



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAUDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**



JEANE FREITAS DE OLIVEIRA

**(IN)VISIBILIDADE DO CONSUMO DE DROGAS COMO
PROBLEMA DE SAÚDE NUM CONTEXTO ASSISTENCIAL:
UMA ABORDAGEM DE GÊNERO**

Salvador
2008

JEANE FREITAS DE OLIVEIRA

**(IN)VISIBILIDADE DO CONSUMO DE DROGAS COMO
PROBLEMA DE SAÚDE NUM CONTEXTO ASSISTENCIAL:
UMA ABORDAGEM DE GÊNERO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Ciências Sociais e Saúde.

Orientadora: Prof^a Dr^a Cecília Anne McCallum

Salvador
2008

Ficha Catalográfica

Elaboração Biblioteca do Instituto de Saúde Coletiva

O482i Oliveira, Jeane Freitas de.

(In)Visibilidade do consumo de drogas como problema de saúde num contexto assistencial: uma abordagem de gênero / Jeane Freitas de Oliveira. - Salvador: J.F. Oliveira, 2008.

207p.

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Cecília Anne McCallum.

Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

1. Drogas - Consumo. 2. Representações Sociais. 3. Identidade de Gênero. 4. Profissionais de Saúde. I. Título.

CDU 615.099



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**

JEANE FREITAS DE OLIVEIRA

“(IN) Visibilidade do Consumo de Drogas como Problema de Saúde num Contexto Assistencial: uma abordagem de gênero”.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Tese, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 19 de março de 2008.

Banca Examinadora:

Prof^{fa}. Regina Maria Barbosa – NEPO/UNICAMP

Prof. Antonio Nery Alves Filho – FAMED/UFBA

Prof^{fa}. Mirian Santos Paiva – Escola de Enfermagem/UFBA

Prof. Jorge Alberto Bernstein Iriart – ISC/UFBA

Prof^{fa}. Cecília Anne McCallum – ISC/UFBA

**Salvador
2008**

AGRADECIMENTOS

Agradecer é para mim uma forma de oração!
A oração, uma forma de falar com Deus,
Deus, uma presença constante na minha vida,
Vida, uma forma de evoluir e expressão de amor.

O amor, um sentimento grandioso que nos eleva,
Transforma-nos e nos torna livres, leves, saudáveis
Que se mostra de várias formas no dia-a-dia
Nas mais distintas pessoas e ações que sofremos e praticamos.

Mas nós nem sempre estamos atrelados a esse sentimento
E, aí então sentimos angústia e temor,
Mas como seres pensantes e em evolução,
Sempre retornamos ao amor

Neste momento elevo meu pensamento a Deus,
E agradeço pelo amor infinito que Ele tem para comigo
Agradeço a todas e todos que, de forma direta e indireta,
Numa construção individual e coletiva
Colaboraram para a realização deste trabalho.

Muito obrigado mesmo!
E que Deus, em sua infinita bondade e misericórdia,
Abençoei a todos nós, hoje, agora e sempre!
Que assim seja Senhor!

**Um agradecimento especial
Para alguém especial: Marco Uchoa.**

Um companheiro que há quase um quarto de século compartilha comigo uma relação que tem por base o amor manifestado, diariamente, em forma de respeito, confiança mútua, fortalecendo os laços carnis e espirituais entre nós.

Alguém que sempre demonstrou confiança nas minhas ações, por mais estranhas que elas possam lhe parecer.

Alguém que me eleva e faz sentir amada, que me incentiva a voar, mas ao mesmo tempo me segura para dele não me afastar.

Nêgo, obrigado por tudo!

“Sei que vou te amar por toda minha vida”

As amigas e companheiras do Grupo de Estudos sobre da Mulher – GEM da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia – pela competência, genialidade, companheirismo, disponibilidade e amizade demonstrada de forma individual e coletiva em todos os momentos. Pela força que nos une e nos encoraja a seguir em frente.

A prof^a. Dr^a Cecília Anne McCallum, por sua disponibilidade como orientadora deste trabalho e pelos muitos desafios que me levou a enfrentar, principalmente com a língua inglesa. Seu silêncio, em muitos momentos, representou para mim confiança e isso me fez trabalhar com mais afinco. Obrigado Cecília, por compartilhar comigo dessa etapa de minha vida!

A prof^a. Dr^a. Mirian Santos Paiva, por compartilhar da minha trajetória profissional oportunizando aprendizados e amizade.

Aos profissionais que participaram da pesquisa e á direção da unidade – pelo acolhimento e oportunidade de realização da pesquisa.

Às pesquisadoras e demais componentes do MUSA, incluindo Edileuza – pela competência e amizade demonstrada em diferentes situações.

A toda (o)s professoras e professores do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA - pela formação qualificada e interdisciplinar oferecida.

Á Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia – FAPESB - pelo importante apoio financeiro repassado através do programa de incentivo de bolsa de doutorado.

A toda equipe de professora(e)s que atua na **Escola de Enfermagem da UFBA**, por oportunizar e, até mesmo, exigir a realização desta tarefa. Depois de quatro anos de afastamento retorno com muitas e novas idéias para continuar meu trabalho de docente nessa escola.

Ao grupo de profissionais do Centro de Estudo e Terapia ao Abuso de Drogas – CETAD – em especial ao Dr. Antonio Nery Filho - pela confiança, amizade e oportunidades de troca de conhecimentos.

