todos os envolvidos, além da manutenção do foco das discussões. Da mesma forma, julgamos que a realização de apenas uma sessão atingiu a saturação do tema que fora proposto neste estudo, ou seu objetivo. Coerentemente a Backes et al. (2011), acredita-se que mais importante que a quantidade de grupos realizados é a qualidade dos significados obtidos por meio das discussões. Assim, essa riqueza das informações adquiridas, se relacionam mais a postura do moderador e ao roteiro de discussão do que, propriamente, a quantidade de sessões grupais. Em seguida, apresentam-se os eixos de discussão e os referidos temas deles abstraídos.

### **Determinações do uso problemático de drogas**

Sobre as determinações do uso problemático de drogas, no primeiro grupo foi levantado que a política proibicionista vigente e marcadores sociais de raça, classe social e gênero são importantes de serem considerados para sua compreensão. Como temas específicos oriundos das falas dos profissionais, o marcador *sexo* se destaca, pois eles consideram que as mulheres sofrem maior impacto da estigmatização. Assim sendo, o comprometimento social da mulher é maior, culminando no abandono familiar, o que, segundo eles, pode até justificar a maior adesão dos homens ao tratamento. Os participantes concordam ainda, que a atuação no serviço especializado deve-se adequar às especificidades do gênero feminino, incluindo o fato de que, cultural e historicamente, a figura feminina tem sido atrelada ao cuidado familiar. Sobre a raça e classe social dos usuários de drogas e do serviço, os participantes discorrem que elas influenciam tanto a forma de tratamento quanto a exposição aos riscos do uso da droga. A fala de um dos participantes do primeiro grupo nesse sentido, é ilustrativa:

“( . . . ) Porque assim, se você imaginar que na verdade hoje os riscos que a drogas oferecem não é pela droga em si, mas pela legislação que trata da questão das drogas, né? Hoje se morre muita mais gente pela condição da guerra das drogas do que pelo uso

das drogas propriamente dito (. . .) Se você é pobre e mora dentro de uma comunidade, você está mais exposto ao risco do tráfico local, do domínio armado, de tomar dura da polícia, de tomar ‘supapo’ no pé do ouvido, de ser preso, se eu sou de uma classe mais afastada eu estou num conforto da minha casa eu ligo e peço o motoboy me entrega em casa, né? (. . .) Você não vai se expor de ter que ir a determinados lugares” (P01).

Esta fala sintetiza o que vem sendo amplamente discutido no cenário nacional no que se refere à política de guerra às drogas, especialmente nas áreas do direito e psicologia. Anualmente, milhares de jovens brasileiros perdem suas vidas por causa da guerra decorrente do tráfico de drogas. Essas mortes são legitimadas, muitas vezes, sob a premissa de proteção à saúde dessa população e estão diretamente ligadas à repressão da oferta e demanda de drogas (Alarcon, 2012). Neste ínterim, os grupos mais vitimados pela violência são, normalmente, negros ou pardos, de classes populares, com idade média de 29 anos e que residem em favelas de grandes cidades (Alarcon, 2012). Os autores Rêgo, Oliveira, Lima, & Holanda (2017) concordam que este é o cenário brasileiro, onde há uma interseção e associação dos “perfis” de pessoas negras, pobres, de baixa escolaridade, moradores de favelas com usuários de drogas. Eles acrescentam ainda os rótulos de “traficante”, “perigosos”, “sem controle”, sendo que a estes as políticas públicas de segurança devem se direcionar de forma categórica. Assim, essa política tem refletido nada menos que o fenômeno em questão é uma opção ou desajuste individual ou dos grupos, culminado na criminalização da pobreza como uma das formas de se combater a pobreza (Siqueira, 2014).

Notadamente, é importante levar em conta os preconceitos e discriminações históricos relacionados ao gênero feminino, eles acarretam sérios prejuízos para a vida e a saúde da mulher, somados aos problemas do consumo de drogas (Bungay, Johnson, Varcoe, & Boyd, 2010). Precisamos destacar que o patriarcado ainda expressa o arranjo social, político, cultural e simbólico vigente, e foi representado nas falas dos participantes, especialmente do primeiro e segundo grupo. Essa organização reproduz as desigualdades e violências que vitimam as

mulheres, tal como os obstáculos que enfrentam em relação à educação, à renda e ao emprego, a carga de trabalho, violência, abuso sexual (Cruz et al., 2014).

Portanto, a mulher, ao adentrar no serviço em busca de tratamento, traz consigo não apenas as consequências físicas e sociais do uso abusivo de drogas, mas toda a violenta carga que essa categoria de gênero traz em si. Ela traz as discrepâncias construídas pela sociedade dos papéis, regras, comportamentos, atividades e atributos reiterados como apropriados para os homens e as mulheres (Cruz et al., 2014). Isso faz com que a visão do abuso de drogas pelas mulheres se torne uma violação da ordem social de gênero, culminando em desaprovação social e estigma, o que pode impedir a busca de ajuda por parte das mulheres (Stringer & Baker, 2015). Os participantes, ao relatar o maior impacto do uso de drogas para a saúde da mulher, não se referem apenas as especificidades biológicas femininas, mas ao grau de comprometimento multinível que elas enfrentam, e especialmente, ao aspecto da “perda de status social” presente no processo de estigmatização (Link & Phelan, 2001). Carter (2015) e Silva, Pereira e Penna (2018) apontam o que fora destacado pelos profissionais, de que é necessário garantir maior visibilidade aos conteúdos do gênero feminino no campo das dependências, visando a adequação e sensibilização das políticas públicas às carências dessa população.

O segundo grupo concorda que são fatores individuais que levam ao uso problemático de drogas e novamente, observa-se a presença de falas coerentes com as manifestações verbais do primeiro grupo sobre o maior impacto social na saúde da mulher. Os participantes relatam a expressiva predominância masculina na instituição. Quando observados outros estudos brasileiros, repete-se este padrão de prevalência masculina nos serviços de tratamento a dependência de drogas (Barbosa et al., 2015; Peixoto et al., 2010). A dificuldade de adesão feminina ao tratamento também foi evidenciada, e a palavra “vergonha” foi usada ao se referir a inserção da mulher no serviço. A afirmação fica evidente na fala abaixo:

“Eu percebo que na mulher o impacto é um pouco diferente, né? (. . .) Existe uma vergonha por parte delas, eu lembro de algumas pacientes que chegam e falam: ‘eu não

quero que ninguém saiba, tem gente conhecida ali aguardando... e percebo também que o impacto na saúde é um pouco mais desastroso”. (PI01)

A análise das falas do terceiro grupo apontam que eles creem que o uso problemático nada mais é que um meio de adaptação a forma de organização social, regida pela lógica capitalista. Os participantes deste grupo consideram que a discussão deve ultrapassar os “*determinantes sociais de saúde*”, entendendo que o uso de drogas é um processo histórico e cultural da humanidade, tendo sido agravado pelo consumismo crescente impulsionado pelo sistema capitalista. Coerentemente, Rêgo et al. (2017) vão citar que as condições sociais e históricas da sociedade capitalista determinam a maneira como os indivíduos são vistos em seu poder de decisão diante do consumo de drogas, sendo que a lógica de reprodução do capitalismo é fundamentada pela apologia ao consumo. Os autores reiteram ainda que a relação da sociedade com as drogas está imbuída pela institucionalização, por meio da tecnificação das práticas. Nesse processo, os indivíduos são descontextualizados do seu cenário cultural e as suas necessidades específicas perdem valor, culminando na homogeneização das suas ações como consequência da arbitrariedade da institucionalização.

Outras opiniões expressas pelos participantes convergem com o que o primeiro grupo pontuou de que a condição econômica pode favorecer o uso de droga de forma mais confortável e segura. Assim, os usuários sofrem menor impacto direto da violência relacionada ao tráfico, além de garantir melhor qualidade da substância.

### **O trabalho com usuários de drogas**

Quando indagados sobre a atuação direta com essa população e suas especificidades, os profissionais do primeiro grupo apontaram que é necessário ter uma atuação crítica e consciente para garantir que os usuários do serviço sejam atendidos em suas demandas. A frustração é um sentimento presente, mas quando se considera as subjetividades do público atendido, aliado a uma prática consciente sobre os próprios estigmas, pode acarretar em uma diminuição de

expectativas com o tratamento, o que, segundo eles, se torna positivo.

Mediante as falas do segundo grupo, foi possível constatar que o contato com usuários de drogas modificou a percepção ou preconceitos que se tinha deles. O contato é amplamente apontado como uma estratégia privilegiada para reduzir o estigma, consistindo na vivência interpessoal positiva com grupos estigmatizados. Esta vivência vai possibilitar o questionamento das atitudes negativas mediante interações diretas, reduzindo o desejo de distância social (Corrigan, Druss, & Perlick, 2014). Entretanto, evidências de um estudo nacional indica que o contato, diferente do que fora mencionado diversas vezes pelos profissionais, não se mostrou significativo para diminuir o desejo de distância social (Silveira et al., 2015).

