

UFRRJ

**INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

DISSERTAÇÃO

**EXPLORANDO AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA
“DEPENDÊNCIA QUÍMICA”: ESTIGMA E EXCLUSÃO SOCIAL
ENTRE ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO DE PSICOLOGIA E
PROFISSIONAIS DA ÁREA**

CARINA SANTOS BORGES COTRIM

2024



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**EXPLORANDO AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA
“DEPENDÊNCIA QUÍMICA”: ESTIGMA E EXCLUSÃO SOCIAL
ENTRE ESTUDANTES DEGRADUAÇÃO DE PSICOLOGIA E
PROFISSIONAIS DA ÁREA**

CARINA SANTOS BORGES COTRIM

Sob a Orientação da Professora

Luciene Alves Miguez Naiff

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**, no Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração em Psicologia.

Seropédica, RJ

Novembro de 2024

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Biblioteca Central / Seção de Processamento
Técnico

Ficha catalográfica elaborada
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C843e COTRIM, Carina Santos Borges, 1987-
Explorando as representações sociais da "dependência química": estigma e exclusão social entre estudantes de graduação de psicologia e profissionais da área / Carina Santos Borges COTRIM. - Volta Redonda, 2024. 113 f.

Orientadora: Luciene Alves Miguez Naiff.
Dissertação (Mestrado). -- Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Pós-graduação em Psicologia (PPGPSI), 2024.

1. Representações Sociais. 2. Dependência Química. 3. Estigmatização. 4. Exclusão Social. 5. Formação Profissional. I. Naiff, Luciene Alves Miguez, 1969-, orient. II Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Pós-graduação em Psicologia (PPGPSI) III. Título.

O presente trabalho foi realizado como apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001.


UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM PSICOLOGIA

Carina Santos Borges Cotrim


Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, no Programa de Pós-graduação em Psicologia, área de concentração em psicologia.

Dissertação aprovada em: 25/11/2024


Assinaturas:

 Documento assinado digitalmente
LUCIENE ALVES MIGUEZ NAIFF
Data: 02/12/2024 15:34:41-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Luciene Alves Miguez Naiff , Dra., UFRRJ (presidente da banca)

 Documento assinado digitalmente
DEBORAH UHR
Data: 05/12/2024 08:45:40-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Débora Uhr, Dra., UFRRJ (membro interno)

 Documento assinado digitalmente
VICTOR DOS SANTOS FREITAS DITZ
Data: 03/12/2024 04:49:03-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Victor dos Santos Freitas Ditz, Dr., UniDomBosco (membro externo)

A Deus e a minha família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, é impossível descrever a alegria que eu tenho por tê-lo em minha vida, se não fosse Ele eu nada seria.

Ao meu marido por acreditar em mim muitas vezes mais do que eu. Obrigada por me impulsionar, pelo seu amor e carinho, vejo que verdadeiramente Deus não une pessoas, une propósitos, você é maravilhoso.

À minha mãe pelo apoio. Obrigada por sempre me lançar para alcançar objetivos maiores. Você sempre será minha maior inspiração. Como sou grata a Deus pela sua vida, a sua maternidade me faz perceber que Deus é real.

À Mariana, que amiga você é. Obrigada por me ajudar a tornar essa pesquisa possível, você é uma pessoa incrível e eu não tenho palavras para te agradecer por isso.

À Jéssica pelas inúmeras caronas e conversas, obrigada por me ajudar a não desistir.

À minha orientadora Luciene, que alegria ser sua orientanda, obrigada por cada toque, cada correção, cada dica. Você criou um caminho para que eu pudesse crescer e isso não será esquecido jamais, obrigada pela alegria contagiante e pelo foco excepcional, você fez impossível ser possível. Este trabalho também dedico a você.

Aos colegas do LAPPSO, o melhor laboratório da Rural, vocês são pessoas maravilhosas que vão transformar o mundo.

Ao Wagner Rocha pelo apoio, muito obrigada, você foi muito necessário, obrigada pela disponibilidade.

Aos colegas que a Rural me deu de presente, Amanda, Fabíola, Maísa, Rickson, Geovana, Stéfane e tantos outros vocês são uns amores.

Aos professores do programa que compartilharam tanta sabedoria. Aos voluntários participantes da pesquisa.

E a cada um que de maneira direta ou indireta contribui para o meu percurso.

*“As convicções são inimigas mais perigosas da
verdade do que as mentiras”*

(Friedrich Nietzsche)

RESUMO

COTRIM, Carina Santos Borges. **Explorando as representações sociais da “dependência química”: estigma e exclusão social entre estudantes de graduação de psicologia e profissionais da área.** 2024. 89 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ. 2024.

O uso de substâncias psicoativas está profundamente entrelaçado com a história da humanidade, contudo, a chamada "dependência química" emerge como um fenômeno contemporâneo, resultando em estigmatização e exclusão social. Este estudo buscou compreender, por meio da análise das representações sociais, como esses processos influenciam a percepção da sociedade em relação à dependência química e seu impacto nos indivíduos afetados. O objetivo da pesquisa foi identificar as representações sociais sobre a “dependência química” entre profissionais de saúde e estudantes de psicologia, visando entender como essas representações afetam a percepção e interpretação social do fenômeno. A Teoria das Representações Sociais de Moscovici foi utilizada como base teórica para investigar o pensamento socialmente compartilhado sobre o tema, enquanto a Teoria do Núcleo Central ajudou a explorar a estrutura dessas representações. A pesquisa contou com 110 participantes divididos em dois grupos: estudantes de graduação e profissionais atuantes no mercado. Para a coleta de dados, foram utilizados questionários estruturados via Google Forms com perguntas fechadas e tarefas de evocação livre, utilizando o termo indutor “dependência química” para o grupo de estudantes, e entrevistas por vídeo chamada para o grupo de profissionais. A análise dos dados seguiu a metodologia da Análise de Conteúdo de Bardin. Os resultados revelaram que, tanto entre estudantes quanto entre profissionais, ainda existem representações que reproduzem estigmas em muitos casos. Os desafios mais mencionados incluíram a falta de preparação acadêmica, o desgaste emocional dos profissionais e o estigma social, apontando para a necessidade de reformulação tanto nos currículos quanto nas condições de trabalho, demonstrando que a formação atual está desconectada das exigências práticas e que os currículos poderiam ser reformulados para atender a essa demanda crescente.

Palavras-chave: Representações sociais, Dependência química, Formação profissional.

ABSTRACT

COTRIM, Carina Santos Borges. **Exploring the social representations of “chemical dependence”: stigma and social exclusion among undergraduate psychology students and professionals in the field.** 2024. 89 p. Dissertation (Master's in Psychology). Institute of Education, Federal Rural University of Rio de Janeiro, Seropédica, RJ. 2024.

The use of psychoactive substances is intertwined with human history, however, what is now known as "chemical dependence" has emerged as a contemporary phenomenon, leading to stigmatization and social exclusion. This study sought to understand, through the analysis of social representations, how these processes influence society's perception of chemical dependence and its impact on affected individuals. The objective of the present research was to identify the social representations of "chemical dependence" among health professionals and psychology students, aiming to understand its influence on societal perception and interpretation. Moscovici's Social Representations Theory served as the theoretical foundation for identifying socially shared thinking on this topic. With the support of the Central Nucleus Theory, the structure of social representations of chemical dependence was also explored. The research involved 110 participants, divided into two groups. The first group consisted of undergraduate students, while the second was made up of professionals active in the labor market. Data collection was carried out using structured questionnaires via Google Forms with closed questions and free word association tasks using the term "chemical dependence" for the first group, and video call interviews for the second group. Bardin's Content Analysis methodology was used for data analysis. The research revealed that both students and professionals share representations that, in many cases, still reproduce stigmas. Challenges such as lack of academic preparation, emotional burnout of professionals, and social stigma were frequently mentioned, pointing to the need for both curriculum reform and improvements in working conditions. This demonstrates how the current training is disconnected from practical demands and suggests how curricula could be redesigned to meet this growing need.

Keywords: Social representations, Chemical dependence, Professional training.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1: Mercenário Sírio tomando cerveja ao lado de sua esposa egípcia e seu filho, 18 ^a dinastia (Acervo do Museu Neues em Berlim) | 19 |
| Figura 2: Cocaína, vendida como remédio para a dor de dente, num anúncio dos EUA de 1890 | 22 |
| Figura 3: Pastilhas de cocaína vendidas na cidade do Rio de Janeiro em 1890 | 22 |
| Figura 4: Linha do tempo Conferências Nacionais de Saúde 1941 a 2011 | 39 |
| Figura 5: Pontos da RAPS | 41 |

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Análise de Conteúdo - Pergunta 1: Na sua opinião, o que seria um dependente químico? 66

Tabela 2: Análise de Conteúdo - Pergunta 2: Na sua opinião, o que pode ser feito para lidar com esse assunto? 68

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1: Análise prototípica da questão de evocação livre do termo indutor “DEPENDÊNCIA QUÍMICA” | 61 |
|--|----|

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|----|
| Gráfico 1: Idade dos voluntários do Grupo1 | 56 |
| Gráfico 2: Gênero dos voluntários do Grupo 1 | 57 |
| Gráfico 3: Religião dos voluntários do Grupo 1 | 57 |
| Gráfico 4: Identidade étnica dos participantes do grupo 1 | 58 |
| Gráfico 5: Período da graduação dos participantes do Grupo 1 | 58 |
| Gráfico 6: Natureza da instituição de ensino dos participantes do Grupo 1 | 59 |
| Gráfico 7: Estudo sobre o tema durante a graduação dos participantes do Grupo 1 | 59 |
| Gráfico 8: Questionamento aos participantes do Grupo 1 a respeito de conhecerem algum dependente químico | 60 |
| Gráfico 9: Análise de similitude do termo indutor “DEPENDÊNCIA QUÍMICA” | 64 |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| INTRODUÇÃO | 16 |
| 1. O FENÔMENO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA | 19 |
| 1.1 Breve relato sobre o uso de drogas ao longo da história | 19 |
| 1.2 Do uso ao abuso: As transformações sociais e as modificações nas formas do uso das drogas | 23 |
| 1.3 Da regulação a proibição: Estigmatização e vieses racistas na política de combate as drogas | 25 |
| 1.3.1 A Formação Profissional e sua Contribuição para o Estigma na Dependência Química | 30 |
| 1.4 Desafios da dependência química: Conexões entre história, cultura e políticas atuais | 31 |
| 2. O CUIDADO AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL | 33 |
| 2.1 Breve histórico da legislação e políticas brasileiras sobre drogas | 33 |
| 2.1.1 Lei 11.343. de 3006 | 35 |
| 2.1.2 A política nacional sobre álcool | 36 |
| 2.2 O desenvolvimento da saúde mental e atenção integral no SUS | 36 |
| 2.2.1 Reforma psiquiátrica e a política de saúde mental | 38 |
| 2.2.2 O SUS e a atenção ao usuário de álcool e outras drogas | 39 |
| 2.2.3 Estrutura e funcionamento da RAPS | 40 |
| 2.2.4 Redução de danos | 43 |
| 2.3 A atuação do SUAS | 43 |
| 3. TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS | 45 |
| 3.1 As Representações Sociais | 45 |
| 3.2 Epistemologia | 45 |
| 3.3 Universos Reificados e Consensuais e os Processos de Ancoragem e Subjetivação | 47 |
| 3.4 Abordagens Complementares | 48 |
| 3.4.1 Abordagem Dimensional | 49 |
| 3.4.2 Abordagem Estrutural | 50 |
| 3.4.2.1 Núcleo Central | 50 |
| 3.4.2.2 Sistema Periférico | 51 |
| 4. OBJETIVOS E METODOLOGIA DA PESQUISA | 53 |
| 4.1 Objetivos | 53 |
| 4.1.1 Objetivo geral | 53 |
| 4.1.2 Objetivos específicos | 53 |
| 4.2 Sujeitos participantes da pesquisa | 53 |
| 4.3 Procedimento de Coleta | 53 |
| 4.4 Instrumentos e Análise de Dados | 54 |
| 4.5 Aspectos Éticos | 54 |
| 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 56 |
| 5.1 Resultados da Amostra G1 | 56 |
| 5.1.1 Dados Sociodemográficos | 56 |
| 5.1.2 Análise Prototípica | 60 |
| 5.1.3 Análise de Similitude | 64 |
| 5.1.4 Análise de Conteúdo | 66 |
| 5.2 Resultados da Amostra G2 | 70 |

| | |
|--|-----------|
| 5.2.1 Dados Sociodemográficos | 70 |
| 5.2.2 Análise de Conteúdo | 70 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 81 |
| 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 83 |

INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas pela humanidade se entrelaça com sua própria história (Mota, 2008) e assim como o comportamento humano passou por inúmeras modificações ao longo do tempo, a forma de consumir essas substâncias também sofreu alterações (Schimith, Murta e Queiroz, 2019). Esta é uma temática densa, complexa e de grande relevância social, que afeta todas as camadas da sociedade, independentemente de etnia, classe social, gênero ou religião (Alvarez, Gomes e Xavier, 2014).

Nas últimas décadas, o consumo de substâncias psicoativas se tornou não apenas um problema de saúde pública, mas também de segurança pública (Schimith, Murta e Queiroz, 2019). Segundo Oliveira *et al.* (2019), esta situação acarreta altos custos médicos e hospitalares, além de estar frequentemente associada ao aumento dos índices de acidentes de trânsito, violência urbana e doméstica, evasão escolar, entre outros, desafiando a preservação de fundamentos nas esferas sociais, políticas e econômicas ao comprometer a funcionalidade do indivíduo e especificamente por estar relacionada as estatísticas de mortes violentas na população jovem.

Com o desenvolvimento da ciência nas áreas de química, medicina e farmácia e as transformações sociais, algumas substâncias psicoativas passaram a ser classificadas como drogas (Santiago, 2017). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define droga como qualquer substância capaz de causar dependência psicológica ou física. O termo *toxicum* surgiu na Antiguidade, quando, de acordo com Bento (2006), os bárbaros utilizavam substâncias venenosas nas pontas de suas flechas. Curiosamente, esse termo carregava um caráter ambíguo, pois podia tanto se referir a um veneno quanto a um remédio, dependendo do contexto (Ferreira e Martini, 2001).

Na modernidade, o significado de droga mudou, tornando-se mais um objeto de consumo (Santiago, 2017). A partir do termo “tóxico”, surgiu o conceito de toxicomania, que se refere ao uso de substâncias para negar sofrimentos ou buscar prazer (Olivenstein, 1980). Devido à variedade de interpretações associadas à palavra “mania”, a OMS (1974) recomendou o uso do termo farmacodependência, definido como um estado psíquico ou físico resultante da interação entre um organismo vivo e um fármaco (Vargas *et al.*, 2013). Outro termo relevante é drogadição, traduzido do inglês *drug addiction*, que se refere à submissão à droga como se fosse um “amo”. Essa ideia remonta à República Romana, onde a adição significava escravidão como pagamento de dívida (Vargas *et al.*, 2013).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), publicado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), introduziu os termos alcoolismo e drogadição em 1952. No DSM-II, o termo drogadição foi substituído por dependência de drogas, e, em 2013, o DSM-V unificou os conceitos de “abuso” e “dependência” de substâncias em transtorno por uso de substâncias, categorizado como leve, moderado ou grave. No DSM-V, há uma distinção entre transtornos relacionados à substância, que envolvem o uso excessivo de drogas, e transtornos aditivos, como a adição ao jogo. No Brasil, o termo mais comum para descrever essa condição é “dependência química”, sendo amplamente utilizado nas bibliografias utilizadas nesta pesquisa, nas mídias impressas de grande disseminação popular como jornais e revistas e nas mídias digitais na internet, sendo assim o termo escolhido para o desenvolvimento deste estudo por ser mais facilmente entendido em um trabalho que aborda o senso comum.

Em 1992 a 10ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), classificou a dependência química como transtorno mental e comportamental em seu quinto capítulo nas categorias que vão de F10 a F19, apontando não só os danos causados pelo consumo, mas também as consequências da abstinência, se referindo a uma substância específica, como maconha, álcool ou cocaína, ou a categorias de substâncias, como opiáceos.

Atualmente, a CID-11 (OMS, 2022) que entrará em vigor em 1º de janeiro de 2025 após o período de transição entre a sua publicação no ano de 2022 e as ações estratégicas necessárias para a sua implementação, aloca a dependência química em seu sexto capítulo dedicado a transtornos mentais, comportamentais ou de desenvolvimento na categoria “Transtornos devido ao uso de substâncias ou comportamentos de dependência”. Nessa categoria estão agrupados os transtornos mentais e comportamentais que se desenvolvem predominantemente como resultado do uso de substâncias psicoativas, incluindo medicamentos, ou gratificante repetitivo específico e comportamentos de reforço, que vão dos códigos 6C40 a 6C4G.

Para Olivenstein (1980), o entendimento de que a dependência química é uma doença traz implicações: por um lado, o dependente químico deve reconhecer que tem uma doença crônica e necessita de tratamento; por outro lado, surge a questão da responsabilidade pelos atos cometidos sob influência de substâncias psicoativas, o que pode isentar ou reduzir sua culpa. Dessa forma, dependendo da abordagem, a responsabilidade pode ser deslocada entre o indivíduo e a droga. Para os profissionais de psicologia, é essencial compreender essas nuances no tratamento, como pontuam Schimith, Murta e Queiroz (2019).

De acordo com Machado e Miranda (2007), Canônico *et al.* (2018) e Vargas e Campos (2019), no Brasil, os primeiros tratamentos para pessoas com problemas de uso abusivo de drogas surgiram no âmbito da justiça penal e se davam em regime de internação em hospitais psiquiátricos, semelhantemente ao tratamento de transtornos mentais. Ao estabelecer a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas em 2003, o Ministério da Saúde reconheceu o atraso do Sistema Único de Saúde (SUS) em assumir a responsabilidade pelo enfrentamento dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas.

Esta pesquisa parte da premissa de que o entendimento histórico do consumo de drogas pode ajudar a desmistificar preconceitos, visto que a relação entre o homem e as drogas é moldada por valores sociais, culturais e morais, que determinam quais substâncias são aceitáveis e atribuem conotações éticas aos produtos químicos (Mota, 2008). No entanto, o estigma em torno dos usuários de drogas ao longo dos anos gerou exclusão social e autoexclusão, com usuários sendo vistos como irresponsáveis ou criminosos em potencial (Ronzani e Furtado, 2010).

O estudo da estigmatização e exclusão social na dependência química, a partir da teoria das representações sociais de Moscovici, visa entender como esses processos ocorrem, são perpetuados e suas consequências para os indivíduos e a sociedade. Representações sociais são sistemas de interpretações que regem nossa relação com o mundo e com os outros orientando e organizando condutas. A pesquisa proposta visa identificar as representações sociais de estudantes de psicologia e profissionais da área, que desempenham papel fundamental no tratamento de pacientes com dependência.

Afinal, ao pensar que, mesmo após o reconhecimento da dependência como transtorno psiquiátrico, a questão permaneceu imersa em discursos moralizantes. E ao traçar um paralelo com a declaração do Ministério da Saúde sobre o atraso em relação ao enfrentamento da questão do álcool e outras drogas, questiona-se como as representações sociais da dependência química, construídas por estudantes de psicologia e profissionais de saúde, influenciam o tratamento dos dependentes e a percepção que a sociedade tem desses indivíduos. Além disso, outro ponto crucial é a lacuna nas grades curriculares dos cursos de psicologia em relação a essa questão, conforme destacam Occhini e Teixeira (2006), pois a falta de formação adequada gera profissionais despreparados para lidar com as complexidades dos usuários e suas famílias.

O debate sobre o tema pode ajudar a reduzir o estigma e a promover uma compreensão mais empática e inclusiva. Uma vez que há um atraso em tratar a questão, é necessário

entender e abordar as representações sociais dos profissionais de saúde mental e daqueles que vão atuar no mercado de trabalho, com o intuito de melhorar a qualidade do atendimento e do tratamento. Identificar e enfrentar preconceitos, estigmas e crenças inadequadas sobre a questão pode levar a uma abordagem mais humanizada e eficaz, que considere a complexidade dessa condição.

A presente pesquisa esta organizada da seguinte forma: o primeiro discute a longa relação histórica entre a humanidade e o uso de substâncias psicoativas, explorando como os contextos culturais, sociais e políticos moldaram suas percepções e regulamentações.

O Capítulo 2 aborda a evolução das políticas públicas no Brasil no cuidado de usuários de álcool e outras drogas, destacando a transição de abordagens punitivas para modelos mais integrados e humanizados, explorando o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) na construção de uma rede articulada.

O terceiro capítulo apresenta a Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici e explora a contribuição das abordagens dimensional e estrutural da teoria. Este capítulo busca compreender como os indivíduos reagem a um fenômeno social e de que forma eles processam essas informações. O quarto capítulo destina-se quanto aos objetivos desta pesquisa, geral e específico, descrevendo sua metodologia, procedimentos, instrumentos e a proposta de análise. O quinto capítulo apresenta a análise e a discussão dos resultados desta pesquisa, o sexto capítulo as considerações finais e posteriormente as referências utilizadas para a revisão de literatura.

1. O FENÔMENO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

O uso e consumo de substâncias psicoativas têm sido uma realidade na vida dos seres humanos ao longo da história, e é provável que continuem existindo no futuro. Essas substâncias foram utilizadas das formas mais variadas, como em rituais religiosos, para fins medicinais ou recreativos, desde os tempos mais remotos até os dias atuais (Araújo e Moreira, 2005).

Apesar do ideal de um mundo livre de drogas, que existe há mais de um século, estar longe de ser alcançado, a relação entre o ser humano e as drogas é fortemente influenciada por valores sociais, culturais e morais de cada sociedade. Esses valores determinam quais substâncias são aceitas e atribuem qualidades éticas aos produtos químicos, alimentando debates sobre sua legalidade, benefícios e perigos, bem como a interferência da proibição nas liberdades individuais e seu uso como forma de controle estatal (Araújo e Moreira, 2005).

Segundo Mota (2008), ao longo da história, os seres humanos nunca renunciaram voluntariamente ao consumo de drogas, apesar dos esforços da “guerra às drogas” em destacar seus danos associados. Não há registro de um período em que todos tenham decidido abster-se completamente do uso. O consumo de drogas está profundamente enraizado na busca humana por prazer, alteração de estados de consciência e alívio de dores ou condições existenciais. Assim, apesar dos esforços de controle, o consumo de drogas persiste como parte da sociedade.

Diante disso, serão apresentados alguns pontos históricos importantes sobre a dependência química a fim de favorecer a compreensão de possíveis erros e posturas adotadas, bem como contribuir com esse debate. Para entender a origem do estigma moral e outras crenças sobre o uso de álcool e outras drogas, essa compreensão é essencial. A prevenção, a detecção precoce, as intervenções e a qualidade do tratamento dos usuários têm muito a se beneficiar com isso.

1.1 BREVE RELATO SOBRE O USO DE DROGAS AO LONGO DA HISTÓRIA

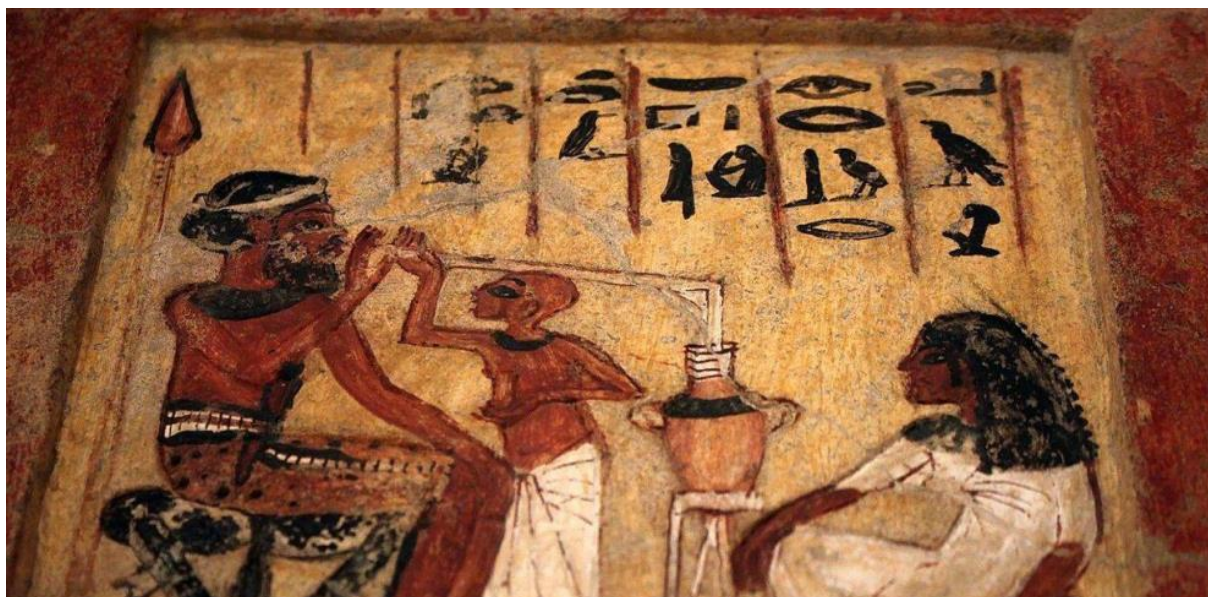
Nos primórdios da humanidade, as plantas desempenharam um papel fundamental na alimentação dos primeiros seres humanos, que se baseava principalmente em frutas, nozes, raízes e tubérculos. Além disso, as plantas psicoativas também eram consumidas como parte da dieta, pois auxiliavam os hominídeos a lidar com a fome, a fadiga e os desafios do ambiente em que viviam. Plantas estimulantes, como as folhas de coca e o tabaco, eram utilizadas para esses fins (Araújo e Moreira, 2005).

O consumo ancestral de álcool também estava presente no processo de adaptação humana. Apesar da evolução da alimentação em direção a gorduras e proteínas animais, os primeiros antepassados humanos tinham uma dieta simples, e os frutos continham pequenas concentrações de álcool que aumentavam durante o amadurecimento. O consumo de álcool em doses baixas nesses frutos servia como estimulante e reforçava a associação entre o valor nutricional e o prazer da ingestão (Araújo e Moreira, 2005).

Com base em Masur (1991), Lima (2008) e Fantinato (2011), os primeiros relatos sobre o uso de álcool remontam a aproximadamente 6000 a 7000 a.C., nos quais há evidências de produção artesanal de bebidas alcoólicas pelo homem. O consumo de álcool faz parte dos registros das antigas civilizações, especialmente em rituais religiosos. Estava presente também em festas pagãs populares, que frequentemente envolviam orgias, sexo e violência. De acordo com a mitologia grega, Dionísio, filho de Zeus, teria nascido em uma dessas festas.

Figura 1: Mercenário Sírio tomando cerveja ao lado de sua esposa egípcia e seu filho, 18ª dinastia

(Acervo do Museu Neues em Berlim)



Fonte: Parra (2019)

Segundo Melo e Maciel (2016), na antiguidade, gregos e romanos consideravam as substâncias neutras, capazes de servir tanto como remédio quanto como veneno, dependendo da forma como eram utilizadas. De acordo com Araújo e Moreira (2005), os egípcios atribuíam tanto finalidades médicas quanto profanas às substâncias psicoativas. Entre as plantas mais consumidas para ambos os propósitos estavam o cânhamo, a mandrágora, a datura e a papoula. Desde pelo menos 3000 a.C., os egípcios conheciam o processo de fermentação das frutas. O ópio, extraído dos frutos da papoula, era uma das substâncias mais consumidas, juntamente com o vinho e a cerveja. Na região da Mesopotâmia, situada entre os rios Tigre e Eufrates, que foi habitada sucessivamente pelos sumérios, babilônios e assírios, a cerveja foi provavelmente produzida pela primeira vez. Os mesopotâmios utilizavam praticamente as mesmas substâncias consumidas pelos egípcios, com os mesmos propósitos. Assim como no Egito, a papoula ocupava uma posição privilegiada, sendo vista como fonte de prazer e êxtase.

Araújo e Moreira (2005), também pontuam que os hindus utilizaram substâncias psicoativas, como o cânhamo e a datura, para propósitos religiosos e extáticos. O deus-narcótico Soma era personificado em uma bebida que continha *Amanita muscaria*. Na China, o cânhamo era utilizado principalmente na produção de cordas e tecidos. O imperador Shen Nong descobriu o chá verde por acidente durante suas viagens, ao cair folhas de *Camellia sinensis* em sua panela de água quente, proporcionando uma bebida refrescante e revigorante.

Ferreira e Martini (2001), descrevem que as civilizações pré-colombianas dos Andes utilizavam a folha da planta *Erythroxylon coca*, conhecida como coca boliviana, há mais de 4.500 anos, conforme evidenciado por escavações arqueológicas no Peru e na Bolívia. A América Central abrigava uma grande variedade de plantas com propriedades psicoativas, utilizadas em rituais pelas civilizações pré-colombianas como os toltecas, maias e astecas. Os astecas utilizavam cogumelos *Psilocibe*, os maias conheciam as propriedades estimulantes do cacau, os huichóis consumiam o cacto peiote e os incas mascavam folhas de coca. Além disso, os incas preparavam a bebida Ayahuasca e a bebida alcoólica chicha era feita a partir do milho (Araújo e Moreira, 2005).

A respeito das civilizações amazônicas, Araújo e Moreira (2005), descrevem que elas utilizavam diversas plantas alucinógenas com propósitos religiosos. Essas plantas, ricas em

DMT (dimetiltryptamina) incluíam o yopo, a jurema, a epená e a chacrona. A ayahuasca, preparada a partir da chacrona e do cipó do jagube, era uma bebida conhecida há pelo menos 2.000 anos. Os incas desempenharam um papel importante na disseminação da planta entre as tribos amazônicas. O consumo dessas substâncias permaneceu vivo entre as tribos indígenas, tendo sido sincretizado a rituais cristãos no século XX pelo Mestre Irineu, que passou a chamá-la de Santo Daime, dai-me paz, dai-me saúde, dai-me felicidade.

Em seu trabalho, Araújo e Moreira (2005) também destacam que até Hipócrates não havia distinção entre a técnica médica e a magia, considerando tudo capaz de modificar os estados de ânimo como algo milagroso e associado ao divino. As plantas que proporcionavam esses efeitos eram tratadas como enteógenas, capazes de gerar o divino dentro de si. Os curandeiros utilizavam essas plantas como ferramentas essenciais para suas operações, exigindo estados alterados de consciência, frequentemente alcançados por meio de música e dança, que promoviam um frenesi capaz de promover a liberação do eu e a entrada de um espírito redentor.

Durante a Idade Média na Europa, houve uma mudança significativa na percepção e no uso de substâncias psicoativas. Com a fragmentação do Império Romano e a ascensão do cristianismo, as práticas relacionadas ao consumo dessas substâncias foram proibidas e associadas a práticas demoníacas. A Europa medieval, fortemente influenciada pela moral cristã, rejeitou o uso dessas substâncias, anteriormente utilizadas em rituais pagãos (Araújo e Moreira, 2005).