Às minhas irmãs – Vera Lúcia, Joseney, Janúbia, Joilma, Jalbanize, Jacqueline e Lívia – e irmãos – Joilton e Jean – que torcem pelo meu sucesso e respeitam minhas escolhas. Amo todos vocês de formas distintas. Agradeço imensamente pelas várias e constantes manifestações, individualizadas e/ou coletiva, de carinho, compreensão e incentivo. Obrigado pela força que nos une e fortalece nessa e em outras vidas.

Ao meu pai – José Francisco de Oliveira – (in memória) – pelos ensinamentos repassados quando encarnado e pelas formas emitidas de incentivo e afeto, continuamente, diretamente do mundo espiritual.

Ao meu sogro Ubirajara Uchôa e sogra Aridéia Uchôa – pela grande torcida pelo meu sucesso e por minhas ausências em momentos difíceis de suas vidas vivenciados durante meu período de doutoramento. Nossos laços continuam, ainda, mais fortalecidos.

Aos cunhados Gutemberg Lima, Carlos Eduardo, Sidnei Pinto – por compartilhar do meu crescimento profissional e acreditar em um bom resultado final.

As minhas cunhadas Nanci, Rosana e Heliana Uchôa, Lícia Portela – pela torcida e compreensão das muitas ausências em nossos encontros.

As sobrinhas **Aline Rodrigues, Viviane e Gabriela Uchôa** – pela grande colaboração na transcrição de fitas das entrevistas. Sucesso para todas!

Á sobrinha **Natália Portela** – por sua ajuda fundamental na reta final, com retorno em tempo recorde. Continue com sua competência e solidariedade, novos desafios estão por vir.

Ao grande amigo/irmão e mestre, em essência, Henrique Celso Santos – uma verdadeira criatura de Deus – pela sua competência, disponibilidade e importantes contribuições repassadas de forma carinhosa e paciente em múltiplos momentos. Por ter me levado a pensar nas minhas escolhas, ampliando a compreensão e construção do objeto de pesquisa e de vida. Que Deus lhe abençoe sempre!

A psicóloga e professora da Universidade Federal da Pernambuco – **Sheva Nóbrega** – pelas importantes contribuições repassadas em distintos momentos e pelo processamento dos dados do Teste de Associação Livre de Palavras – TALP pelo software Tri-Deux-Most. Obrigada querida e que Deus lhe ilumine.

Às amigas e companheiras de jornada – Enilda Nascimento, Isa Maria Nunes – pelo afeto, solidariedade e disponibilidade com valiosas contribuições para a pesquisa e participação ativa em momentos fundamentais.

À colega e amiga Helonízia Costa – pelas trocas de energias, cuidado dispensado com minha saúde física e pelo amparo intelectual em momentos de confusão mental contribuindo para ordenamento das idéias apresentadas no texto.

À colega e “avó” adotiva de minha filha caçula Cristina Melo - pela sua capacidade intelectual e de crítica que de forma, às vezes sofridas, me ajudaram a refletir sobre conceitos e práticas adotadas.

À colega Aldacy Matos (sócia) – pelo acolhimento na fase inicial da coleta de dados e na interlocução com os atores sociais da pesquisa.

A colega Isa Cristina Falcão – pela disponibilidade em momentos decisivos, fortalecendo os laços de amizade.

As amigas e amigos do Grupo Espírita Instrutores da Paz – GEIP - pela amizade que nos fortalece e pelas várias formas de compreensão e apoio demonstradas, em outros momentos, mas especialmente, durante o percurso desse trabalho. Obrigada a todas e todos, pelas energias de alegria, força e amizade emanadas constantemente. Somos toda(o)s co-autores!

As alunas do curso de graduação em enfermagem, bolsistas voluntárias do GEM – **Ceci Figueiredo, Renata Alves e Ednéia Melo Souza** pela colaboração na transcrição dos dados e na organização das referências bibliográficas.

A(O)s profissionais e amiga(o)s – **Lucrecia Silva, Tanira Moitinho e Moacir Oliveira** – pelos muitos momentos de escuta, incentivo, compreensão e, principalmente, pelas energias positivas emanadas.

A **Camila Valente** - pelo seu afeto, solidariedade, competência e disponibilidade de participação ativa em momentos fundamentais. Que Deus lhe abençoe hoje e sempre.

A amiga Tereza Bastos – pela enorme contribuição feita em um momento que parecia não haver saída. Que a Luz esteja sempre com você.

A **Ricardo Kell** - pela colaboração no uso do computador e na seleção de imagens e reportagens sobre a comunidade trabalhada.

À **Renata Presídio** - pela ajuda técnica e competente na descrição de características da comunidade e da unidade de saúde.

A Eunice Silva e Roberta Xavier - por partilharem comigo dessa tarefa assumindo tarefas domésticas da minha casa, facilitando minha dedicação ao trabalho aqui apresentado.

À Emile Lantyer Azevedo – por sua competência e dedicação na revisão das normas da ABNT. Que Deus lhe ilumine e lhe pague a caridade!