A presença de medo e frustração também foi relatada. Os estudos de Ferreira e Engstrom (2017) e Kanno, Bellodi e Kess (2012) também se referiram aos sentimentos de medo por parte dos enfermeiros e profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Este último aponta ainda para a frustração de profissionais ao lidar com a demanda do uso de drogas.

Outro ponto a ser destacado a partir das análises e geração de temas específicos no segundo grupo, é a maior empatia que os profissionais demonstram com usuários de álcool, pois os usuários de outras drogas são vistos como mais ameaçadores. A fala abaixo é uma representação desse tema:

“( . . . ) Eu percebia que eu tinha uma empatia melhor com álcool ( . . . ) então as pessoas com problema da dependência química do álcool eu acho que eu sabia lidar um pouco melhor ( . . . ) e com a droga eu já achava as pessoas mais desafiadoras ... ameaçadoras... [ela se justifica com uma experiência pessoal] ( . . . ) então eu prefiro mais o alcoólico, e eu acho que eles são mais francos ( . . . ) tanto que eu pegava uns na rua levava pra lá [outro serviço especializado que atuou] ( . . . ) mas a droga, o drogado em si, eu tenho sérios, hoje em dia nem tanto, mas eu já tive essa resistência, né?” (PI Coordenadora)

Ademais, as falas dos participantes apontam que uma atitude compreensiva é determinante para o estabelecimento da confiança do usuário. Notadamente, as atitudes dos profissionais frente aos usuários, de fato, poderão influir diretamente a sobre o curso do tratamento (Zotesso, Paiva, & Marques, 2018). Isso pode ser exemplificado na seguinte fala:

“Eu já passei por todos esses estágios (. . .) primeiro de achar que é mais fácil lidar com alcoolista (. . .) um pouco de medo de lidar com dependente de outras drogas, hoje não, no início, né? (. . .) lidar com a frustração do paciente que tá vindo mas tem uma recaída e não volta, aparece mal, abatido, mas eu fui aprendendo (. . .) a lidar com isso, hoje eu já vejo de uma outra forma (. . .) eu percebo um alívio neles, uma sensação de que ‘poxa tem alguém que tá me compreendendo, que ta me ajudando, né?’ (. . .) quando eu falo nos grupos de iniciantes que a recaída pode acontecer e que eles podem retornar, pra não deixar essa recaída se estender, né? Se acontecer, volta, não vai ser julgado, não vai ser criticado, e eu percebo que isso é determinante na confiança deles, né? (. . .) Desde que eu consegui não ter tantas expectativas com a abstinência e tal, foi ficando mais fácil lidar com isso”. (P02)

Com relação ao terceiro grupo, é importante pontuar que, apesar de terem tido contato com usuários AD em algum momento, nenhum deles havia passado pelo CAPSad. Apenas uma psicóloga já havia atuado no Ambulatório AD do HU. Portanto, a experiência com essa população por parte desses profissionais ainda é muito limitada, e as discussões se direcionaram a crenças e perspectivas futuras dos profissionais quanto ao trabalho com usuários de drogas. O núcleo central das respostas desses participantes é de que se deve ter uma atuação que se adequa a complexidade da demanda do serviço. A atuação intersetorial é apontada como meta de tratamento mais abrangente a esse público, o que converge com os apontamentos de Moretti-Pires, Ferro, Büchele, Oliveira, Gonçalves (2011). Para definição da intersetorialidade assume-se: ações capilarizadas e desenvolvidas com a comunidade e sociedade civil. Outros autores também consideram que a intersetorialidade e integralidade são centrais na estruturação da rede

de atenção aos usuários de drogas, e ambos apontam para a importância do trabalho interdisciplinar. Justifica-se que não é possível garantir o cuidado integral aos usuários de drogas sem se pautar pela lógica intersetorial e interdisciplinar (Costa, Ronzani, & Colugnati, 2017).

O sentimento de frustração e ansiedade já são relatados por estes participantes, e uma estratégia que eles apresentam para lidar com esses sentimentos é a diminuição da expectativa com relação ao sucesso no tratamento. A respeito desta “expectativa sobre o resultado do tratamento”, acredita-se que ela se produz a partir das crenças desses profissionais, que podem ser permeadas por moralismos e/ou naturalizações do uso de drogas, e também pelas ideologias que fundamentam política nacional sobre drogas. Ainda, tais concepções impactam diretamente os modelos de atenção a essa população.

Dois paradigmas opostos são observados nas políticas nacionais: proibição *versus* não-proibição; e na atenção à saúde mental: hospitalização *versus* desenvolvimento psicossocial (Teixeira, Ramôa, Engstrom, & Ribeiro, 2017). A política proibicionista se articula a um discurso moral, abstencionista e descontextualiza o usuário. O não - proibicionismo se pauta, essencialmente, pela lógica da Redução de Danos, que visa abarcar as necessidades das pessoas e as suas particularidades socioculturais. A partir da análise dos dados do segundo grupo, corrobora-se os achados de Abal e Gugelmin (2018), onde, apesar dos entrevistados de seu estudo possuírem um olhar crítico no que faz menção às posições abstencionistas, em alguns trechos das entrevistas, o sucesso do tratamento mostra-se implicitamente atrelado à ideia de abstinência ou ainda de “salvação” do indivíduo. Os autores vão exemplificar o que também fora observado na fala dos profissionais, que é a ideia de ajudar a encontrar “um outro caminho”, “a saída”, ou “a reabilitação”. Os exemplos apresentados neste grupo vão ao encontro desse ideal salvacionista.

No presente estudo os profissionais afirmam que a diminuição dessa expectativa tem sido positiva, visto que reflete também na moderação da frustração. Todavia, novamente

concorda-se que na perspectiva da redução de danos, o alvo do tratamento é o próprio usuário, percebido como cidadão de direitos e autônomo para fazer as suas próprias escolhas. As ações se direcionam no sentido de beneficiar a qualidade de vida e garantir as condições mínimas necessárias para que ele consiga fazer as ditas escolhas. O profissional atua como um colaborador, mas, de antemão, é necessário alinhar as expectativas aos interesses da redução de danos, para então conseguir agir política e eticamente, sem ocultar os conflitos de interesses inerentes a esta proposta de ação (Abal & Gugelmin, 2018).

Não se pretende nesta pesquisa fazer julgamentos de valor sobre a expectativa dos profissionais, posto que se entende que esse é um processo intrínseco do ser humano. Mas, o esboço aqui feito se refere à medida que isto pode afetar a qualidade do atendimento prestado, seja com a diminuição da expectativa, que pode acarretar na insuficiente responsabilização do profissional frente à demanda, seja com o deslocamento dela a um ideal salvacionista ou de abstinência, que pode ainda legitimar os desvios de suas ações.

### **A estigmatização dos usuários de drogas**

Dentro desse subtópico, pretende-se explicar o processo de análise de dois eixos de discussão do GF, ou duas perguntas disparadoras. A primeira delas foi feita para direcionar a discussão para o processo de estigmatização dos profissionais e introduzir a aproximação desse processo multifacetado para o “eu/ nós”. Os participantes foram perguntados se já haviam presenciado uma situação de estigmatização de um usuário de drogas e como se sentiram e reagiram diante dela. Foi unânime entre eles, em todos os grupos, que já presenciaram cenas de estigmatização, que envolveram os processos de rotulação, discriminação e exclusão social, principalmente.

No primeiro grupo realizado, os profissionais estavam bem conscientes dos próprios preconceitos, mencionando a sensibilização gerada pelo *Workshop sobre Estigma*. Assim, eles reconheceram a presença do estigma no serviço e discorreram sobre a carência de

um mediador externo para trabalhar a questão. Como exemplos apontados no grupo, as crenças negativas que eles próprios possuem, como a desconfiança sobre o usuário, refletem esses preconceitos e processo de estigmatização. No estudo realizado por Morgan (2014) com enfermeiros, fica evidenciado que as crenças negativas da sociedade e a imagem do uso de drogas na mídia se revelam fatores significativos no desenvolvimento de suas atitudes sobre o assunto. A autora salienta que as intervenções com usuários de drogas podem ser influenciadas por estas atitudes negativas, dada a ausência de abordagem educativa sobre o assunto e a visão negativa dos profissionais.