O consumo de substâncias psicoativas foi duramente reprimido nesse período, e aqueles pegos manipulando essas ervas eram frequentemente acusados de bruxaria e sujeitos a punições severas (Melo e Maciel, 2016). Apesar de persistir em certas regiões e contextos, especialmente em práticas folclóricas e populares, o uso de algumas plantas, a atitude predominante da Igreja e da sociedade em geral era de rejeição e condenação dessas substâncias (Araújo e Moreira, 2005).

De acordo com Melo e Maciel (2016), a Igreja Católica condenou o uso de plantas, associando-as ao diabólico e à feitiçaria, perseguindo religiões pagãs e culturas antigas que as utilizavam em seus rituais, buscando experiências transcendentais e místicas para se comunicarem com seus deuses. O uso de substâncias fora do controle da Igreja era considerado uma afronta, pregando-se que apenas a religião cristã possibilitava a comunhão com Deus.

Melo e Maciel (2016) também destacam que nesse período as plantas foram estigmatizadas e seu uso perseguido. O emprego de drogas com fins terapêuticos era visto como heresia, com o sofrimento sendo considerado uma forma de se aproximar de Deus. Os tribunais da Inquisição condenavam o uso de poções e unguentos, punindo severamente aqueles que os utilizavam, muitas vezes com torturas e a morte. A única droga permitida nesta época era o álcool, especialmente o vinho, embora seu consumo excessivo também fosse condenado, mesmo sendo comum em festividades e rituais religiosos.

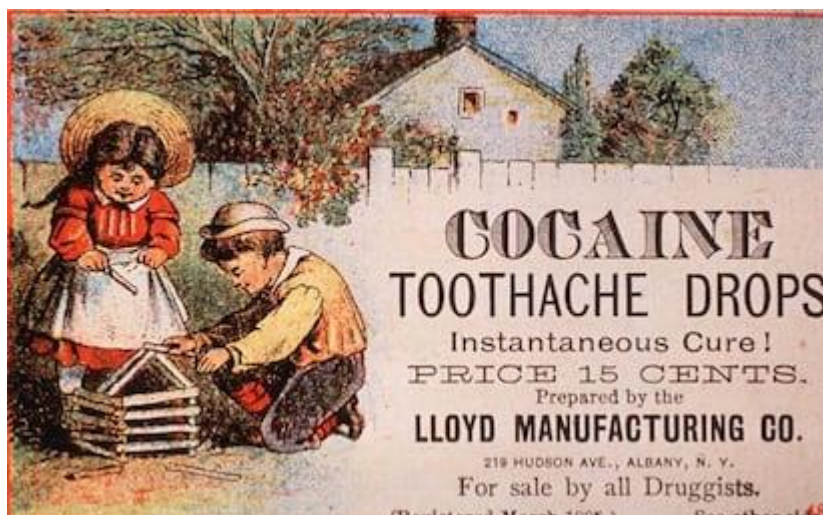
Somente a partir do Renascimento e do posterior surgimento da ciência moderna foi que ocorreu um redescobrimiento e reavaliação das substâncias psicoativas. Após a Idade Média, os europeus iniciaram as navegações que os levaram a entrar novamente em contato com substâncias psicoativas que haviam sido utilizadas na Antiguidade, bem como com aquelas trazidas do Novo Mundo. A partir do século XVIII, começaram a ser realizadas várias experiências científicas com essas substâncias, e muitos medicamentos passam a ser produzidos a partir das plantas (Araújo e Moreira, 2005).

Durante o período do Romantismo, que compreende a era das Revoluções Industrial e Francesa, surgiram novas perspectivas acerca do uso das substâncias psicoativas. Essas, passaram a ser utilizadas de forma recreativa, com fins puramente de entretenimento. Nesta época houve grande tolerância em relação ao consumo dessas substâncias, com o surgimento

de vinhos à base de folhas de coca, a abertura de salões de ópio conhecidos como “fumeries” e o consumo de maconha (Araújo e Moreira, 2005).

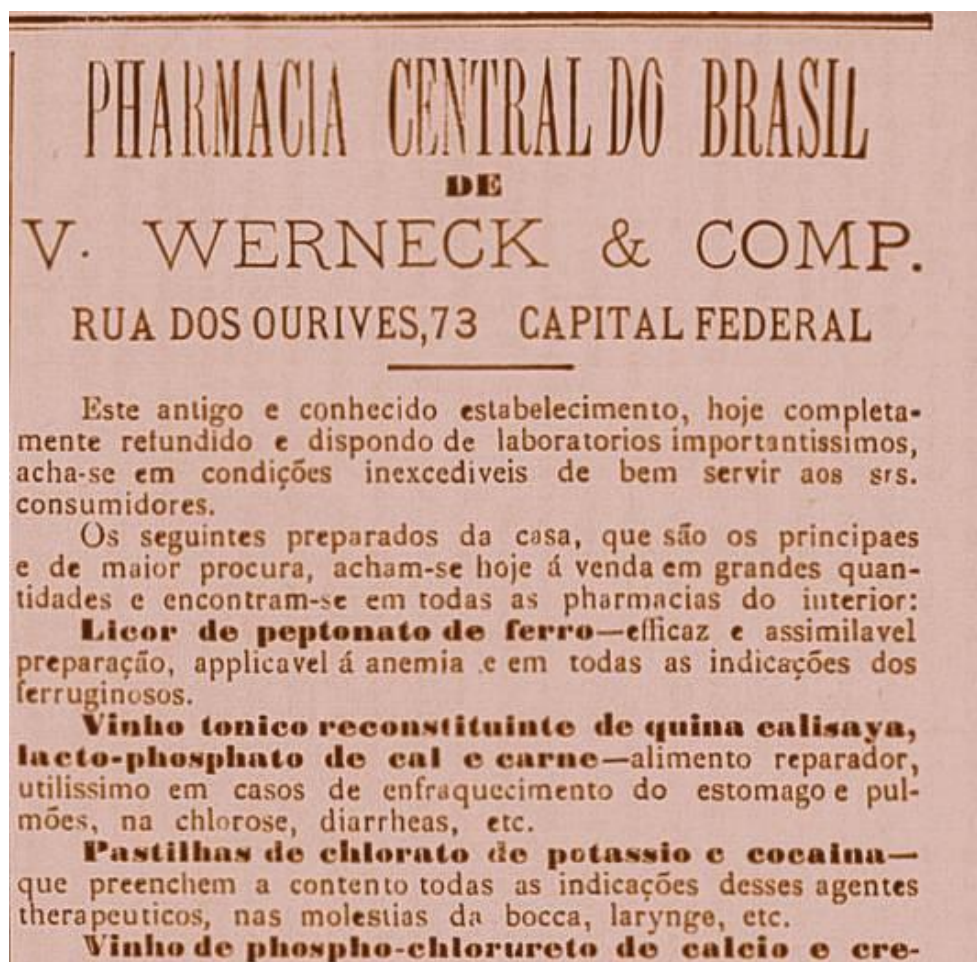
A falta de leis ou regulamentos que limitassem a venda ou o consumo da cocaína, a permitiu estar disponível em farmácias, mercearias e bares (Ferreira e Martini, 2001). No início do século XX, tanto a maconha quanto a cocaína também podiam ser encontradas nas farmácias brasileiras (Masur e Carlini, 1993). A toxicidade, tolerância, dependência e até mesmo mortes relacionadas ao uso da cocaína se tornaram cada vez mais comuns, relatados em revistas médicas no início dos anos 1920. A situação piorou quando seringas hipodérmicas surgiram comercialmente, facilitando a administração de grandes quantidades de cocaína na corrente sanguínea (Ferreira e Martini, 2001). Este cenário permitiu o surgimento de novos padrões de uso, a complicações e danos físicos, psicológicos e sociais associados ao consumo da cocaína e a substâncias que possuíam efeitos semelhantes trazendo problemas e desafios que exigiram a intervenção regulatória do Estado (Araújo e Moreira, 2005).

Figura 2: Cocaína, vendida como remédio para a dor de dente, num anúncio dos EUA de 1890



Fonte : Aunió (2018)

Figura 3: Pastilhas de cocaína vendidas na cidade do Rio de Janeiro em 1890



Fonte : Vianney (2013)

1.2 DO USO AO ABUSO: AS TRANSFORMAÇÕES SOCIAIS E AS MODIFICAÇÕES NAS FORMAS DO USO DAS DROGAS

De cordo Fernandes (2002), Andrade, D'Andrea e Noto (2018) a presença das bebidas alcoólicas e de outras substâncias psicoativas na cultura brasileira envolve tanto os aspectos culturais da população nativa como dos imigrantes que vieram para este país seja devido a colonização ou a exploração escravista. Os nativos brasileiros já conheciam a embriaguez. Eles apreciavam a chicha amazônica e o cauim tupinambá em ocasiões especiais, mas seu consumo era controlado e restrito a rituais específicos. As mulheres da tribo eram responsáveis por preparar essas bebidas, influenciando como seriam consumidas. Essas sessões de embriaguez estavam ligadas à guerra e vingança entre tribos, às vezes até envolvendo canibalismo.

Os colonizadores descobriram o costume dos nativos de fazer e beber uma bebida forte fermentada de mandioca chamada “cauim”. Ela era usada em rituais e festas e fazia parte de uma pauta cultural bem definida. Além disso, os indígenas usavam o tabaco, até então desconhecido pelos portugueses e outros europeus. No entanto, os portugueses conheciam o vinho e a cerveja e, posteriormente, aprenderam a fazer a cachaça quando descobriram como fazer açúcar da cana-de-açúcar durante o processo de fermentação do mosto, usando um melaço que colocavam no cocho para animais e escravos, chamado de “cagaça”. Esse melaço foi o que depois se tornou a cachaça, destilada em um alambique de barro ou cobre (Andrade, D'Andrea e Noto, 2018).

Mota (2008) e Fernandes (2002), salientam que com a chegada dos colonizadores e a

intensa oferta de bebidas destiladas, o consumo patológico e crônico de álcool tornou-se presente na vida dos indígenas, inserindo-se culturalmente por meio de práticas como a troca de cachaça por favores, serviços e proteção. Hoje, o alcoolismo indígena representa um sério problema social no Brasil, e requer estudos mais aprofundados (Branco; Miwa e Vargas, 2018).

Sendo assim, o alcoolismo nas tribos indígenas é um resultado da mudança cultural provocada pelo contato com os colonizadores. A habilidade dos colonizadores em destilar bebidas causava fascínio e admiração em algumas tribos, e as bebidas destiladas, com alto teor alcoólico e possibilidade de estocagem por longos períodos, provocavam efeitos imediatos nos indígenas. Assim como ficavam maravilhados com outras novidades trazidas pelos colonizadores, como armas de fogo e espelhos, o álcool destilado também exerceu esse fascínio (Mota, 2008; Fernandes, 2002).

Outro ponto a ser levantado diz respeito a coca. Conforme mencionam Ferreira e Martini (2001), para os incas, a coca era uma planta sagrada, um presente do Deus Sol (Inti). Apesar de ser inicialmente um privilégio da nobreza Inca, seu consumo se popularizou entre os indígenas após a chegada dos espanhóis à América, apesar da oposição da igreja católica. Em algumas tribos da Bacia Amazônica, como os Tucanos, o uso das folhas torradas de coca, misturadas com elementos alcalinos e transformadas em pó, é uma prática cotidiana, proporcionando bem-estar e ação euforizante. A coca, chamada de “ahpi”, é vista como algo mais do que uma substância, pois também se refere ao leite, leite materno, via láctea e o próprio nome da nação indígena Tucanos. Embora alguns efeitos danosos não fossem percebidos, indígenas peruanos que faziam uso crônico da cocaína podiam apresentar problemas de saúde e desnutrição. No trabalho pesado nas minas de estanho, o quadro doentio também era observado em indígenas que não consumiam a coca. O uso diário das folhas de coca pelos indígenas era relativamente baixo, em torno de 60 g por dia, o que correspondia a aproximadamente 200 mg a 300 mg de cocaína. Esse limite de consumo servia como uma forma de proteção contra os efeitos tóxicos da cocaína.

Melo e Maciel (2016) nos apresentam um panorama de mudanças sociais que transformaram o uso das drogas. Os autores pontuam que os avanços científicos, principalmente em relação às ciências médicas e a química, permitiram que o uso das drogas se consolidasse como tratamento eficaz de muitas enfermidades, permitindo que estas fossem amplamente utilizadas com base científica. O descobrimento de drogas com capacidade anestésica repercutiu na medicina e ampliou a circulação das que já existiam, o que estimulou a criação de drogas mais potentes como a xilocaína e a morfina, derivadas da cocaína e do ópio.

Inicialmente, as folhas de coca eram levadas da América do Sul para outros países, perdendo-se concentração de cocaína durante as viagens. Em 1885, mediante os avanços na área da química, foi descoberta uma maneira de produzir cocaína semirrefinada nos próprios países fornecedores da matéria-prima, o que simplificou as viagens e reduziu os preços, aumentando seu consumo (Melo e Maciel, 2016). Conforme mencionado por Ferreira e Martini (2001), no ano de 1855, o químico alemão Friedrich Gaedecke conseguiu extrair uma substância chamada *erythroxyline* das folhas de coca. Quatro anos depois, em 1859, outro químico alemão chamado Albert Niemann conseguiu isolar a cocaína, que era o principal alcaloide presente nessas folhas (cerca de 80% do total). Além da cocaína, havia outros alcaloides, como nicotina, cafeína e morfina, embora em quantidades menores. Também foram encontradas algumas vitaminas, como tiamina, riboflavina e ácido ascórbico, em pequenas concentrações. Apenas em 1898, a fórmula química exata da cocaína foi descoberta. E em 1902, Willstätter, produziu cocaína sintética em laboratório. Essa cocaína é encontrada como um pó branco cristalino na forma de cloridrato de cocaína.

A Revolução Industrial proporcionou a mudança na forma de uso das drogas para toda

a sociedade, já que a fabricação artesanal passou para a fabricação industrial. O isolamento do princípio ativo das substâncias permitiu a produção em larga escala, que favoreceu a diminuição dos preços e maior acessibilidade às substâncias. O desenvolvimento de novas tecnologias viabilizou a produção de bebidas destiladas, que possuem teor alcoólico maior que o das fermentadas, como o vinho que possuía o uso incentivado pela Igreja Católica. Antes, as drogas consumidas eram naturais e detinham menor efeito de dependência que as industrializadas (Melo e Maciel, 2016).

De acordo com Ronzani e Furtado (2008) e Melo e Maciel (2016), a consolidação do capitalismo favoreceu a industrialização e o maior consumo desses produtos, visto que, devido ao êxodo rural e maior concentração de pessoas nas cidades, a comercialização para obtenção de lucros desses produtos foi amplamente explorada. Durante o século XX as guerras mundiais também contribuíram para a disseminação das drogas. A modernização e a mudança da organização social em algumas culturas, bem como as transformações econômicas e sociais, levaram a uma mudança na forma como os indivíduos e grupos passaram a utilizar o álcool. É neste contexto que o uso abusivo de drogas se torna um problema de saúde pública mundial no fim do século XIX e início do século XX.

Segundo Mota (2008), no século XIX, os operários ingleses enfrentavam problemas de alcoolismo. A produção de bebidas destiladas era intensa, com preços muito baixos e pouca regulamentação, tornando a embriaguez disponível para qualquer trabalhador. Alguns epidemiologistas observam fatores sociais diferentes da exploração capitalista para explicar os diferentes índices de alcoolismo em cenários sociais distintos. Na Europa passou-se a denominar de doença da mente, o hábito da embriaguez, uma vez que este comprometia o equilíbrio saudável do corpo, e homens com tais comportamentos passaram a ser considerados degenerados ou de fraco caráter.

Mota (2008) pontua que os indígenas geralmente usam intoxicantes apenas em ocasiões especiais, não havendo consumo fora de um contexto ritualístico. Os indígenas mais velhos orientam os mais jovens sobre o uso dessas substâncias, pois sabem que os seres humanos têm uma tendência natural a buscar estados alterados de consciência. No entanto, eles não refinam as substâncias encontradas na natureza para aumentar seus efeitos, ao contrário da farmacologia moderna, que isola o princípio ativo das substâncias.

1.3 DA REGULAÇÃO A PROIBIÇÃO: VIESES RACISTAS E ESTIGMATIZAÇÃO NA POLÍTICA DE COMBATE AS DROGAS

De acordo com Carneiro (2017), as regulações simbólicas estão presentes em proibições mitológicas, tabus e devoções ritualizadas a certos produtos. Um exemplo é a proibição do consumo da árvore do conhecimento do bem e do mal no do paraíso, que se refere à classificação da natureza em bens permitidos e interditos. Além disso, o vinho é tido como uma bebida sagrada no judaísmo e, após a cristianização, como o sangue de Cristo consubstanciado, tornando-se uma das drogas de devoção mais tradicionais no mundo mediterrâneo e além. Essas proibições também foram observadas em outras culturas, onde o acesso a substâncias era regulado por uma ampla variedade de regras. Estabeleceram-se restrições baseadas em gênero, idade, condição social, momento do ano ou dia, local de uso permitido e outros critérios (Carneiro, 2017 e Carneiro, 2014).

Segundo Araújo e Moreira (2005) e Carneiro (2017), o final do século XIX e o início do século XX foi marcado pelo primeiro ciclo de repressão ao uso de substâncias psicoativas nas sociedades ocidentais contemporâneas. Neste contexto, nos Estados Unidos, a perseguição ao ópio, principalmente em sua forma de fumo na Califórnia na década de 1870, seguiu-se por uma campanha contra a cocaína e a promulgação do Harrison Act em 1914, que representou a

primeira legislação contra a cocaína. Esse ciclo culminou mais tarde na aprovação do Volstead Act, mais conhecido como a Lei Seca, que proibiu a comercialização, distribuição e consumo de bebidas alcoólicas em todo o território americano e até mesmo o cigarro em alguns Estados, sendo vigente entre 1919 e 1933 (Carneiro, 2014).

Em 1908, a Islândia se tornou o primeiro país ocidental a implementar uma lei que proibia o consumo de bebidas alcoólicas, seguindo um forte movimento proibicionista, conforme destacado por Araújo e Moreira (2005). Na Inglaterra, durante a Primeira Grande Guerra, houve um esforço inicial para controlar o uso de drogas, devido ao aumento descontrolado do consumo de opióides e cocaína. Curiosamente, essas substâncias estavam sendo vendidas em farmácias, como possíveis presentes para os soldados na guerra. Dessa forma, o início do controle das drogas envolveu a restrição de sua disponibilidade, este fato resultou no descontentamento da classe médica inglesa, que perdeu a autonomia para prescrever essas substâncias.

No Brasil, a cocaína era legalmente comercializada no início do século XX, como parte integrante na formulação de remédios ou na sua forma pura. Contudo, houve um declínio no consumo de cocaína entre o final do século XIX e início do século XX devido à mudança da visão social da substância, que passou de um remédio sem efeitos colaterais para alívio das mais diversas dores, para uma droga com restrições muito severas ao qual o comércio era perigoso e ameaçava a integridade e a vida das pessoas (Andrade, D'Andrea e Noto, 2018).

Araújo e Moreira (2005) destacam que a ausência de medidas de controle, juntamente com os distúrbios sociais da época, resultou no aumento do uso indevido de substâncias psicoativas como um fenômeno em ascensão. No entanto, salientam que a análise desses eventos históricos revela que a adoção de uma abordagem oposta também pode ser perigosa. Durante a Lei Seca nos Estados Unidos, devido à repressão e à dificuldade de acesso a bebidas alcoólicas, foram registrados casos de consumo de álcool injetável, representando uma forma mais arriscada de uso de drogas. A Lei Seca teve consequências graves, incluindo o surgimento de 500.000 novos criminosos após doze anos de sua implementação, além de suspeitas de corrupção envolvendo 34% dos agentes encarregados da repressão, incluindo dois ministros, do Interior e da Justiça. Adicionalmente, 30.000 pessoas faleceram devido ao consumo de álcool metílico, enquanto 100.000 sofreram lesões permanentes.

Segundo mostra Carneiro (2014), os riscos inerentes à aplicação de medidas extremas no combate ao uso de substâncias ilícitas são evidenciados por esses eventos. Houve uma transferência do controle do mercado para indivíduos criminosos, o que resultou em um aumento da violência. Além disso, a supervisão governamental da qualidade dos produtos foi negligenciada, levando a adulterações e casos fatais de intoxicação. A considerável receita gerada por essa atividade comercial passou a circular clandestinamente, sem ser devidamente tributada, o que contribuiu para o fortalecimento de grupos criminosos. Um desdobramento claro dessa situação foi o surgimento de organizações criminosas, como a liderada por Al Capone. A reação da sociedade a essa realidade foi expressa por meio de protestos, levando à revogação dessa legislação em 1933. Isso permitiu o reinício da produção e venda legalizada e tributada de bebidas e tabaco pelo Estado. No entanto, outras substâncias foram proibidas como alternativa às bebidas, restabelecendo o mesmo dilema observado no âmbito das variantes da cannabis, cocaína e ópio.

Nos anos 70, sob a administração de Nixon, no contexto da Guerra do Vietnã, houve uma ampliação global da estratégia chamada “guerra contra as drogas”, o que criou dilemas semelhantes aos causados pela proibição do álcool. A imposição da proibição levou o domínio do mercado por organizações criminosas, devido aos altos lucros e baixos riscos envolvidos. A falta de regulação governamental resultou na disseminação de substâncias adulteradas e contaminadas, já que não havia controle sanitário. Além disso, a ausência do

Estado culminou em resoluções violentas de disputas entre traficantes e brigas por dívidas de consumidores (Carneiro, 2014).

Durante o governo de Reagan nos Estados Unidos nos anos 80, a luta contra o consumo de drogas ganhou um tom de estratégia geopolítica no continente. Isso levou a intervenções significativas, como a prisão do presidente do Panamá, Noriega, e a implementação do Plano Colômbia, que contou com o apoio militar significativo do Panamá. Além disso, foram exigidos herbicidas e organismos geneticamente modificados para eliminar toda a produção de coca, o que gerou crises ecológicas na Colômbia e no Peru, prejudicando tanto os agricultores locais quanto as culturas tradicionais (Carneiro, 2014).

No Brasil, médicos proeminentes, como o Dr. Afrânio Peixoto, membro da Academia Brasileira de Letras, defendeu a implementação da Lei Seca no território brasileiro. Seu objetivo era aproveitar a reforma constitucional de ocorrida entre os anos de 1925 e 1926 para propor projetos de regulamentação ou proibição do uso de álcool, seguindo o modelo norte-americano. No entanto, o resultado alcançado foi apenas a regulamentação da venda de bebidas alcoólicas, não conseguindo a proibição desejada (Mota, 2008).

No início do século XX, segundo Machado e Miranda (2007), o consumo de drogas ainda não representava uma ameaça à saúde pública por ser relativamente novo. Porém, o consumo de bebidas alcoólicas já era comum, mas não preocupava o governo por ser mais tolerado pela sociedade e pelos governantes. Todavia, surgiram várias sociedades de caráter privado para combater o alcoolismo. As chamadas Ligas Antialcoólicas (Liga Paulista de Higiene Mental, Liga Militar Antialcoólica, Liga Antialcoólica Operária, Liga Antialcoólica Infantil, Ligas Antialcoólicas Católicas, entre outras).

Matos (2000) pontua que estas sociedades eram marcadas por concepções moralistas e higienistas e possuíam diferentes propósitos, podendo ser de caráter religioso, filantrópico ou oficial. Elas se encarregaram de promover a educação antialcoólica e as primeiras medidas assistenciais para alcoolistas, no entanto, nenhuma dessas iniciativas resultou em proibicionismo e a maioria delas desapareceu ao longo dos anos 1930. Contudo, essas iniciativas deixaram como legado a institucionalização de políticas públicas voltadas para o problema do alcoolismo.

Em seus estudos, Rezende (2006) nos mostra que as autoridades brasileiras também se preocupavam com o uso de outras drogas além do álcool, tendo conseguido reunir uma série de textos inéditos. Muitos dos quais foram intencionalmente abandonados por moralistas da época, revelando a presença de usuários de cocaína, haxixe, morfina, ópio e heroína nas grandes metrópoles brasileiras no início do século XX.

Entre as décadas de 1920 e 1930, no Brasil, já se podia observar muitos dos problemas sociais que hoje cercam o consumo de drogas ilícitas: tráfico ilegal, dependência, estabelecimento de clínicas de reabilitação, prostituição associada ao vício, busca por prazeres exóticos entre intelectuais e artistas, enquanto entre os menos favorecidos predominava a anomia, entre outros aspectos (Mota, 2008).

O Sistema Internacional de Drogas é orientado atualmente pelas determinações das convenções da ONU sobre entorpecentes e substâncias psicotrópicas, que incluem a Convenção Única de 1961, a Convenção de 1971 e a Convenção de 1988. Essas convenções estabelecem diretrizes para controle penal, produção, comércio e consumo de drogas, considerando a necessidade médica ou científica das substâncias controladas. Para regular e monitorar esse sistema, foram criados órgãos como a Comissão de Narcóticos, o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC), e a Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes, que têm funções específicas na formulação de políticas, fiscalização e apoio aos Estados-membros (Paiva, 2018; Rodrigues *et al.*, 2009; UNODC, 2022).

Carneiro (2017) enfatiza que o proibicionismo pretende não apenas controlar padrões fiscais e comerciais, mas também proibir o uso não médico de três das plantas psicoativas

mais importantes da humanidade (papoula, coca e maconha) e seus derivados em todo o mundo, levando a uma guerra permanente que militarizou várias formas de controle social. A diferenciação entre as três grandes drogas lícitas (tabaco, álcool e café) e as três ilícitas (maconha, coca e papoula), em meio a uma grande variedade de produtos farmacêuticos, resultou em um circuito triplo de circulação dessas substâncias. Esse processo ao longo do século XX criou o monopólio médico-farmacêutico sobre certos fármacos, tornou outros disponíveis para adultos e proibiu um terceiro tipo para todos.

Essa normatização internacional conhecida como proibicionismo envolve vários aspectos políticos, médicos, jurídicos, policiais e morais. Tem raízes complexas relacionadas à geopolítica dos Estados Unidos, ao puritanismo religioso, ao industrialismo fordista, ao racismo xenofóbico e à própria corporativização do sistema judicial e policial. Além da luta contra as drogas, os movimentos autoritários acabam por estabelecer barreiras sociais, fortalecer estereótipos étnicos e sexuais e justificar medidas de controle e repressão. Em outras palavras, essa perspectiva apresenta duas possíveis influências sobre o movimento de proibição na América. Em primeiro lugar, a resposta conservadora dos Estados Unidos ao aumento da imigração relacionou o abuso de cocaína com afrodescendentes, maconha com mexicanos, o consumo de álcool com judeus e irlandeses e o ópio com os chineses. Em segundo lugar, o aumento da presença de uma burocracia em vez de um Estado mínimo levou a maior pressão sobre a vida pública (Araújo e Moreira, 2005 e Carneiro, 2017).

É possível observar uma motivação semelhante na proibição da maconha no Brasil. Conforme a descrição de Andrade, D'Andrea e Noto (2018), o uso da maconha com fins medicinais remonta a 2.700 a.C. e durante os séculos XVIII e XIX, ela foi introduzida no Brasil pelos escravos africanos e difundida também entre os indígenas. No início, era usado como remédio e em atividades recreativas como pesca e rodas de conversa nos finais de tarde. Os mesmos autores afirmam que a maconha rapidamente “escravizou a raça opressora” Essa declaração mostra que o consumo se tornou comum em todas as classes sociais naquela época apesar de ainda existir no imaginário social a noção de “pobre - preto - maconheiro - marginal – bandido”, refletida nas ações da polícia contra os indivíduos acusados de porte de maconha, muito mais severas nas periferias das grandes cidades do que nas áreas mais ricas e socioeconomicamente favorecidas (Araújo e Moreira, 2005).

Mota (2008) informa que a cruzada médica contra a maconha começou nas décadas de 1920 e 1930 e relaciona seu uso com a marginalização de trabalhadores pobres e grupos étnicos no Norte e Nordeste. A substância era vista como causadora de agressividade, violência e loucura. Embora o uso da maconha tenha sido proibido apenas em 1934, após a Segunda Guerra Mundial, o combate à maconha, com o apoio de médicos psiquiatras, tornou-se um problema nacional. A campanha contra a maconha intensificou-se a partir dos anos 1950, enfatizando seus efeitos à saúde e ao caráter. O uso da maconha aumentou na classe média nos anos 1960, causando apreensão. A demonização dos usuários de maconha aumentou durante o regime militar, sendo vista como um problema de “segurança nacional”. O Brasil fez uma legislação sobre o assunto em 1976 para distinguir entre “traficante” e “viciado”, mas o discurso médico-policial, que via o usuário como criminoso ou doente, prevaleceu.

Bucher (1992) descreve que a imagem do usuário de maconha era e ainda é associada à alta periculosidade, sendo visto como uma ameaça à ordem social. Esse indivíduo é retratado não apenas como um marginal, mas também como alguém cujo propósito seria recrutar novos usuários, distribuindo a droga gratuitamente em locais como portas de escolas ou em áreas isoladas.

Andrade, D'Andrea e Noto (2018) pontuam que vários estudos nas décadas de 80 e 90 do século passado mostraram que crianças e adolescentes de minorias étnicas e socialmente menos favorecidas usavam mais inalantes. E que dados sobre o consumo dessas substâncias

por crianças em situação de rua na cidade de São Paulo mostraram que, das 42 crianças entrevistadas, 38 (90,5%) usaram essas substâncias tanto na vida quanto no mês. Os inalantes diminuem a fome e o frio, a dor e produzem sensações agradáveis, como alucinações. As condições de vida típicas das pessoas que vivem nas ruas incluem frio, fome e desamparo resultantes da vida nas ruas; sofrimento físico e mental causado por maus-tratos, diferentes formas de violência; e privação social, incluindo a privação de sua própria família.

Além disso, os autores afirmam que, além do uso de inalantes previamente descrito, o consumo de crack vem aumentando em relação às mesmas condições de vida nas ruas mencionadas acima. Isso mostra que essas condições não são causadas pelo uso de uma determinada droga, mas sim pela falta de medidas estratégicas adequadas do poder público para auxiliar as pessoas nestas circunstâncias.

O crack não é uma substância diferente da cocaína, mas sim a cocaína fumada, consumida por via inalatória. A dependência dessa droga é aumentada pela rapidez e intensidade de seus efeitos causados pela alta absorção da cocaína presente na fumaça no nível dos pulmões. Devido ao baixo custo em comparação com o pó de cocaína, a maioria de seus consumidores pertence ao perfil de baixa renda. Ele também é consumido de forma fumada, às vezes misturada ao tabaco e à maconha, em formas de pistilo ou mesclado, que chama menos a atenção e é mais aceitável socialmente do que o uso de drogas injetáveis. Além disso, tornou-se uma alternativa ao uso de drogas injetáveis, em virtude dos riscos associados à infecção por HIV e hepatites (Andrade, D'Andrea e Noto, 2018).