RESUMO

Esta tese busca investigar as formas como profissionais que atuam numa unidade básica da rede pública de saúde, em Salvador – Bahia representam e abordam o uso e o abuso de drogas e a influência dessa representação na assistência. Considerando que o consumo de drogas é uma conduta em expansão com repercussões sociais e de saúde diversas que, inevitavelmente, todo profissional de saúde enfrenta no cotidiano de suas atividades, nos distintos setores dos serviços de saúde, as representações sociais e práticas adotadas por profissionais em torno do consumo de drogas podem se constituir num elemento importante para implantação de estratégias de enfrentamento. Procurou-se conhecer a imagem construída por profissionais em atuação num contexto assistencial de saúde acerca das drogas e da pessoa usuária de drogas; analisar as representações sociais apreendidas numa perspectiva de gênero e identificar se e como as representações sociais apreendidas influenciam a visibilidade do consumo de drogas como problema de saúde. A Teoria das Representações Sociais foi adotada como eixo teórico e gênero como categoria de análise. Foi utilizada uma metodologia qualitativa mista, de cunho etnográfico, buscando contextualizar a realidade vivenciada pelos sujeitos investigados em seus distintos contextos de atuação. Foram utilizadas diversas técnicas e instrumentos possibilitando o envolvimento de todas as categorias profissionais em atuação na unidade: associação livre de palavras com 102 profissionais os quais foram organizados em três grupos, segundo nível de escolaridade e local de atuação; entrevista semi-estruturada com 21 desses profissionais; e observação participante das atividades assistenciais do serviço de saúde. Revelou-se que embora os profissionais reconheçam de formas distintas, dependendo do seu local de atuação e formação, que o consumo de drogas é um problema que atinge a comunidade e que causa repercussões para saúde, nas práticas profissionais nenhuma ação é direcionada para tal problema. As drogas e seu consumo são representados, pelos profissionais que atuam dentro da unidade como uma doença caracterizada por dependência, mostrando a hegemonia do modelo biomédico. A imagem da pessoa usuária de drogas é estereotipada de forma que aquelas que não conformam a tal imagem (a maioria da clientela que faz algum uso de drogas) não são reconhecidas como usuárias. A(O)s ACS produzem representações ancoradas na realidade vivenciada na comunidade de que as drogas e seu consumo causa sofrimento, tristeza e depressão. A hegemonia do modelo biomédico, a fragmentação das ações, a desarticulação entre os profissionais, a falta de capacitação específica e, ainda, as representações sociais estereotipadas sobre as drogas e seu consumo e sobre a pessoa usuária de drogas foram apontadas como elementos que influenciam na visibilidade do consumo de drogas como problema de saúde no contexto assistencial investigado.

Palavras-chave: consumo de drogas, representações sociais, gênero, profissionais de saúde.

ABSTRACT

This thesis seeks to investigate the ways that professionals working in a basic unit of the public health network in Salvador – Bahia represent and approach the use and abuse of drugs, and the influence of this representation on healthcare. Taking into account that the consumption of drugs is on the rise, causing diverse social and health consequences, and that inevitably every health professional encounters the practice during his or her daily activities in different health sectors, the social representations and practices adopted by professionals with respect to the consumption of drugs could be an important element when implanting strategies to deal with the problem. The thesis seeks to understand the image of drug consumption and drug users constructed by health professionals working in community healthcare; to analyze the social representations thus identified, according to the perspective of gender; and to identify whether and how these social representations influence the visibility of drug consumption as a health problem. The Theory of Social Representations was adopted as a theoretical axis, and gender as a category of analysis. Research used a mixed qualitative methodology, ethnographic in scope, in order to contextualize the reality lived by the subjects under investigation in their different work contexts. Diverse techniques and instruments were used, thus making possible the involvement of all the categories of health professionals working in the institution: Free word association with 102 professionals in the unit, who were organized into three groups according to educational level; semi-structured interviews with 21 of these professionals; and participant observation of the healthcare activities in this service. Results show that even though the professionals recognize, in different ways depending upon the locale where they work and their educational level, that drug consumption is a problem that affects the community and causes repercussions upon health, no direct action in their professional practice targets the problem. Drugs and their consumption are represented by the unit's professionals as a disease characterized by dependence, showing the hegemony of the biomedical model. The image of the drug user is stereotyped in such a way that those who do not conform to such an image (most of the clientele who do use drugs) are not recognized as users. The Community Health Agents (ACS) produce representations anchored in the reality they live in the community, seeing drugs and their consumption as the cause of suffering, sadness and depression. The hegemony of the biomedical model, the fragmentation of actions, the absence of articulation between professionals, the lack of any specific training and the stereotyped social representations about drugs and their consumption and persons who use drugs all influence the visibility of drug consumption as a health problem in the healthcare context investigated.

Keywords: drug consumption, social representations, gender, health professionals.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

	p.
QUADRO 1 - Consumo de Drogas no Mundo.	34
QUADRO 2 - Classificação Ordinária dos Estímulos indutores	76
QUADRO 4 – Codificação das variáveis fixas adotadas na técnica de Associação Livre de Palavras.	81
QUADRO 5 – Relação dos estímulos, variáveis fixas e sujeitos envolvidos na pesquisa.	83
QUADRO 6 – Distribuição dos profissionais por grupos.	100
QUADRO 7 – Caracterização dos profissionais do grupo C: Agentes comunitários de Saúde.	103
QUADRO 8 – Caracterização dos profissionais do grupo B.	106
QUADRO 9 – Caracterização dos profissionais do grupo A.	113
FIGURA 1 - Representação Gráfica dos Planos Fatoriais 1 e 2.	122
QUADRO 10 - Grupos de profissionais e variáveis de opinião que apresentaram significância estatística para o Fator 1 (sentido horizontal do gráfico)	124
QUADRO 11 - Grupos de profissionais e variáveis de opinião com significância estatística para F2 (sentido vertical do gráfico)	125
QUADRO 12 - Variáveis de opinião evocadas pelos grupos de profissionais para cada estímulo indutor.	126