Ainda de acordo com o primeiro grupo, o “trabalho de formiguinha”, ou seja, a disseminação de ideias e práticas não excludentes de forma gradual, é necessária e alcança certo resultado, porém, quando há um agente externo que possibilita a reflexão sobre os próprios estigmas, a discussão poderá ser mais efetiva. Além disto, da fala dos participantes foi subtraído que o estigma internalizado é uma barreira para adesão ao tratamento e que o trabalho em equipe e de articulação com a rede minimizam as consequências do preconceito. Com efeito, as implicações do estigma internalizado são significativas. Evidências demonstram a veracidade do que fora dito pelos profissionais, acrescentando ainda que na tentativa de evitar o diagnóstico e a divulgação negativa da condição de saúde, os usuários deixam de procurar os serviços (Corrigan & Wassel, 2008; Felicissimo, Ferreira, Soares, Silveira, & Ronzani, 2013), o que também fora mencionado pelos profissionais, com exemplos verídicos do CAPS em questão. Na esfera psicológica, o indivíduo pode sofrer com diminuição da autoestima e autoeficácia (Hasson-Ohayon, Levy, Kravetz, Vollanski-Narkis, & Roe, 2011), sentimentos de culpa, desesperança, angústia, auto reprovação e depressão, que podem culminar em isolamento social (Schomerus et al., 2011), entre outros prejuízos.

No segundo grupo, os exemplos de situações e de reações dos profissionais foram permeados por forte carga emocional, por se tratarem de experiências com familiares ou de usuários que vieram a óbito em decorrência do uso de drogas. Para os participantes do terceiro

grupo, o diálogo é a estratégia utilizada para diminuir o estigma dos colegas de trabalho, promovendo a reflexão do estigmatizador a partir do posicionamento crítico. Os profissionais reconhecem a presença de crenças estigmatizantes em si próprios e em outros profissionais que lidam diariamente, e discorrem que isso gera desarmonia entre a equipe de trabalho.

O segundo eixo de discussão que se pretende elucidar neste subtópico é: “*Como lidar com os próprios preconceitos para garantir a qualidade do atendimento*”. O objetivo com essa pergunta foi trazer o estigma para perto, fazê-los identificar a presença dos próprios processos mentais e comportamentais que denunciam uma prática estigmatizante. O tema central do primeiro grupo é mais um apontamento que o contato com os usuários propicia uma reflexão crítica sobre a própria atuação e possibilita a redução do estigma. Os profissionais reconheceram a presença de medo de alguns usuários, agravados pela comorbidades psiquiátricas, pela crença de periculosidade, pela desconfiança. Eles discorrem que esse é um fator que compromete o vínculo entre profissional/usuário e que este vínculo é a ponte fundamental para a qualidade do atendimento.

A literatura corrobora que a maioria dos profissionais de saúde consideram os indivíduos que sofrem de problemas decorrentes do uso de drogas como perigosos, quando comparados com pacientes que tinham um transtorno relacionado ao álcool, ou algum outro transtorno de ordem psiquiátrica, como esquizofrenia e depressão. Os resultados também apontaram que uma grande proporção de profissionais percebe os pacientes diagnosticados com esquizofrenia como perigosos. As atitudes negativas relacionadas aos transtornos mentais e uso de álcool e outras drogas podem ser atribuídas à falta de conhecimento sobre saúde mental e também crenças sociais e culturais negativas sobre doenças mentais, bem como a falta de habilidades profissionais para lidar com essa população (Giandinoto, Stephenson, & Edward, 2018).

Uma tentativa de explicar o comprometimento do vínculo entre profissional/usuário pode se dar pelo desejo de distância social, que é mais um efeito do estigma. Esse processo

pode ser definido pela ausência de disposição de um indivíduo a se relacionar intimamente ou não com outra pessoa que sofreu certo grau de deterioração de sua identidade (Link, Cullen, Frank & Wozniak, 1987). No estudo de Silveira et al. (2015) foi constatado que a percepção de periculosidade é explicativa para o desejo de distância social relacionada a dependentes de cocaína e maconha. Os autores observaram ainda a presença de crenças de que usuários de cocaína e maconha são violentos, além disso, concluíram que quanto maior a crença na recuperação do indivíduo, menor o desejo de distância social e que crenças na recuperação foram mais significativas quanto ao uso de álcool. Este achado se relaciona ao que já fora mencionado acima, com relação a maior empatia com usuários de álcool e as crenças de que eles são “mais fáceis de lidar”.

No segundo grupo, percebeu-se na análise um afastamento do preconceito por parte dos participantes, ou seja, as opiniões expressas apontavam que o preconceito e o estigma não partem das profissionais do grupo, e sim de outros e de pessoas de fora do serviço. Porém, a heterogeneidade de opiniões foi bem demarcada nesse momento. Vamos exemplificar essa discordância apresentando os seguintes extratos dos dados:

“Bom, eu acho que para tá aqui não teve preconceito, porque a equipe foi muito bem escolhida, né? então quem veio pra cá (. . .) já tinha uma bagagem, já sabia lidar (. . .) hoje em dia ninguém tem preconceito, né? sabe levar, sabe tratar normal, como qualquer outro paciente psiquiátrico que está aqui a procura de tratamento, sabemos que eles são falhos, que não são iguais aos outros, muitos vêm atrás de benefício, a gente tem consciência disso (. . .) quando a gente vê que tá faltando muito, a gente avisa ao psiquiatra, corta vale transporte, então a gente tem esse cuidado, né? a gente tem as nossas regras aqui dentro, a gente pede para serem cumpridas, caso não cumpra é uma suspensão, já até ameacei um paciente por descumprir algumas regras porque eu acho que a convivência, como não só com dependente, enfim, com qualquer pessoa, tanto

pra funcionário quanto com o profissional, quanto com o paciente (. . .) então pra mim eu não tenho, hoje eu não tenho preconceito”. (PI Coordenadora)

“Eu acho que ainda tem preconceito sim, por vezes eu me pego pensando coisas que de repente eu falo ‘que isso?’ E com o workshop isso ficou muito claro pra mim, né? É muito legal a gente se dar conta de coisas que a gente pensa e nem sabe que pensa, né? Tipo roubo, dia de grupo de dependência química eu sou muito mais cuidadosa com a minha bolsa, é que, vem isso na cabeça, que uma hora eles têm uma compulsão é muito fácil que eles me roubem porque eles querem dinheiro e pra usar a substância que eles são dependentes, eu percebo certas vezes o preconceito das pessoas daqui (. . .)” (PI01).

Quando a discussão adentrou na esfera do impacto que a estigmatização traz ao dependente de drogas, elementos como o medo de ir ao serviço, a revolta do usuário, o receio, a barreira entre usuário/profissional foi apontada pelas profissionais do segundo grupo. É importante citar que o medo é uma resposta emocional muito comum frente a estigmatização, e conforme Corrigan et al. (2003) e Pingani et al. (2012) essa resposta pode prejudicar as metas pessoais do indivíduo relacionadas ao trabalho, autonomia, relacionamentos e saúde. Outras respostas que podem emergir são a culpabilização de outrem (crença de que terceiros influenciam sua condição de saúde/ dependência), o que pode culminar em raiva e posterior discriminação; e culpa internalizada (“sou dependente porque sou fraco”), culminando em vergonha, diminuição da autoestima e autoeficácia. Os profissionais discorrem ainda que isso afeta não apenas o indivíduo, mas sua família e sua procura por atendimento novamente. Ferreira e Engstrom (2017) discorrem em seu estudo sobre a dificuldade de inserção no campo para realização de pesquisas com usuários e traficantes de drogas devido ao medo que eles possuem dos entrevistadores.