É importante ressaltar que, em diversos contextos, o uso de drogas tem sido utilizado como uma ferramenta para fortalecer narrativas de inferioridade moral e racial, associando determinados grupos ao consumo de substância, o que contribui para a perpetuação de estereótipos negativos. Essa dinâmica tende a resultar em um aumento nas ações policiais, uma estratégia observada no Brasil para abordar questões relacionadas às drogas, culminando em um aumento no encarceramento (Peyrabe, 2017; Rodrigues, 2017; Laurindo, 2021). A estratégia de aprisionar massivamente por infrações relacionadas ao uso ou comércio de drogas causou o aumento expressivo da população prisional, agravando a superlotação das penitenciárias e expondo pessoas sem conexões com redes criminosas ou condutas violentas ao contato com a criminalidade organizada, que eventualmente as recruta para seus grupos (Moore, 2007 e Laurindo, 2021).

A violência associada ao tráfico de substâncias psicoativas quando estas são inseridas na lógica capitalista é fenômeno que não se verifica nas formas de uso associadas às tradições e costumes de grupos específicos como as comunidades indígenas e outras culturas contemporâneas como os chineses nas casas de ópio do século XIX ou músicos de jazz usuários de maconha nos EUA, no início do século XX, antes da proibição. O uso de tais substâncias em grupos bem delimitados, sem interesses comerciais expressos, ocorria sem maiores consequências. O uso de tabaco era um hábito ancestral das tribos indígenas americanas, mas a industrialização dessa substância pelas grandes companhias de cigarros foi responsável por muitos malefícios à saúde de seus usuários, propiciando a atual cruzada antitabagista (Mota, 2008).

Durante a primeira década da “guerra contra as drogas” nos Estados Unidos, de 1987 a 1997, o consumo de psicoativos legais, como antidepressivos, estimulantes e estabilizadores do humor, aumentou significativamente como resultado das políticas norte-americanas de combate às drogas (Healy e Thase, 2003). Isso enfatiza que existe uma ambiguidade no que diz respeito à distinção entre drogas que podem ser consideradas legais ou ilícitas. Além disso, o foco do proibicionismo nas “classes perigosas” - imigrantes, negros e jovens pobres - resultou no encarceramento em massa dessas comunidades marginalizadas, com o uso da guerra contra as drogas como justificativa para mais prisões (Mota, 2008).

1.3.1 A Formação Profissional e sua Contribuição para o Estigma na Dependência Química

O estigma, conforme definido por Goffman (1988), refere-se a um sinal profundamente depreciativo utilizado para afastar indivíduos ou grupos com características que os diferenciem da norma, resultando em exclusão e discriminação. Esse conceito remonta aos gregos, que utilizavam o termo “estigma” para designar sinais no corpo que denunciavam características negativas, levando à exclusão social e à marginalização daqueles marcados como “impuros” ou “perigosos”.

Em outras palavras, o termo estigma pode ser definido como uma marca física ou social que tem significado negativo e leva o portador a ser marginalizado ou excluído de certas circunstâncias sociais. A marcação de uma pessoa com uma característica negativa impede a percepção de outras características do indivíduo, limitando-o a sua marca (Andrade, Ronzani e Silveira, 2018).

No contexto contemporâneo, a estigmatização de usuários de drogas ilícitas se manifesta como um movimento simbólico abrangente, envolvendo diversos setores da sociedade, como governos, mídia, líderes religiosos e profissionais de saúde. Esses indivíduos são frequentemente vistos como casos 'sem futuro', o que dificulta ainda mais o acesso ao tratamento e à recuperação (Mota, 2008). Essa percepção negativa é frequentemente reforçada pela formação inadequada dos profissionais de saúde mental, que, como demonstrado por Occhini e Teixeira (2006), enfrentam lacunas significativas em sua educação sobre dependência química.

Uma das principais ideias de Goffman (1988) é que o estigma não reside nas diferenças individuais em si, mas na forma como essas diferenças são interpretadas e regidas pela sociedade. Ele argumenta que o estigma não é inerente às pessoas, mas é construído socialmente por meio de processos de rotulação, estereotipagem e discriminação.

O uso do termo “alcoólatra” é um exemplo interessante de ser mencionado, pois confere uma identidade e impõe uma característica que elimina todas as outras identidades do sujeito, tornando-o apenas aquilo que faz e é socialmente condenado, não por fazê-lo, mas pelo modo como o faz. Ou seja, não é a bebida em si, mas a pessoa que bebe de forma desagradável e abusiva, o que leva à condição social de “alcoólatra”, que é alguém que “adora”, “idolatra” e se tornou dependente do álcool (Andrade, Ronzani e Silveira, 2018).

Seguindo essa ótica, os alcoolistas são considerados como desviantes desacreditáveis, sujeitos a desconfiança constante, mesmo quando sóbrios. O passado e o presente são utilizados como formas de acusação, e indivíduos associados a grupos como Alcoólicos Anônimos ou Narcóticos Anônimos podem sofrer condenação mesmo quando estão em recuperação (Mota, 2008).

Neste contexto, a análise de Goffman (1988) sobre o estigma é especialmente relevante. Dependentes químicos frequentemente enfrentam estigmatização e marginalização social devido à associação com comportamentos desviantes e estereótipos negativos, dificultando o acesso a serviços de saúde, tratamento e reintegração social.

A visão proibicionista persistiu, mesmo com o reconhecimento da dependência como transtorno psiquiátrico (Silva, 2007). O que indica que mesmo após o reconhecimento da questão como doença, esta permaneceu imersa em discursos moralizantes. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu relatório de 2001, destaca que a dependência química deve ser tratada de forma simultânea como uma doença médica crônica e como um problema social.

O estudo de Occhini e Teixeira (2006) indica que psiquiatras e psicólogos reconhecem lacunas em sua formação em relação ao tema, muitas vezes devido à falta de especialização durante os cursos de graduação. Essa insuficiência formativa pode ser um fator que reforça

preconceitos e dificulta a criação de práticas mais humanizadas e inclusivas. Como resultado, esses profissionais podem não estar totalmente preparados para lidar com os desafios complexos enfrentados pelos usuários dos serviços e suas famílias.

Vargas *et al.* (2013) pontua que entender e abordar as representações sociais dos profissionais de saúde mental atuantes neste contexto é crucial para melhorar a qualidade do atendimento e do tratamento. Muitas condições de saúde são estigmatizadas não só pela população em geral, mas também pelos profissionais de saúde (Andrade, Ronzani, Silveira, 2018). Identificar e enfrentar preconceitos, estigmas e crenças inadequadas sobre a questão pode levar a uma abordagem mais humanizada e eficaz, que considere a complexidade dessa condição.

1.4 DESAFIOS DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA: CONEXÕES ENTRE HISTÓRIA, CULTURA E POLÍTICAS ATUAIS

Conforme evidenciado no desenvolvimento deste trabalho e destacado por Pratta e Santos (2009), ao longo da segunda metade do século XX, houve um notável aumento no consumo de substâncias psicoativas. Esse fenômeno, que se intensificou nas últimas décadas do século, tornou-se uma preocupação central em termos de saúde pública, refletindo uma era marcada pelo sistema mercantil e industrial capitalista. Nesse contexto, a compulsão assumiu um papel predominante, incentivando não apenas o consumo excessivo de drogas, mas também de outros produtos e atividades suscetíveis ao exagero, como alimentos, jogos e o uso obsessivo de tecnologias (Carneiro, 2014).

Essa cultura do consumo exacerbado, alimentada pela constante promoção do consumismo na sociedade, resultou em uma crise civilizatória, dando origem a comportamentos aditivos e criando dependência em relação a objetos e mercadorias. Carneiro (2014) destaca que as representações sociais sobre o consumo de drogas e seus usuários são diversas na sociedade contemporânea, exercendo uma influência crucial no processo de cuidado e na sua complexidade.

Carneiro (2014), aponta que as substâncias psicoativas estão separadas em três esferas diferentes: as drogas recreativas lícitas, as drogas recreativas ilícitas e as produzidas pela indústria farmacêutica. Representações sociais específicas estão ligadas a essas diferentes categorias. Por exemplo, o consumo de tabaco é mais visto como um incômodo em ambientes públicos do que como uma atividade criminosa. O consumo excessivamente elevado de bebidas alcoólicas pode ser considerado uma doença, mas aquele que aprecia bebidas alcoólicas finas é frequentemente considerado um especialista em gastronomia.

É importante notar que o consumo de medicamentos psicoativos da indústria farmacêutica, mesmo em excesso, geralmente não é rotulado como uso de drogas, mas sim como tratamento médico. No entanto, as inovações no campo das drogas sintéticas têm introduzido novos problemas, incluindo o uso indevido de benzodiazepínicos, anfetaminas e antidepressivos. Um exemplo atual é a utilização em excesso de benzodiazepínicos (sedativos), anfetaminas (empregadas tanto como emagrecedores quanto no tratamento de supostos casos de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade - TDAH) e antidepressivos, frequentemente prescritos para uma ampla gama de sintomas que muitas vezes são reduzidos a um diagnóstico unilateral, sendo tratados apenas de maneira sintomática (Carneiro, 2014).

Granchi (2023) e Sponchiato (2023) abordam essa questão e destacam a situação alarmante do uso desenfreado de opioides nos Estados Unidos. Milhares de overdoses foram causadas por fentanil, uma substância com potência cem vezes maior que a morfina. Esses medicamentos, usados para alívio da dor, apresentam um alto risco de dependência quando utilizados inadequadamente. Dados do Instituto Nacional de Abuso de Drogas dos EUA

indicam um aumento de quatro vezes nas mortes por overdose de opioides em pouco mais de uma década, chegando a mais de 80 mil em 2021. No Canadá, as mortes por overdose de opioides também aumentaram consideravelmente. No Brasil, o uso ilegal de opioides está em ascensão, evidenciado pela apreensão de lotes irregulares de Fentanil pela Polícia Federal em diferentes estados em 2023. Essa realidade demanda uma maior vigilância e controle sobre essas substâncias, tanto sintéticas quanto vendidas pelo narcotráfico, para evitar uma crise semelhante à dos Estados Unidos.

A questão da legalização também é relevante, como exemplificado pela Lei Seca nos Estados Unidos e pelas operações recentes de combate ao contrabando de álcool e cigarros no Brasil. Isso demonstra que mesmo as drogas lícitas regulamentadas não estão imunes à ilegalidade, e que a regulamentação por si só pode não resolver completamente o problema. Por exemplo, a Operação Mercador Fenício, realizada pela Polícia Federal brasileira em novembro de 2022, revelou a atuação de grupos organizados no Pará responsáveis pelo contrabando de bebidas alcoólicas e cigarros (Polícia Federal, 2022).

Dados concretos corroboram essa análise. A Revista Exame, em abril de 2022, informa que o Brasil perdeu quase R\$ 90 bilhões nos últimos dez anos devido ao contrabando de cigarros, com 48% do consumo de cigarros no país sendo principalmente de mercadoria contrabandeada do Paraguai. Além disso, a revista Veja, em março de 2022, destacou um aumento significativo no mercado ilegal de bebidas alcoólicas, com um aumento de 171,43% nas ocorrências de repressão ao mercado ilegal entre 2018 e 2021, segundo levantamento da Associação Brasileira de Bebidas (ABRABE).

Esses dados são importantes para evidenciar que, mesmo as drogas lícitas, não são isentas de ilegalidade. A regulamentação, como mostrar os fatos, não elimina o problema, apenas o diminui. Portanto, é crucial promover um debate amplo sobre os motivos e os impactos da jurisdição de certas drogas psicoativas, bem como sobre a regulamentação e supervisão das questões legais.

A questão é de grande complexidade e não pode ser vista de forma simplista. Em vez de focarmos apenas em políticas proibitivas e repressivas, talvez o caminho mais eficaz seja investigar as razões que levam ao consumo dessa substância no mundo contemporâneo. Já sabemos que os motivos de consumo de hoje são diferentes dos de épocas passadas, e refletir sobre isso pode ampliar nosso entendimento sobre essa questão. Parece repetitivo, mas é fundamental entender que as motivações para o consumo compulsivo de A, o consumo recreativo de B e o consumo aparentemente inofensivo de C, embora perigosos, são diferentes. Compreender esses aspectos ajuda a fundamentar argumentos e a elaborar propostas de cuidado, atuação profissional e avaliação do risco do uso excessivo.

2. O CUIDADO AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL

Duarte e Dalbosco (2018) destacam que o cuidado integral às pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas é um desafio para os profissionais de saúde e assistência social, exigindo a compreensão das redes de suporte. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), regido pelo Ministério da Saúde, organiza-se com base em princípios de universalização, equidade e integralidade, abrangendo desde a atenção básica até serviços especializados. Políticas como a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Saúde Mental foram elaboradas para articular a rede de cuidado às pessoas com transtornos mentais e dependência química.

Paralelamente, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) busca garantir a proteção social, a vigilância socioassistencial e a defesa de direitos, organizando-se em níveis de proteção básica e especial, integrando-se a outras políticas para combater a pobreza e universalizar direitos.

As políticas globais sobre drogas, guiadas pelas convenções da ONU, como a Convenção Única sobre Entorpecentes (1961), a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas (1971) e a Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes (1988), influenciam as ações brasileiras. Esses marcos regulam o controle e uso de substâncias, além de combater o tráfico e promover a cooperação internacional.

No entanto, as políticas de drogas no Brasil, historicamente influenciadas pelo proibicionismo, focaram na criminalização do consumo, negligenciando os fatores sociais e individuais que levam ao uso. Isso perpetua a estigmatização e exclusão de usuários (Silva, 2007). Como argumentam Duarte e Dalbosco (2018), é essencial tratar o problema como uma questão de saúde pública global, considerando impactos sociais e individuais, e adotar abordagens mais inclusivas e eficazes para superar as limitações das políticas tradicionais.

2.1 BREVE HISTÓRICO DA LEGISLAÇÃO E POLÍTICAS BRASILEIRAS SOBRE DROGAS

A primeira legislação federal a tratar o tema foi o Decreto nº 11.481, de 10 de fevereiro de 1915, inspirado nas Convenções Internacionais do Ópio, realizadas em 1912. Essas convenções tinham o objetivo de regular o comércio e o consumo de ópio e outras substâncias psicoativas no mundo. O Brasil, aderindo às discussões internacionais, aprovou um decreto que visava coibir o uso de substância como o ópio, a morfina e seus derivados, além da cocaína. A partir desse momento, começou a se estruturar uma política de controle sobre substâncias psicoativas no país (Brasil, 1915).

O Decreto nº 4.294, promulgado em 6 de julho de 1921, se configurou como a primeira legislação específica sobre drogas. Dispôs determinações específicas para aqueles que comercializam substâncias como cocaína, ópio e morfina, além de criar um estabelecimento especial para o tratamento de intoxicados por álcool ou outras substâncias. Esse marco legal, composto por 13 artigos, visava regular o consumo e combater o tráfico dessas substâncias (Brasil, 1921).

Na década de 1930, uma nova legislação foi criada, com o Decreto-Lei nº 891 de 1938, que deu origem à Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes (CNFE), institucionalizando o controle sobre o uso e o tráfego de substâncias psicoativas. O decreto ampliava a repressão ao uso de drogas, incluindo a internação compulsória de indivíduos considerados “toxicomaníacos”, e criminalizava o porte de substâncias ilícitas. Esse período também foi marcado pela criminalização do porte de drogas, consolidando uma visão punitiva

e repressiva do problema das drogas (Brasil, 1938).

Em 1940, com a criação do Código Penal, o tráfico e o porte de drogas passaram a ser considerados crimes contra a saúde pública, com penas de reclusão que variavam de um a cinco anos (Brasil, 1940). Segundo a Secretaria de justiça, cidadania e direitos humanos do Rio Grande do Sul (2018), em 1964, adicionou-se como a ação de “plantar” substâncias entorpecentes, e em 1968, incluiu-se “preparar ou produzir”, assim como as mesmas penas caberiam a quem trouxesse “para uso próprio”.

Durante o regime militar, em 1976, foi promulgada a Lei nº 6.368, também conhecida como Lei de Tóxicos. Essa legislação representa uma mudança significativa em relação à anterior, propondo medidas de prevenção e repressão ao tráfico e ao uso indevido de substâncias. A Lei de Tóxicos refletiu a visão repressiva adotada pela política internacional da época, com forte ênfase na criminalização e controle das substâncias. Além disso, a partir dessa lei, o tratamento de dependentes químicos passou a ser institucionalizado de forma mais sistemática, com a criação de centros especializados e o fortalecimento da abordagem médico-psiquiátrica no tratamento da dependência (Brasil, 1976; Machado 2006).

Nos anos 1980, o Brasil foi instituído um sistema mais organizado de prevenção e repressão ao tráfico de drogas, com a criação do Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, regulamentado pelo Decreto nº 85.110/1980. Essa medida buscou uma abordagem mais estruturada e integrada, com a criação do Conselho Nacional de Entorpecentes (COFEN), responsável por coordenar a política nacional sobre drogas. Além disso, a Constituição Federal de 1988 determinou que o tráfico de drogas seria considerado crime inafiançável e insuscetível de anistia, reforçando o caráter punitivo da legislação (Brasil, 1980).

A partir dos anos 2000, houve uma mudança nas abordagens da política sobre drogas no Brasil, com um foco maior na redução de danos, especialmente voltada para usuários e dependentes de substâncias. A Política de Redução de Danos, que já estava sendo aplicada em algumas cidades como Santos desde 1989, foi formalmente instituída em 2005 pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 1.059. Essa política visava minimizar os danos à saúde e à sociedade causados pelo uso de substâncias, oferecendo tratamento e suporte aos usuários (Domanico, 2018).

Em 2006, o Brasil aprovou a Lei nº 11.343, que criou o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). A nova lei visava, entre outros objetivos, a prevenção do uso indevido de substâncias, o tratamento e a reintegração social dos usuários e dependentes de drogas. Aprofundaremos sua discussão no tópico posterior. (Brasil, 2006). Em 2011, a criação da Rede de Atenção Psicossocial, por meio da Portaria nº 3.088, consolidou o atendimento a pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de substância, ampliando as redes de cuidado e apoio a essas pessoas dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2011).

Nos anos seguintes, diversas resoluções e portarias foram criadas para fortalecer e ajustar as políticas de combate ao uso de drogas, como a Resolução nº 1/2018, que tratou do realinhamento e fortalecimento da Política Nacional Antidrogas (PNAD), e o Decreto nº 9.761/ 2019, que atualizou as diretrizes da política nacional sobre drogas. Essas ações refletem um esforço contínuo para melhorar a governança e a eficácia das políticas públicas sobre drogas no Brasil (Brasil, 2018; Brasil, 2019).

Em 2022, foi aprovado o Plano Nacional de Políticas sobre Drogas (PLANAD) para o período de 2022 a 2027. Realizou-se um processo de consulta pública e participação da

sociedade, refletindo uma visão mais integrada e estratégica no enfrentamento das questões relacionadas às drogas no Brasil. O plano abrange diferentes eixos, como a redução da demanda, a redução da oferta, o tratamento e a reintegração social dos dependentes, buscando uma solução mais abrangente e eficaz para os desafios pelas drogas à sociedade.

2.1.1 Lei 11.343 de 2006

A Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, conhecida como Lei de Drogas, estabeleceu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) no Brasil e representou um marco na legislação do país. Ela regulamenta as atividades relacionadas ao consumo, produção, comércio e controle de drogas, além de definir diretrizes para a prevenção e repressão ao tráfico, bem como o tratamento e reintegração social dos dependentes químicos. Sua implementação e impacto são constantemente debatidos e revisados.

A lei criminaliza o tráfico de drogas com penas severas, variando de 5 a 15 anos de reclusão, além de multas. Estabelece diferenças entre traficantes e usuários, propondo medidas alternativas ao encarceramento estabelecendo uma abordagem mais humanizada, como advertências, prestação de serviços à comunidade e ações educativas. A posse de drogas para consumo pessoal não é considerada crime, mas uma infração sujeita a sanções alternativas, com critérios para diferenciar o usuário do traficante, como a quantidade de droga apreendida e as circunstâncias do caso. A legislação também dá destaque à prevenção ao uso de drogas e ao tratamento de dependentes, estabelecendo políticas públicas para assistência, reintegração social e redução de danos, adotando uma abordagem mais humanizada.

Desde sua promulgação, esta Lei passou por diversas alterações para se adaptar às novas realidades sociais. Em 2014, a Lei nº 12.961 introduziu a possibilidade de internação compulsória de usuários de drogas, aplicável em situações de risco iminente à vida do dependente ou de terceiros (Brasil, 2014). Em 2019, a Lei nº 13.840 reforçou essa questão e trouxe mudanças nas políticas de atenção e reintegração social de dependentes químicos, estabelecendo que a internação, seja voluntária ou involuntária, deve ser uma medida excepcional, utilizada apenas quando outras formas de tratamento se mostrarem ineficazes (Brasil, 2019). Também em 2019, a Lei nº 13.964, conhecida como “Pacote Anticrime”, promoveu alterações no Código Penal e em outras legislações, incluindo a Lei de Drogas, reafirmando a criminalização do tráfico e ampliando as penas para crimes relacionados (Brasil, 2019).

De acordo com informações disponibilizadas em pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em julho de 2024 foi retomado o julgamento sobre a criminalização do porte de drogas para uso pessoal, encerrando uma discussão iniciada em 2015. A questão central envolve o artigo 28 da Lei de Drogas, que prevê sanções alternativas para quem for flagrado com drogas para consumo próprio. O tribunal também debateu critérios para diferenciar usuários de traficantes, definindo que a posse de até 40 gramas de drogas, ou seis pés de maconha, presumirá que a pessoa é usuária, salvo provas de tráfico, como balanças de precisão. Anteriormente, essa diferenciação era feita de maneira inconsistente, dependendo da interpretação local das autoridades. O ministro Cristiano Zanin destacou que a mudança do artigo 28 foi para despenalizar, não descriminalizar o porte de drogas, e argumentou que uma eventual descriminalização poderia agravar questões de saúde e segurança (Angelo, 2024).

2.1.2 A Política Nacional Sobre Álcool

De acordo com o Centro de Informações sobre Saúde e Álcool (CISA, 2019), em 2003 foi criado um grupo técnico interministerial no Ministério da Saúde que, dois anos depois, fundou a criação da Câmara Especial de Políticas Públicas sobre o Álcool (CEPPA). A iniciativa teve como objetivo ampliar a participação social, reunindo representantes governamentais, especialistas e a sociedade civil para debater estratégias no enfrentamento dos problemas relacionados ao consumo de álcool.

A regulação do consumo de bebidas alcoólicas também começou a ser abordada de maneira indireta em 2003, por meio do Estatuto do Torcedor (Lei nº 10.671). Embora o texto não mencione explicitamente bebidas alcoólicas, o artigo 13 inclui restrições ao porte de objetos ou substâncias capazes de promover atos de violência, o que abrange o álcool. A restrição direta à venda e consumo em estádios foi fruto de um acordo entre a Confederação Brasileira de Futebol (CBF) e o Conselho Nacional dos Procuradores-Gerais (CISA, 2019).

Em 2005, o Brasil sediou a 1ª Conferência Pan-Americana de Políticas Públicas sobre o Álcool, promovida pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). O evento incentivou a criação de políticas públicas intercontinentais para prevenir e reduzir os danos associados ao consumo nocivo de álcool. Tais esforços culminaram, em 2007, na instituição da Política Nacional sobre o Álcool, regulamentada pelo Decreto nº 6.117. Essa política priorizou estratégias intersetoriais externas para a redução dos impactos sociais, de saúde e de violência relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas, destacando a necessidade de uma abordagem específica para o álcool por ser uma substância lícita e com regulamentação de comércio, distinta das políticas sobre drogas ilícitas (Brasil, 2007).

Medidas complementares, principalmente no trânsito, foram desenvolvidas em resposta às altas taxas de acidentes e mortes relacionadas à combinação de álcool e direção. Em 2008, a Lei nº 11.705, conhecida como “Lei Seca”, introduziu penalidades mais rigorosas para motoristas que dirigem sob a influência de álcool. Posteriormente, a Lei nº 12.760 de 2012 trouxe novas alterações, tornando as penalidades ainda mais severas, permitindo punições mesmo sem a realização de testes de alcoolemia. Em 2017, a Lei nº 13.546 aumentou as condenações para motoristas que cometessem homicídio ou lesão corporal grave sob efeito de álcool (Brasil, 2008; Brasil, 2012; Brasil, 2017).

Além disso, o governo federal lançou, em 2009, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção de Álcool e outras Drogas, ampliando os serviços do SUS para usuários de álcool. A assistência foi fortalecida em 2011 pela Portaria nº 3.088, que integrou o atendimento à Rede de Atenção Psicossocial. Em 2015, a Lei nº 13.106 criminalizou a oferta de bebidas alcoólicas para menores de idade, suportando as punições para essa prática (Brasil, 2009; Brasil, 2011; Brasil, 2015).

No âmbito internacional, a OPAS e a OMS lançaram no Brasil, em 2019, a iniciativa SAFER, com estratégias de alto impacto para mitigar os danos do álcool, como restringir sua disponibilidade, proibir publicidade, aumentar impostos e facilitar o acesso ao tratamento. A OMS estima que o consumo nocivo de álcool cause mais de 3 milhões de mortes anuais, sendo um fator de risco significativo para transtornos mentais, violência e impactos econômicos adversos.

2.2 O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO INTEGRAL NO SUS

A origem do cuidado ao usuário de álcool e outras drogas remonta às práticas de atenção à loucura. Amarante (1995) afirma que “o hospital no século XVII tinha a função de instalar e manter longe do convívio social qualquer tipo de ultraje à lei e à ordem vigente.

Neles eram internados desocupados, prostitutas, ladrões, vagabundos e leprosos; e o principal espaço de recolhimento dessas pessoas eram as Santas Casas de Misericórdia e os hospitais gerais”. Desviat (1999, p. 15), ao citar Dörner (1974), descreve que “os mendigos e vagabundos, as pessoas sem domicílio, sem trabalho ou sem ofício, os criminosos, os rebeldes políticos e os hereges, as prostitutas, os libertinos, os sífilíticos e alcoólatras, e os loucos, idiotas e maltrapilhos, assim como as esposas molestas, as filhas violadas ou os filhos esbanjadores, foram, através desse procedimento, transformados em iníquos, e até transformados em invisíveis”.

De acordo com Foucault (2002), o tratamento da loucura na sociedade ocidental pode ser comprovado em diferentes momentos históricos. Inicialmente, as instituições hospitalares acolhiam não apenas os “loucos”, mas também outros indivíduos marginalizados, como bêbados, prostitutas e desocupados. No Brasil, a exclusão social, amplificada pela realidade colonial e pela escravidão, influenciou práticas semelhantes. Instituições como as Santas Casas de Misericórdia abrigavam diversos grupos marginalizados, incluindo pessoas com transtornos mentais, mendigos e prostitutas (Oda e Dalgalarondo, 2004; Devera e Costa Rosa, 2007).

Com o surgimento da psiquiatria, no final do século XVIII, houve uma transição para o tratamento moral, proposta por precursores como Pinel e Esquirol. No Brasil, essa influência foi sentida na criação de hospitais especializados, como o Hospício Pedro II, inaugurado em 1852, que dinâmica uma abordagem mais sistemática ao tratamento de transtornos mentais (Costa, 2007; Oda e Dalgalarondo, 2005). No entanto, a psiquiatria, especialmente no Brasil, foi amplamente influenciada pelo pensamento positivista e pela abordagem organicista do século XIX, o que foi comprovado na consolidação de grandes hospitais psiquiátricos com uma perspectiva predominantemente biológica (Costa, 2007).

Até a primeira metade do século XX, como apontam Machado e Miranda (2007), ações assistenciais específicas para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas eram praticamente inexistentes. Essas surgiram na década de 1970, com as Leis nº 5.726 de 1971 e nº 6.368 de 1976, que incentivaram o controle do consumo de drogas ilícitas, legitimado pelo saber psiquiátrico, e a recomendação de internação dos usuários em hospitais psiquiátricos ou em regime extra-hospitalar (Brasil, 1971; Brasil, 1976; Xavier, 2024).

A Portaria nº 2.197/2004, do Ministério da Saúde, marca um importante avanço na abordagem do consumo de álcool e outras drogas no Brasil, ao redefinir e ampliar a atenção integral aos usuários dessas substâncias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2004). Esta portaria estabelece o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, enfatizando a necessidade de respostas articuladas e integradas em diferentes níveis de complexidade, e buscando alinhar-se aos princípios da Política Nacional de Humanização (HumanizaSUS). Tal movimento reflete o reconhecimento, por parte do SUS, de seu atraso histórico em relação no enfrentamento dos problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, conforme salientado por Machado e Miranda (2007).

Esses autores destacam que, até a adoção de políticas específicas no campo da saúde pública, as questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas foram predominantemente tratadas sob a perspectiva da justiça e da segurança pública, com ênfase em estratégias de repressão e controle, em vez de cuidado e prevenção. A Psiquiatria, nesse contexto, desempenhou um papel significativo ao legitimar abordagens externas para a internação de dependentes químicos em hospitais psiquiátricos, equiparando tais casos aos transtornos mentais (Canônico et al., 2018; Vargas e Campos, 2019).

Nesse cenário, a Portaria nº 2.197/2004 representa uma ruptura com paradigmas

anteriores, promovendo ações terapêuticas, preventivas e educativas realizadas no contexto comunitário, em consonância com os princípios da Lei nº 10.216/2001, que redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil. Além disso, ao considerar dados epidemiológicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e de pesquisas nacionais, como as conduzidas pela UNIFESP, a portaria reafirma a gravidade do problema e a necessidade de estratégias intersetoriais para uma atenção integral e humanizada aos usuários de álcool e outras drogas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em seu Relatório Mundial sobre Saúde Mental de 2022, apontou que aproximadamente 1 bilhão de pessoas (14% da população mundial) vivem com algum transtorno mental, representando um aumento significativo devido a fatores como a pandemia de COVID 19. Em contextos de atenção primária, estima-se que até 30% dos pacientes apresentam condições de saúde mental. Além disso, transtornos mentais graves têm impacto significativo na redução da expectativa de vida, em 10 a 20 anos, principalmente a doenças físicas evitáveis que apesar de terem causas multifatoriais podem também estar relacionadas ao estilo de vida do indivíduo, como diabetes tipo II, hipertensão, obesidade, doenças cardiovasculares entre outras, reforçando a necessidade de atenção integral (OMS, 2022).

2.2.1 Reforma Psiquiátrica e a Política de Saúde Mental

Segundo Canônico *et al.* (2018), até o marco da reforma psiquiátrica no Brasil, na década de 70, as pessoas com transtornos mentais eram tratadas em regime fechado, com uma assistência marcada por isolamento e, em alguns casos, violência. Aproximadamente 37% dos leitos de internação eram ocupados por pessoas que apresentavam algum problema relacionado ao abuso ou dependência de álcool e outras drogas.