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
AC	Análise de Conteúdo
AFC	Análise Fatorial por Correspondência
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ARDFC	Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti
CAPSAD	Centro de Atenção Psicossocial de atenção ao usuário de drogas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CETAD	Centro de Estudos e Terapia ao Abuso de Drogas
CICAD	Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas
CID	Código Internacional de Doenças
COFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
CONDER	Companhia de Desenvolvimento da Região Metropolitana
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EEUFBA	Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
FCCV	Fórum Comunitário de Combate à Violência
GEM	Grupo de Estudos sobre a Saúde da Mulher
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NA	Narcóticos Anônimos
NHSDA	National Household Surveys on Drugs Abuse
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PRD	Programa de Redução de Danos
PSF	Programa de Saúde da Família
RA	Regiões Administrativas
RD	Redução de Danos
RS	Representações Sociais
SAME	Serviço de Atendimento Médico e Estatístico
SESAB	Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
TALP	Teste de Associação Livre de Palavras
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRS	Teoria das Representações Sociais
UBS	Unidade Básica de Saúde
ZI	Zonas de Informações

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1	INTRODUÇÃO	16
2	CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA	24
2.1	GÊNERO COMO CATEGORIA DE ANÁLISE	25
2.2	ASPECTOS SOBRE O CONSUMO DE DROGAS NUMA PERSPECTIVA DE GÊNERO	33
2.2.1	Política de atenção à pessoas usuárias de drogas e modelos preventivos de atenção adotados no Brasil	43
2.3	OS PROFISSIONAIS NUM CONTEXTO DE SAÚDE: ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS SOCIAIS E DE SAÚDE	48
2.4	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: QUESTÕES TEÓRICAS	58
2.4.1	Alguns estudos sobre o fenômeno das drogas com base na Teoria das Representações Sociais	65
3	ASPECTOS METODOLÓGICOS	70
3.1	A INSERÇÃO NO CAMPO DE PESQUISA	71
3.2	TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	72
3.3	ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS	80
3.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	86
4	CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO E DOS ATORES SOCIAIS	88
4.1	CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO ASSISTENCIAL: A COMUNIDADE E A UNIDADE	88
4.2	CARACTERIZAÇÃO DA(O)S PROFISSIONAIS INVESTIGADOS	98
4.2.1	Profissionais do Grupo C: Agentes Comunitários de Saúde	100
4.2.2	Profissionais do Grupo B	105
4.2.3	Profissionais do Grupo A	111

4.3	RELAÇÕES ENTRE OS PROFISSIONAIS NO CONTEXTO ASSISTENCIAL DE SAÚDE	115
5	REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS EM UM CONTEXTO ASSISTENCIAL DE SAÚDE ACERCA DO CONSUMO DE DROGAS	119
5.1	ANÁLISE FATORIAL DE CORRESPONDÊNCIA: PALAVRAS E POSIÇÕES QUE DEMARCAM DIFERENÇAS	120
5.2	IDÉIAS ASSOCIADAS AO CONSUMO DE DROGAS	127
5.3	A IMAGEM DA PESSOA USUÁRIA DE DROGAS	134
6	O CONSUMO DE DROGAS EM UM CONTEXTO ASSISTENCIAL DE SAÚDE: A INVISIBILIDADE DO VISÍVEL	145
6.1	ASSISTÊNCIA A PESSOAS USUÁRIAS DE DROGAS: ESSE PROBLEMA NÃO É MEU	146
6.2	AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS NO ESPAÇO INSTITUCIONAL	155
6.3	AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS NA COMUNIDADE	162
6.4	A FALTA DE INTEGRAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	167
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	171
	REFERÊNCIAS	178
	APÊNDICES	
	APÊNDICE A - Teste de Associação Livre de Palavras	191
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	194
	APÊNDICE C - Roteiro para entrevista	195
	APÊNDICE D – Banco de dados do TALP gerado pelo software TRI-DEUX versão 2.2	197
	ANEXOS	
	ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	204

ANEXO B - Artigo: Segurança/polícia contínua operação no Nordeste de Amaralina	205
ANEXO C - Artigo: Fim de rixas no Nordeste de Amaralina: paz ou ameaça?	206
ANEXO D - Artigo: Polícia elucida homicídio no Nordeste de Amaralina.	207
ANEXO E - Artigo: Segurança/Traficantes flagrados com erva	208

1 INTRODUÇÃO

Ao longo da história, o consumo de drogas compreendido como “uso” e/ou “abuso”¹ de substâncias psicoativas, sejam elas classificadas jurídica ou socialmente como lícitas ou ilícitas, tornou-se uma conduta marginalizada e com repercussões distintas para pessoas vivendo nas mais diversas sociedades. Dada as repercussões na saúde dos indivíduos e no convívio social, o consumo de drogas, desde meados do século XIX, é considerado como um problema social e de saúde pública de ordem mundial.