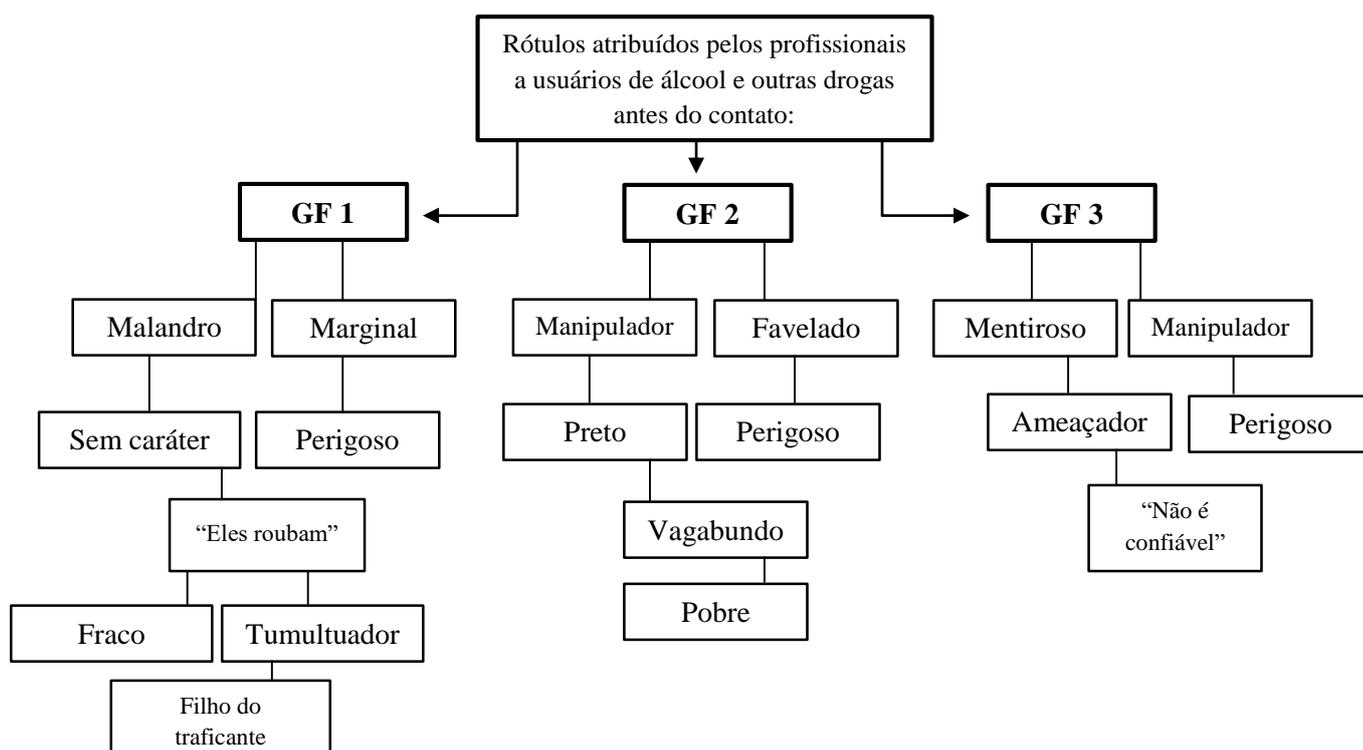
Considerando a pouca experiência do terceiro grupo com o público-alvo das discussões, a pergunta se direcionou de forma mais diretiva a identificação dos próprios preconceitos e

rotulações. Sobre a tentativa de proporcionar um atendimento de qualidade, os participantes consideram que é fundamental que o profissional reflita acerca da sua visão sobre os usuários, permeada pelo preconceito. Eles apresentaram exemplos de suas visões imediatas quando pensam em um usuário de droga, e a imagem física se direciona quase sempre a um homem mais velho, emagrecido, sujo, mal vestido, debilitado em sua saúde e sua aparência e associado a uma comorbidade psiquiátrica. Eles concordaram que o estereótipo físico se forma primeiro na mente, e depois outros rótulos se colam ao sujeito, como “perigoso”, por exemplo. Todo esse processo é fruto de uma construção social, conforme os participantes. Eles apresentam um exemplo real que expressa a dificuldade de associar a figura de um usuário “playboy”, de classe social favorecida, de boa aparência, mas que vivencia um comprometimento social e de saúde alarmante em decorrência do uso, reconhecendo nesse exemplo seus próprios preconceitos e processos de estigmatização e até mesmo uma seletividade no acolhimento. Essa seletividade já foi observada por Deslandes (2002), onde a avaliação moral dos usuários de serviço de emergências revelava a discriminação e estigmatização dos profissionais, dadas as suas características socioeconômicas e culturais, tendendo ao não acolhimento. Essa seletividade se relacionava a raça, modo de falar, vestimentas, tipo de emprego, legitimidade dos filhos, situação conjugal e presença ou não de plano de saúde.

Toda essa atribuição de características físicas ao sujeito usuário/ dependente de álcool e outras drogas podem fazer referência ao que Goffman (1978) explanou em sua obra sobre os “símbolos de prestígio”, “símbolos de estigma”, e visibilidade, no momento em que discorre sobre o conceito de informação social. Conforme o sociólogo, símbolos de prestígio podem ser contrapostos a símbolos de estigma, portanto, são efetivos para aguçar o olhar sobre uma discrepância degradante de identidade que rompe o que poderia ser um retrato global conciso do indivíduo, com a conseqüente redução de nossa valorização do mesmo. O autor exemplifica alguns símbolos de estigma: “as marcas no pulso que revelam que um indivíduo tentou o suicídio e as marcas no braço do viciado em drogas”. Dada as falas dos profissionais

do terceiro grupo, os símbolos de estigma poderiam ser representados pela vestimenta, idade, suas marcas físicas, por exemplo, e contraditoriamente, o sujeito apresentava “símbolos de prestígio” típicos em “playboys”. Historicamente, o encobrimento suscitou o problema da "visibilidade" de um estigma em particular, ou seja, não é sempre que o estigma está ajustado para prover os meios de transmitir a informação de que um indivíduo o possui. Ainda, percebemos que as falas dos participantes convergem no sentido de que é necessário olhar o usuário para além do seu aspecto físico.

Para finalizar a apresentação da análise desse eixo de discussão, julgou-se adequado fornecer um mapa mental (Figura 1) que apresentasse uma síntese do que fora declarado pelos profissionais como os “rótulos” atribuídos a usuários de drogas antes do contato.



**Figura 1.** Mapa mental. Rótulos dos profissionais relacionados a usuários de álcool e outras drogas.

Vale ressaltar que a estratégia de abordar o tema o colocando no passado foi unicamente para não suscitar resistências com relação a pergunta. Sabe-se que a declaração dos profissionais é de que o contato modificou suas crenças a respeito do dependente de álcool e

outras drogas, no entanto, constatou-se que alguns rótulos ainda persistem, especialmente os sobre periculosidade. Dentro da perspectiva psicossocial de Link e Phelan (2001), a rotulação é o primeiro componente que dará início aos processos subsequentes que podem conduzir à estigmatização. Para os autores, esta é uma ação sócio histórica e cultural, que vai muito além da simples identificação de um atributo em um indivíduo para elegê-lo como significante na diferenciação social. Na verdade, o rótulo é algo que é afixado e deixa uma categoria valorativa aberta, que fará uma conexão de natureza automática a um conjunto de características indesejáveis que constituem o estereótipo. Com os termos pronunciados pelos profissionais pode-se inferir que o rótulo de “favelado” se funde a crenças estereotipadas de periculosidade que podem levar a um desejo de distanciamento social desse indivíduo. Complementarmente, podemos perceber que as crenças dos profissionais no que tange as determinações sociais do uso, há aspectos englobados que extrapolam as condições sociais, como moradia, renda e escolaridade, eles também fazem referência a aspectos da personalidade ou inerentes ao caráter do sujeito.

### **Desafios e potencialidades no trabalho com usuários de drogas**

A última pergunta disparadora do GF foi sobre os desafios e as potencialidades no trabalho com esse público, que poderiam englobar tanto a própria prática e a rede de cuidado, como as políticas públicas de saúde. No primeiro grupo os participantes pronunciaram-se acerca do desafio que é lidar com a “Rede Afetiva”, ou seja, aquela rede que se articula mediante os vínculos que se possui dentro de um serviço público, sendo esta a maneira mais rápida de acessar o dispositivo de tratamento. Os profissionais contra argumentam que se a rede de cuidado fosse “efetiva” e não “afetiva”, o atendimento do usuário seria garantido com base em seus direitos e mediante a articulação da equipe e não pelo parentesco ou relações que ele possui. A descontinuidade do cuidado na rede também foi um desafio apontado pelos

profissionais, sendo esta, fruto da ausência de políticas públicas que garantam a integralidade do atendimento.

Conforme é exposto por Costa, Ronzani e Colugnati (2017), quando se faz menção à implementação das políticas sobre drogas e as seus aparatos normativo-legais, observa-se uma fragmentação entre o ideal e o real, o que se espera e o que realmente se apresenta no contexto ordinário dos dispositivos de cuidado. Esse processo colabora para a desconexão entre as políticas e os instrumentos normativos da atividade profissional, e a consequente naturalização de práticas excludentes, como a “Rede Afetiva”.

Observa-se que os princípios de integralidade e intersetorialidade estão previstos pela Portaria nº 3.088 e visam a prevenção e promoção de saúde, tratamento e reinserção social, ou seja, o cuidado continuado ao usuário. Esta portaria institui a “rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender as pessoas com demandas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas” - a RAPS (Brasil, 2011). O documento assinala ainda o caráter comunitário e territorial das ações, fundamentadas na Reforma Psiquiátrica (RP) e na lógica da redução de danos que garantirão a abrangência das necessidades dos indivíduos e suas particularidades socioculturais. A atenção integral e intersetorial pode se dar em diferentes níveis, modalidades e dispositivos, sejam eles públicos, privados e não governamentais sem fins lucrativos, atores comunitários, usuários, familiares, entre outros. O respeito aos direitos humanos, a garantia da autonomia e a liberdade das pessoas, a promoção da equidade a partir do reconhecimento dos determinantes sociais da saúde e o combate a estigmas e preconceitos, estão entre as diretrizes para o funcionamento da RAPS (Brasil, 2011).