O movimento em favor da Reforma Psiquiátrica surgiu em 1978, impulsionado por críticas ao modelo manicomial, que priorizava a internação em hospitais psiquiátricos, com práticas de exclusão social, violência e falta de reabilitação. A Reforma visava transformar a assistência à saúde mental, englobando diversas forças sociais e políticas em um processo contínuo de mudanças nas práticas e valores culturais (Tenório, 2002; Canônico *et al.*, 2018). Esse processo foi marcado por impasses e discussões, envolvendo atores de diferentes origens, desde os governos até os movimentos sociais e as instituições de saúde. A reforma visava não só mudanças na assistência psiquiátrica, mas também transformações nas práticas sociais e culturais relacionadas ao tratamento dos transtornos mentais (Canônico *et al.*, 2018).

A inclusão da dependência de substâncias psicoativas na saúde pública foi, porém, um processo mais gradual e complexo. Em 1992, com a assinatura da Declaração de Caracas e a II Conferência Nacional de Saúde Mental, o Brasil iniciou uma regulamentação e uma criação de serviços alternativos na área, garantindo a universalidade e integralidade do atendimento promovendo a descentralização do atendimento e a criação de serviços mais integrados ao convívio social. Essas políticas públicas consolidaram as diretrizes do SUS e abriram novas possibilidades para o tratamento de transtornos mentais graves. (Canônico *et al.*, 2018).

A Reforma Psiquiátrica no Brasil visava transformar a atenção à saúde mental, propondo a desinstitucionalização de pacientes psiquiátricos e a substituição de hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços comunitários, focada na reabilitação psicossocial e inclusão social. A Lei nº 10.216, de 2001, conhecida como a “Lei da Reforma Psiquiátrica”,

foi crucial para garantir os direitos dos pacientes, assegurando que o tratamento fosse preferencialmente comunitário, em vez da internação hospitalar (Canônico *et al.*, 2018).

Segundo Xavier (2024), a Reforma teve um impacto significativo no tratamento de usuários de álcool e outras drogas. Antes da reforma, o tratamento ocorreu em hospitais psiquiátricos e sanatórios, com foco na exclusão e isolamento. Com a reforma, passou a ser orientado por princípios de inclusão, cidadania e atenção integral, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.2.2 O SUS e a Atenção ao Usuário de Álcool e Outras Drogas

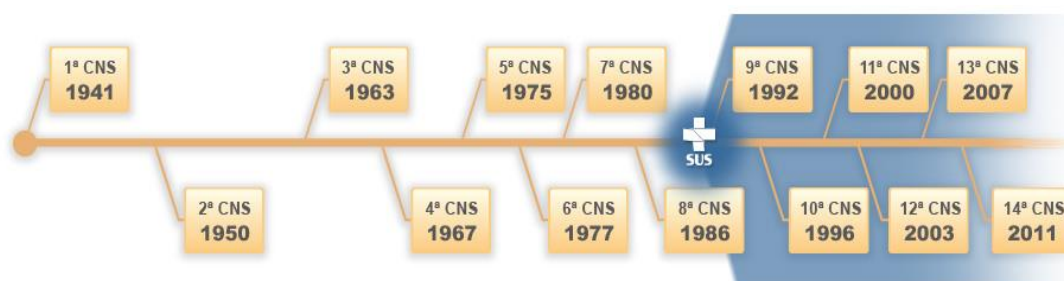
Antes da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, o acesso aos serviços de saúde no Brasil era desigual. As políticas públicas priorizavam o atendimento aos trabalhadores formais vinculados à Previdência Social, através do Inamps, enquanto os demais, sem vínculo formal ou recursos para pagar serviços privados, recorriam a hospitais universitários, instituições filantrópicas e de caridade. Embora algumas unidades públicas oferecessem serviços básicos à população carente, a cobertura era insuficiente, deixando muitas pessoas desassistidas (Machado, 2018; Sola, 2022).

O Ministério da Saúde, criado em 1953, funcionava inicialmente de forma restrita, com o papel de coordenar as políticas de saúde pública e assistência médica vinculadas à Previdência Social. No entanto, a sua atuação estava limitada ao controle e regulamentação dos serviços de saúde, sem o foco na universalização do acesso, o que seria promovido com a criação do SUS (Brasil, 1953).

Esse sistema de saúde fragmentado foi transformado com a criação do SUS, a partir da Constituição de 1988. A Constituição garantiu a saúde como um direito universal, gratuito e igualitário, universalizando o acesso à saúde para toda a população, independentemente de sua condição laboral (Brasil, 1988). A saúde deixou de ser um problema individual e passou a ser reconhecida como um bem público, abrangendo cuidados médicos e ações preventivas que antes eram restritas a uma parcela da população (Machado, 2018).

O SUS surgiu no contexto do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que envolveu intensas discussões sobre o sistema de saúde. As Conferências Nacionais de Saúde (CNSs) foram fundamentais nesse processo, discutindo a situação da saúde no Brasil e definindo diretrizes para o SUS, desempenhando um papel deliberativo na construção das políticas públicas de saúde (Duarte e Dalbosco, 2018; Sola, 2022).

Figura 4: Linha do tempo Conferências Nacionais de Saúde 1941 a 2011



Fonte: <https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>

8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco fundamental na criação do SUS. Foi durante esta conferência que se consolidou a ideia de que a saúde deveria ser um direito universal, gratuito e igualitário, ou que foi posteriormente incorporada na Constituição de 1988. Além disso, a conferência favoreceu a criação do Ministério da Saúde,

que separou a gestão da saúde da Previdência Social, dando origem ao SUS, regulamentada pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Frasão, 2022; Duarte e Dalbosco, 2018).

O SUS é baseado em princípios fundamentais como a universalização, a equidade e a integralidade do cuidado. Esses princípios garantem que o sistema de saúde seja acessível a todos os cidadãos, com serviços de saúde oferecidos de forma equitativa e integral. Além disso, o SUS se organiza em diferentes níveis de complexidade, começando pela atenção primária, que organiza a rede de saúde e coordena o cuidado, até serviços especializados e hospitalares (Ministério da Saúde, sd).

A descentralização do sistema de saúde foi consolidada com a criação dos Fundos de Saúde Estaduais e Municipais (FSESPs), que desempenham um papel crucial na alocação de recursos e no gerenciamento dos serviços de saúde em níveis locais. Isso possibilitou uma maior articulação entre as diferentes esferas de governo e contribuiu para a regionalização da atenção à saúde (Sola, 2022; Fiocruz, sd). Essas mudanças também promoveram a criação da Política Nacional de Atenção Básica e da Política Nacional de Saúde Mental, que visam garantir o cuidado integral aos usuários, incluindo aqueles que enfrentam sofrimento mental grave ou problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (Duarte e Dalbosco, 2018).

Em relação à saúde mental, a Política Nacional de Saúde Mental, que integra o SUS, tem sido essencial para promover a inclusão e o cuidado integral das pessoas com sofrimento psíquico e dependência de substância. A partir dessa política, busca-se a proteção dos direitos das pessoas em sofrimento mental, especialmente aquelas afetadas pelo uso de drogas e álcool, promovendo ações de cuidado articuladas em rede, que visam a autonomia, a inclusão social e a redução do estigma (Duarte e Dalbosco, 2018).

Contudo, o cenário da saúde mental no Brasil, especialmente a partir da década de 2000, representa desafios importantes. Em 2010, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) concordou com a expansão dos serviços de saúde mental, mas também mencionou problemas como a precarização do trabalho devido à falta de profissionais capacitados e à escassez de mão de obra comprometida. Além disso, houve uma forte pressão pela reintrodução de internações, exacerbada pela cobertura midiática do uso de crack, o que gerou mais dificuldades para a implementação de políticas de saúde mental (Xavier, 2023).

O IV CNSM também reafirmou a necessidade de um sistema de saúde mental público e estatal, resistindo a propostas de privatização. Em 2011, foi criada a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde mental e garantir um atendimento integral. A RAPS integra diferentes pontos de atenção, como a Atenção Básica e a Atenção Psicossocial Estratégica, para promover uma assistência humanizada e centrada nas necessidades dos usuários, com base em diretrizes de direitos humanos, autonomia, equidade e inclusão social (Xavier, 2023).

As Conferências Nacionais de Saúde, desde a sua criação, tiveram um impacto significativo não só na saúde em geral, mas também na evolução da saúde mental no Brasil, com diretrizes e políticas que continuam a moldar o SUS e o cuidado à população até hoje. Cada conferência subsequente, como a 9ª (1992) e a 10ª (1996), abordou questões como a descentralização da saúde e o fortalecimento do SUS, enquanto a 12ª (2003) discutiu as declarações da saúde como um direito social e a 15ª (2015) abordou a crise econômica e seus efeitos sobre o SUS (Fiocruz, sd).

2.2.3 Estrutura e Funcionamento da RAPS

Na década de 1980, segundo Alves (2009), começaram a ser criados centros de

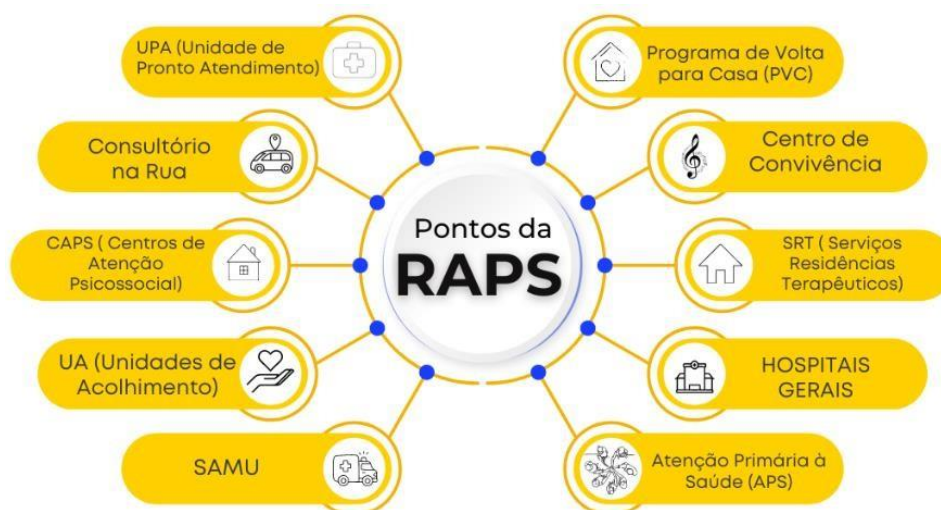
referência, principalmente ligados a universidades públicas, com foco na prevenção e assistência ao uso abusivo de álcool e drogas, formação de profissionais qualificados e na realização de pesquisas. No entanto, muitos desses centros ofereciam tratamento limitado à população e tinham pouca integração com o sistema público de saúde, pois priorizavam a produção de conhecimento técnico-científico. Em contraste, levantamentos epidemiológicos e estudos sobre a redução de danos realizados por esses centros influenciaram significativamente a política de drogas nas décadas seguintes.

O autor também pontua que as comunidades terapêuticas, majoritariamente instituições não governamentais, surgiram na década de 1970 e se expandiram nos anos 1990, em resposta à falta de assistência pública na área de álcool e drogas. O apoio do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) a essas instituições envolveu discussões sobre a normatização de seu funcionamento, visando melhorar a assistência técnica e ética prestada a usuários e suas famílias.

Através da influência da Reforma Psiquiátrica foi possível a criação de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), capaz de articular diversos serviços de saúde e assistência social para oferecer cuidado integral às pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (Xavier, 2023). A RAPS inclui, além dos CAPS, as Unidades de Acolhimento, os Consultórios na Rua e os serviços de emergência psiquiátrica, entre outros.

Segundo o Ministério da Saúde, a RAPS brasileira é reconhecida internacionalmente, como pela OMS, como referência na reorientação do modelo assistencial em saúde mental, que antes era restrito a hospitais. A RAPS é composta principalmente por serviços comunitários de saúde mental, que devem atuar de forma articulada com os demais serviços de saúde, respeitando a dinâmica local e promovendo um cuidado integral. As transformações na saúde mental desde 2001, com a Lei Federal 10.216, são fundamentadas nos direitos humanos, dignidade e liberdade (Briguet *et al.*, 2018).

Figura 5: Pontos da RAPS



Fonte: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>

As diretrizes da RAPS incluem o respeito aos direitos humanos, promoção da autonomia e liberdade, equidade, combate aos estigmas, garantia de acesso e qualidade aos serviços, cuidado integral e interdisciplinar, atenção humanizada e estratégias de Redução de Danos. Os principais pontos de atenção da RAPS são: UBS/ESF, CAPS, Unidades de

Acolhimento, Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Volta para Casa, Unidades de Pronto Atendimento, SAMU, Hospitais Gerais e Centros de Convivência e Cultura (Ministério da Saúde, sd).

Na RAPS, as UBSs possuem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

Equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF): Focam na atenção básica à saúde, promovendo proximidade com a comunidade através de visitas domiciliares e ações externas. Esse contato direto facilita o cuidado integral de pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF): Com equipes multiprofissionais, apoiam a Estratégia Saúde da Família e a Atenção Básica, oferecendo suporte técnico e ampliando as práticas de cuidado, com foco na integralidade e na educação permanente. Consultórios na Rua: Atendem a população em situação de rua, ampliando o acesso aos serviços de saúde, especialmente na Atenção Básica. Funcionam de modo itinerante, articulando ações com diferentes serviços para promover a atenção integral e a redução de danos.

Centros de Convivência e Cultura (CECCO): Promovem reabilitação psicossocial através de atividades culturais e criativas, como oficinas de artes, música, teatro e esportes, visando a inclusão social e a produção de subjetividade.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são o principal componente da RAPS, com uma abordagem comunitária focada na reabilitação psicossocial. Eles oferecem Projetos Terapêuticos Singulares, adaptados às necessidades de cada indivíduo, e incluem apoio familiar, atividades terapêuticas e promoção da autonomia. Os CAPS atendem pessoas com transtornos mentais graves, incluindo dependentes de álcool e outras drogas. Existem diferentes modalidades: CAPS I (para municípios pequenos), CAPS II (para cidades de médio porte), CAPS III (atendimento 24h para municípios maiores), CAPS-AD (especializado em atendimento a dependentes de álcool e outras drogas) e CAPSi (para crianças e adolescentes).

A RAPS inclui ainda a Atenção Residencial Transitória, com Unidades de Acolhimento Transitório e Comunidades Terapêuticas, oferecendo moradia temporária e cuidados para a reabilitação psicossocial e reintegração social. A Atenção às Urgências e Emergências é composta por serviços como SAMU, UPAs e prontos-socorros, que atendem crises de saúde mental e intoxicações, com internações limitadas. As Estratégias de Desinstitucionalização, como as Residências Terapêuticas, proporcionam moradia para quem passou por longas internações psiquiátricas, facilitando a reintegração à comunidade. O Programa de Volta à Casa (PVC), criado pela Lei nº 10.708/2003, visa promover a autonomia e inclusão social de pessoas com sofrimento psíquico, egressas de hospitais psiquiátricos e de custódia, envolvendo também suas famílias e a comunidade (Ministério da Saúde, sd ; Brasil, 2003; Briguet *et al.*, 2018).

A presença de comunidades terapêuticas na RAPS, gera um paradoxo, pois seus princípios contrastam com os da rede, especialmente no que diz respeito à Atenção Residencial Transitória, pois seu modelo de cuidado, mais rígido e hierárquico, difere das diretrizes de inclusão e reabilitação psicossocial da RAPS. As vagas nestes espaços têm sido criticadas por não garantirem a liberdade e autonomia defendidas pela rede e por não se integrarem de forma adequada a outros serviços de saúde mental, como os CAPS. Esse paradoxo destaca a necessidade de reflexão sobre a coexistência de diferentes modelos de tratamento em um sistema de saúde inclusivo e integral. (Xavier, 2023).

2.2.4 Redução de Danos

As estratégias de Redução de Danos (RD) têm como objetivo diminuir os impactos negativos do uso de drogas, mesmo quando os usuários não conseguem ou não pretendem parar. Essas ações práticas reconhecem que, se a abstinência não for alcançada, é importante que o uso ocorra com o menor risco possível. Recentemente, o conceito de RD foi ampliado para incluir práticas assistenciais e tratamento, enfocando a relação individual de cada pessoa com as drogas, mais do que as drogas em si (Domanico, 2008; Vinandé, Cruz e Barbeito, 2018; Souza, 2018).

Os princípios da RD incluem: oferecer uma alternativa aos modelos tradicionais de moralidade ou criminalização; aceitar a abstinência como ideal, mas priorizar a redução de danos; promover uma abordagem centrada no usuário; e garantir acesso a serviços de baixa exigência. Por exemplo, no uso injetável, se o indivíduo não consegue parar, as ações buscam que ele use de forma não injetável ou, se isso não for possível, que ao menos não compartilhe seringas e utilize métodos de esterilização (Vinandé, Cruz e Barbeito, 2018; Souza, 2018).

A RD valoriza a singularidade dos sujeitos, promovendo sua autonomia e traçando planos que priorizem a qualidade de vida, seja através do uso protegido, da redução do uso ou da abstinência. Trata-se também de uma lógica de trabalho, uma perspectiva que se propõe a pensar sobre como cada sujeito se relaciona com as drogas, que lugar subjetivo e objetivo elas ocupam na vida de cada usuário, sendo isso mais relevante do que as drogas em si mesmas (Vinandé, Cruz e Barbeito, 2018).

Essa perspectiva também promove uma visão mais holística e empática, que reconhece a complexidade das situações enfrentadas pelos usuários de drogas e valoriza sua autonomia. Ao invés de se concentrar apenas nas drogas, a RD considera a trajetória de vida do usuário, seu contexto social e familiar, e a maneira como a substância se insere em sua experiência cotidiana. Esse modelo, portanto, se afasta de uma lógica punitiva ou patologizante e se aproxima de uma abordagem mais inclusiva e respeitosa, que busca oferecer cuidados e serviços de saúde de baixa exigência e sem estigmatização (Souza, 2018).

A teoria de Goffman (1988) sobre o estigma ajuda a entender como as representações sociais do uso de substâncias são moldadas e como a Redução de Danos (RD) pode reduzir o estigma associado ao uso de drogas. Goffman argumenta que indivíduos estigmatizados enfrentam desafios na reintegração social, e a RD pode desestigmatizar o tratamento, aceitando o indivíduo como ele é, sem focar em falhas morais ou comportamentos “desviantes”. Assim, a RD promove uma identidade mais digna para o usuário, respeitando sua autonomia e capacidade de tomada de decisões.

2.3 O SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SUAS)

O compromisso com a garantia de direitos e a promoção do cuidado integral não se limita apenas à saúde, mas também se estende à política social. Nesse contexto, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social Nº 8.742/1993, surge como um sistema público não contributivo, descentralizado e participativo. O SUAS organiza a política de assistência social com os principais objetivos de proteção social, vigilância socioassistencial e defesa de direitos, com foco em

populações em situação de vulnerabilidade, incluindo aquelas afetadas pelo uso de álcool e outras drogas (Brasil, 1993).

Além de ser descentralizado e participativo, o SUAS está articulado com outras políticas públicas, como o SUS e o Sistema de Justiça, promovendo um cuidado integrado. Essa articulação fortalece a rede de proteção e possibilita uma resposta mais eficaz às necessidades das populações vulneráveis, incluindo aquelas afetadas pelo uso de substâncias psicoativas (Brasil, 1993).

Conforme o Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, um pilar fundamental do SUAS é a participação social, que ocorre por meio de conselhos e fóruns, permitindo o envolvimento da comunidade na construção e avaliação das políticas públicas de assistência social. Essa abordagem assegura que as políticas sejam adequadas às necessidades reais da população, incluindo aquelas afetadas pelo uso de substâncias psicoativas.

Segundo Neves et al. (2018), a relevância do SUAS para o público com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas está em sua capacidade de fornecer apoio integral, não apenas prevenindo vulnerabilidades, mas também oferecendo intervenções em casos de violação de direitos. O sistema se divide em Proteção Social Básica, com foco preventivo, e Proteção Social Especial, voltada para situações de risco pessoal e social, como o uso problemático de drogas.

Os serviços do SUAS são essenciais para o acolhimento, fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, e promoção da defesa de direitos, especialmente por meio dos Centros de Referência, como o CRAS (para proteção básica) e o CREAS (para proteção especial). Esses centros garantem que indivíduos e famílias enfrentando vulnerabilidades associadas ao uso de substâncias psicoativas recebam o suporte necessário para reconstruir suas vidas e manter sua dignidade (Neves et al., 2018).

O SUAS se destaca pela articulação interinstitucional, colaborando com serviços de saúde mental, segurança pública e educação para criar uma abordagem mais holística e eficaz. Essa integração é essencial para atender às necessidades complexas de pessoas afetadas pelo uso de substâncias psicoativas, que envolvem questões de saúde física, mental e fatores sociais. Além disso, o SUAS se adapta às especificidades de cada território, promovendo uma abordagem personalizada que garante equidade no acesso aos serviços de assistência social. Assim, o SUAS desempenha um papel crucial na assistência a essas populações, articulando redes de serviços e intervenções que buscam não apenas o atendimento imediato, mas também um cuidado contínuo e integrado, alinhado às necessidades locais (NEVES et al., 2018).

3. TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

3.1 AS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Viver é estabelecer conexões com o mundo que nos cerca. Construímos representações para nos localizar e nos conduzir neste mundo. Compartilhamos o mundo com os outros através da comunicação, seja por concórdia ou discórdia ante situações, ideias e pessoas (Jodelet, 2001). Este conhecimento é socialmente estruturado, se propaga desde os primeiros dias de nossas vidas e é atravessado por valores, motivações e normas de nosso ambiente social. As formas de pensar, os conhecimentos e as representações são criadas, recriadas, transformadas e estabelecidas tanto ao nível social quanto individual (Alexandre, 2004).

Segundo Jodelet, é esse o motivo que faz com que as representações sejam consideradas sociais e tenham grande importância no cotidiano. Elas orientam a forma de nomear e definir “em conjunto os diferentes aspectos de nossa realidade cotidiana, na maneira de interpretá-los, estatuí-los e, se for o caso, de tomar uma posição a respeito e defendê-la” (2001, p.17). Nossas reações a determinados acontecimentos são muitas vezes partilhadas entre os membros da comunidade ao qual pertencemos, pois, as representações são capazes de influenciar os indivíduos presentes em uma coletividade (Moscovici, 2007).

Reconhece-se, geralmente, as representações sociais, como sistemas de interpretação, que regem nossa relação com o mundo e com os outros, orientando e organizando as condutas e as comunicações sociais. Igualmente intervêm em processos tão variados quanto a difusão e a assimilação dos conhecimentos, no desenvolvimento individual e coletivo, na definição das identidades pessoais e sociais, na expressão dos grupos e nas transformações sociais (Jodelet, 2001, p. 17).

Contudo, nem todo conhecimento pode ser considerado um objeto de representações sociais, devemos nos atentar que apenas aquele que faz parte da vida cotidiana das pessoas, através do senso comum, que é elaborado socialmente e que funciona no sentido de interpretar, pensar e agir sobre a realidade produz representações sociais (Jodelet, 2001). O senso comum é um conhecimento prático que se opõe ao pensamento científico e muitas vezes se antecipa a este, como pontua Jodelet ao discorrer sobre o surgimento da AIDS e as teorias criadas pela sociedade antes mesmo que a ciência pudesse apresentar qualquer explicação sobre a doença. Entretanto, ainda que o senso comum se oponha ou se antecipe ao pensamento científico, de certa forma se parece com ele, assim como os mitos, no que diz respeito à elaboração destes conhecimentos a partir de um conteúdo simbólico e prático (Jodelet, 2001).

A estrutura social é um elemento essencial da realidade na vida cotidiana, pois por meio da sociedade, de suas interações e das relações interpessoais que vão sendo estabelecidas, que o indivíduo expressa sua subjetividade. Ao compartilhar a intersubjetividade, as pessoas adquirem a certeza da realidade vivida e percebem a diferença entre a sua realidade e as outras. Sendo assim, a consciência de senso comum compartilha a estrutura social, pois se refere a um mundo que é comum a muitos indivíduos (Alexandre, 2004).

3.2 EPISTEMOLOGIA

A Teoria das Representações Sociais foi proposta por Serge Moscovici, psicólogo social romeno naturalizado francês em 1961, através da publicação da obra “La

psychanalyse, son image et son public”, traduzida para o português e publicada em 1978, como “A Representação Social da Psicanálise”, em que estudava as formas as quais a sociedade parisiense representava a psicanálise (Sá, 1996). A obra de Moscovici recebeu influências dos sociólogos Lucien Lévy-Bruhl e Émile Durkheim e apresenta elementos de teorias como as de Ferdinand de Saussure, Teoria da Linguagem (Moscovici, 2007).

Lévy-Bruhl, se dedicou aos estudos da investigação do pensamento sobretudo de pessoas leigas e da vida diária, pontuou que as visões de mundo manifestas no cotidiano podem ser diferentes. “Ele mostrou que as pessoas não são necessariamente cientistas despreparados, mas podem ser bons místicos ou filósofos da vida cotidiana” (Moscovici, 2007, p. 326).

“Foi um dos primeiros, se não o primeiro, a enfatizar que as ideias primitivas, que nos parecem tão estranhas e às vezes “idióticas”, quando consideradas como fatos isolados, criam sentido quando vistas como partes de conjuntos de ideias e comportamentos, possuindo cada parte uma relação compreensível com outras” (Pritchard, 1965 p. 86 apud Moscovici, 2007, p.181).

É, pois, a representação que une as ideias e o comportamento de um coletivo, representações que são formadas no decurso do tempo e as quais as pessoas aderem de maneira pública. (Moscovici, 2007, p.181)

A ligação do linguista Ferdinand de Saussure com a teoria das representações sociais sedá devido ao seu estudo sobre a estrutura da linguagem, como um sistema. Em sua lógica, não há comunicação sem que determinadas representações sejam partilhadas, e isso só ocorrerá se uma representação for objeto de interesse de comunicação. Segundo Moscovici (1978, p. 15):

“A língua é um sistema de signos que exprimem ideias, e é comparável, por isso, à escrita, ao alfabeto dos surdos-mudos, aos ritos simbólicos, às formas de polidez, aos sinais militares, etc. Ela é apenas o principal desses sistemas.”

De fato, as representações sociais participam do mundo cotidiano em que vivemos, elas estão nas discussões que realizamos em nossas relações interpessoais e funcionam essencialmente como recurso para que ao estabelecermos associações e relações sociais possamos nos ligar reciprocamente (Moscovici, 2007).

Durkheim, por conseguinte, propôs que as categorias básicas do pensamento teriam origem na sociedade e a experiência social seria requisito para o alcance de todo conhecimento, ou pensamento organizado (Alexandre, 2004). Considerava o indivíduo como um sujeito passivo que não tinha poder em relação à massa social, para ele a sociedade já possuía seus conceitos pré-estabelecidos, antes que o indivíduo existisse, sendo assim, cabia ao indivíduo receber uma injeção de elementos de uma consciência coletiva encarregada de lhe formar conceitos.

Consistem em maneiras de agir, de pensar e de sentir, exteriores ao indivíduo, e que são dotados de um poder de coerção em virtude do qual esses fatos se impõem a ele. Por conseguinte, eles não poderiam se confundir com os fenômenos orgânicos, já que consistem em representações e em ações; nem com os fenômenos psíquicos, os quais só têm existência na consciência individual e através dela (Durkheim, 2007, p.4).

A principal função das representações coletivas seria a transmissão da herança coletivos antepassados, o que se acrescentariam as experiências individuais, bem como tudo que foi acumulado de conhecimento e ciência pela sociedade ao longo do tempo. Neste ponto, Moscovici se pauta em Durkheim e acrescenta novos elementos à elaboração do conceito de representação social. Para ele, as representações não são apenas uma herança coletiva dos antepassados transmitida de maneira determinista e estática. O indivíduo tem papel ativo e autônomo no processo de construção da sociedade, ou seja, ao mesmo tempo em que a constrói, também é construído por ela (Alexandre, 2004).

Moscovici através de uma releitura do sociólogo estabelece a substituição do termo representações “coletivas” por “sociais”. Para ele a teoria de Durkheim era extremamente abrangente, visto que qualquer tipo de ideia, emoção ou crença, que ocorresse dentro de uma comunidade poderia ser tomado como representação coletiva, sendo assim era possível compreender muito pouco devido à grande amplitude de seu raio de conhecimento, “elas compreendem ideias e crenças que são gerais e as relacionam a práticas ou realidades que não o são” (Moscovici, 2007, p. 182).

Ainda mais: do ponto de vista de Durkheim, as representações coletivas abrangiam uma cadeia completa de formas intelectuais que incluíam ciência, religião, mito, modalidades de tempo e espaço, etc. (Moscovici, p. 45, 2007)

Moscovici busca entender como as representações sociais se formam e quais os papéis das representações sociais no fenômeno da compreensão humana. Enquanto Durkheim possui uma preocupação maior com o coletivo, Moscovici se preocupa mais com o indivíduo, esse que forma o coletivo, seus fenômenos mentais e a interface com o grupo onde ele está inserido (Fagundes, 2009).

3.3 UNIVERSOS REIFICADOS E CONSENSUAIS E OS PROCESSOS DE ANCORAGEM E SUBJETIVAÇÃO

A psicologia social de Moscovici se orienta em relação aos processos sociais em que novidade e mudança, tal qual preservação e conservação, se tornam parte da vida social. Por esse motivo, Moscovici pressupõe a existência de dois universos de conhecimento. Segundo ele, “o conhecimento científico pertence ao universo reificado, ao passo que o conhecimento do senso comum pertence ao universo consensual (Moscovici, 2007).

Enquanto o universo reificado tem em vista estabelecer explicações de mundo imparciais e fundamentadas em fatos, o universo consensual se apoia na memória coletiva e no consenso (Moscovici, 2007). Embora distintos, estes universos se interconectam, o que possibilita que o indivíduo possa apreender, organizar e compreender o meio social em que está (Alexandre, 2004).

No dia a dia, o indivíduo enfrenta diversas situações que vão lhe exigir um posicionamento ou uma tomada de decisão em relação a determinada circunstância. Essas decisões tomadas cotidianamente têm base em seus conhecimentos de senso comum. São esses os conhecimentos que interessavam Moscovici, que os considerou como matéria-prima da psicologia social, estando eles localizados no universo que denomina de consensual (Alexandre, 2004).

O universo consensual, “é onde circulam as teorias do senso comum e as interações que se dão entre pessoas comuns” (Fagundes, 2009 p. 134). Os integrantes deste universo

não possuem necessariamente algum tipo de formação, são amadores, leigos e através de suas práticas cotidianas, obedecem a uma lógica natural, compartilham ideias e suas interpretações de mundo produzindo suas representações próprias. Os universos consensuais são então aqueles os quais os indivíduos podem se expressar livremente, sem o risco de atritos ou conflitos, pois neles seus membros exercem a liberdade individual e se agrupam a partir de ideias em comum como política, religião, educação, etc. (Moscovici, 2007).