Mesmo sendo um problema com o qual os profissionais de saúde se deparam no cotidiano de suas atividades, nos mais distintos setores dos serviços de saúde, inevitavelmente, seu enfrentamento ultrapassa as dimensões biomédicas. Isto, por certo, exige que os profissionais aventurem-se por saberes outros que incluem, por exemplo, a compreensão das representações sociais como formas de conhecimentos socialmente elaborados e compartilhados que contribuem para a construção de uma realidade comum (JODELET, 2001) e, de questões de gênero e poder que permeiam o cotidiano das relações sociais e demarcam desigualdades entre as pessoas.

Como diversos autores insistem em advertir, tal campo do conhecimento engendra o manejo de novos tipos de dados, formula questões inovadoras e amplas que exigirão uma conjunção de esforços de antropólogos, sociólogos, historiadores, entre outros pesquisadores das ciências humanas, para contribuir com aportes mais abrangentes que incorporem o impacto de construções sociais nas práticas de assistência à saúde.

O interesse pela problemática das drogas nasce de uma convergência entre questões levantadas ao longo da minha trajetória profissional e aquelas assinaladas na literatura sobre a influência de construções sociais nos determinantes e nas

¹ A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece, para fins didáticos, que o uso de drogas é uma conduta que tem como característica a fragilidade do vínculo entre a pessoa e a substância, permitindo e, algumas vezes, favorecendo, a inclusão da pessoa na sociedade. O abuso de drogas está associado ao vínculo forte do sujeito com a substância e este, por sua vez, interfere nas relações sociais, afetivas e profissionais. Todo abuso se constitui em um uso indevido, entretanto, nem todo uso indevido é considerado como abuso (OMS, 1998). Não há fronteiras nítidas entre os graus de envolvimento com as drogas, mas em algum momento o mero “uso” torna-se “abuso”. De acordo com ESPINHEIRA (2004), o uso, geralmente, se inicia por determinantes sócio-culturais atreladas à disponibilidade da substância, podendo, algumas vezes, transcorrer sem problemas, noutras tornar-se permanente e acarretar uma série de problemas de ordem pessoal e social.

práticas assistenciais de saúde na busca de melhor compreender a saúde como um fenômeno social e, portanto, a incorporação do consumo de drogas como um problema de saúde.

Questões relacionadas ao consumo de drogas sempre permearam minha trajetória profissional, porém nem sempre constituíram foco de interesse para minha atuação. Inicialmente, como enfermeira de uma unidade básica de saúde, no período de 1983 – 1992, o enfoque dado a minha atuação consistia na assistência à pessoas portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e/ou com Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). A unidade de saúde localizava-se numa comunidade habitada por uma população constituída, quase que exclusivamente, por homossexuais, prostitutas e usuários de drogas injetáveis caracterizados, na época, como “grupos de risco” responsáveis pela disseminação da AIDS. Neste período, a maioria das pessoas, por mim atendida, usava drogas e/ou mantinha parceria com usuários de drogas. E eu sabia disso, mas não discutia com a clientela sobre tal conduta.

A educação que recebi, tanto no âmbito familiar, social, religioso quanto acadêmico, repelia as drogas e as pessoas que delas faziam uso. Como profissional, mostrei-me indiferente às causas da doença e tinha como foco de atenção sinais e sintomas característicos de doença, fosse ela qual fosse. A droga estava ali bem presente, mas eu não queria vê-la, não sabia o que fazer com ela, então a ignorava. Muitos dos atendimentos que prestei, na sala de curativo, por exemplo, eram decorrentes de lesões por uso de drogas, mas desconsiderava tal fato. Simplesmente tratava as lesões, as patologias que apresentavam, porém nada questionava aos seus portadores. Aprendi, na faculdade, a amenizar dores de acordo com critérios técnicos científicos e manter respeito à privacidade dos usuários. Não estava “formada” para tratar as pessoas que consumiam drogas.

No serviço de saúde, o consumo de drogas dos pacientes era tema de conversas esporádicas entre os profissionais, sendo referido como um dos comportamentos característicos de pessoas que moravam e/ou freqüentavam aquela comunidade. Todos os profissionais que atuavam na unidade desenvolviam atividades dentro do espaço institucional e na comunidade. Fazíamos visitas domiciliares para acompanhamento de pacientes com AIDS, idosos com dificuldade de locomoção, gestantes, puérpera e, também, realizamos, com freqüência,

atividades educativas nas escolas, creches e em outras instituições sociais da comunidade.

No cotidiano do trabalho deparávamos com as situações mais diversas possíveis nas quais as drogas estavam sempre presentes, mas nunca discutíamos o consumo e o tráfico de drogas como um problema de saúde. Nossa tarefa, em atendimento a metas e programas pré-estabelecidos, consistia em tratar enfermidades, amenizar dores e apontar soluções para resolver queixas apresentadas. Imbuídos nessa tarefa trabalhamos durante anos, até que no início dos anos 90, em consequência da proposta de revitalização da área que passou a ser reconhecida como Patrimônio Histórico da Humanidade, a unidade foi desativada e a equipe relocada para várias outras unidades de saúde. Tal situação favoreceu meu ingresso na academia, na condição de docente.