Portanto, o que está em questão não é somente a ausência de políticas públicas que buscam abarcar integralmente a complexidade da demanda dos usuários de álcool e outras drogas, mas também como elas têm sido analisadas e implementadas. É necessário considerar as potencialidades e as contradições dessa e de outras legislações, dos contextos sociais,

econômicos e políticos ao qual elas se inserem, além dos sujeitos e dispositivos que a compõem, bem como suas crenças e seus valores (Costa, Ronzani e Colugnati, 2017). Nesse sentido, nota-se o contrassenso entre o ideal e o real, ou melhor dizendo, o possível.

Ainda, como conteúdo específico das falas dos participantes do primeiro grupo, se subtraiu também a ausência de treinamento de alguns servidores públicos que lidam diretamente com os usuários (ex: secretária, recepcionista); a importância de repensar a função que a droga assume para o indivíduo (“Droga como solução que ele encontra e não como o problema”); a falta de investimento em profissionalização e capacitação dos usuários e precariedade do serviço.

De fato, o treinamento e a formação deficientes que se fundamentam apenas no modelo clínico e biomédico não preparam o profissional para atuar sobre a temática do uso de álcool e outras drogas, podendo justificar a estigmatização por parte dos profissionais de saúde (Costa, Mota, Cruvinel, Silveira, & Ronzani, 2016; Oliveira & Ronzani, 2012). A formação com foco apenas no saber científico não possibilita que se amplie a visão para as necessidades integrais dos usuários, produzindo barreiras de acesso aos serviços (Abrahão & Merhy, 2014; Laport, Costa, Mota, Ronzani, 2016; Souza, Souza, Souza, Abrahão, & Fernandes, 2016). É necessário levar em conta a necessidade de reflexão atenta das práticas, considerando que as universidades não são os únicos espaços de construção do conhecimento. A saber, os dispositivos de saúde podem ser vistos como lugares de educação continuada, sendo que estes são importantes espaços promotores de transformação na formação (Souza et al., 2016).

Novamente com os desafios apontados acima, crenças como: “Droga como solução que ele encontra e não como o problema”, estão, por vezes, fundamentadas em discursos moralistas que desprestigiam as variáveis subjetivas e culturais dos sujeitos que estão implicadas no uso de substâncias. Tais crenças, valores e discursos podem, sem dúvida, impactar os paradigmas de atenção à saúde dos usuários de álcool e outras drogas (Laport et al., 2016; Souza et al., 2016). Ademais, as estratégias que possuem vieses morais estão fortemente interligadas às

perspectivas proibicionistas, que tem se demonstrado ineficazes, limitando as alternativas de acesso ao cuidado dos usuários de drogas (Silveira et al., 2018). Ao final, os profissionais ainda discorrem que o estigma de profissionais tem fomentado a deslegitimação de quaisquer reivindicações dos usuários. Observe a fala:

“ (. . .) os pacientes chegam reclamando que a prefeitura não tá oferecendo a medicação necessária pra eles, aí quando você vai argumentar às vezes isso com alguém que tem um modelo de articulação pra dentro da rede essa pessoa pergunta assim: ‘mas ele não tem dinheiro pra comprar droga? Porque que ele não compra o remédio dele?’ Eles *deslegitimam* a reivindicação do paciente usando a própria questão que aquele paciente tá vivendo né, quando na verdade isso não deveria nem ser questão, é *direito* dele o remédio dele, tá lá na Constituição de Saúde: ‘É direito de todos’ e ‘é dever do *estado*’, né? [Ênfase adicionada] (P01)

A autonomia, a corresponsabilização no cuidado e na participação política e os direitos sócios-sanitários foram conquistados mediante o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira a partir dos anos 1970. As Conferências Nacionais de Saúde Mental dos anos de 1987, 1992, 2001, 2010 dão ainda mais força a luta, assim como a Declaração de Caracas (1992), as portarias ministeriais do Sistema Único de Saúde (SUS) e as leis estaduais e municipais que culminam com a Lei Federal nº 10.216, de 2001 (Pitta, Coutinho & Rocha, 2015). No entanto, ainda se observa discursos como o supracitado, permeados pelo estigma relacionado a usuários de álcool e outras drogas, que os desvalorizam e minoram seus direitos de participação social e de inclusão nas legislações de saúde e ainda legitimam a exclusão dessa população e a violação de direitos constitucionais. É necessário, portanto, ajustar as lentes e olhar agora para os usuários de álcool e outras drogas como cidadãos, sujeitos e atores das suas próprias vidas, capazes de reivindicar o Estado legitimamente, a partir do exercício pleno de seus direitos, caso não sejam reconhecidos (Pitta et al., 2015).

Como potencialidades, os profissionais apresentam a motivação da equipe, que mesmo diante dos desafios, esforçam-se para se tornar um lugar de referência para o usuário por meio de atitudes positivas (escuta acolhedora, valorização e compreensão). A mesma potencialidade é citada no segundo grupo. Elas mencionam que apesar da falta de recursos financeiros e profissionais, por contarem com uma equipe muito reduzida, e do desafio de lidar com funcionário sem vínculo empregatício, os profissionais do serviço atuam em cooperação com os usuários até mesmo na manutenção da estrutura do serviço. A insuficiência de equipamentos, de recursos e de articulação com a rede de cuidados também fora mencionada pelos profissionais como uma limitação no estudo de Lima, Costa, Figueiredo, & Schraiber (2007). Os autores colocam ainda que os profissionais apontam limites de ordem emocional na lida com usuários de drogas.

A manutenção da motivação se apresenta no terceiro grupo como um desafio. Os participantes apontam que a sociedade não está preparada para lidar com o usuário, diante de julgamentos, falta de confiança e políticas de criminalização da pobreza. O estigma oriundo da própria família e do serviço se apresentam como um obstáculo na lida com essa população, conforme o grupo, pois podem potencializar o estigma internalizado e prejudicar o tratamento. No entanto, eles concordam que as políticas de redução de danos, intersetorialidade e o cuidado territorializado, são ferramentas potenciais para o tratamento, além da capacidade de mudança e autonomia do próprio usuário em seu tratamento. Coerentemente, Rameh-de-Albuquerque, Lira, Costa, & Nappo (2017) afirmam que a redução de danos é fundamental para o processo das ações preventivas, que visam a diminuição do consumo de álcool e outras drogas, enfatizando não apenas o tratamento, mas a necessidade do cuidado integral do usuário, convergindo com a construção da política nacional de drogas na busca da autonomia dos usuários.

### **Considerações finais**

A presente investigação demonstrou que as crenças dos profissionais de saúde dos CAPSad e CAPS II e da residência multiprofissional ainda são permeadas por estigmas, no entanto, ao reconhecerem esses percalços, eles têm buscado uma atuação crítica e coerente com as políticas vigentes. É possível observar certa homogeneidade nos discursos entre os grupos do CAPSad e CAPS II no que tange às determinações do uso de drogas, diferindo um pouco do grupo de profissionais residentes, que possuem manifestações mais politizadas e censuradoras da forma de organização social e de suas implicações sobre a vida das pessoas. Neste ponto, é imprescindível considerar o contexto onde cada serviço está inserido, o seu nível de estruturação e suas especificidades, sendo o CAPSad III um serviço mais ordenado em termos de demanda, estrutura, recursos financeiros e equipe de trabalhadores do que o CAPS II. Com relação aos profissionais da residência multiprofissional, a rotatividade entre diversos dispositivos de saúde do município já influi sobre a sua capacidade de estabelecer vínculos com usuários e equipe, sobre suas crenças e conseqüentemente, seu discurso. Além disso, os profissionais demonstraram ter uma formação mais aprofundada e crítica sobre as políticas de saúde que fundamentam o cuidado dos usuários dos serviços que atendem. Vale destacar o intercâmbio entre universidade e serviços/comunidade ao qual ainda estão inseridos, o que pode leva-los a essa maior criticidade sobre sua própria prática.

Precisamente, um dos destaques das discussões foi o alto nível de vulnerabilidades observado nas mulheres que adentram nos serviços, sendo estes comprometimentos frutos de estereótipos de gênero e estigmas específicos, com sérios impactos na sua adesão ao tratamento e, conseqüentemente, para sua saúde. Na tentativa de garantir o cuidado continuado a essas mulheres, é importante ampliar o olhar às suas necessidades singulares, incluindo os determinantes sociais de saúde que circundam suas vidas, como suas relações com o companheiro, filhos, familiares, vizinhos e, especialmente, quando há ruptura dessas relações. É fundamental compreender os papéis tradicionais vinculados a esse gênero e a situação de

renda e moradia para articular o cuidado em rede, objetivando minimizar os danos oriundos das violências vivenciadas pelas mulheres (Cortes, Padoin, Vieira, Landerdahl, & Arboit, 2015).