À medida que esses mundos se interconectam e multiplicam-se as informações e teorias, os mecanismos responsáveis por gerar representações entram em ação. O primeiro mecanismo, a ancoragem, tem como função a “integração cognitiva do objeto representado a um sistema de pensamento social pré-existente e nas transformações implicadas em tal processo (Jodelet, 1984 apud Sá, 1996, p.46).

A ancoragem é a inserção orgânica do conhecimento em um pensamento constituído, e compreende o enraizamento social da representação e a integração cognitiva do objeto representado no sistema de pensamento preexistente e às transformações que, em consequência, ocorrem num e noutro (Tomé e Formiga, 2020).

...a ancoragem tem um papel decisivo essencialmente naquilo que realiza sua inserção no sistema de acolhimento nocional, um já pensado. Por um trabalho da memória, o pensamento constituinte apoia-se no pensamento constituído para incluir a novidade nos quadros antigos, no já conhecido (Jodelet, 2001, p.18).

Pode-se então dizer que a ancoragem visa tornar um objeto compreensível em um contexto específico. Isso acontece quando conceitos desconhecidos são adaptados a um contexto conhecido para facilitar sua compreensão. Essa abordagem possibilita a integração de objetos desconhecidos ao conhecimento já existente ou a uma rede de significados previamente estabelecida.

O segundo mecanismo, a objetivação, tem em vista transformar conceitos abstratos em realidades concretas. Objetivar é converter um conceito abstrato em uma imagem até que ela se converta em um elemento da realidade tangível, em vez de permanecer apenas como um elemento do pensamento (Silva, 2007).

Ribeiro (2013) pontua que é por intermédio destes mecanismos que os conceitos e fenômenos do universo reificado são incorporados ao universo consensual. Pois, quando um determinado grupo social é confrontado com um conhecimento novo, surge um estranhamento precedido por um sentimento de insegurança. A imposição dos elementos do universo reificado, pode levar a um desequilíbrio na identidade do grupo o que exige deste uma reação frente ao conhecimento que se impõe, a ancoragem e a objetivação seriam a forma do grupo reagir frente ao novo, sendo assim estas seriam responsáveis por transformar em familiar o não familiar (Moscovici, 2007).

3.4 ABORDAGENS COMPLEMENTARES

De acordo com Sá (1996, 1998), podemos considerar a Teoria das Representações Sociais proposta por Moscovici como uma grande teoria psicossociológica, a qual outras abordagens seriam capazes de proporcionar descrições mais detalhadas de estruturas hipotéticas a fim de contribuírem com a grande teoria, não no sentido de substituí-la, mas de

complementá-la.

Atualmente a grande teoria se decompõe em quatro abordagens: a dimensional de Denise Jodelet, considerada a abordagem mais fiel a grande teoria; a estrutural de Jean-Claude Abric que focaliza a dimensão cognitivo-estrutural das representações; a societal de Willem Doise, com uma perspectiva mais sociológica (Sá, 1998); e a dialógica de Ivana Marková que enfatiza o diálogo como um elemento central na construção e transformação das representações sociais (Marková, 2006). Este estudo terá enfoque nas abordagens dimensional e estrutural da TRS, visto que busca conhecer o conteúdo e a estrutura da representação social da dependência química.

3.4.1 Abordagem Dimensional

A abordagem dimensional de Denise Jodelet é uma contribuição significativa para a teoria das representações sociais. De acordo com Sá (1998), Jodelet conseguiu sistematizar a teoria das representações sociais de maneira a deixá-la mais objetiva e proporcionou a manutenção da ênfase original de Moscovici, garantindo uma ampla base descritiva dos fenômenos de representação social na intenção de propiciar uma contínua elaboração da teoria. Ao investigar a concepção e a história das representações sociais construídas pelos sujeitos em suas interações sociais, Jodelet enfoca diversos aspectos que contribuem para a formação e estruturação dessas representações em várias dimensões.

Um dos aspectos-chave de sua abordagem é a análise das diferentes fontes de onde as representações sociais emergem e se desenvolvem. Isso inclui os discursos das pessoas e grupos que mantêm essas representações, seus comportamentos e práticas sociais nas quais essas representações se manifestam. Além disso, Jodelet reconhece a importância dos documentos nos quais esses discursos, práticas e comportamentos são registrados, bem como as interpretações que lhes são atribuídas pelos meios de comunicação de massa. Esses elementos fornecem um feedback constante às representações sociais, colaborando tanto para sua manutenção quanto para sua transformação ao longo do tempo (Jodelet, 2001).

Jodelet propõe que as representações sociais não são apenas crenças e opiniões, mas também sistemas de pensamento organizados em torno de dimensões fundamentais. Essas dimensões, além da ancoragem e objetivação, incluem a centralidade, que se refere à importância de uma representação em relação a outras dentro de um sistema de pensamento. As representações centrais são aquelas que ocupam uma posição proeminente e influenciam outras representações dentro do sistema. E a valoração, que diz respeito à carga emocional ou valorativa associada a uma representação social. As representações valorizadas são aquelas percebidas como positivas ou negativas pelos indivíduos, influenciando suas atitudes e comportamentos (Jodelet, 2001; Tomé e Formiga, 2020).

Em seu estudo na Colônia familiar de Ainay-le-Château, Jodelet investigou como a comunidade construiu uma forma socialmente aceita de lidar com a loucura, permitindo a convivência com indivíduos com problemas mentais, ao mesmo tempo em que protegia sua reputação e bem-estar físico. Dentro desse contexto, os conceitos de centralidade e valoração foram fundamentais para compreender como as representações sociais se formaram e se mantiveram nessa comunidade (Jodelet, 2001).

Primeiramente, a noção de centralidade foi evidenciada ao identificar quais representações sociais ocupavam uma posição proeminente dentro do sistema de pensamento da comunidade. Por exemplo, a ideia de manter a harmonia social e a reputação da colônia pode ter sido uma representação central, influenciando outras representações

relacionadas à convivência com indivíduos com problemas mentais. Essa centralidade pode ter se manifestado nas normas sociais, nos discursos predominantes e nas práticas comuns adotadas pela comunidade.

Em segundo lugar, a valoração desempenhou um papel crucial ao determinar como as representações sociais eram percebidas emocionalmente pelos membros da comunidade. Por exemplo, certas representações associadas à loucura poderiam ser valorizadas de forma positiva ou negativa, dependendo das crenças e dos sentimentos individuais dos membros da comunidade. Essa valoração influenciaria suas atitudes e comportamentos em relação aos indivíduos com problemas mentais e poderia impactar as práticas de inclusão ou exclusão adotadas pela comunidade.

Assim, ao analisar a pesquisa realizada na Colônia familiar de Ainay-le-Château à luz dos conceitos de centralidade e valoração, é possível compreender como essas dimensões das representações sociais contribuíram para a construção de uma realidade compartilhada pelos membros da comunidade. A centralidade destacou as principais preocupações e valores compartilhados, enquanto a valoração revelou as emoções e avaliações subjacentes que moldaram as interações sociais e as práticas sociais dentro da comunidade.

A abordagem dimensional destaca os discursos, comportamentos e práticas sociais que sustentam as representações, além dos documentos e interpretações nos meios de comunicação de massa, que fornecem feedback e colaboram para sua manutenção e transformação (Sá, 1998). Jodelet investiga a concepção e a história das representações sociais, buscando entender os processos pelos quais elas se formam e se estruturam no campo representacional em diversas dimensões (Iríneu, 2011).

3.4.2 Abordagem Estrutural

Sá (1996) nos mostra que, em relação à grande teoria, esta abordagem foi a única que de certa forma chegou a se formalizar como uma teoria, a chamada teoria do núcleo central. Ela se interessa pelo conteúdo cognitivo das representações, entendendo-o como um conjunto organizado e estruturado e não como um aglomerado de ideias e valores. A teoria do núcleo central de Abric, busca resolver dois aspectos contraditórios constatados na grande teoria: que as representações são, ao mesmo tempo, estáveis e móveis, rígidas e flexíveis; e que são consensuais ao mesmo tempo que possuem fortes diferenças individuais.

A principal contribuição desta perspectiva é a tese de que o conteúdo das representações é constituído por um duplo sistema denominado: sistema central e sistema periférico. Sendo assim, Abric e posteriormente Flament propõem que cada parte deste sistema duplo tenha um papel específico que se complementa em relação ao outro. O sistema central é constituído pelo núcleo central e o sistema periférico, pelos elementos periféricos das representações sociais (Sá, 1998).

3.4.2.1 Núcleo Central

Para Abric (2001), toda representação é organizada em torno de um núcleo central responsável por determinar simultaneamente o significado e a organização da representação. No sentido de desempenhar esse papel, o núcleo central apresenta duas funções essenciais: a função geradora, sendo o elemento pelo qual se cria e transforma a

significação dos demais elementos constitutivos da representação, é através dessa função que os elementos adquirem sentido e valor; e a função organizadora, atribuição do núcleo central que determina a natureza dos laços que unem entre si os elementos da representação, garantindo unificação e estabilização a representação (Sá, 1998).

O núcleo central, portanto, define a representação, é o elemento estável que permite o perpetuamento das representações. Crenças, valores e normas comuns de um grupo são conservados através do núcleo central, logo, se ele se modifica, toda a representação se modificatambém (Soares e Machado, 2017).

Seguindo este raciocínio, entende-se que para uma representação social ser diferente, é preciso que ela se organize em torno de núcleos centrais diferentes. Isto torna essencial a compreensão da organização das representações, pois embora o núcleo central possua o mesmo conteúdo, a representação pode ser diferente se a organização do seu conteúdo for diferente ao privilegiar ou distanciar determinados elementos (Soares e Machado, 2017).

A homogeneidade de um grupo não é definida pelo consenso entre seus membros, mas pela forma como a representação se organiza em torno de um mesmo núcleo central, do mesmo princípio gerador de significado dado a determinada situação ou ao objeto o qual são confrontados (Abric, 1998). Tendo isto em vista, é possível que, mesmo compartilhando valores em comum, a representação de um grupo pode não ser a mesma, ao depender da organização dos elementos de seu núcleo central (Soares e Machado, 2017).

O núcleo central é constituído em parte pelo tipo de relação que determinado grupo mantém com um objeto e em parte pela natureza do objeto (Abric, 2001). Desse modo, o núcleo central pode expressar duas dimensões distintas. A dimensão normativa está ligada à história, à ideologia do grupo social e aos sistemas de valores sociais, nesta dimensão que favorece os julgamentos, estereótipos e opiniões aceitas pelo indivíduo ou grupo social no qual ele se insere. A dimensão funcional está associada a condutas relativas às práticas sociais (Soares e Machado, 2017).

3.4.2.2 Sistema Periférico

Os elementos periféricos se encontram em torno do núcleo central e possuem relação direta com ele, isto é, seu valor e sua função são determinados pelo núcleo. Nas palavras de Abric (p. 23, 2001):

Constituem o conteúdo essencial da representação, o seu lado mais acessível, mas também o mais vivo e concreto. Eles incluem informações retidas, selecionadas e interpretadas, julgamentos feitos sobre o objeto e seu ambiente, estereótipos e crenças. Esses elementos são hierárquicos, ou seja, podem estar mais ou menos próximos dos elementos centrais: próximos ao núcleo, desempenham um papel importante na concretização do significado da representação, mais distantes dele ilustram, esclarecem e justificam este significado.

Abric (2001) pontua que os elementos periféricos possuem três funções. A de concretização, visto que os elementos periféricos resultam da ancoragem da representação na realidade e permitem a produção da representação em relação à tomada de posição ou condutas, compreensíveis e transmissíveis. A de regulação, pois os elementos periféricos contribuem para a adaptação da representação a novas informações e transformações do meio, favorecendo que sejam integradas à periferia da representação. E, a função de defesa, em razão de atuarem como elementos de resistência às mudanças para que as representações não sejam bruscamente desorganizadas.

Sendo assim, os elementos periféricos permitem a adaptação à realidade e à de proteção do núcleo central, ao buscarem esclarecer as características dicotômicas e complementares das representações sociais, de estabilidade/flexibilidade e de consenso/diferença, a partir de seu funcionamento. O sistema periférico é, portanto, responsável pela atualização e contextualização da representação (Abric, 2001).

4. OBJETIVOS E METODOLOGIA DA PESQUISA

4.1 OBJETIVOS

4.1.1 Objetivos Gerais

Analisar as representações sociais sobre a dependência química entre profissionais de saúde e estudantes de psicologia, visando compreender seu impacto na percepção e interpretação da sociedade.

4.1.2 Objetivos Específicos

Analisar as representações sociais da dependência química entre profissionais de saúde e estudantes de psicologia, destacando as diferenças entre os grupos; Explorar os elementos centrais das representações sociais da dependência química, com foco na estigmatização e exclusão social associada; Identificar contribuições das representações sociais para estratégias educacionais que aprimorem a formação de estudantes de psicologia na abordagem da dependência química.

4.2 SUJEITOS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Participaram desta pesquisa 112 voluntários, os quais foram divididos em dois grupos. O primeiro grupo contou com os critérios de inclusão: ser aluno de graduação em psicologia e estar cursando entre o 5º e o 10º período. Deste grupo, dois voluntários foram excluídos por não atenderem ao critério do período adequado solicitado. Após este corte, o grupo foi formado por 104 participantes. O segundo grupo contou com a participação de 6 profissionais inseridos no mercado de trabalho, atuando com a demanda da dependência química. A escolha dos participantes dos dois grupos foi realizada de maneira aleatória, por contar com indivíduos que se voluntariaram para o estudo. Dessa forma, a amostra final contou com 110 participantes: 104 no grupo 1 e 6 no grupo 2.

4.3 PROCEDIMENTO DE COLETA

O estudo foi realizado completamente em ambiente virtual. A ferramenta de coleta utilizada no primeiro grupo (G1) foi um formulário do Google. E assim como este o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi disponibilizado pela equipe de pesquisadores do Laboratório de Pesquisa em Psicologia Social (LAPPSO) da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ) e através das redes sociais pessoais da pesquisadora como o Facebook, Instagram e WhatsApp. A divulgação durou cinco meses e alcançou 106 respostas.

Ao acessar o documento, os participantes foram primeiramente submetidos a perguntas que coletavam dados sociodemográficos como: idade; identidade de gênero; cor (autodeclaração); religião; a classificação da instituição em que estudavam, segundo o critério de financiamento (pública ou privada); o período que estavam cursando; e, se já haviam estudado sobre a dependência química em algum momento da graduação. Posteriormente, participavam de uma tarefa de evocação livre e precisavam escrever entre 3 e 5 palavras que vinham à sua mente imediatamente ao ler o termo indutor “DEPENDÊNCIA QUÍMICA”. Por último, participavam de perguntas sobre o tema do estudo, sendo duas abertas e uma fechada:

1. Na sua opinião, o que seria um dependente químico?
2. Na sua opinião, o que pode ser feito para lidar com esse assunto?

3. Você conhece alguém que poderia ser classificado como dependente químico?

No segundo grupo (G2) foram realizadas entrevistas, por meio de videochamada pelo WhatsApp. Assim como no G1, os participantes receberam Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por meio de formulário do Google. A duração dos encontros variou entre 10 (dez) a 34 (trinta e quatro) minutos, conforme a disponibilidade e dinâmica do entrevistado.

Os profissionais iniciaram as entrevistas respondendo às questões sociodemográficas como: idade; identidade de gênero; cor (autodeclaração); religião; a classificação da instituição em que trabalhavam (pública ou privada); e, há quanto tempo atuavam no campo em estudo. Foram realizadas as seguintes perguntas abertas:

1. Como se deu a sua inserção nesta área de trabalho?
2. Você se sentiu preparado pela sua graduação para trabalhar nesta área?
3. Para você o que é a dependência química?
4. Depois de trabalhar com este público, qual você acha ser o melhor tratamento para esta demanda?
5. Você identifica alguma dificuldade em relação ao processo de tratamento?
6. Depois de trabalhar com este público, a sua visão sobre esta realidade sofreu algum tipo de alteração?
7. Você possui alguma sugestão para os currículos de graduação de psicologia?

4.4 INSTRUMENTOS E ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados através do formulário do Google referentes à Tarefa de Evocação Livre de Palavras foram processados no software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires), que permite realizar análises estatísticas sobre corpus textuais e tabelas de indivíduos/palavras (Camargo e Justo, 2013). A partir dele, foram conduzidas as análises prototípica e de similitude dos dados.

A análise prototípica é também conhecida como análise de evocações ou das quatro casas e é uma das técnicas mais utilizadas para a caracterização estrutural de uma representação social (Wachelke e Wolter, 2011). Segundo Sá (1996), essa técnica busca identificar os elementos mais importantes e centrais para o grupo, com base nos critérios de frequência e ordem média de evocação (OME). Já a análise de similitude permite identificar as relações e associações entre os termos evocados pelos participantes. Os termos mais frequentemente associados entre si formam redes que revelam como as representações sociais estão organizadas (Sá, 1996; Camargo e Justo, 2013). Essas análises foram conduzidas com base na abordagem estrutural da Teoria das Representações Sociais (Abric, 1994), identificando os elementos centrais e periféricos das representações sociais sobre dependência química.

As informações obtidas nas perguntas abertas tanto no G1 quanto no G2 foram avaliadas com base na Análise de Conteúdo de Bardin (2011), uma metodologia sistemática e objetiva para interpretar o conteúdo de mensagens por meio de textos, discursos ou outras formas de comunicação. A abordagem dimensional (Jodelet, 2001) também foi aplicada para explorar as atitudes, níveis de informação e os campos representacionais expressos pelos participantes, permitindo uma interpretação mais abrangente e contextualizada dos dados coletados.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ) e aprovada sob o CAAE 78189623.5.0000.0311, com o parecer n.º 6.871.058, fundamentando-se nos requisitos estipulados pela Resolução n.º 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata das pesquisas envolvendo seres humanos. Nesse sentido, foi assegurado o bem-estar dos participantes desde a coleta de dados até a análise e divulgação dos resultados, garantindo que os voluntários não sofressem nenhum tipo de constrangimento. Foi informado aos participantes que nenhum deles receberia ou pagaria qualquer recurso financeiro proveniente do estudo, devido ao seu caráter voluntário, mas seria garantido o direito à indenização em caso de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa. Também foram assegurados o sigilo e a privacidade dos participantes, com a utilização dos dados restrita a fins científicos, bem como apresentados os potenciais riscos e benefícios da participação no estudo.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

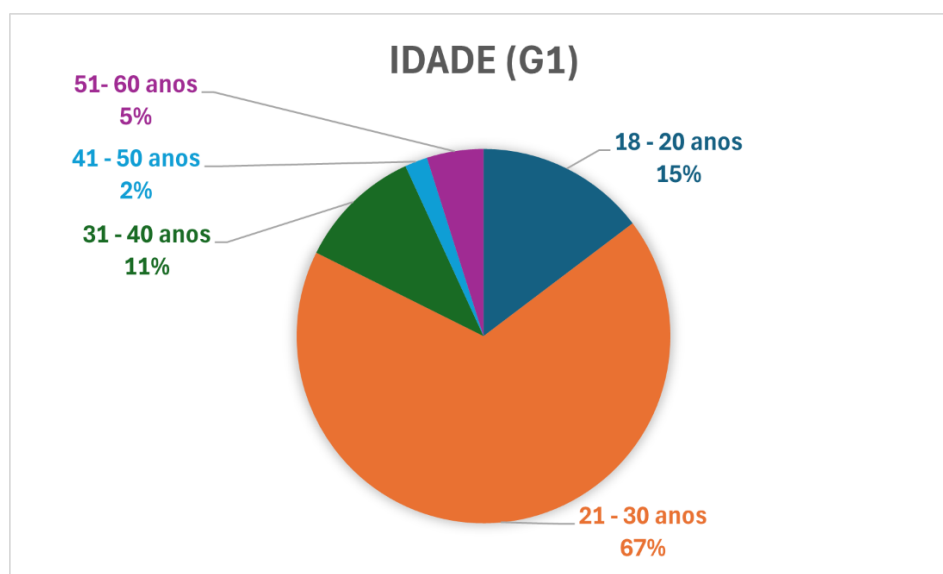
Com o objetivo de oferecer uma apresentação mais dinâmica apresentaremos os resultados em conjunto com a discussão. Primeiramente serão expostos aqueles obtidos a partir das análises obtidas na amostra G1, integrando as contribuições da Teoria das Representações Sociais (TRS) para embasar a discussão dos achados.

5.1 RESULTADOS DA AMOSTRA G1

5.1.1 Dados Sociodemográficos

Através das perguntas fechadas presentes no formulário obtivemos informações sociodemográficas dos voluntários. Em relação à idade dos participantes, aqueles na faixa etária de 18 a 20 anos corresponderam a 15% da amostra, totalizando 15 pessoas; na faixa etária de 21 a 30 anos, a amostra foi de 67%, correspondendo a 69 participantes; de 31 a 40 anos, a amostra correspondeu a 11%, com 11 participantes; de 41 a 50 anos, a amostra correspondeu a 2%, com 2 participantes; e, por fim, a faixa etária de 51 a 60 anos correspondeu a 5% da amostra, com 5 participantes. A idade média dos participantes ficou em 26,4 anos.

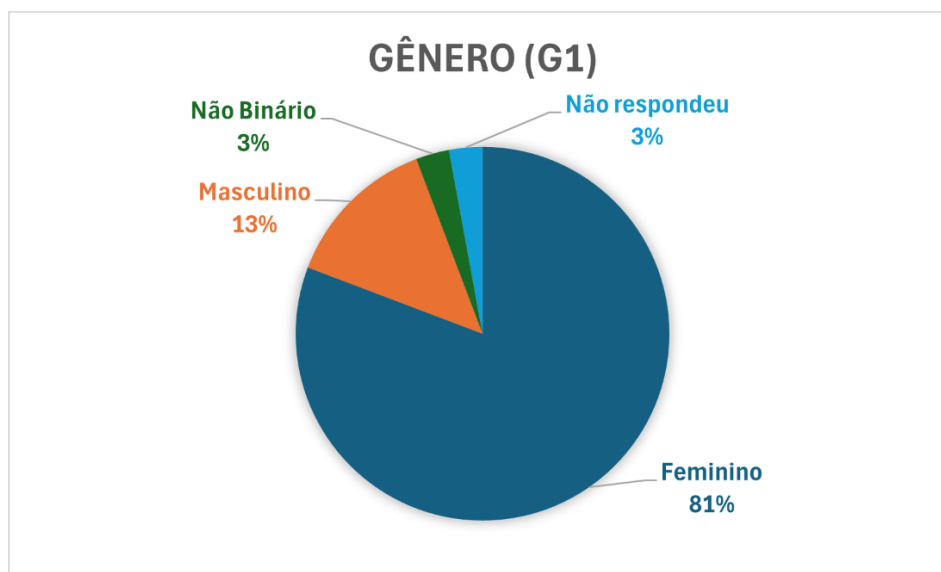
Gráfico 1: Idade dos voluntários do Grupo 1



Fonte: Elaborado pela autora

Entre os participantes, 84 se identificaram como do gênero feminino, representando 81% da amostra. Aqueles que se identificaram como do gênero masculino foram 14, correspondendo a 13%. Três participantes (3%) se identificaram como não binários, e outros 3 (3%) não responderam à questão sobre identidade de gênero.

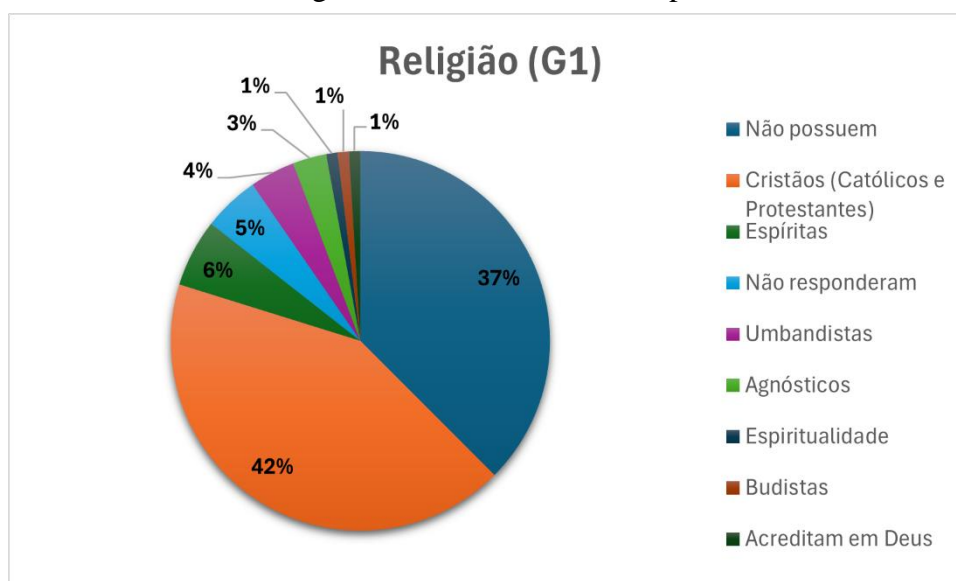
Gráfico 2: Gênero dos voluntários do Grupo 1



Fonte: Elaborado pela autora

A respeito da religião, os participantes que se declararam cristãos foram 42% (44 pessoas), aqui estão reunidos os que se declararam católicos e protestantes; que declararam não possuir nenhuma corresponderam a 37% da amostra (39 pessoas); espíritas 6% (6 pessoas); umbandistas 4% (4 pessoas); agnósticos 3% (3 pessoas); possuem espiritualidade 1% (1 pessoa); budista de nichiren daishonin 1% (1 pessoa); acreditam em Deus 1% (1 pessoa); e 5% dos participantes não responderam a questão (5 pessoas).

Gráfico 3: Religião dos voluntários do Grupo 1

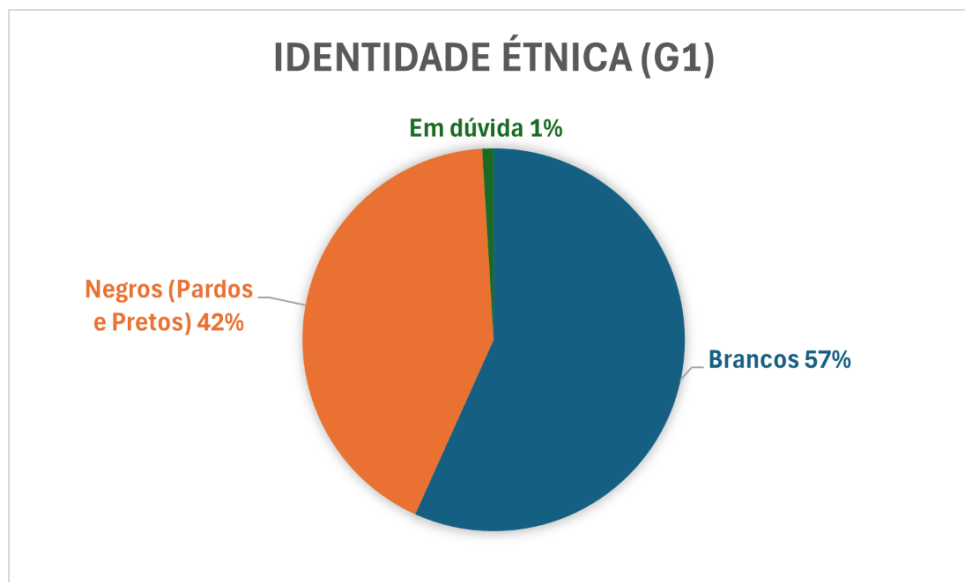


Fonte: Elaborado pela autora

Em relação a autodeclaração da cor da pele 57% dos entrevistados (59 pessoas) se declararam brancos; 42% se declarou negro, aqui estão reunidos os que se declararam

também pardos e pretos (44 pessoas); e, 1% apresentou dúvida em relação a sua cor (1 pessoa).

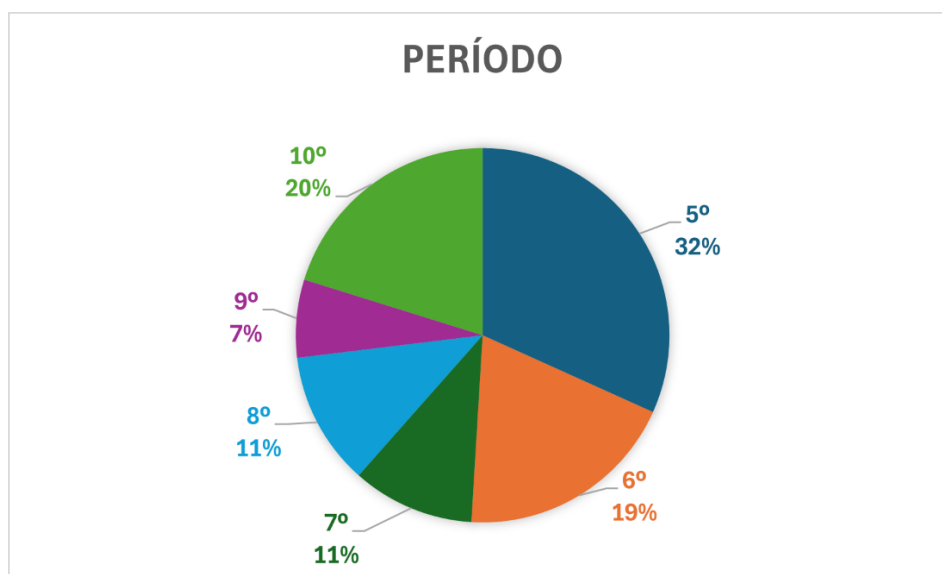
Gráfico 4: Identidade étnica dos participantes do grupo 1



Fonte: Elaborado pela autora

Quanto ao período do curso em que estavam matriculados, 32% informaram estar no 5º período (33 pessoas); 19% no 6º período (20 pessoas); 11% no 7º período (11 pessoas); 11% no 8º período (12 pessoas); 7% no 9º período (7 pessoas); e, 20% no 10º período (21 pessoas).

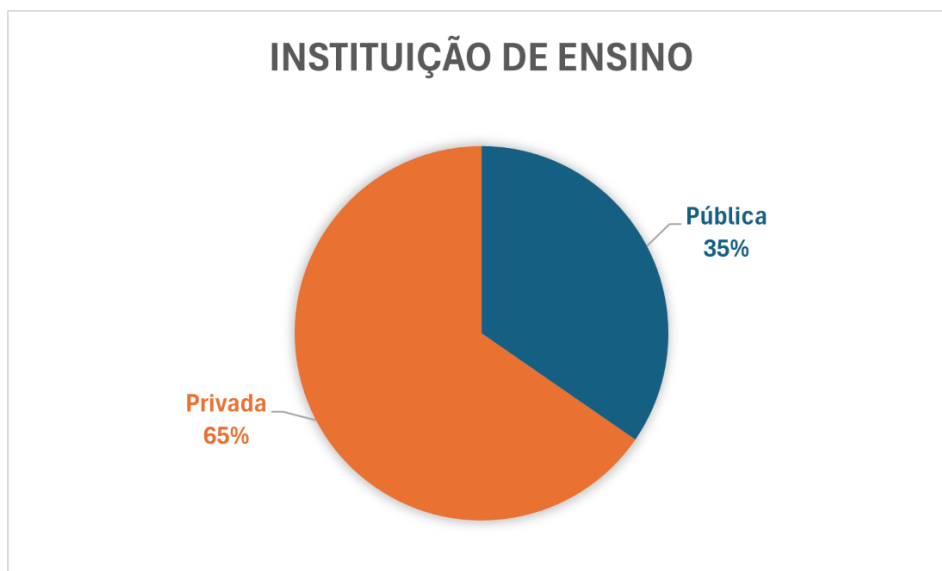
Gráfico 5: Período da graduação dos participantes do Grupo 1



Fonte: Elaborado pela autora

A amostra foi majoritariamente composta por alunos de universidades privadas, que representaram 65% da amostra (68 pessoas), enquanto 35% eram de universidades públicas (36 pessoas).