A atuação como docente de uma universidade pública ao tempo que exige constante capacitação, oportuniza várias situações de aprendizado e de aplicação desse aprendizado. Para mim, o ingresso na docência propiciou mudanças fundamentais no modo de pensar sobre saúde e de prestar assistência à saúde. Essas mudanças têm relação direta com a participação no Grupo de Estudos sobre a Saúde da Mulher² (GEM), na elaboração da dissertação de mestrado, na participação constante em pesquisas e em atividades de extensão. Tais atividades possibilitaram o envolvimento com outras instituições, profissionais, pesquisadores e, também, diversos atores sociais em diferentes contextos e condições de saúde e de vida. Dentre essas situações, o envolvimento com profissionais e clientela atendida no Centro de Estudos e Terapia ao Abuso de drogas³ (CETAD) tem destaque para este trabalho.

² O GEM é um grupo de estudos formado especialmente por docentes e discentes da Escola de Enfermagem da UFBA, que em parcerias com outros grupos de estudo e organizações governamentais e não governamentais mantém como objetivo estudar e divulgar questões sobre a saúde da mulher, visando reduzir diferenças estabelecidas social e culturalmente entre homens e mulheres que, de forma naturalizada, reproduzem desigualdades sociais e de saúde para ambos. O GEM tem vinte anos de atuação e conta com várias linhas de pesquisa que possibilita e exige o desenvolvimento de atividades de ensino, extensão e pesquisa envolvendo, principalmente, aluna(o)s dos cursos de graduação e pós-graduação em enfermagem.

³ O CETAD é um setor de extensão permanente da Faculdade de Medicina de Universidade Federal da Bahia, planejado, implantado e implementado pelo Dr. Antonio Nery Filho. Seu principal objetivo é assistir de forma direta e indireta pessoas usuárias de drogas e seus familiares. Para tanto, desenvolve diariamente, durante vinte anos, uma multiplicidade de ações intra e extra-muros que pelo caráter, muitas vezes, inovador e irreverente lhe confere reconhecimento nacional e internacional. As ações são desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar que se mantém em constante processo de qualificação e que permite o envolvimento de profissionais de outras instituições e alunos de diversos cursos das ciências sociais e de saúde.

A experiência de participar de um projeto de extensão⁴ direcionado a pessoas usuárias de drogas possibilitou a aproximação com a estratégia de Redução de Danos⁵ (RD) e com milhares de pessoas que usavam de forma habitual e/ou compulsiva drogas como tabaco, álcool, maconha, cocaína e crack. As ações eram desenvolvidas em comunidades localizadas na periferia e centro da cidade de Salvador-Ba, caracterizadas como violentas diante do alto consumo e tráfico de drogas. Muitas das pessoas contactadas eram mulheres, algumas usuárias, outras parceiras de usuários. Estas, por sua vez, aparentavam-se com as mulheres que comumente atendia e atendo, principalmente no setor de pré-natal, dentro do espaço institucionalizado.

Os contatos mantidos e questionamentos advindos de situações vivenciadas no referido projeto de extensão e em pesquisas⁶ com enfoque na problemática das drogas me estimulou a fazer inclusão da mesma na disciplina Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, no curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA). As discussões em sala de aula e em atividades práticas estão embasadas em aspectos sociais, culturais, políticos, econômicos, biológicos e de gênero que envolvem o consumo das drogas, evidenciando circunstâncias que colocam as mulheres em situações de vulnerabilidade tanto para o uso e/ou abuso de drogas como para outros agravos à saúde, decorrentes do envolvimento com drogas.

A participação no curso promovido pelo Programa Interinstitucional de Treinamento em Metodologia de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde

⁴ O projeto de extensão “Pontos Móveis”, na época, era coordenado por Dr. Tarcísio Andrade, coordenador do Programa de Redução de Danos, um dos setores de atividades do CETAD. As ações do projeto eram desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar formada por antropólogas, sociólogas, enfermeiras, estudantes de medicina e enfermagem.

⁵ A política de RD reconhece que apesar dos esforços despendidos pela sociedade, por instituições especializadas e, às vezes, pelos próprios usuários, muitos continuarão a utilizar substâncias psicoativas como sempre o fizeram ao longo da vida. A partir desta realidade, a RD tem como objetivo minimizar os efeitos nocivos à saúde, decorrentes do uso de drogas, tanto para a pessoa praticante, como para o conjunto da sociedade (O’HARE, 1994). Esta estratégia ganhou visibilidade com a disseminação da aids através do uso de drogas injetáveis. Outras informações sobre a RD podem ser lidas no capítulo 1.

⁶ A pesquisa elaborada para o curso de mestrado envolveu mulheres usuárias de drogas com o propósito de apreender as representações sociais das mesmas acerca da aids e de identificar situações de vulnerabilidade decorrente do consumo de drogas (OLIVEIRA, 2001b). A partir dessa, outras pesquisas sobre a problemática das drogas foram desenvolvidas envolvendo aluna(o)s dos cursos de graduação e pós-graduação em Enfermagem, com algumas publicações (SANTOS, 2003, 2004; OLIVEIRA; VALENTE, 2005; OLIVEIRA; UCHÔA; RAMALHO, 2005).

Reprodutiva, realizado em Salvador-Ba, em 2003, oportunizou o financiamento de mais uma pesquisa sobre a temática das drogas, pela fundação FORD⁷.

No decorrer dessas atividades realizei uma revisão da literatura brasileira sobre o consumo de drogas⁸. A aproximação com essa área de pesquisa tornou evidente para mim que o consumo de drogas é um problema relevante para saúde, tanto pela sua expansão em todas as sociedades como pelo seu impacto na saúde individual e coletiva. Dentre as muitas questões abordadas nas pesquisas, identifiquei escassez de investigações envolvendo profissionais de saúde no enfrentamento de problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, bem como, a carência de estudos que abordam o consumo das drogas numa perspectiva de gênero. Neste cenário se deu a formulação das questões norteadoras desta tese, quais sejam: Como profissionais que atuam na rede básica de saúde representam e reagem diante do consumo de drogas? Como a abordagem de gênero permeia tais representações sociais?