A violação de direitos e legitimação da exclusão também foi pauta nos grupos, evidenciando a desarticulação entre teoria (políticas públicas) e prática (ações cotidianas nos serviços) que se dão nos contextos dos dispositivos de saúde. Essa violação de direitos se vincula a políticas públicas proibicionistas que reiteram a criminalização da pobreza, naturalizando e criminalizando o jovem negro, pobre, morador das periferias brasileiras, com a pretensa justificativa de punição e coerção a favor da segurança da sociedade. A garantia de direitos e a equidade, o incentivo a cidadania e autonomia, o protagonismo do sujeito em seu tratamento e o foco na promoção de saúde integral são princípios que devem direcionar a prática profissional em qualquer serviço público voltado ao cuidado, especialmente os de tratamento de usuários de drogas. Ainda, as ações voltadas a essa população devem ser pautadas pela perspectiva de intersetorialidade e interdisciplinaridade, compartilhando a responsabilização pelos cuidados dos usuários de drogas com diferentes segmentos da sociedade, priorizando o investimento na formação profissional (Souza et al., 2016).

### **Forças e limitações**

Considera-se a relevância de se investigar as crenças dos profissionais, com vistas a melhoria dos processos formativos, e conseqüentemente dos serviços de saúde e do atendimento a essa população historicamente estigmatizada. Ademais, acredita-se que a escolha do método de coleta de informações utilizado, o GF, que se constitui uma importante ferramenta para a abordagem qualitativa, foi em si uma potencialidade, pois como produto do mesmo, foi obtido um escopo rico de significados, o que talvez não fosse alcançado mediante a escolha de outro meio de obtenção de informações, como a entrevista individual. Além disso, foi notório que o espaço do grupo em si, foi importante para suscitar reflexões e aprendizado aos profissionais, o que pode ser importante no processo de ressignificação de crenças e revisão de sua própria

atuação. É importante destacar que o processo de análise por pares realizado na presente investigação pode garantir maior consistência interna dos dados apresentados, o que foi possibilitado mediante a presença de um grupo de pesquisa já consolidado sobre a temática do estigma.

Este estudo teve como limitação a perda de participantes após os *Workshops*. Mesmo que o número de informantes não seja um interesse significativo em pesquisa qualitativa, era intencionado que os GF tivessem maior representatividade, equilibrando as categorias profissionais em sua composição, especialmente os com formação mais biologicista, como médicos e enfermeiros. Dessa forma, a comparação das crenças a partir do modelo de formação foi restringida, dada a presença massiva de psicólogos nos grupos. Outra limitação importante foi a relação de poder bem demarcada em um dos grupos, o que, sem dúvidas, pode ter comprometido a discussão e a obtenção de significados mais fidedignos. Para mais, sugerimos que novas pesquisas sejam feitas em outros territórios e com uma gama maior de informantes, dada a relevância da temática de pesquisa.

## Referências

- Abal, Y. A., & Gugelmin, S. A. (2018). A redução de danos nas cenas abertas de uso de crack e outras drogas ilegalizadas: A perspectiva dos trabalhadores da saúde. *Revista do departamento de ciências sociais – PUC Minas*, 1(1), 24-43.
- Abrahão, A. L., & Merhy, E.E (2014). Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos ferramentas na prática de ensinar. *Interface*, 18(49), 313-324.
- Alarcon, S. (2012). A Síndrome de Elêusis: considerações sobre as políticas públicas no campo de atenção ao usuário de álcool e outras drogas. In: Alarcon, S. (Org.). *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Alfonzo, L. (2015). Desafios da Transferência da Evidência Científica para o Desenho e Implementação de Políticas Sobre Uso de Substâncias Psicoativas. In: Ronzani T.M., Costa P.H.A., Mota D.C.B., Laport T.J., editores. *Redes de Atenção aos Usuários de Drogas. Políticas e Práticas*. São Paulo: Cortez.
- Aschidamini, I.M., & Saupe, R. (2004). Grupo focal - estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. *Cogitare Enfermagem*, 9(1), 9-14. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v9i1.1700>
- Backes, D.S., Colomé, J.S., Erdmann, R.H., & Lunardi, V.L. (2011). Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O mundo da saúde*. 35(4), 438-442.
- Barbosa, G. C., Oliveira, M. A. F., Moreno, V., Padovani, C. R., Claro, H. G., & Pinho, P. H. (2015). Satisfação de usuários num Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (14), 31-37. doi:10.19131/rpesm.0103
- Brasil (2011). *Portaria nº 3.088 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS*. Brasília.

- Brasil (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Bungay V., Johnson, J. L., Varcoe, C., & Boyd, S. (2010). Women's health and use of crack cocaine in context: structural and "everyday" violence. *International Journal of Drug Policy, 21*, 321-329.
- Buss, P. M., & Filho, A.P. (2007). A Saúde e seus Determinantes sociais. *Revista de Saúde Coletiva, 17*(1), 77-93.
- Carter, J. (2015). Patriarchy and violence against women and girls. *The Lancet, 385*(9978), 40-41. doi:10.1016/s0140-6736(14)62217-0
- Cavazza, N. (2008). Como se estudam as atitudes e opiniões. (3, 67,93). In: Nicoletta Cavazza. *Psicologia das atitudes e das opiniões* (A. A. Machado, Trad.). São Paulo: Edições Loyola.
- Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde [CNDSS], 2006. Carta aberta aos candidatos à Presidência da República. Fiocruz.
- Corrigan, P. W., & Wassel, A. (2008). Understanding and influencing the stigma of mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 46*(1), 42-48. doi: 10.3928/02793695-20080101-04
- Corrigan, P. W., Druss, B. G., & Perlick, D. A. (2014). The Impact of Mental Illness Stigma on Seeking and Participating in Mental Health Care. *Stigma and Care Seeking, 15*(2) 37-70. doi: 10.1177/1529100614531398
- Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior, 44*, 162–179.
- Cortes L. F., Padoin, S. M. M., Vieira, L. B., Landerdah, M. C., & Arboit, J. (2015). Cuidar mulheres em situação de violência: empoderamento da enfermagem em busca de equidade

- de gênero. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36, 77-84. doi: 10.1590/19831447.2015.esp.57162
- Costa, P. H. A. da, Ronzani, T. M., & Colugnati, F. A. B. (2017). “No papel é bonito, mas na prática...” Análise sobre a rede de atenção aos usuários de drogas nas políticas e instrumentos normativos da área. *Saúde e Sociedade*, 26(3), 738-750. doi:10.1590/s0104-12902017170188
- Costa, P. H. A., Mota, D. C. B., Cruvinel, E., Silveira, P. S., & Ronzani, T. M. (2016). O Ecomapa como ferramenta na formação para o trabalho em rede no campo de álcool e outras drogas. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 11(3), 669-681.
- Costa, P. H., & Paiva, F. S. (2016). Revisão da literatura sobre as concepções dos profissionais de saúde sobre o uso de drogas no Brasil: modelo biomédico, naturalizações e moralismos. *Revista de Saúde Coletiva*, 26(3), 1009-1031.
- Cruz, V. D., Oliveira, M. M., Pinho L. B., Coimbra, V. C. C., Kantorski, L. P., & Oliveira, J. F. (2014). Sociodemographic conditions and patterns of crack use among women. *Texto Contexto Enferm*, 3, 1068-1076.
- Dall’agnol, C. M., Magalhães, A. M. M., Mano, G. C. M., Olschowsky, A., & Silva, F. P. (2012). A noção de tarefa nos grupos focais. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(1), 186-190.
- Deslandes, S. (2002). Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Felicissimo, F. B., Ferreira, G. C. L., Soares, R. G., Silveira, P. S., & Ronzani, T. M. (2013). Estigma internalizado e autoestima: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 15(1), 116-129.
- Ferreira, J. T., & Engstrom, E. M. (2017). Estigma, medo e perigo: representações sociais de usuários e/ou traficantes de drogas acometidos por tuberculose e profissionais de saúde na

- atenção básica. *Saúde e Sociedade*, 26(4), 1015–1025. doi:10.1590/s0104-12902017155759
- Giandinoto, J. A., Stephenson, J., & Edward, K. (2018). General hospital health professionals' attitudes and perceived dangerousness towards patients with comorbid mental and physical health conditions: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(3), 942–955. doi:10.1111/inm.12433
- Goffman, E. (1978). *Estigma – Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (4a ed., M. Lambert, Trad.). Rio de Janeiro: LTC. (Obra original publicada em 1891).
- Gomide, H. P., Lopes, T. M., Soares, R. G., Silveira, P. S., Bastos, R. R., & Ronzani, T. M., 2010. Estereótipos dos profissionais de saúde em relação a alcoolistas em Juiz de Fora - MG, Brasil. *Psicologia: Teoria e Prática*, 12(1), 171-80.
- Hasson-Ohayon, I., Levy, I., Kravetz, S., Vollanski-Narkis, A., & Roe, D. (2011). Insight into mental illness, self-stigma, and the family burden of parents of persons with a severe mental illness. *Comprehensive Psychiatry*, 52, 75-80. doi: 10.1016/j.comppsy.2010.04.008
- Heather, N. (2017). Q: Is addiction a brain disease or a moral failing? A: Neither. *Neuroethics*, 10, 115-124. doi:10.1007/s12152-016-9289-0.
- Kerr, L. R. F. S., & Kendall, C. (2013). A pesquisa qualitativa em saúde. *Revista Rene*, 14(6), 1061-1063.
- Laport, T. J., Costa, P. H. A., Mota, D. C. B., & Ronzani, T. M. (2016). Percepções e Práticas dos Profissionais da Atenção Primária à Saúde na Abordagem sobre Drogas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(1), 143-150. doi: 10.1590/0102-37722016012055143150
- Lima, M., Costa, J. A., Figueiredo, W. S., & Schraiber, L. B. (2007). Invisibilidade do uso de drogas e a assistência de profissionais dos serviços de Aids. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), 6-13.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Rev. Sociol*, 27, 363-385.

- Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. F. (1987). The social rejection of former mental patients: understanding why labels matter. *The American journal of sociology*, 92(6), 1461-1500.
- Matos, I. B., Toassi, M. R. C., & Oliveira, M. C. 2013. Profissões e Ocupações em Saúde e o Processo de Feminização: Tendências e Implicações. *Atena Digital*, 13(2), 239-244.
- Moraes, M. (2008). Integral healthcare model for treating problems caused by alcohol and other
- Moretti-Pires, R. O., Ferro, S. B. G., Büchele, F., Oliveira, H. M., & Gonçalves, M. J. F. (2011). Family Health Nurse in the Amazon: concepts and management of themes regarding alcohol use. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(4), 920-6.
- Morgan, B. D. (2014). Nursing Attitudes Toward Patients with Substance Use Disorders in Pain. *Pain Management Nursing*, 15(1), 165-175. doi:10.1016/j.pmn.2012.08.004
- Mota, D. C. B., Ronzani, T. M., & Moura, Y. G. (2014). Tratamento e apoio psicossocial às pessoas em situação de rua usuárias de drogas (497-514). In: Grinover A.P., Assagra G., Gustin M., Lima P.C.V., Ienaco R. (Orgs). *Direitos Fundamentais das Pessoas em Situação de Rua*. Belo Horizonte: D'Plácido.
- Mozzato, A. R., & Grzybovski, D. (2011). Análise de Conteúdo como Técnica de Análise de Dados Qualitativos no Campo da Administração: Potencial e Desafios. *Revista de Administração Contemporânea*, 15(4), 731-747.
- Nieweglowski, K., Dubke, R., Mulfinger, N., Sheehan, L., & Corrigan, P. W. (2018). Understanding the factor structure of the public stigma of substance use disorder, *Addiction Research & Theory*. 1-6. doi: 10.1080/16066359.2018.1474205
- Oliveira, J. F., McCallum, C. A., & Costa, H. O. G. (2010) Representações sociais de Agentes Comunitários de Saúde acerca do consumo de drogas. *Revista da escola de enfermagem da USP*. 44, 611-18.

- Oliveira, M. C., & Ronzani, T. M. (2012). Estigmatização e prática de profissionais da APS referentes ao consumo de álcool. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(3), 648-661. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000300010>
- Paiva, F. S., Ferreira, M. L., Martins, M. Z. F., Barros, S. L. C. F., & Ronzani, T. M. (2014). A percepção profissional e comunitária sobre a reinserção social dos usuários de drogas. *Psicol. Soc. Belo Horizonte*, 26(3), 696-706.
- Peixoto, C., Prado, C. H. O., Rodrigues, C. P., Cheda, J. N. D., Mota, L. B. T., & Veras A. B. (2010). Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 317-321.
- Pickard, H. (2017). Responsibility without blame for addiction. *Neuroethics*, 10, 169-180.
- Pingani, L., Forghieri, M., Ferrari, S., Ben-Zeev, D., Artoni, P., Mazzi, F., et al. (2012). Stigma and discrimination toward mental illness: Translation and validation of the Italian version of the attribution questionnaire-27 (AQ-27-I). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(6), 993–999.
- Pitta, A. M. F., Coutinho, D.M., & Rocha, C. C. M. (2015). Direitos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial do Nordeste do Brasil: um estudo avaliativo, tendo como referência o QualityRights – WHO. *Saúde Debate*, 39(106), 760-771. doi: 10.1590/0103-1104201510600030016
- Prates, J. G., Pinho, H. P., Oliveira, M. A. F., & Claro, H. G. (2014). A concepção dos enfermeiros de serviços de urgência e emergência sobre o processo saúde-doença na assistência aos usuários de substâncias psicoativas. *Saúde Debate*, 38(101), 318-27.
- Rameh-de-Albuquerque, R. C., Lira, W. L., Costa, A. M., & Nappo, S. A. (2017). Do descaso a um novo olhar: a construção da Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas como conquista da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O caso de

- Recife (PE). *Psicologia em Pesquisa- UFJF*, 11(1), 84-96. doi: 10.24879/2017001100100215.
- Rêgo, N. G., Oliveira, P. R. S., Lima, A. F., & Holanda, R. B. (2017). Pobreza e políticas sobre drogas: documentos de vigilância e tecnificação. *Psicologia Política*, 17(38), 72-89.
- Rocha, W. S., Alves, E. R. P., Vieira, K. F. L., Barbosa, K. K. S., Leite, G. O., & Dias, M. D. (2015). Concepções dos usuários de crack sobre os fatores que influenciam o uso e a dependência. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*, 11(3), 129-35. doi: 10.11606/issn.1806-6976.v11i3p129-135
- Ronzani, T. M., Higgins-Biddle, J., & Furtado, E. F. (2009). Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil. *Social Science & Medicine*, 69(7), 1080-1084. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.07.026
- Ronzani, T. M., Noto, A. R., & Silveira, P. S. (2017). Reduzindo o estigma entre usuários de drogas. Guia para profissionais e gestores. Aberta - Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD.
- Ronzani, T.M. (2018). The Context of Drug Use in the Consumer Society. (1, 3-13). In: Telmo Mota Ronzani. (Org.). *Drugs and Social Context: Social Perspectives on the Use of Alcohol and Other Drugs*. Cham: Springer.
- Rosenberg, M. J., & Hovland, C. J. (1960). Cognitive, affective, and behavioural componentes of attitudes. In: C. J. Hovland, & M. J. Rosenberg (Orgs.). *Attitude organization and change*. New Haven: Yale University Press.
- Schomerus, G., Corrigan, P. W., Klauer, T., Kuwert, P., Freyberger, H. J., & Lucht, M. (2011). Self-stigma in alcohol dependence: Consequences for drinking-refusal self-efficacy. *Drug and Alcohol Dependence*, 114, 12-17. doi: 10.1016/j.drugaldep.2010.08.013

- Silva, É. B. de O., Pereira, A. L. de F., & Penna, L. H. G. (2018). Estereótipos de gênero no cuidado psicossocial das usuárias de cocaína e crack. *Cadernos de Saúde Pública*, 34(5), 1-10. doi:10.1590/0102-311x00110317
- Silveira, P. S., Martins, L. F., & Ronzani, T. M. (2009). Moralização sobre o uso de álcool entre agentes comunitários de saúde. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(1), 62-75.
- Silveira, P. S., Tostes, J. G. A., Wan, C., Ronzani, T. M., & Corrigan, P. W. (2018). The Stigmatization of Drug Use as Mechanism of Legitimation of Exclusion. (1, 15-25). In: Telmo Mota Ronzani. (Org.). *Drugs and Social Context: Social Perspectives on the Use of Alcohol and Other Drugs*. Cham: Springer.
- Silveira, P.S., Soares, R. G., Gomide, H.P., Ferreira, G. C. L., Casela, A. L. M., Martins, L. F., & Ronzani, T. M. (2015). Social distance toward people with substance dependence: a survey among health professionals. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 9(2), 170-176. doi:10.5327/Z1982-1247201500020007
- Siqueira, L. (2014). A pobreza como “disfunção” social: a culpabilização e a criminalização do indivíduo. *Argumentum*, 6(1), 240-252.
- Souza, L. F. de, Souza, Â. C. de, Souza, E. O. de; Abrahão, A. L., & Fernandes, F. L. (2016). A universidade como parceira na formação diferenciada para o cuidado aos usuários de drogas. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 11(3), 1-13.
- Stringer, K. L., & Baker, E. H. (2015). Stigma as a Barrier to Substance Abuse Treatment Among Those With Unmet Need: An Analysis of Parenthood and Marital Status. *Journal of Family Issues*, 39(1), 3–27. doi:10.1177/0192513x1558165
- Tavares, A. L. B., Souza, A. R., & Pontes, R. J. S. (2013). Estudo da demanda de saúde mental em Centro de Saúde da Família em Caucaia, Ceará, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 8(26), 35-42.