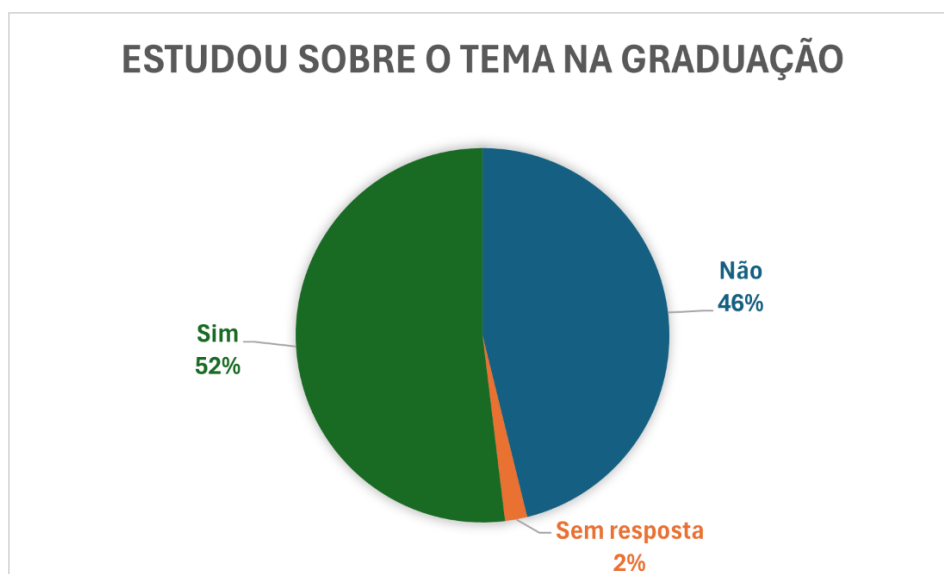
Gráfico 6: Natureza da instituição de ensino dos participantes do Grupo 1



Fonte: Elaborado pela autora

Sobre o estudo sobre o tema na graduação 2% não responderam à questão (2 pessoas); 46% declararam não ter estudado sobre a temática no curso (48 pessoas); e, 52% informaram ter estudado sobre o tema na graduação (54 pessoas), sendo que, destas, 8 pessoas relataram ter estudado pouco, breve, quase nada ou sem aprofundamento.

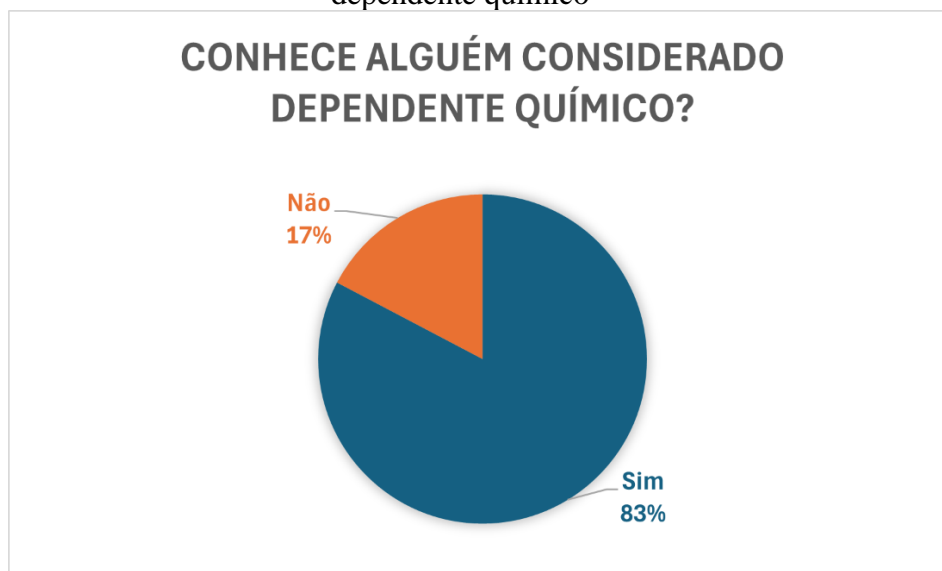
Gráfico 7: Estudo sobre o tema durante a graduação dos participantes do Grupo 1



Fonte: Elaborado pela autora

Os participantes que afirmaram conhecer alguma pessoa dependente química formaram a maioria da amostra, totalizando 83% (86 pessoas), enquanto 17% informaram não conhecer nenhum dependente químico (18 pessoas).

Gráfico 8: Questionamento aos participantes do Grupo 1 a respeito de conhecerem algum dependente químico



Fonte: Elaborado pela autora

Esses dados fornecem um panorama relevante para compreender o perfil dos participantes, sendo útil para analisar como suas experiências de vida podem influenciar suas representações sociais sobre a dependência química. Segundo a TRS, fatores sociodemográficos como idade, gênero e contexto cultural desempenham um papel importante na formação e manutenção das representações, refletindo as condições objetivas e subjetivas de suas experiências. Encerrando a apresentação dos resultados sociodemográficos do grupo 1, apresenta-se aqueles advindos das técnicas que exploraram as representações sociais da amostra.

5.1.2 Análise Prototípica

Para Abric (2001), toda representação é organizada em torno de um núcleo central responsável por determinar simultaneamente o significado e a organização da representação. Além disso, a identificação dos elementos centrais e periféricos pode ser confirmada por técnicas metodológicas específicas (Wachelke e Wolter, 2011), reforçando a validade da análise prototípica.

A primeira técnica apresentada e utilizada neste estudo é a tarefa de evocação livre que consiste em solicitar aos sujeitos que a partir de um termo indutor apresentado pelo pesquisador, digam as palavras que lhe vem imediatamente a mente. Neste estudo foi solicitado que os participantes escrevessem 5 palavras a partir do termo indutor “DEPENDÊNCIA QUÍMICA”, foram obtidas 497 evocações, as quais foram registradas na ordem evocada por cada sujeito.

A ordem média de evocação (OME) de cada palavra é calculada pela média das ordens que foi evocada pelos participantes. Em relação aos critérios de cálculo da análise prototípica no IRAMUTEQ, solicitamos a frequência mínima de 5. A combinação da frequência de evocação e OME, possibilita o levantamento daquelas que possivelmente compõe o núcleo central da representação devido ao seu caráter prototípico ou saliência (Sá, 1996). O diagrama de quatro quadrantes ou quadro de quatro casas apresenta os quatro tipos de elementos da representação social em sua dimensão estrutural (Camargo e Justo, 2021).

Quadro 1: Análise prototípica da questão de evocação livre do termo indutor “DEPENDÊNCIA QUÍMICA”

| QUADRO DE QUATRO CASAS ANÁLISE PROTOTÍPICA (N=104) $\leq 2,66$ Rangs $> 2,66$ | | | | | |
|---|----|-----|--|----|-----|
| ÁREA CENTRAL Frequência $\geq 11,89$ | | | PRIMEIRA PERIFERIA Frequência $\geq 11,89$ | | |
| Vício | 42 | 2,1 | Álcool | 18 | 2,8 |
| Drogas | 29 | 1,8 | Doença | 13 | 2,9 |
| Sofrimento | 16 | 2,6 | Reabilitação | 12 | 3,7 |
| ELEMENTOS CONTRASTANTES (Frequência $< 11,89$) | | | SEGUNDA PERIFERIA (Frequência $< 11,89$) | | |
| Redução de danos | 9 | 2,6 | Tristeza | 9 | 3,1 |
| Ajuda | 8 | 2,6 | Depressão | 8 | 4,1 |
| Angústia | 6 | 2,2 | Solidão | 8 | 3,2 |
| Fuga | 5 | 2,6 | Viciado | 7 | 3,1 |
| | | | CAPS AD | 7 | 2,9 |
| | | | Drogado | 6 | 2,7 |
| | | | Vulnerabilidade | 6 | 3,0 |
| | | | Violência | 5 | 4,6 |

Fonte: Elaborado pela autora

O quadrante superior esquerdo apresenta os elementos mais propensos a constituir o núcleo central de uma representação, pois contém palavras com alta frequência de evocação e baixa Ordem Média de Evocação (OME) (Sá, 1996; Camargo e Justo, 2021). Através destes elementos podemos identificar os sentidos partilhados pelos estudantes, pois são os termos que expressam a questão do figurativo, do que supostamente gera representação, bem como sua estrutura, como se organiza e se estabiliza (Abric, 2001). O ponto de corte para a ordem de evocação foi de 2,66 e, para a frequência, 11,89. Os elementos considerados centrais foram “Vício” ($f = 42$, $OME = 2,1$), “Drogas” ($f = 29$, $OME = 1,8$) e “Sofrimento” ($f = 16$, $OME = 2,6$).

Os termos destacados apontam para uma forte associação entre a dependência química e percepções de compulsão e sofrimento emocional. “Vício” e “Drogas” não

apenas aparecem com alta frequência, mas também foram prontamente evocados, indicando que esses conceitos são vistos como centrais à ideia de dependência pelos participantes. Esses resultados estão em consonância com Mota (2008), que destaca a progressão dos vícios como comportamentos difíceis de controlar, frequentemente associados a impactos negativos cumulativos.

Além disso, o uso do termo “Vício” reflete uma carga negativa significativa, reforçando o estigma social em torno do uso de substâncias e evidenciando uma visão moralizada sobre os usuários. Esses achados ressaltam o papel da Teoria das Representações Sociais ao demonstrar como essas associações estruturam as representações sociais da dependência química, estabilizando significados compartilhados que moldam a percepção do fenômeno entre estudantes de psicologia.

O termo “Sofrimento”, por sua vez, surge como uma consequência direta do vício, destacando o impacto emocional que a dependência tem sobre o indivíduo. A literatura, como observada em Melo e Maciel (2016), corrobora essa conexão, mostrando que o sofrimento vivido pelos usuários é frequentemente invisibilizado pela sociedade. Ao mesmo tempo, a presença de “Sofrimento” no núcleo central das representações demonstra que, entre os participantes, há um reconhecimento tácito de que a dependência química vai além do uso de substâncias, tocando questões emocionais e sociais mais profundas. Isso sugere que, mesmo que as substâncias aliviem temporariamente a ansiedade, como afirma Mota (2008), elas falham em proporcionar alívio duradouro, resultando em um ciclo de angústia contínua.

No segundo e quarto quadrante encontramos sucessivamente a primeira e segunda periferia, a qual apresentam os elementos periféricos, onde ocorrem a maioria das trocas simbólicas. Podemos observar nestes quadrantes os elementos que protegem e apoiam o núcleo central, ou que tentam modificá-lo (Sá, 1996). A primeira periferia é composta pelas palavras que possuem alta frequência e tem ordem média maior, mas que não foram tão rapidamente evocadas (Camargo e Justo, 2021). Nela estão presentes os elementos “Álcool” (f 18 OME 2,8), “Doença” (f 13 OME 2,9) e “Reabilitação” (f 12 OME 3,7).

De acordo com o dicionário Michaelis Online, o termo “doença”, em sentido figurado, pode ser entendido como “apego ou devoção excessiva; mania; vício; obsessão”. Nesse sentido, conforme sugerido por Mota (2008), a palavra “doença” refere-se a um desvio daquilo que é considerado o funcionamento “normal” de um organismo, sendo essa definição aplicável tanto às enfermidades causadas por bactérias quanto às doenças mentais e àquelas relacionadas ao uso abusivo de substâncias.

Outro aspecto relevante para se considerar no contexto das palavras evocadas é a evolução do entendimento sobre o álcool e outras drogas em paralelo à consolidação da psiquiatria que exerce grande influência na forma como o uso de substâncias psicoativas é compreendido. Ronzani e Furtado (2010), destacam que a crescente especialização da área e o desenvolvimento de novas técnicas tiveram impactos significativos tanto na compreensão do processo saúde-doença quanto nas práticas voltadas ao tratamento de pacientes com dependência, pois é cada vez mais evidente a complexidade envolvida no consumo de álcool.

A segunda periferia apresenta os elementos com menor frequência e maior ordem de evocação, caracterizando-os como representações que, embora não centrais, ainda desempenham um papel importante no entendimento da dependência química para os estudantes. Entre os elementos mais destacados “Tristeza” (f 9 OME 3,1), “Depressão” (f 8 OME 4,1), “Solidão” (f 8 OME 3,2), termos intimamente ligados ao sofrimento psíquico e

às condições emocionais dos indivíduos afetados pela dependência.

A presença recorrente desses elementos na segunda periferia sugere que, além da questão do “Vício” presente no núcleo central, há uma percepção clara entre os participantes de que a dependência química não é apenas um problema de comportamento ou escolha, mas está profundamente entrelaçada com experiências de sofrimento emocional intenso. Estudos indicam que o uso de substâncias psicoativas frequentemente atua como uma forma de escape para aqueles que enfrentam sentimentos de angústia, depressão ou isolamento social (Melo e Maciel, 2016). A “Tristeza”, a “Depressão” e a “Solidão” evocadas podem ser vistas, portanto, como expressões do peso emocional que muitas vezes acompanha a dependência, refletindo uma compreensão mais ampla e sensível dos impactos psíquicos que transcendem o uso da substância em si.

Essas palavras revelam uma percepção que está em consonância com a literatura sobre saúde mental e dependência, que aponta que os usuários frequentemente encontram-se em situações de vulnerabilidade social e emocional (Zanardo, Ventura e Console, 2022). A interseção entre a dependência química e condições de saúde mental como a depressão e a solidão também pode sugerir uma necessidade de abordagens mais integradas, que considerem não apenas o tratamento do vício, mas também o cuidado com a saúde emocional e psíquica desses indivíduos (Ronzani e Furtado, 2010).

Além disso, a presença de termos como “CAPS AD” (f 7 OME 2,9) e “Vulnerabilidade” (f 6 OME 3,0) aponta para uma percepção de que o cuidado com os usuários de substâncias deve incluir redes de apoio institucional, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que oferecem não só tratamento, mas também suporte social e psicológico. A inclusão desses elementos na segunda periferia reflete uma visão de que o tratamento da dependência química vai além do controle do uso da substância, abrangendo um cuidado integral do indivíduo, que inclui assistência emocional e social (Furtado, 2011). Contudo a presença dos termos “Viciado” (f 7 OME 3,1), “Drogado” (f 6 OME 2,7), e “Violência” (f 5 OME 4,6) demonstra que ainda perpetuam estigmas que corroboram para a perpetuação da forma moralizante com a qual a dependência é vista.

Finalmente, o terceiro quadrante, ou zona de contraste, é um dos principais espaços de mudança nas representações sociais, abrigando elementos que estão surgindo, muitas vezes desubgrupos ou de experiências mais particulares. Estes termos emergentes podem, no futuro, vira compor o núcleo central da representação, dependendo de como as dinâmicas sociais e culturais se desenrolam (Sá, 1996). Neste estudo, os elementos identificados na zona de contraste, como “Redução de danos” (f 9, OME 2,6) e “Ajuda” (f 8, OME 2,6), indicam uma possível transformação na forma como a dependência química é compreendida.

A presença de “Redução de danos”, prontamente evocada, sugere que há um subgrupo de participantes que já está em contato com abordagens menos punitivas e mais voltadas para a saúde pública no tratamento da dependência química. Essa estratégia de tratamento, que visa minimizar os prejuízos associados ao uso de substâncias sem necessariamente focar na abstinência total, reflete uma mudança importante no campo da saúde mental e das políticas públicas (Alves, 2009). Embora sua frequência ainda seja relativamente baixa, sua posição na zona de contraste aponta para a possibilidade de uma maior aceitação e disseminação dessa abordagem no futuro, especialmente à medida que os paradigmas sobre tratamento de dependentes químicos evoluem.

O termo “Ajuda”, por sua vez, reflete uma percepção mais humanizada da dependência química, sugerindo que, para parte dos participantes, o foco do tratamento deve ser o suporte e acolhimento ao indivíduo, ao invés de punição ou marginalização. Esse movimento em direção a uma visão mais compassiva e orientada para o cuidado é corroborado pela literatura, que aponta para a necessidade de reavaliar o papel da empatia no tratamento de usuários de substâncias psicoativas (Vargas e Campos, 2019). Ambos os termos indicam uma abertura para abordagens mais inclusivas e menos estigmatizantes, que podem vir a moldar a forma como a dependência química é compreendida e tratada socialmente.

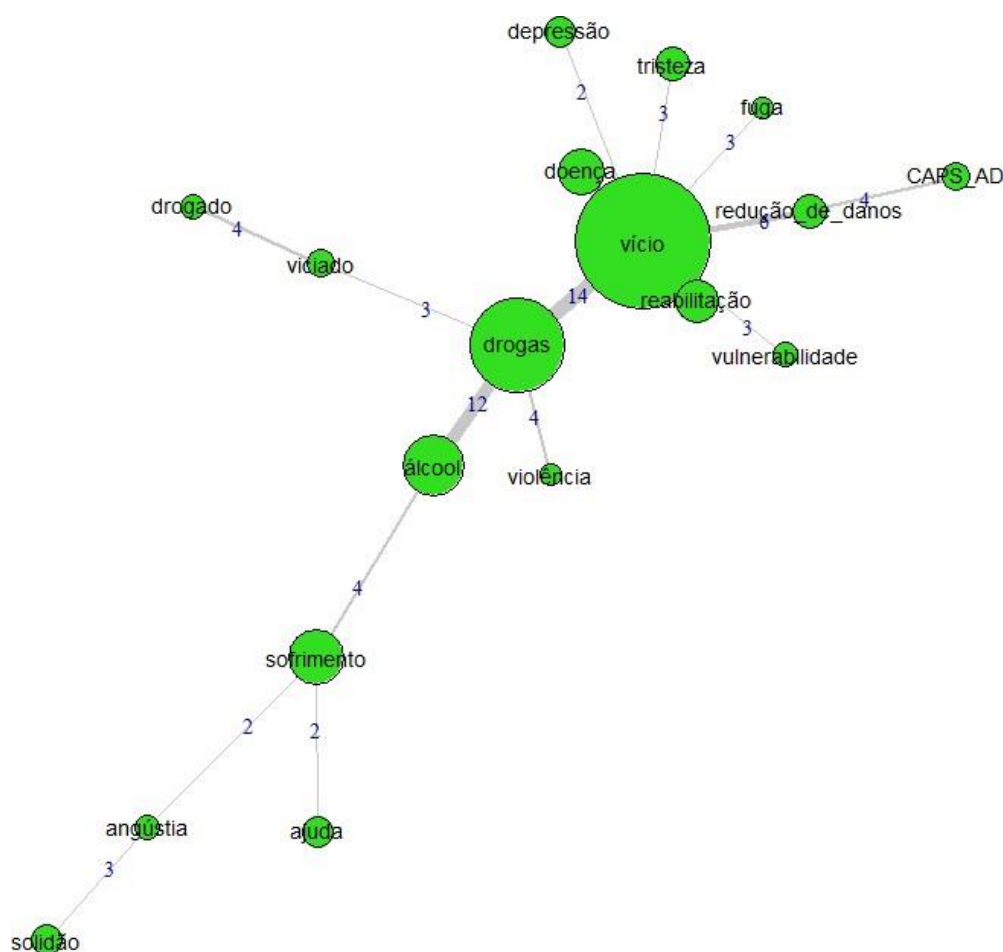
Os resultados da análise prototípica oferecem uma visão rica e detalhada das representações sociais da dependência química entre os estudantes de psicologia. Embora ainda haja uma prevalência de termos que reforçam a ideia da dependência como um vício e uma fonte de sofrimento, também surgem elementos que indicam uma compreensão mais profunda e multifacetada do fenômeno, que inclui aspectos emocionais, sociais e institucionais. Esses achados têm implicações importantes para a formação desses futuros profissionais, sugerindo a necessidade de incorporar em suas formações não apenas o conhecimento técnico, mas também uma perspectiva mais crítica e humana acerca da dependência química, promovendo uma atuação que combata estigmas e favoreça um cuidado integral.

5.1.3 Análise de Similitude

A segunda técnica utilizada para identificar os elementos de uma representação social a partir do termo indutor, é a análise de similitude. Ela avalia o grau de conexidade dos elementos de uma representação social, pois a quantidade de laços ou conexões que um elemento mantém com outros indica a sua provável participação no núcleo central da representação (Sá, 1996).

A partir desta técnica analisamos a estrutura do gráfico com os termos que foram evocados e aligação, ou similitude, entre eles que ocorre através das arestas indicativas de conexão. Dessa forma, quanto mais espessa a aresta, maior o nível de conexão entre os elementos do mesmo conjunto e quanto maior o traço entre os elementos, maior é a sua conexão (Marchand e Ratinaud, 2012, Flament, 1985, Pereira, 1997). A similitude consiste nas relações valoradas entre os termos permitindo ao pesquisador entender melhor as relações entre os termos como organização, relacionamento, antagonismo, equivalência, semelhança, causalidade entre outras (Corrallo, 2017).

Gráfico 9: Análise de similitude do termo indutor “DEPENDÊNCIA QUÍMICA”.



Fonte: Elaborado pela autora

É possível observar a partir da representação gráfica que “Vício” e “Drogas” compõem os elementos centrais e organizadores da árvore de similitude, visto a quantidade de conexões que possuem com os outros elementos. A conexão entre “Vício” e “Drogas” é a mais forte, o que pode ser comprovado pela espessura da aresta. Isso reflete a importância central desses termos nas representações, evidenciando que os participantes consideram a dependência química fortemente relacionada ao consumo de substâncias.

A expressão “Álcool” está fortemente ligada a “Drogas” e, por extensão, a “Vício”, indicando que o álcool é visto como uma substância relevante dentro do espectro da dependência, corroborando com a literatura que aponta o álcool como uma droga frequentemente normalizada, mas com consequências significativas (Ronzani e Furtado, 2010).

O termo “Vício” possui conexões com “Doença”, “Drogas”, “Reabilitação”, e “Redução de danos”, refletindo a relevância dessas associações na percepção dos participantes. É interessante considerar a relação entre os serviços de apoio e vínculo como o “CAPS AD” e a “Redução de danos” que estão conectados a “Vício”, sugerindo que os participantes compreendem a importância destes no tratamento da dependência, o que é positivo, pois indica que os participantes reconhecem essas estratégias como parte do cuidado.

Ressalta-se também que o termo “Drogas” está ligado a “Drogado”, “Viciado” e

“Violência” mostrando que o uso de drogas ainda pode ser visto de forma estigmatizante, o que contribui para a exclusão social e a perpetuação de estereótipos. Essa associação visual no gráfico também sugere que a exclusão social e os estereótipos negativos ainda prevalecem, conforme reforçado por Oliveira et al. (2019).

Portanto, “Vício” trouxe elementos representacionais mais relacionados a saúde. Sendo visto como um aspecto relacionado a questões de cuidado e prevenção. E drogas já remete a elementos mais relacionados a circulação dessas substâncias na sociedade, em especial as drogas ilícitas, e os danos que acabam por ser consequência dessa circulação que é proibida e controlada pela segurança pública.

5.1.4 Análise de Conteúdo

A análise das perguntas abertas foi realizada com base na teoria de análise de conteúdo de Bardin (2011). Uma metodologia que visa descrever o conteúdo das comunicações de maneira objetiva e sistemática, permitindo a extração de significados e compreensões mais profundas dos dados.

A análise de conteúdo segue um processo sistemático que envolve três etapas: pré-análise; que consiste em preparar o material a ser analisado e organizá-lo a partir da leitura flutuante, formulação de hipóteses e definição de marcadores; exploração de material, etapa a qual o pesquisador atribui rótulos ou etiquetas para encontrar padrões e extrair significados dos dados coletados a partir de codificação, categorização e agrupamento, para que os dados obtidos sejam estruturados de forma que eles possam ser interpretados de acordo com os objetivos da pesquisa; e, tratamento dos resultados e interpretação, a qual é realizada uma análise mais profunda e feitas inferências segundo o que foi categorizado.

Tabela 1: Análise de Conteúdo - Pergunta 1: Na sua opinião, o que seria um dependente químico?

| Categoria | Número de Ocorrências | Porcentagem |
|----------------------|------------------------------|--------------------|
| Conduta prejudicial | 60 | 23,84% |
| Doença | 31 | 46,15% |
| Impactos sociais | 23 | 17,70% |
| Percepções limitadas | 16 | 12,31% |
| Total | 130 | 100% |

A partir das respostas coletadas foi realizada categorização com a finalidade de agrupar os códigos obtidos por critérios de triangulação e repetição de palavras. As categorias formadas foram “doença”, “conduta prejudicial”, “percepções limitadas” e “impactos sociais”. Do total de 130 categorizações, considerando que algumas respostas se enquadram em mais de uma categoria.

Categoria 1 - Respostas relacionadas a percepções da dependência química como

conduta prejudicial:

- Participante 1: *“Pessoa que não consegue ficar sem usar álcool ou outras drogas.”*
- Participante 23: *“Alguém que se percebe incapaz sem o consumo de uma ou mais substâncias.”*
- Participante 52: *“Uma pessoa que não consegue ficar sem o uso indiscriminado de substâncias químicas lícitas ou ilícitas.”*

Categoria 2 - Respostas relacionadas a percepções da dependência química como doença:

- Participante 7: *“Uma pessoa doente.”*
- Participante 46: *“Uma pessoa que possui um transtorno caracterizado pelo vício em álcool e/ou drogas.”*
- Participante 90: *“Uma pessoa adicta, adoecida, que está em sofrimento por conta da dependência química.”*

Categoria 3 - Respostas relacionadas a percepções dos impactos sociais da dependência química:

- Participante 71: *“Quem não consegue ter uma vida funcional por causa da dependência.”*
- Participante 76: *“Um dependente químico seria uma pessoa que tem uma necessidade pelo consumo da substância e que muitas vezes não consegue ter um autocontrole sobre esse consumo, afetando vários aspectos da vida: saúde física, mental, relacionamentos, etc.”*
- Participante 78: *“Uma pessoa que tem aspectos da vida prejudicado devido o consumo de drogas, lícitas e/ou ilícitas.”*

Categoria 4 - Respostas com percepções limitadas sobre o tema:

- Participante 30: *“Uma pessoa com vício em alguma droga.”*
- Participante 67: *“Alguém sem controle sobre suas próprias emoções.”*
- Participante 73: *“Pessoa na qual por incapacidade psicológica, neurofisiológica, social e econômica não tem capacidade emocional para abdicar-se da substância em questão.”*

Apesar de 52% dos participantes indicarem que estudaram sobre dependência química durante a graduação, as respostas sugerem uma compreensão superficial sobre o tema, refletindo visões estigmatizadas como a de “vício”. Esse dado destaca uma lacuna significativa na formação acadêmica dos profissionais de psicologia, no sentido de que, como discute Andrade, Ronzani e Silveira (2018), a formação não parece questionar de forma adequada os estigmas associados à dependência. Para avançar no entendimento do fenômeno, é necessária uma abordagem mais crítica e interdisciplinar, conforme sugerem Duarte e Dalbosco (2018), que ressaltam a importância de desconstruir estigmas e ampliar a formação em saúde mental, levando em consideração tanto a dimensão psíquica quanto a social da dependência. Mesmo expostos ao assunto, muitos ainda apresentaram respostas estigmatizadas ou superficiais, evidenciadas por expressões como “vício” ou “falta de

controle emocional".

Essa discrepância aponta para uma lacuna entre o conteúdo teórico transmitido na formação e a forma como esses alunos compreendem e interpretam a dependência química na prática. Segundo a Teoria das Representações Sociais (TRS), as representações são moldadas não apenas pelo conhecimento formal, mas também por experiências culturais e individuais. Assim, se a formação acadêmica não questiona de maneira crítica preconceitos e estigmas, há o risco de perpetuar abordagens excludentes e ineficazes no tratamento de dependentes químicos quando esses estudantes se tornarem profissionais.

É importante destacar que, nesta análise, não surgiram respostas associando a dependência química a aspectos como criminalidade ou violência, o que pode indicar mudanças na percepção de parte dos alunos. No entanto, a superficialidade presente em algumas respostas reforça a necessidade de uma formação acadêmica mais robusta, que promova uma compreensão multidimensional da dependência química e desafie os estigmas existentes.

Essa perspectiva está alinhada com a teoria de Moscovici, que destaca o papel central das representações sociais na construção de práticas e comportamentos em contextos específicos. Investir em uma formação que valorize essa complexidade pode contribuir para a construção de abordagens mais inclusivas e eficazes no enfrentamento da dependência química.

Tabela 2: Análise de Conteúdo - Pergunta 2: Na sua opinião, o que poderia ser feito para lidar com esse assunto?

| Categoria | Número de Ocorrências | Porcentagem |
|---------------------------|-----------------------|-------------|
| Cuidado e Tratamento | 56 | 38,56% |
| Educação e sensibilização | 60 | 41,1% |
| Suporte institucional | 26 | 17,81% |
| Não avaliável | 4 | 2,74% |
| Total | 146 | 100% |

As categorias formadas foram “cuidado e tratamento”, “educação e sensibilização” e “suporte institucional” e “não avaliáveis”. Das 146 categorizações totais, considerando que algumas respostas se enquadram em mais de uma categoria, 4 foram consideradas como não avaliáveis.

Categoria 1 - Respostas relacionadas ao cuidado e tratamento:

- Participante 2: *“Para o tratamento é necessário as vezes medicação e acompanhamento médico, psicológico e necessita de apoio familiar.”*
- Participante 94: *“Proporcionar ajuda multidisciplinar para que eles consigam sair do vício”.*
- Participante 96: *“Tratamento com psiquiatra, psicólogo e rede de apoio, e*

grupos em meio desse assunto.”