Estudar as representações sociais de profissionais de saúde acerca do consumo de drogas, numa perspectiva de gênero, torna possível abordar o atual estado da atenção à saúde oferecida na rede básica, de um novo ângulo. Isto porque investigar as formas como gênero está imbricado nas práticas e representações sociais dos atores sociais possibilita observar as relações entre sociedade e saúde com especial acuidade e densidade, uma vez que é capaz de revelar estereótipos e viéses (CONNEL, 1987; HEILBORN, 1991; SAFIOTTI 1992, SCOTT, 1992).

A perspectiva de gênero nos permite o reconhecimento do impacto de construções sociais e culturais acerca da masculinidade e feminilidade, que freqüentemente passam despercebidas e que afetam sobremaneira a atenção aos usuários e usuárias. O argumento é de que o resultante descortinamento de especificidades e heterogeneidades entre os(as) usuários(as) permitirá a construção de uma assistência mais equânime.

⁷ A referida pesquisa objetivou conhecer as ações desenvolvidas por profissionais de saúde em atuação numa unidade especializada na assistência à pessoas usuárias de drogas e apreender suas representações sociais acerca do consumo de drogas. Dados da referida pesquisa foram publicados em periódicos de circulação nacional e internacional (OLIVEIRA, VALENTE, 2005; OLIVEIRA; PAIVA; VALENTE, 2006; 2007).

⁸ Dados parciais dessa revisão foram apresentados, durante o período do curso de doutorado, em eventos científicos (OLIVEIRA, SILVA, VALENTE, 2005; OLIVEIRA, UCHÔA, RAMALHO, 2006) e outros dados foram organizados em um artigo publicado em periódico de circulação nacional (OLIVEIRA, PAIVA, NASCIMENTO, 2007).

Assim, este estudo pretende agregar dados empíricos que contribuam para preencher uma das lacunas existentes nas pesquisas sobre consumo de drogas, qual seja: investigar as formas como profissionais de saúde que trabalham numa unidade básica da rede pública de saúde em Salvador-Ba representam e abordam o uso e o abuso de drogas e o impacto dessa representação na assistência.

Desse modo, esta tese pretende contribuir para o entendimento mais aprofundado desta situação, buscando: a) analisar as representações sociais dos profissionais de saúde acerca das drogas e da pessoa usuária de drogas num contexto assistencial de saúde; b) identificar, na medida do possível face ao escopo e instrumentos metodológicos deste estudo, o impacto das representações sociais nas práticas assistenciais, mais precisamente, em que medida tais representações aliadas à institucionalização daquelas práticas, influenciam na visibilidade do consumo de drogas como problema de saúde.

O presente estudo está atrelado aos seguintes objetivos:

- 1) Conhecer a imagem objetivada de profissionais em atuação num contexto assistencial de saúde, acerca das drogas e da pessoa usuária de drogas;
- 2) analisar as representações sociais apreendidas numa perspectiva de gênero;
- 3) identificar se e como as representações sociais apreendidas influenciam a visibilidade do consumo de drogas como problema de saúde.

A abordagem teórica escolhida para analisar o objeto dessa tese – representações sociais de profissionais de saúde acerca do consumo de drogas – foi a Teoria das Representações Sociais (TRS). Como uma teoria psicossociológica do conhecimento, a TRS permite estudar os comportamentos e as relações sociais, com resultados originais, sem deformá-las nem simplificá-los (MOSCOVICI, 2001). Esta teoria consente uma articulação com a abordagem de gênero, favorecendo o desvelamento de questões sociais e culturalmente naturalizadas que demarcam desigualdades entre homens e mulheres e, conseqüentemente, colocam as mulheres em situação de vulnerabilidade pessoal e social para determinados agravos sociais e de saúde, dentre eles o consumo de drogas.

A exposição da investigação está organizada em seis capítulos. No primeiro capítulo - Contextualização do objeto de estudo - ofereço informações sobre a perspectiva de gênero, as representações sociais, o consumo de drogas e os profissionais de saúde. Na primeira secção do segundo capítulo apresento concepções teóricas e conceituais sobre gênero. Mostro a pertinência de adotar a

abordagem de gênero como categoria de análise para este estudo, pela capacidade que a mesma apresenta de demarcar relações de poder entre pessoas do mesmo sexo e/ou de sexos distintos, em transversalidade com variáveis como idade, raça/etnia, classe social, entre outras, estabelecendo desigualdades e/ou exclusões entre pessoas que vivem em um mesmo contexto ou em contextos distintos.

Em seguida, a partir de dados empíricos de caráter qualitativos e quantitativos de estudos realizados em diferentes regiões do mundo, incluindo Salvador, apresento conceitos, dados epidemiológicos, especificidades de pessoas e/ou grupos de pessoas usuárias de drogas e modelos de atenção preconizados para tratamento e prevenção do consumo de drogas. Discuto, ainda, o enfrentamento do consumo de drogas por profissionais de saúde com base em escassas pesquisas de âmbito nacional que abordam tal problemática. Finalmente, faço uma exposição de aspectos conceituais e teóricos acerca da teoria das representações sociais e mostro suas possíveis articulações com a perspectiva de gênero.