- Teixeira, M. B., Ramôa, M. L., Engstrom, E., & Ribeiro, J. M. (2017). Tensions between approach paradigms in public policies on drugs: an analysis of Brazilian legislation in 2000-2016. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5), 1455-1466. doi: 10.1590/1413-81232017225.32772016
- Trad, L. A. B. (2009). Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, 19(3): 777-796.
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2016. *World Drug Report*. (United Nations publication, Sales No. E.16.XI.7).
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2018. *Executive Summary – Conclusions and Policy Implications*. (United Nations publication, Sales No. E.18.XI.9).
- United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2018. *Women and Drugs – Drug use, drug supply and their consequences*. (United Nations publication, Sales No. E.18.XI.9).
- van Boekel, L. C. (2015). *Stigmatization of people with substance use disorders: Attitudes and perceptions of clients, healthcare professionals and the general public*. Enschede: Ipskamp Drukkers.
- Velloso, M. P., & Guimarães, M. B. L. (2013). A imagem na pesquisa qualitativa em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(1), 245-252.
- Zotesso, M. C., Paiva, S. M. A., & Marques, L. O. (2018). Consumo, dependência e caracterização de usuários de álcool em um centro de atenção psicossocial de álcool e drogas. *Caçador*, 7(1), 430-439.

## Anexo A

### ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

**Facilitadora:** Rafaela Toledo Dias

**Observadoras:** *duas bolsistas da UCP*

#### Introdução

“Bom dia/ Boa tarde”.

Primeiramente, gostaria de agradecer novamente a todos e todas por aceitarem o nosso convite. Meu nome é Rafaela, faço parte da equipe de pesquisadores do Centro de Referência em Pesquisa, Intervenção e Avaliação em Álcool e Outras Drogas – (CREPEIA – UFJF) e sou mestranda em Psicologia pela UFJF. Também temos duas alunas de psicologia da UCP que aqui conosco. Vamos entregar a vocês um pequeno questionário de caracterização dos participantes e vocês não precisarão se identificar nele. Nosso objetivo é depois agrupar o perfil dos participantes do grupo.

Nesse momento do nosso estudo, o **objetivo** é compreender as crenças que cada um de vocês tem a respeito do uso de álcool e drogas, bem como dos usuários, a partir de sua experiência profissional até aqui. Nós gostaríamos que vocês de forma breve se apresentassem novamente. Lembro dos nomes, mas gostaria de relembrar a trajetória profissional de cada um.

A nossa proposta agora é um pouco diferente do Workshop. Hoje nós realizaremos um Grupo Focal. Alguém aqui já participou de um Grupo Focal?

**Explicar de maneira simplificada:** os grupos focais são usados para descobrir o que um determinado grupo de pessoas pensa sobre uma questão. Uma discussão de grupo focal é

realizada com um pequeno grupo e é liderada por um facilitador. É um espaço de troca de experiências, onde todos podem se expressar.

Basicamente, nós teremos um tópico para discutir e o ideal é que todos falem um pouco sobre ele. Não há respostas certas ou erradas, não esperamos que vocês respondam algo específico, quero realmente conhecer a opinião sincera de cada um. Vocês não são obrigados a responder aos tópicos que não quiserem e todas as informações que vocês fornecerem aqui têm apenas fins acadêmicos e investigativos, e a identidade de todos será resguardada. Bom, nossa intenção é que esse grupo tenha uma duração mínima de uma hora e máxima de 90 minutos. Sendo assim, para mim é muito importante gravar esta conversa por causa do tempo longo de diálogo. Podemos não nos lembrar pontualmente de tudo para a transcrição na íntegra, para análise e interpretação posterior. Mais uma vez, tudo o que for discutido neste grupo focal é **confidencial e anônimo**, e não acarretará em prejuízos profissionais para nenhum de vocês, e o nome de vocês não será divulgado em hipótese alguma, nem características que os descrevam”.

*Vocês estão de acordo?*

*Tem alguma pergunta que queiram me fazer antes de começar?*

*Vocês me permitem gravar a entrevista?*

- Somente a partir de agora estaremos gravando (*Observadora 2 distribuiu os gravadores pela sala em locais diferentes e dá o “play”*)

Iniciaremos com a apresentação de um vídeo. É mais um quebra gelo, tem propagandas bem antigas de combate às drogas, entrevista da Marília Gabriela com Ronaldo Laranjeiras, vamos ver se vocês se recordam ou já viram algum desses vídeos...

- Quebra-Gelo: *Vídeo (5:08min)*

Vocês já viram alguns desses vídeos ou se lembram de alguma propaganda? Tem algo a dizer a respeito deles? Acha que atualmente as propagandas seriam semelhantes a essas? Bom, essas são as informações que por muito tempo foram disseminadas na mídia e temos também a fala de grandes nomes da área no Brasil. Mas toda a nossa discussão aqui hoje pode ser baseada em sua experiência profissional no serviço, na sua vivência diária e até experiências familiares, como já dissemos não existem respostas certas ou erradas, nem é de interesse que as respostas de vocês se aproxime do que é mais científico. Você pode até se lembrar de casos específicos e usuários específicos”.

Então, a nossa primeira questão para discussão é...

### **Roteiro de Perguntas:**

(No **data show** serão apresentados em forma de “dicas”, por exemplo: “perfil do usuário de álcool e do usuário de drogas”).

1. Na sua opinião, o que leva uma pessoa a fazer uso problemático de álcool e outras drogas?
2. Para você, como é atuar com pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas?
3. Você já passou por uma situação em que viu alguém ser estigmatizado? E como foi lidar com isso (como você reagiu ou como se sentiu)?
4. Você já passou por alguma situação em que foi necessário enfrentar os seus próprios preconceitos para garantir o atendimento de alguém com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas? Como foi?
5. Cite as maiores dificuldades que vê no cuidado a estas pessoas? E quais são as maiores potencialidades da rede de cuidado?

Perguntas que podem ser acrescentadas (a depender do tempo).

1. Como os preconceitos em relação às pessoas que consomem álcool ou outras drogas afetam a relação entre eles e os profissionais de saúde?

### **Encerramento**

“Há algo que vocês gostariam de acrescentar sobre o que discutimos?

Agradecemos a participação de cada um (a), o tempo que disponibilizaram para estar conosco e as informações valiosas fornecidas”.

## Anexo B

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr.(a) está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa **“Estigma com relação a usuários de drogas: uma análise das crenças de profissionais de saúde”**. O motivo que nos leva a estudar essa temática é que a avaliação das crenças dos profissionais pode fundamentar melhorias nas ações, estratégias e intervenções que visam aperfeiçoar o cuidado e reduzir o estigma. Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: o Sr.(a) participará de uma sessão de Grupo Focal com duração de 90 minutos. O conteúdo dessa sessão será gravado em áudio e posteriormente transcrito. Os áudios serão ouvidos pelo pesquisador responsável e por duas bolsistas de iniciação científica. Um código de identificação será usado durante a gravação e seu nome não será identificado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre os códigos e nomes permanecerá trancado em um arquivo. Os áudios serão utilizados somente para coleta de dados. Se você não quiser ser gravado em áudio, você não poderá participar deste estudo.

Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em riscos considerados mínimos, tendo em vista que não serão realizados procedimentos invasivos físicos ou psicológicos nos participantes do estudo. Além disso, os cuidados máximos serão tomados para assegurar o sigilo e a confidencialidade das informações individuais. A pesquisa contribuirá para o fomento de uma discussão efetiva entre os profissionais sobre suas concepções e práticas frente ao usuário de drogas, além de reflexões acerca da importância da postura crítica frente à formação e a necessidade de capacitação.

Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr.(a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade em sua atividade profissional. O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. O(A) Sr.(a) não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar desse estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida ao Sr.(a). Os dados e

instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos. Este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Petrópolis (CEP/UCP), processo n° 104554/2017, tendo sido aprovado em 05/10/2017.

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO:**

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa “**Estigma com relação a usuários de drogas: uma análise das crenças de profissionais de saúde**” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Pesquisador (a)

**Nome das Pesquisadoras Responsáveis:**

Rafaela Toledo Dias e Pollyanna Santos da Silveira

**Endereço:** Instituto de Ciência Humanas - Rua José Lourenço Kelmer, s/n,

Bairro São Pedro; CEP - 36036-900. Juiz de Fora. Minas Gerais. **Fone:** (32) 2102-3165