Categoria 2 - Respostas relacionadas a educação e sensibilização:

- Participante 15: *“Primeiramente trazer informações claras sobre o que é um dependente químico e suas complexidades.”*
- Participante 44: *“Acho que conscientizar as pessoas sobre esse assunto, é muito importante, tanto para os próprios usuários, como também para a população em geral. Pois elas poderão também ajudar e auxiliar o dependente químico.”*
- Participante 51: *“Circular informação e compreensão.”*

Categoria 3 - Respostas relacionadas ao suporte institucional:

- Participante 3: *“políticas públicas de qualidade para a população de maneira a prevenir e trabalhar com quem já é dependente. acredito que a dependência é fruto de outras problemáticas, como a vulnerabilidade socioeconômica, logo sem políticas públicas de qualidade, o problema pode ser velado ao invés de trabalhado de maneira eficaz.”*
- Participante 30: *“Trabalho em rede, em comunidade, com familiares e amigos, se possível, pensando na integralidade do sujeito. Fortalecimento de políticas públicas, como CAPS AD, transformação de Comunidades Terapêuticas em CAPS AD. Trabalho com imaginário social acerca do uso de drogas e das pessoas adictas”*
- Participante 68: *“Implementação de políticas efetivas que amparam as pessoas em grande vulnerabilidade social, por meio das ampliações dos serviços em saúde mental, projetos que fornecem melhor qualidade de vida à população, ambientes de lazer e amparo financeiro.”*

Categoria 4 - Respostas consideradas não avaliáveis:

- Participante 17: *“Tranquilamente.”*
- Participante 36: *“Não sei responder, por conta de diversos pontos de vistas diferentes sobre o assunto”*
- Participantes 63 e 95: *“Não sei.”*

Segundo Wachelke e Wolter (2011), quando os participantes não conseguem articular uma resposta clara, pode haver uma dificuldade de engajamento com o tema, seja por desinformação ou falta de reflexão crítica sobre o problema.

A categoria educação e sensibilização emergiu como a mais representativa, indicando que a maioria dos estudantes de psicologia acreditam que a solução para lidar com a dependência química passa pela disseminação de informações e a conscientização tanto dos dependentes quanto da sociedade em geral. Isso reflete uma percepção importante de que a desinformação e o estigma são barreiras significativas no tratamento e na integração social de pessoas que enfrentam essa condição. A segunda categoria mais representativa foca nas intervenções de cuidado direto e tratamento para lidar com a dependência química, demonstrando a percepção da dependência como uma questão que precisa de uma abordagem terapêutica, e que o tratamento individualizado é crucial.

5.2 RESULTADOS AMOSTRA G2

As entrevistas com os profissionais de psicologia foram todas realizadas em ambiente virtual através de vídeo chamada por meio de WhatsApp, a pesquisa foi divulgada por meio de grupos de profissionais de psicologia e através dos contatos profissionais pessoais da autora. Apartir dessa divulgação foi possível realizar 6 entrevistas.

5.2.1 Dados Sociodemográficos

Os entrevistados possuíam idades variadas 29, 30, 34, 38, 41 e 53 anos, sendo a idade média entre os participantes 37,5 anos. Dentre eles 4 se identificaram como do gênero feminino e 2 como do masculino. A respeito da religião, 2 declararam não possuir nenhuma, 1 se declarou agnóstico, 1 católico, 1 cristão e 1 messiânico. Em relação a autodeclaração da cor da pele 4 se declararam brancos, 1 pardo e 1 preto. O profissional com menos tempo trabalhando com a demanda da dependência química atuava há 9 meses, enquanto os demais afirmaram ter 1, 2, 3 e dois deles 4 anos de serviço. Apenas 1 deles trabalhava no setor privado, os demais estavam todos inseridos no serviço público. Visando preservar suas identidades, eles serão descritos como Entrevistado 1, Entrevistado 2, e assim sucessivamente.

5.2.1 Análise de Conteúdo

A primeira pergunta direcionada aos profissionais “Como se deu a sua inserção nesta área de trabalho?”, revelou que a maior parte dos profissionais entrevistados havia realizado processo seletivo para atuar com a demanda em estudo, 1 recebeu convite ainda na graduação e 1 recebeu encaminhamento de paciente com transtorno por uso de substâncias em seu consultório clínico. A segunda pergunta “Você se sentiu preparado pela sua graduação para trabalhar nesta área?”. Permitiu a construção das categorias “despreparo acadêmico”, “aprendizado no campo”, “preparação pessoal” e “críticas ao currículo acadêmico”.

Categoria 1 - Respostas que apontam para o despreparo acadêmico:

- Entrevistado 2: “A psicologia não enfatiza muito a parte da psicologia dentro da dependência química. Ela pega mais numa questão mais generalista”
- Entrevistado 5: “Eu acho que a nossa graduação não prepara a gente pra área nenhuma”

Categoria 2 - Respostas que apontam para o aprendizado no campo destacando o aprendizado prático como um elemento essencial na formação profissional.

- Entrevistado 1: “Eu fui aprendendo isso aos poucos, e ainda continuo aprendendo”.
- Entrevistado 5: “na parte prática mesmo é o saber fazer, é ali no dia a dia que a gente vai aprendendo, eu já tô há quatro anos, mas cada dia é um novo aprendizado, né, a gente vai construindo junto ali com o paciente”

Categoria 3 - Respostas que apontam para preparação pessoal uma iniciativa

individual para buscar experiências que complementem a formação acadêmica, como estágios e escolhas profissionais.

- Entrevistado 4: “eu estagiei também, né, dentro de manicômio, na minha época ainda tinha manicômios, já foi uma busca minha mesmo. Quando eu estava na formação na UFRJ, eu já peguei esse caminho.”

Categoria 4 - Respostas que apontam para críticas ao currículo acadêmico:

- Entrevistado 5: “a gente sai da faculdade com a ilusão que a gente vai saber trabalhar nos lugares.”
- Entrevistado 6: “a minha formação foi muito ligada a psicanálise”

Ao analisar essas respostas com base em Bardin (2011), observa-se que os profissionais frequentemente percebem uma lacuna significativa entre a formação teórica e a prática no campo da dependência química. Este dado corrobora com os achados de Occhini e Teixeira (2006), que também observaram que a maioria dos participantes relatou um despreparo significativo na graduação para lidar com a dependência química. A formação acadêmica parece oferecer uma base teórica insuficiente, enquanto a prática no campo e a experiência direta com os pacientes emergem como os principais meios de aprendizado e desenvolvimento profissional. Assim, a experiência vivida no cotidiano do trabalho aparece como um fator decisivo para a formação e consolidação das competências necessárias à atuação nessa área.

Ao questionar “Para você o que é a dependência química?”, buscou-se avaliar como o profissional percebia o fenômeno como alguém que lida com a questão diariamente, visto que esta compõe a sua prática profissional. A partir das respostas adquiridas foi possível compor as seguintes categorias “contexto social”, “doença”, “prejuízo funcional”, “desafios e abordagem profissional”.

Categoria 1 - Resposta que aponta para o contexto social destacando o impacto das condições sociais e a vulnerabilidade econômica como fatores associados à dependência química, sugerindo que o uso de substâncias pode ser um recurso utilizado diante de adversidades e sofrimentos.

- Entrevistado 1: *“a gente precisa entender qual é esse contexto que esse usuário está trazendo pra gente, porque foi até uma discussão que a gente fez recentemente aqui, e eu trago algo muito meu que eu estou construindo e construo todos os dias. Porque a gente não pode taxar aquela pessoa, enquadrá-la né, se aquilo faz parte, talvez, de um contexto social, e isso eu já vou fazer um recorte para a questão das pessoas que vivem em estruturas de vulnerabilidade econômica, né, assim, de não ter acesso a princípios mínimos de saúde, de saneamento, enfim. Por que o que acontece? A gente teve um caso de uma mãe que ela tinha cinco filhos e um dos filhos trazia pra ela as questões de muito sofrimento [...] aquele uso ali, ele tinha um outro propósito, né? Um propósito de que ela não conseguia dormir por conta de preocupação com o filho. Ele era inserido no poder paralelo, no tráfico, então aquilo é um recurso, a droga é um recurso então assim como que a gente pode falar que essa pessoa ela é uma dependente química? Ela está nesse quadro de saúde né, porque não é o que ela trazia, ela trazia a questão de que eu preciso usar essa substância, porque essa substância, ela me traz um certo tipo de... ela ameniza a minha dor, ela me possibilita dormir, ela me*

possibilita, reger a minha vida, né?”

Categoria 2 - Respostas que abordam a dependência química como doença interpretam a dependência química como uma condição clínica, enfatizando seu caráter destrutivo e os efeitos negativos na saúde mental dos usuários:

- Entrevistado 4: *“Para mim é uma autodestruição do ser né, que vai se fragilizando por um monte de situações e muitas vezes ele busca dentro do uso abusivo um anestésico para dores que ele não tem onde falar, ele não sabe se pode falar, então quando a gente está falando de CAPS, de realmente a coisa ter tomado, eu não estou falando de um uso recreativo, eu estou falando de uma doença né [...] Cada vez a gente vê que vai tomando uma proporção e hoje impressiona pelo desequilíbrio mental que vai provocando vai abrindo um monte de quadros de esquizofrenia, de psicose, de ansiedade, de depressão, então é muito grave.”*
- Entrevistado 5: *“É uma doença que vem atingindo cada vez mais a nossa sociedade. A medicação também é uma química, é uma substância química, então ela também entra nessa categoria de substância química ali, uso abusivo de medicação, então a gente tem muitos pacientes assim. E aí a gente vê o adoecimento realmente da população cada vez mais, né? Depois dessa, a pós- pandemia, então, nem se fala. A gente já tem recebido, assim, os pacientes, quando chegam pra gente no primeiro acolhimento, já são pacientes num estágio, assim, muito crônico e muito grave. Da gente ficar, assim, sem saber naquele momento ali, o que eu vou fazer? Já vão encaminhar pra uma internação? Então, a gente já tem recebido, em primeiros atendimentos pacientes muito graves, muito.”*

Categoria 3 - Respostas que abordam o prejuízo funcional associando a dependência química à deterioração das funções diárias e da qualidade de vida dos usuários:

- Entrevistado 3: *“Principalmente pela intensidade e pela frequência do uso, né, tipo essa frequência, ele usa todo dia, ele usa uma vez na semana, duas vezes na semana e a quantidade que ele usa também ao longo desse tempo, assim, é o que mais marca pra mim uma dependência química que o quanto esse uso ele prejudica a vida do indivíduo, né, seja na vida social, a vida familiar, né os aspectos psíquicos o quanto que o uso daquela substância química tem prejudicado até mesmo a funcionalidade dessa pessoa.”*
- Entrevistado 6: *“Eu vendo agora, eu entendo que a dependência química está ligada muito ao prejuízo, a pessoa tem um prejuízo de vida por conta do uso do álcool ou outro tipo de substância. A frequência também é uma coisa muito visível nele, o descontrole, a qualidade de vida, que muda totalmente a qualidade de vida do indivíduo. A gente consegue ver o indivíduo quando ele está, quando ele inicia lá, né, o período de tratamento, como a aparência dele, a forma dele falar, as coisas do cotidiano dele mesmo, questão de serviço, de vínculo familiar, são tudo enfraquecido e prejudicado, né, e depois quando a pessoa consegue ficar um tempo sem o uso ou diminuir, a gente vê que a aparência até muda, né?”*

Categoria 4 - Respostas que abordam os desafios e abordagem profissional enfatizando o caráter desgastante da área, especialmente diante das recaídas e do impacto emocional no trabalhador:

- Entrevistado 2: *“É muito difícil, é um campo muito difícil de ser trabalhado, porque é muito, é muito pesado, né, acho que assim, é porque fugiu a palavra agora que a gente sempre utiliza, né, porque é uma, é uma área né que tem muito desafio. Já tem a parte da saúde mental, mas ainda a parte da saúde mental com a dependência e a codependência também por conta das famílias, das relações ali que se formam, né. Então, eu acho que é desafiador, assim, muito desafiador.”*
- Entrevistado 6: *“E a gente, como trabalhador, eu vejo que é um serviço mais complicado. Assim, não é uma coisa muito simples né, e às vezes um pouco desgastante, né, essa semana mesmo a gente teve um período mais, assim, de atendimento mais intenso e a gente conversa muitas vezes no trabalho mesmo, e aí a gente estava falando, né, como algumas pessoas adoecem, tem muito atestado, os trabalhadores lá, por trabalharem 40 horas, às vezes um tira atestado na semana, outro tira na outra, então eu vejo que é um trabalho um pouco desgastante, por conta desse uso que eles têm da recaída, porque é uma coisa mais flexível, às vezes eles estão bem, às vezes eles recaem, então dá um desgaste no profissional para ter outras intervenções.”*

As respostas revelam uma compreensão multifacetada da dependência química, variando entre uma abordagem mais individualizada e contextual, considerando a vulnerabilidade social e as motivações pessoais, até visões mais clínicas que classificam a dependência como uma doença grave e crônica, com impactos profundos na saúde mental e na vida social.

Há também um reconhecimento do desgaste profissional envolvido no tratamento dessas pessoas, especialmente diante da recorrência de recaídas e da gravidade dos casos. As condições de trabalho dos profissionais de saúde mental também são abordadas pelo estudo de Lima et. al (2020) que destaca que a sobrecarga de trabalho, a falta de apoio psicológico e a baixa valorização desses profissionais comprometem a qualidade do atendimento.

A quarta pergunta, “Depois de trabalhar com este público, qual você acha ser o melhor tratamento para esta demanda?”. A partir dessa análise foi possível elaborar as categorias “acolhimento individual”, “redução de danos”, “rede de apoio”, “nível de gravidade”, “desejo do paciente” e “integração multidisciplinar”.

Categoria 1 - Resposta aborda o acolhimento individual destacando a importância de um atendimento personalizado, no qual as necessidades e a realidade de cada paciente são centrais no planejamento do cuidado, evidenciando uma compreensão holística do tratamento:

- Entrevistado 1: *“acolher essa pessoa, né? Acolher esse usuário e entender das suas necessidades [...] Tratar conforme a realidade dessa pessoa.”*

Categoria 2 - Respostas que apontam para a redução de danos. Elas refletem uma postura pragmática e humanizada, que reconhece a dificuldade de uma recuperação imediata e total, propondo estratégias que minimizam os riscos associados ao uso de substâncias enquanto se busca uma melhor qualidade de vida, demonstrando por sua vez um alinhamento com as políticas públicas contemporâneas, que têm avançado na promoção de abordagens mais flexíveis.

- Entrevistado 2: *“a gente trabalha dentro da política de redução de danos”*
- Entrevistado 4: *“um acompanhamento que possa ser feito com o máximo que o usuário conseguir”*

Categoria 3 - Respostas que falam da rede de apoio como um elemento fundamental para o sucesso do tratamento, reforçando o papel de familiares, amigos e outros membros da comunidade. Este ponto remete à importância da integração entre os serviços de saúde e a comunidade, além de reforçar a necessidade de combater o estigma social, que muitas vezes afasta esses indivíduos de redes de suporte essenciais.

- Entrevistado 2: *“A família, os amigos, os vizinhos, a população em geral, que são rede de apoio, na verdade, daquela pessoa e também aqueles que se prontificam, porque nem sempre também as famílias querem participar. E aí eu diria que não é nem só as famílias, mas mais a rede de apoio mesmo daquele indivíduo, que são as pessoas que realmente dão suporte”*
- Entrevistado 6: *“quando a pessoa tem um vínculo familiar que proporciona um suporte, assim, eu tive alguns pacientes lá que houve uma melhora, quando eles, por exemplo, às vezes estavam morando sozinhos, tinha um uso muito abusivo, companheiro que usava também, e aí quando eles mudavam de ambiente, iam para um outro bairro, com a família que dava suporte, ajudava na administração da medicação, eu vi uma melhora, então acho que quando você tem um suporte familiar, um suporte na sociedade, seja na rede mesmo, né, às vezes, articulação melhor da rede para o paciente ele ter um suporte maior, eu vejo uma melhora eles se sentem muito sozinhos estigmatizados pela sociedade, então é quando você dá uma atenção igual as vezes, algumas pessoas tratam a gente como família lá no serviço porque as vezes a gente é a única pessoa que olha pra eles como pessoa não como um drogado ou um usuário, né então eu vejo uma carência muito grande nisso”*

Categoria 4 - Respostas que abordam o nível de gravidade apontam para a necessidade de adaptar o tratamento à gravidade da dependência. Entrevistas indicam que casos mais graves podem demandar internações ou tratamentos mais intensivos, enquanto os menos graves podem ser geridos em ambientes ambulatoriais ou por meio de grupos de apoio. Essa distinção reflete uma abordagem clínica flexível, que reconhece que nem todos os pacientes têm as mesmas necessidades.

- Entrevistado 3: *“Se você for pensar em pacientes com dependência leve, moderada, acredito que atendimento ambulatorial, grupos principalmente de autoajuda, grupos psicoterapêuticos, agora paciente com uma dependência grave, talvez até internação mesmo, hospitalar, em clínica de reabilitação.”*
- Entrevistado 4: *“as vezes uma internação mais pontual, quando é necessário, mas sem tirar a pessoa da sociedade, sem tirar a pessoa da sua família”*

Categoria 5 - Resposta que ilustra que o desejo do paciente é destacado como um fator crucial, enfatizando que, sem a vontade de mudar por parte do usuário, o tratamento é pouco eficaz. Essa perspectiva reforça a ideia de que o paciente deve estar no centro das decisões sobre o tratamento, o que está em consonância com abordagens mais humanizadas de cuidado.

- Entrevistado 5: *“Eu acho que o melhor tratamento é o desejo do paciente em querer se tratar. A partir disso, tudo vai ser possível. Né? Não depende somente de ter uma equipe qualificada, de ter toda uma estrutura ali, a família, a equipe, o CAPS, a Santa Casa, se não for do desejo do paciente se tratar. Então, primeiramente, eu acho que precisa de haver esse desejo mesmo de se tratar e reconhecer o estágio que está, a evolução desse uso, da relação do paciente como uso.”*

Categoria 6 – Resposta que aborda a integração multidisciplinar indicando que a combinação de diversas áreas de expertise é fundamental para abordar a complexidade da dependência química e garantir um cuidado integral.

- Entrevistado 6: *“o atendimento profissional de toda a rede faz a mudança, né? Não focar no atendimento só psicológico, focar na área essencial, né, na área clínica, do paciente, psiquiátrica.”*

Pode-se observar as dimensões principais que emergem das respostas revela a complexidade e a multiplicidade de abordagens necessárias para lidar com a dependência química. Portanto, as respostas indicam que o melhor tratamento envolve uma combinação de diferentes abordagens, que levam em consideração o nível de gravidade da dependência, o desejo do paciente, a presença de uma rede de apoio robusta, e a integração de uma equipe multidisciplinar que possa oferecer um atendimento abrangente. Em última análise, o sucesso do tratamento depende não apenas de uma estratégia terapêutica específica, mas da capacidade de adaptar o cuidado às necessidades individuais, sociais e clínicas do paciente.

Partindo dessa perspectiva a quinta pergunta, “Você identifica alguma dificuldade em relação ao processo de tratamento?” busca apresentar as dificuldades percebidas pelos trabalhadores para o desenvolvimento do tratamento do paciente. Emergiram dessa análise as categorias “reconhecimento”, “controle do consumo”, “estigma social” e “acolhimento”.

Categoria 1 - Resposta que aborda o reconhecimento da necessidade de tratamento, aponta para o fato de que muitos pacientes têm dificuldades em reconhecer a própria necessidade de tratamento. Entende-se que o reconhecimento do problema é um passo relevante para que qualquer abordagem terapêutica tenha sucesso para que haja engajamento adequado nas estratégias de recuperação.

- Entrevistado 1: *“Olha eu acho que é o primeiro passo, que é você entender que você precisa de tratamento”*

Categoria 2 – Resposta que aborda o controle do consumo, destaca a dificuldade enfrentada pelos pacientes para reduzir ou controlar o uso de substâncias e está diretamente ligada à complexidade do transtorno de dependência química, que envolve tanto aspectos físicos quanto psicológicos que dificultam o controle sobre o uso.

- Entrevistado 3: *“Principalmente a dificuldade do paciente dar o primeiro passo, assim, né, na redução do consumo daquela substância. Diminuir, a dificuldade dele para conseguir diminuir o consumo da substância.”*

Categoria 3 – Resposta acerca do estigma social demonstra que este é um dos obstáculos mais profundos e estruturais no tratamento. O entrevistado revela como o preconceito social e a visão excludente de pessoas com dependência química geram práticas de reclusão e marginalização, ao invés de reinserção e cuidado.

- Entrevistado 2: *“Ah, são vários, né? Muitos. Desde uma questão, assim, de um aspecto social da sociedade mesmo, né? Dessa visão higienista que tem. Porquetudo é reclusão, né, vem com ideias e princípios manicomialis, né, de exclusão e não de reinserção e nem de relocação ali, às vezes, dentro da sociedade, mas sim num processo de exclusão mesmo, né, que aí vem dentro das comunidades terapêuticas, né, que estão ganhando muita força, inclusive dentro de alguns serviços públicos, por conta da falta de conhecimento e da ignorância e muito também da política, da política mesmo de ganhar projeção em cima de uma causa. E também do preconceito, porque o se um dependente químico ele é folgado muitas das vezes para a sociedade, ele é um vagabundo, ele não quer nada com nada, quer chamar atenção, ele não é visto como uma pessoa doente que também é adoecido pela sociedade pela forma estrutural que tem dentro do nosso meio.”*

Categoria 4: Resposta a respeito do acolhimento refere-se à importância do profissional acolher adequadamente o paciente, compreendendo as motivações por trás do uso de substâncias para além do simples tratamento do indivíduo, integrando a família no processo de recuperação:

- Entrevistado 1: *“esse profissional ter esse cuidado de entender, por que quando ele chega para você e fala assim, eu quero parar de usar cocaína, eu quero parar de usar maconha, mas por que você usa? onde você usa? se é acompanhado, se não é? Então, eu acho que a maior dificuldade é essa, às vezes um profissional dar essa parada, fazer esse acolhimento [...] e a gente não pode esquecer da família porque não adianta você tratar só o indivíduo, não adianta você tratar só o usuário porque a família precisa estar junto ali, a família precisa estar conectada né, então quando a família não está em sintonia com aquele tratamento, quando a família não é uma facilitadora daquele tratamento, tem uma dificuldade”*

A análise das respostas evidencia que as dificuldades no tratamento da dependência química vão muito além de questões clínicas, abrangendo aspectos sociais, familiares e psicológicos. O estigma e a exclusão social são desafios que afetam não apenas a percepção do paciente sobre si mesmo, mas também as formas de tratamento oferecidas pela sociedade. Ao mesmo tempo, a dificuldade dos pacientes em reconhecer a gravidade do problema e em controlar o consumo aponta para a necessidade de intervenções mais adaptadas e humanizadas, que considerem tanto o contexto social quanto o individual.

A penúltima questão “Depois de trabalhar com este público a sua visão sobre esta realidade sofreu algum tipo de alteração?”, buscou avaliar a percepção dos profissionais sobre possíveis mudanças em suas opiniões após terem contato com essa demanda. Foram geradas a partir da análise as categorias “transformação na visão”, “desafios no tratamento” e “relação com a rede de apoio”.

Categoria 1 - Respostas que apontam para a transformação da visão dos profissionais que passaram a ter uma compreensão mais profunda e menos moralista do uso de substâncias após o contato com o público.

- Entrevistado 1: *“mudou muito assim, porque em muitas das vezes, né, assim, a gente a gente julgava e às vezes a gente ouvia julgamentos e que a gente naturalizava, né eu naturalizava muito [...] Hoje eu não julgo, busco sempre*

entender mais, entender melhor, entender a raiz daquele problema”

- Entrevistado 2: *“Sempre muda, né? Assim, por mais que a gente entenda, a gente, quando está de fora, a gente tem uma visão, mesmo quando a gente tem já um conhecimento sobre aquilo, né? Como funcionaria. Mas quando a gente atua e a prática, é muito diferente, né? Você começa a lidar com situações que às vezes divergem mesmo no seu dia a dia e que você entra em conflito. Fala, poxa, eu não via dessa forma, eu não imaginava que fosse tão complexo assim, que fosse tão assim, às vezes até banalizado e às vezes até dentro mesmo dos nossos próprios estigmas que a gente cria ali pela falta de atuação. E aí quando a gente atua é diferente, dá uma outra perspectiva realmente de uma realidade.”*

Categoria 2 - Respostas que versam sobre os desafios no tratamento da dependência química com ênfase nas dificuldades enfrentadas pelos profissionais como a precariedade do sistema e o aumento do uso de substâncias de baixa qualidade.

- Entrevistado 2: *“E aí a gente passa também a sofrer por estar neste meio trabalhando porque assim, não só a pessoa, o indivíduo, ele sofre com a dependência química, mas a gente enquanto profissional sofre por conta da precariedade que é o sistema que não valoriza esse tipo de tratamento. Porque assim, existir é uma coisa, valorizar é outra. A saúde mental já é desvalorizada. E quando você fala do dependente químico é menos ainda, porque dentro da saúde mental existe uma luta, os transtornos, o paciente é esquizofrênico, o paciente é isso, é autista, aí quando você fala o cara é alcoolista ou o cara usa substância, ah isso daí não. Ah, isso daí já é outra coisa. Aí toma uma outra proporção. Então, assim, até a pessoa, quando tem um transtorno e ela faz uso de algo, o transtorno ele passa a ser secundário. Aí aquela pessoa é anulada pelo vício, pela dependência química. Então, ela deixa de existir por conta do uso para a sociedade. E para a gente, enquanto profissional, não é assim, a gente entende. E muitas das vezes a gente vê que o transtorno levou a pessoa para o uso, por conta da falta de estrutura, da falta de valorização, da falta de acompanhamento, né, a gente enquanto profissional também é muito difícil, porque muitas das vezes a gente precisa de um atendimento clínico para aquele paciente, e aí quando a gente fala que é um CAPS AD, ou quando é uma clínica AD, as pessoas automaticamente anulam qualquer dor que aquela pessoa sinta clinicamente e já leva para uma questão psiquiátrica, ah não, tem que tratar a doença da dependência química. A pessoa não tem uma arritmia, a pessoa não tem um problema de saúde, né, então a gente enquanto profissional também a gente tem essas dificuldades, né, e a gente também quando está fora não pensa nisso, né, a gente também tem uma visão meio banalizada, né, sobre o assunto. E aí muda quando a gente entra pra realmente dentro do tratamento. E aí o paciente sofre, a gente sofre porque a gente não consegue ter muita ferramenta pra trabalhar. E aí com isso quem perde é todo mundo.”*
- Entrevistado 4: *“dentro da dependência química está muito complicado porque as drogas estão de uma qualidade cada vez pior, não sei que produtos químicos são esses, só sei que a gente percebe que até a agressividade, tem períodos em que a agressividade fica muito intensa, eu não sei se eles mudam as moléculas, os produtos e produzem coisas. É certo que é sempre de pior qualidade, onde faz o usuário usar muito mais e parece que*

desestabiliza de tal maneira... A gente observa um ciclo. Às vezes é muita prostração, como às vezes é muita agressividade também. E a gente tem percebido que a agressividade vai aumentando.”

Categoria 3 - Respostas que falam sobre a rede de apoio e complexa relação entre o dependente químico e sua família, com dinâmicas de manipulação e responsabilidades compartilhadas.

- Entrevistado 3: *“não é algo simples de ser realizado, e que envolve não só o paciente e o terapeuta, mas toda a rede que forma, toda a rede do paciente. Então, a rede familiar, a rede social, a gente não foca somente no paciente. A gente tem que estar atento como o paciente, ele se insere dentro desse contexto.”*
- Entrevistado 5: *“a partir do momento que eu comecei a trabalhar, a gente vai vendo mesmo o quanto que as pessoas, os familiares, quantos usuários e os familiares estão adoecidos também, né? Porque os familiares também são codependentes, também sofrem junto com o seu ente querido.”*
- Entrevistado 6: *“quando trabalhava mais com criança e adolescente, a gente se reportava muita família, né, muita família que é responsável, porque era uma criança, né, ou era um adolescente, e eles tinham algumas responsabilidades para impor naquele cuidado com aquela criança né, mas ali no caso eu vi um outro olhar, né, igual, por exemplo, da própria doença deles, às vezes tem alguma manipulação, né, às vezes tem algumas questões que você precisa estar sempre, como é que eu posso falar?, estar sempre, às vezes, sendo muito firme com eles”*

A análise demonstra que a experiência prática com dependentes químicos impacta significativamente a percepção dos profissionais, evidenciando a complexidade do fenômeno e a necessidade de abordagens mais amplas e integradas. Fatores como o envolvimento da rede familiar e as limitações do sistema de saúde surgem como elementos cruciais no contexto do tratamento, exigindo uma visão que vá além do indivíduo e considere também os aspectos sociais e estruturais.

O contato direto com os dependentes químicos parece catalisar mudanças profundas nas representações dos profissionais, refletidas em relatos que destacam maior empatia e compreensão do contexto social dos pacientes. A Teoria das Representações Sociais (TRS) explica essas transformações como parte de um processo dinâmico, no qual novas vivências reconfiguram conceitos previamente marcados por estigmas. Essa ressignificação, impulsionada pela prática, reforça o papel essencial da vivência direta no cuidado e da formação continuada como ferramentas indispensáveis para desconstruir preconceitos e promover práticas mais humanizadas e efetivas.

A última pergunta “Você possui alguma sugestão para os currículos de graduação de psicologia?”, revela várias preocupações e reflexões sobre a formação na área de dependência química e permitiu a formação das categorias “deficiências na formação”, “desconexão com a realidade prática”, “importância da prática e educação continuada” e “necessidade de reformulação do currículo”.

Categoria 1 – Respostas a respeito das deficiências na formação acadêmica que versam sobre a ausência de disciplinas específicas ou ênfase excessiva em abordagens teóricas.

- Entrevistado 2: *“Olha, eu acho que deveria ter muito mais ênfase nas questões da dependência química. Eu não sei como que funciona assim na grade, no geral. Sabe o que é obrigatório e o que, não é? Porque cada faculdade muda [...] Então eu acho que a psicologia e as faculdades, no geral, deveriam ter um maior embasamento dentro dessas questões de colocar como obrigatório determinadas matérias [...] Enquanto outras coisas são mais valorizadas, por exemplo, psicanálise. Todo mundo quer só psicanálise, mas aí coisas dentro da psicologia em si não existem.”*
- Entrevistado 3: *“Eu acredito que na graduação deveria ter uma disciplina obrigatória, não eletiva, né? Psicologia e dependência química ou só dependência química porque a gente, durante o curso, na graduação eu não tive essa disciplina. Então eu tive que buscar posteriormente, assim, depois, né?”*

Categoria 2 – Respostas que apontam para a desconexão com a realidade prática salientando a falta de preparação para o mercado de trabalho e distância da prática da saúde pública.

- Entrevistado 2: *“Então a gente tem que ter menos estrutura clínica e mais estrutura de campo mesmo. Eu acho que isso falta muito dentro da psicologia, porque foca só no clínico, aí fica elitizado.”*
- Entrevistado 4: *“Primeiro, não se estuda SUS. Pelo menos dentro da grade que eu fiz, não se estuda SUS, não se estuda a rede. Eu acho que deveria falar muito mais de saúde mental na prática mesmo, entendeu? O que é que acontece? Igual hoje a gente encontra pós, a gente encontra formações, a pessoa tem que sair da faculdade e ir lá adquirir um conhecimento.”*

Categoria 3 : Respostas que falam sobre a importância da prática e educação continuada apontando para a necessidade de especialização e formação continuada e aprendizado prático.

- Entrevistado 1: *“eu acho que não dá pra parar aqui, eu tenho vontade de fazer uma pós, mas acho que não dá pra parar você precisa sempre estudar e sempre ouvir e sempre aprimorar com esse intento assim é sempre importante.”*
- Entrevistado 5: *“E quando a gente sai é como eu falei inicialmente, a gente não tá ali, é a gente estando na prática que a gente vai aprendendo, né? Às vezes a gente vai se deparar em trabalhos que a gente ainda não tem a prática, não teve o contato e a gente vai aprendendo ali. Mas eu acho que a maior base, eu acho que ela precisa de vir sim da faculdade. Um ensino ali mais sistematizado”*

Categoria 4 : Respostas que falam sobre necessidade de reformulação do currículo saltando sobre uma maior ênfase em dependência química e saúde mental.

- Entrevistado 4: *“A nossa formação tem que ser toda refeita, em vários setores. E dentro da dependência química, eu nunca tive um direcionamento para isso. Ah, vamos olhar a saúde mental. Ah, vamos olhar a saúde mental. Eu nem sabia que saúde mental incluía álcool e outras drogas. Eu fui descobrir isso depois, muito depois. Então eu acho que teria que ser revisto, teria que ter uma coisa muito mais prática, entrar realmente dentro da*

situação, é que a universidade fica muito distante da realidade, acho que a gente precisa se aproximar, a universidade precisa chegar no que está acontecendo hoje no mundo.”

A análise das respostas evidencia uma desconexão significativa entre a formação acadêmica atual e as demandas práticas enfrentadas no cuidado à dependência química. Essa lacuna ressalta a necessidade urgente de reformulação curricular, incorporando conteúdos que promovam uma compreensão mais ampla e crítica do fenômeno. A integração de práticas reflexivas e interdisciplinares nos currículos pode contribuir para o desenvolvimento de habilidades que permitam aos futuros profissionais abordar a dependência química com maior empatia e eficácia.

Além disso, é fundamental incluir experiências práticas supervisionadas que desafiem preconceitos e estimulem uma visão mais humanizada dos pacientes. Esse enfoque pode auxiliar na construção de representações sociais menos estigmatizadas e mais alinhadas às diretrizes de cuidado integral preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), preparando os profissionais para atuar de forma ética e competente em contextos complexos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo investigou as representações sociais da dependência química entre estudantes de psicologia e profissionais de saúde, buscando compreender como essas percepções podem influenciar a estigmatização e exclusão social dos dependentes, além de propor estratégias educacionais para aprimorar a formação profissional. A pesquisa revelou que tanto estudantes quanto profissionais compartilham representações que, em muitos casos, ainda reproduzem estigmas tradicionais, evidenciados pela forte presença de termos como “vício”, “drogas” e “sofrimento” no núcleo central das representações sociais.

No entanto, observou-se que essas representações também abrigam elementos contrastantes, como “redução de danos” e “ajuda”, sugerindo que abordagens mais inclusivas e humanizadas estão ganhando espaço, especialmente entre aqueles que já possuem contato direto com a prática clínica. Esses resultados apontam para a necessidade de um esforço contínuo em educar futuros profissionais não apenas sobre os aspectos técnicos da dependência química, mas também sobre a importância de adotar uma perspectiva crítica e empática em sua prática.

Esses resultados evidenciam a necessidade de uma formação acadêmica que não apenas cubra aspectos técnicos da dependência, mas que também inclua uma perspectiva crítica e empática. A desconstrução de estereótipos é um processo fundamental para transformar práticas profissionais e construir políticas públicas mais eficazes. Nesse sentido, a Teoria das Representações Sociais contribui ao demonstrar como as percepções sobre dependência química são historicamente construídas e podem ser modificadas por meio da experiência prática e do contato com novos discursos (Jodelet, 2001; Marková, 2017). A desconexão entre o conhecimento teórico e as demandas práticas é preocupante, pois as representações limitadas continuam a moldar atitudes estigmatizantes, o que pode impactar negativamente o tratamento e a inclusão dos dependentes químicos na sociedade.

Em relação aos profissionais de saúde, a experiência prática foi descrita como um fator transformador, destacando a importância do aprendizado no campo e do contato direto com os usuários para superar percepções iniciais e desenvolver uma compreensão mais ampla e menos punitiva do fenômeno. No entanto, desafios como a falta de preparação acadêmica, o desgaste emocional dos profissionais e o estigma social foram constantemente mencionados, apontando para a necessidade de uma reformulação tanto no currículo quanto nas condições de trabalho.

É importante destacar que as conclusões apresentadas neste estudo se referem especificamente à amostra investigada, e não podem ser generalizadas para todos os estudantes de psicologia ou profissionais de saúde. Assim, futuras pesquisas são necessárias para verificar a aplicabilidade desses resultados em contextos mais amplos.

Esta pesquisa contribui para a Teoria das Representações Sociais ao discutir a compreensão sobre como as representações da dependência química são construídas e compartilhadas por estudantes de psicologia e profissionais de saúde. Os resultados revelam elementos estigmatizados e inclusivos nessas representações, mostrando como a prática clínica pode ressignificar concepções anteriores e destacando a importância do contexto social e da experiência prática nesse processo.

No campo da saúde mental, a pesquisa contribui ao mostrar a necessidade de uma formação acadêmica que aborde a dependência química de forma mais crítica e humanizada. Ao identificar lacunas na formação atual, o estudo sugere a inclusão de disciplinas obrigatórias sobre dependência química e saúde mental, com ênfase em práticas

inclusivas e na redução de danos. Esses resultados têm implicações para a prática profissional, apontando para a necessidade de um cuidado mais empático e integrado, que respeite as necessidades dos dependentes químicos e combata o estigma social associado.

Diante dos achados, propõe-se que as faculdades de psicologia adotem disciplinas obrigatórias sobre dependência química e saúde mental, com maior ênfase em práticas no SUSE em redes de apoio. Além disso, estratégias educativas que promovam a desconstrução de estigmas e a inclusão de abordagens humanizadas, como a redução de danos, devem ser integradas ao processo de formação. Isso permitiria que futuros profissionais não apenas adquirissem habilidades técnicas, mas também desenvolvessem uma visão mais crítica e sensível às necessidades dos dependentes químicos, promovendo um cuidado mais inclusivo e eficaz.

É necessário salientar que nada disso será possível se não houver de fato uma política de Estado que garanta a manutenção dos serviços de saúde mental e o financiamento adequado do SUS. A instabilidade nas políticas públicas de saúde, marcadas por mudanças frequentes de governo, gera um cenário de descontinuidade nos programas de saúde. Isso prejudica a implementação de políticas preventivas e gera incertezas quanto à continuidade de serviços importantes influenciando diretamente também nas condições de trabalho subvalorizadas aumentando a rotatividade de profissionais e dificultando a continuidade do cuidado.

Por fim, este estudo contribui para o entendimento das representações sociais da dependência química, destacando os desafios e as possibilidades de superação de estigmas e preconceitos tanto no ambiente acadêmico quanto na prática profissional, com vistas a uma abordagem mais integradora e humanizada no cuidado aos dependentes químicos.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRIC, JC A abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira, ASP; Oliveira, DC de. (Organizações). Estudos interdisciplinares de representação social . Goiânia: Ed. AB, 1998.
- ABRIC, JC Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. In: Campos, PHF; Loureiro, MC da S. (Orgs.). Representações sociais e práticas educativas . Goiânia, GO: UCG Editora, 2003. p. 37-57.
- ABRIC, JC Práticas sociais e representações . 1.ed. México: Cultura Livre, 2001.
- ALEXANDRE, M. Representação Social: uma genealogia do conceito. Revista Comum, Rio de Janeiro, v. 23, pág. 122-138, jul./dez. 2004.
- ALVAREZ, S. Q.; GOMES, G. C.; XAVIER, D. M. Causas da dependência química e suas consequências para o usuário e a família. Revista Enfermagem UFPE On Line, Recife, v. 8, n. 3, p. 641-648, mar. 2014.
- ALVES, VS Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. Cad. Saúde Pública , Rio de Janeiro, 25(11): 2309-2319, nov. 2009.
- AMARANTE, P. (org.). Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Panorâmica ENSP; 132 pág. Rio de Janeiro, 1995.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5. Porto Alegre, RS: Artmed, 2014.
- ANDRADE, T. M.; D'ANDREA, C. G.; NOTO, A. R. A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicotrópicas na cultura brasileira. In: FORMIGONI, M. L. O. S.; DUARTE, P. C. V. A. (Org.). Módulo 1 [recurso eletrônico]: O uso de substâncias psicoativas no Brasil. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP), Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 2018. p. 7-27. ISBN: 978-85-62377-25-9 (online). v. 2. SUPERA EAD [13ª turma].
- ANDRADE,TM; RONZANI,TM; SILVEIRA, PS A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculos à detecção, prevenção e tratamento. In: FORMIGONI, MLOS; Duarte, Pcva (Org.). Módulo 1 [recurso eletrônico]: O uso de substâncias psicoativas no Brasil . Coleção SUPERA, 1ª ed. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP), Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 2018. ISBN 978-85-62377-25-9 (on-line), v.2 SUPERA EAD [13ª turma], p. 28-48.
- ANGELO, T. O STF estabelece 40 gramas para diferenciar uso e tráfico e fixar teses sobre maconha. Consultório Jurídico . Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2024-jun-26/stf-estabelece-40-gramas-para-diferenciar-uso-e-trafico-e-fixa-tese-sobre-maconha/> . Acesso em: 30 atrás. 2024.
- ARAÚJO, M. R.; MOREIRA, F. G. Histórias das Drogas. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (Org.). Panorama Atual de Drogas e Dependências. Rio de Janeiro: Atheneu, 2005. p. 9-14.
- AUNIÓ, J. A. Os 40 anos dourados da cocaína legal. 2018. Disponível em: https://brasil.elpais.com/brasil/2018/09/21/cultura/1537550168_306224.html. Acesso em: 30 jun. 2024.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo . São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.
- BENTO, V. E. S. Tóxico e adicção comparados a paixão e toxicomania: etimologia e psicanálise. Psicologia USP, v. 17, n. 1, p. 181-206, 2006.
- BRANCO, F. M. F. C.; MIWA, M. J.; VARGAS, D. Consumo de álcool em comunidades indígenas brasileiras: uma revisão literária. Enfermagem em Foco, v. 9, n. 3, p. 8-12, 2018.

BRASIL. Constituição (1988) . Constituição da República Federativa do Brasil. 1988.

BRASIL. Decreto nº 4.294 de 6 de julho de 1921 . Estabelece deliberações para os contraventores na venda de cocaína, ópio, morfina e seus cálculos; cria um estabelecimento especial para internação de intoxicados por álcool ou substâncias venenosas; estabelece as formas de processo e julgamento e manda abrir os créditos necessários. 1921.

BRASIL. Decreto nº 85.110 de 2 de setembro de 1980 . Institui o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes e dá outras providências. 1980.

BRASIL. Decreto nº 11.481, de 10 de fevereiro de 1915 . Promulga a Convenção Internacional do Opio e o respectivo Protocolo de Encerramento, assinados na Haia, em 23 de janeiro de 1912.

BRASIL. Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Alcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras exceções. 2007.

BRASIL. Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019 . Aprovar a política nacional sobre drogas. 2019.

BRASIL. Decreto-Lei nº 2.848 de 7 de dezembro de 1940 . Código Penal. 1940.

BRASIL. Decreto-Lei nº 891 de 25 de novembro de 1938 . Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. 1938.

Brasil. Lei nº 1.920, de 25 de julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e dá outras exceções.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 . Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001.

BRASIL. Lei nº 10.671, de 15 de maio de 2003 . Dispõe sobre o Estatuto de Defesa do Torcedor e dá outras providências.

Brasil. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.

BRASIL. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006 . Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD; prescrever medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras exceções. 2006.

BRASIL. Lei nº 11.705, de 19 de junho de 2008. Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que "institui o Código de Trânsito Brasileiro", e a Lei nº 9.294, de 15 de julho de 1996, que dispõe sobre como restrições ao uso e à propaganda de produtos fumíferos, bebidas alcoólicas, medicamentos, terapias e defensivos agrícola, nos termos do § 4º do art. 220 da Constituição Federal, para impedir o consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. 2008.

BRASIL. Lei nº 12.760, de 20 de dezembro de 2012. Altera a Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro. 2012.

BRASIL. Lei nº 12.961, de 4 de abril de 2014 . Altera a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para dispor sobre a destruição de drogas apreendidas.

BRASIL. Lei nº 13.106, de 17 de março de 2015. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente, para tornar crime vender, fornecer, servir, ministrar ou entregar bebida alcoólica a criança ou adolescente ; e revogar o inciso I do art. 63 do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941 - Lei das Contravenções Penais. 2015.

BRASIL. Lei nº 13.546, de 19 de dezembro de 2017. Altera dispositivos da Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997 (Código de Trânsito Brasileiro), para dispor sobre crimes cometidos na direção de veículos automotores. 2017.

BRASIL. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019 . Altera as Leis nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de

dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos Lei nº 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. 2019.

BRASIL. Lei nº 13.964, de 24 de dezembro de 2019. Aperfeiçoa a legislação penal e processual penal.

BRASIL. Lei nº 5.726 de 29 de outubro de 1971. Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e ao uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras exceções. 1971.

BRASIL. Lei nº 6.368 de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e ao uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. 1976.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras exceções.

BRASIL. Lei nº 8.764 de 20 de dezembro de 1993. Cria a Secretaria Nacional de Entorpecentes e dá outras providências. 1993.

BRASIL. Ministério da Justiça. Conselho Nacional sobre Drogas. Resolução nº 1 de 9 de março de 2018. Aprova as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas – PNAD. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. 210 pág. Brasília, 2010.

BRASIL. Portaria nº 2.197 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras exceções. 2004.

BRASIL. Portaria nº 1.059, de 04 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas - CAPSad - e dá outras providências.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011.

BUCHER, Ricardo. Drogas e drogadição no Brasil. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

BÚSSOLA. Os impactos do mercado ilegal de cigarros no Brasil. Disponível em: <https://exame.com/bussola/os-impactos-do-mercado-ilegal-de-cigarros-no-brasil/>. Acesso em: 18 jun. 2023.

CAMARGO, BV; JUSTO, AM Iramuteq: um software gratuito para análise de dados textuais. Temas em Psicologia, 21(2), 513-518, 2013.

CANÔNICO, R. P.; NEVES, C. M.; SOUZA, T.; BRIGUET, A. P.; FERRI, C. P. O Sistema de Saúde no Brasil: políticas nacionais e organização do sistema – da atenção básica à alta complexidade. In: FORMIGONI, M. L. O. S.; DUARTE, P. C. V. A. (Org.). Módulo 5 [recurso eletrônico]: SUS e SUAS: redes de cuidado integral às pessoas com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas. Coleção SUPERA. 1. ed. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP), Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 2018. p. 30-44. ISBN: 978-85-62377-29-7.

CARNEIRO, H. Álcool e sociedade [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa

- Catarina; Walter Ferreira de Oliveira; Henrique Carneiro [organizadores]. - Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014. 63 p.
- CARNEIRO, H. O uso das drogas como impulso humano e a crise do proibicionismo. In: FIGUEIREDO, R.; FEFERMANN, M.; ADORNO, R. (Org.). Drogas & sociedade contemporânea: perspectivas para além do proibicionismo . São Paulo: Instituto de Saúde, 2017. Cap. 1, pág. 23-31. Temas em Saúde Coletiva, 23.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO CEARÁ (CREMEC). Implantação do CID-11 no Brasil . Disponível em: <https://cremec.org.br/noticias/implantacao-do-cid-11-no-brasil> . Acesso em: 13 out. 2024.
- COSTA, JF História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico. 5. ed. rev. Rio de Janeiro: Garamond, 2007. 140 p.
- DESVIAT, MA A reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. 167 p.
- DEVERA Disete, COSTA-ROSA, Abílio da. Marcos históricos da reforma psiquiátrica brasileira: transformações na legislação, na ideologia e na práxis. Revista de Psicologia da UNESP , v. 1, 2007.
- DOMANICO, A. História, conceitos e princípios da redução de danos. In: Formigoni, MLOS; Duarte, PCVA (Org.). Redução de danos: conceitos e práticas, material comemorativo aos 30 anos de redução de danos no Brasil . 1.ed. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP); Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 2018. p. 5-15. ISBN: 978-85-62377-21-1 (on-line).
- DROGAS: marco legal. Disponível em : <https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/marco-legal.html> .Acesso em: 18 atrás. 2023.
- DUARTE, PAV; DALBOSCO, C. (organizador). A política e a legislação brasileira sobre drogas. Módulo 1 [recurso eletrônico]: o uso de substâncias psicoativas no Brasil. Coleção SUPERA, 1. ed. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP); Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 2018. v. 2. SUPERA EAD [13ª turma]. ISBN 978-85-62377-25-9 (on-line). pág. 74-85.
- DURKHEIM, E. (2007). As regras do método sociológico . 3.ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Entenda: STF volta a julgar recurso sobre drogas para consumo pessoal. Disponível em: <https://portal.stf.jus.br/noticias/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=528669&ori=1> . Acesso em: 30 atrás. 2024.
- FAGUNDES, B. A teoria das representações sociais nos estudos ambientais. R. RA'E GA , Curitiba, n. 17, pág. 129-137, 2009. Editora UFPR.
- FANTINATO, A. C. C. O alcoolismo: modelos explicativos e terapêuticos em conflito. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 120p.
- FERNANDES, J. A. Cauinagens e Bebedeiras: os índios e o álcool na história do Brasil. Revista Antropológicas, Recife, ano 6, v. 13, n. 2, p. 39-59, 2002.
- FERREIRA, P. E. M.; MARTINI, R. K. Memória - Cocaína: lendas, história e abuso. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 23, n. 2, p. 96-99, 2001.
- FLAMENT, C. Estrutura e dinâmica das representações sociais. Psicologia Francesa , 30(4), p. 233-249, 1985.
- FOUCAULT, M. História da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva, 2002.
- FRASÃO, G. Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completo 31 anos. O SUS é o único sistema de saúde público do mundo que atende mais de 190 milhões de pessoas. Brasília : Ministério da Saúde, 9 set. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/setembro/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos> . Acesso em: 30 atrás. 2024.
- GOFFMAN, Erving. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada . Rio de

Janeiro: Ed. LTC, 1988.

GRANCHI, G. Opioides: qual é o cenário brasileiro de consumo de drogas? BBC News Brasil, Londres, 29 nov. 2023. Atualizado em 30 nov. 2023. Disponível em : <https://www.bbc.com/portuguese/articles/cn0pg9wxx2go>. Acesso em: 24 jan. 2024.

HEALY, D.; THASE, ME A psiquiatria acadêmica está à venda? British Journal of Psychiatry, 2003.

Histórico das políticas de álcool no Brasil - CISA - Centro de Informações sobre Saúde e Álcool. Disponível em: <https://www.cisa.org.br/pesquisa/artigos-cientificos/artigo/item/95-historico-das-politicas-de-alcool-no-brasil>. Acesso em: 30 atrás. 2024.

Histórico Legal das Políticas Sobre Drogas no Brasil e Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://justica.rs.gov.br/historico-legal-das-politicas-sobre-drogas-no-brasil-e-rio-grande-do-sul>. Acesso em: 30 jun. 2024.

IRINEU, LM Representações sociais sobre a latinidade em sites de redes sociais contemporâneas: uma investigação discursivo-ideológica situada no Orkut. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza - CE, 2011. p. 211.

JODELET, D. (Org.). Representações sociais. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001.

LAURINDO, CR Drogas, racismo e violência. Sociedade em Debate (Pelotas), v. 2, pág. 30-44, maio/ago. 2021.

LIMA, J. M. B. Alcoolologia. O alcoolismo na perspectiva da saúde pública. Rio de Janeiro: MEDBOOK, 2008.

LIMA, MF et al. Condições de trabalho e sobrecarga de profissionais em saúde mental: uma análise crítica. *Psicologia em Pesquisa*, v. 2, pág. 72-80, 2020.

Linha do Tempo: Conferências Nacionais de Saúde. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude>. Acesso em: 12 jul. 2024.

MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, v. 14, n. 3, p. 801-821, jul.-set. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/fmMpJSxL6wNT8B3KkcB3Bj/?lang=pt>. Acesso em: 5 maio 2022.

MACHADO, AR Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006.

MACHADO, R. Antes do SUS. 2018. Disponível em: <https://drauziovarella.uol.com.br/saude-publica/antes-do-sus/>. Acesso em: 14 out. 2024.

MARCHAND, P.; RATINAUD, P. Um método de análise estatística de correspondências com representação gráfica ao ar proporcional. Bulletin de méthodologie sociologique, 2012.

MARKOVÁ, I. A fabricação da teoria de representações sociais. Tradução Beatriz Gama Rodrigues e João Kaio Barros. Cadernos de Pesquisa, v. 163, pág. 358-375, jan./mar. 2017.

MASUR, J. O que é o Alcoolismo. São Paulo: Brasiliense, 1991.

MASUR, J.; CARLINI, E. A. Drogas - Subsídios para Uma Discussão. 4. ed. São Paulo: Brasiliense, 1993.

MATOS, Maria Izilda de. Meu lar é o botequim: alcoolismo e masculinidade. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2000.

MELO, J. R. F.; MACIEL, S. C. Representação social do usuário de drogas na perspectiva de dependentes químicos. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 36, n. 1, p. 76-87, 2016. doi:10.1590/1982-3703000882014

MOORE, C. Racismo e sociedade: novas bases epistemológicas para entender o racismo. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2007.

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

- MOSCOVICI, S. (2007). Representações sociais: investigações em psicologia social . 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- MOTA, L. A. Pecado, crime ou doença? Representações sociais da dependência química. 2008. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.
- NEVES, CM et al. O Sistema de Assistência Social no Brasil: Política Nacional de Assistência Social, organização dos serviços e proteção social. In: Formigoni, MLOS; Duarte, PCVA (Org.). Módulo 5 [recurso eletrônico]: SUS e SUAS: redes de cuidado integrais às pessoas com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas . Coleção SUPERA, 1. ed. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP); Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 2018. v. 6 SUPERA EAD [13a turma], p. 45-58. ISBN: 978-85-62377-29-7 (on-line).
- NIETZSCHE, F. Além do bem e do mal. 1886. Edição Lafonte, 2017.
- OCCHINI, M. F.; TEIXEIRA, M. G. Atendimento a pacientes dependentes de drogas: atuação conjunta do psicólogo e do psiquiatra. Estudos de Psicologia, v. 11, n. 2, p. 229-236, 2006.
- ODA, A. M. G. R.; DALGALARRONDO, P. O início da assistência aos alienados no Brasil ou importância e necessidade de estudar a história da psiquiatria. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., v. 1, pág. 128-141, 2004.
- OLIVEIRA, A. J.; FERRO, L. R. M.; ROSA, D. G.; REZENDE, M. M.; WATANABE, A. L. A. Dependências de Substâncias Psicoativas: um estudo sobre a representação social do dependente e do tratamento. Id on Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia, v. 13, n. 44, p. 423-436, 2019. ISSN: 1981-1179.
- OLIVENSTEIN, C. A droga – droga e os toxicômanos. São Paulo, SP: Brasiliense, 1980.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório mundial sobre saúde mental: Transformando a saúde mental para todos. Genebra, Suíça: OMS, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338> . Acesso em: 14 conjuntos. 2024.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artmed, 1993. Tradução: Dorgival Caetano.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Comitê de expertos de la OMS en farmacodependencia (20º informe). Genebra: OMS, 1974.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. A saúde mental pelo prisma da saúde pública. Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança . Genebra: OPAS/OMS, 2001.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). OMS disponibiliza versão em português da Classificação Internacional de Doenças (CID-11) . Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/15-2-2024-oms-disponibiliza-versao-em-portugues-da-classificacao-internacional-doencas-cid> . Acesso em: 13 out. 2024.
- PAIVA, Luiz Guilherme Mendes de. Panorama internacional das políticas sobre drogas. Boletim de Análise Político-Institucional , v. 99-106, 2018. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8885> . Acesso em: 29 jun. 2024.
- Para reduzir o uso nocivo do álcool e suas consequências, a OPAS/OMS lança a iniciativa SAFER no Brasil. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/7-10-2019-para-reduzir-uso-nocivo-do-alcool-e-suas-consequencias-opasoms-lanca-iniciativa> . Acesso em: 12 dez. 2024.
- PARRA, J. M. De cañas en el antiguo Egipto. 2019. Disponível em: <https://www.lavanguardia.com/historiayvida/historia-antigua/20190715/47311572045/de-canas-en-el-antiguo-egipto.html>. Acesso em: 30 jun. 2024.
- PEREIRA, MA Estudos de representação social. In: Spink, MJ (Org.). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano . São Paulo: Cortez Editora, 1997. p. 61-81.

- PEYRAUBE, R. Estigma das pessoas que usam drogas. Cuidados de saúde e direitos humanos na América Latina. In: VECCHIA, MD (Org.). Drogas e direitos humanos: reflexões em tempos de guerra às drogas (pp. 29-51). Porto Alegre: Rede Unida, 2017.
- PLANAD. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/consulta-publica-do-planad>. Acesso em: 30 atrás. 2024.
- POLÍCIA FEDERAL. Polícia Federal deflagra 2ª fase da Operação Mercador Fenício. Disponível em: <https://www.gov.br/pf/pt-br/assuntos/noticias/2022/12/policia-federal-deflagra-2a-fase-da-operacao-mercador-fenicio>. Acesso em: 18 jun. 2023.
- PRATTA, EMM; SANTOS, MA O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Abr.-Jun. 2009, v. 2, pág. 203-211.
- REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desmad/raps>. Acesso em: 30 jun. 2024.
- RESENDE, B. Cocaína: literatura e outros companheiros de ilusão. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2006.
- RIBEIRO, DI Representações sociais de profissionais de enfermagem sobre o alcoolismo em uma cidade serrana. Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento Humano – Universidade de Taubaté. Taubaté-SP, 2013.
- RODRIGUES, B. de F. et al. (Org.). Tráfico de drogas e constituição. Série Pensando o Direito, n. 1/2009. Universidade Federal do Rio de Janeiro; Universidade de Brasília, 2009.
- RODRIGUES, T. Drogas e desoneração: um empreendedorismo moral. In: FIGUEIREDO, R.; FEFERMANN, M.; ADORNO, R. (Org.). Drogas & sociedade contemporânea: perspectivas para além do proibicionismo. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017. Cap. 2, pág. 33-56. Temas em Saúde Coletiva, 23.
- RODRIGUES, T. Drogas e Proibição: um empreendedorismo moral. In: FIGUEIREDO, R.; FEFERMANN, M.; ADORNO, R. (Org.). Drogas & Sociedade Contemporânea: perspectivas para além do proibicionismo. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017. Cap. 2. p. 33-56. Temas em Saúde Coletiva 23.
- RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F. Estigma social sobre o uso de álcool. Jornal Brasileiro de Psiquiatria, 2010.
- SÁ, CP (1998). A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ.
- SÁ, CP Núcleo Central das Representações Sociais. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.
- SANTIAGO, J. A droga do toxicômano. Belo Horizonte, MG: Relicário Edições, 2017.
- SCHIMITH, P. B.; MURTA, G. A. V.; QUEIROZ, S. S. A abordagem dos termos dependência química, toxicomania e drogadição no campo da Psicologia Brasileira. Psicologia USP, v. 30, e180085, 2019.
- SILVA, PL As representações sociais do uso de drogas entre familiares de usuários em tratamento. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador - BA, 2007. p. 205.
- Soares, MB; Machado, LB O núcleo central das representações sociais de violência contra o professor. Revista Interações, n. 45, pág. 59-76, 2017.
- SOLA, P. Como era a vida antes do SUS? 2022. Disponível em: <https://sentineladoeste.com.br/noticia/7293/como-era-a-vida-antes-do-sus>. Acesso em: 14 conjuntos. 2024.
- SOUZA, TP Práticas em redução de danos. In: Formigoni, MLOS; Duarte, PCVA (Org.). Redução de danos: conceitos e práticas, material comemorativo aos 30 anos de redução de danos no Brasil. 1.ed. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP); Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), 2018. p. 16-30. ISBN: 978-85-62377-21-1 (on-line).
- SPONCHIATO, D. Crise dos opioides nos EUA deixa lições e sinais de alerta para o Brasil. Veja, 25 maio 2023. Atualizado em 2 jun. 2023, 07h15. Disponível em: <https://veja.abril>

.com.br/saude/crise-dos-opioides-avanca-nos-eua-e-deixa-sinais-de-alerta-para-o-brasil. Acesso em: 24 jan. 2024.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *História, Ciências, Saúde*, v. 1, pág. 25-59. Manguinhos, Rio de Janeiro, 2002.

TOMÉ, AM; FORMIGA, NS Abordagens teóricas e o uso da análise de conteúdo como instrumento metodológico em representações sociais. *Rev. Psicol Saúde e Debate*, set. 2020, 6(2): 97-117.

UNODC. Relatório Mundial sobre Drogas 2022 do UNODC destaca as tendências da pós-legalização da cannabis, os impactos ambientais das drogas ilícitas e o uso de drogas por mulheres e jovens. Disponível em: <https://www.unodc.org/lpo-brasil/pt/frontpage/2022/06/relatorio-mundial-sobre-drogas-2022-do-unodc-destaca-as-tendencias-da-pos-legalizacao-da-cannabis-os-impactos-ambientais-das-drogas-ilicitas-e-o-uso-de-drogas-por-mulheres-e-jovens.html>. Acesso em: 18 ago. 2023.

VARGAS, A. F. M.; CAMPOS, M. M. A. Trajetória das políticas de saúde mental e de álcool e outras drogas no século XX. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 24, n. 3, p. 1041-1050, 2019.

VARGAS, D.; BITTENCOURT, M. N.; ROCHA, F. M.; OLIVEIRA, M. A. F. Representação social de enfermeiros de centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (CAPS AD) sobre o dependente químico. *Esc Anna Nery (impr.)*, v. 17, n. 2, p. 242-248, abr.-jun. 2013.

VIANNEY, I. Cocaína há 100 anos – uma história atual. 2013. Disponível em: <https://culturapauferrense.blogspot.com/2013/09/cocaina-ha-100-anos-uma-historia-atual.html>. Acesso em: 30 jun. 2024.

WACHELKE, J.; WOLTER, R. Critérios de construção e relato da análise prototípica para representações sociais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Out-Dez 2011, v. 4, pág. 521-526.

XAVIER, J. Expansão das comunidades terapêuticas no Brasil: protagonismo na política de guerra às drogas, antagonismo à reforma psiquiátrica. Orientadora: Profª Dra. Débora Uhr. 218 pág. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, 2023.

ZANARDO, ABR; VENTURA, CAA; Consule, RC Vulnerabilidade social e transtornos mentais: scoping review. *Textos contextos*, Porto Alegre, v. 1, pág. 38616, 2022.