No segundo capítulo - Aspectos metodológicos – mostro a trajetória da pesquisa, no qual pontuo informações sobre o trabalho de campo, ressaltando as técnicas (associação livre de palavras, entrevista semi-estruturada e observação participante) e os instrumentos (teste de associação livre de palavras, roteiro de entrevista e diário de campo) utilizados para apreensão das representações sociais dos(as) profissionais investigado(a)s. As técnicas utilizadas para análise dos dados empíricos (análise fatorial de correspondência através do software Tri-Deux-Mots e análise temática de conteúdo), assim como considerações éticas relacionadas à pesquisa com seres humanos também são abordadas neste capítulo.

No terceiro capítulo – Caracterização do contexto e dos atores sociais - inicio a apresentação dos dados empíricos com a descrição de aspectos referentes ao contexto assistencial de saúde e a(o)s profissionais de saúde investigada(o)s. O conhecimento a respeito do lócus da pesquisa e dos atores sociais da pesquisa possibilita compreender o contexto no qual as representações sociais sobre o consumo de drogas são elaboradas, reproduzidas e transformadas. A descrição do contexto e dos atores sociais, por um lado, evidencia que os resultados apresentados não devem ser generalizados, uma vez que dizem respeito a um determinado contexto e com determinados sujeitos sociais. Por outro lado, serve como elemento de comparação para outros estudos que tenham como temática o consumo de drogas e as representações de profissionais de saúde. Ademais, os

dados apresentados sobre o contexto assistencial de saúde leva a reflexão sobre a necessidade de implantação e implementação de ações de saúde que atendam a especificidades locais.

O quarto capítulo – Representações sociais de profissionais em um contexto assistencial de saúde acerca do consumo de drogas – mostra, inicialmente, dados resultantes da análise fatorial por correspondência aplicada para os dados produzidos pelo Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) cujo processamento se deu pelo software Tri-Deux-Mots, versão 2.2. O campo semântico das representações sociais esboçados pelo TALP evidencia similaridades e contrastes entre os diversos profissionais atrelados ao grau de escolaridade e local de atuação dos mesmos no contexto de saúde investigado. Em seguida assinalo, numa articulação com dados produzidos pelas demais técnicas de investigação, as idéias associadas ao consumo de drogas enunciadas pelos grupos distintos de profissionais que atuam no espaço institucional e na comunidade. Na seção seguinte desse capítulo, mostro a imagem construída da pessoa usuária de drogas, ressaltando estereótipos para homens e mulheres usuário(a)s de drogas.

No quinto capítulo – O consumo de drogas em um contexto assistencial de saúde: a invisibilidade do visível - a discussão se dá em torno das práticas adotadas pelo(a)s distinto(a)s profissionais no contexto assistencial de saúde. Enfoco as principais ações desenvolvidas pelos grupos de profissionais que atuam no espaço institucional e na comunidade e mostro como a fragmentação das ações entre os grupos de profissionais, estimulada pelo modelo biomédico e as representações sociais daqueles profissionais sobre as drogas e a pessoa usuária de drogas interferem na visibilidade do consumo de drogas como um problema de saúde.

Finalmente, no sexto capítulo - Considerações finais – faço uma reflexão entre o campo empírico e os objetivos que nortearam a pesquisa. Procuro mostrar que as representações sociais elaboradas pelo(a)s distinto(a)s profissionais estão permeadas por construções socioculturais naturalizadas em relação às drogas e ao gênero de tal forma que reproduzem desigualdades entre usuários e usuárias de drogas, vinculadas não apenas ao sexo, mas também a outros fatores como idade, classe social e raça. Aponto que a conformação das práticas profissionais em consonância com o modelo biomédico e as representações mencionadas acima invisibilizam o consumo de drogas como problema de saúde no contexto assistencial.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA

Neste capítulo, a partir de uma discussão da literatura, organizada em quatro seções, apresento os elementos teórico-conceituais que orientam este estudo.

Na primeira seção – Gênero como categoria de análise – aponto concepções teóricas acerca da abordagem de gênero e o conceito de gênero adotado como noção norteadora da pesquisa e como categoria de análise dos dados empíricos.

Na seção seguinte - Aspectos sobre o consumo de drogas numa perspectiva de gênero – a partir de dados epidemiológicos e sociais, discuto a heterogeneidade de pessoas usuárias de drogas, tomando como variável o sexo, isto é, demarco diferenças estabelecidas entre homens e mulheres usuárias de drogas. Enfoco, também, especificidades de diferentes categorias de mulheres usuárias de drogas, com a intenção de demonstrar que a heterogeneidade não ocorre apenas entre pessoas de diferentes sexos, mas está presente entre pessoas ou grupos de pessoas de um mesmo sexo, seja em sociedades e épocas distintas, seja dentro de uma mesma sociedade.

Ainda na segunda seção, apresento alguns aspectos sobre a atual política de assistência à pessoa usuária de álcool e outras drogas em implantação no Brasil e os modelos preventivos estabelecidos na literatura para assistência a pessoas usuárias de drogas. Mostro que tanto a atual política de atenção a pessoas usuárias de drogas, adotada pelo Ministério da Saúde, quanto os modelos preventivos norteadores de assistência não assumem uma perspectiva de gênero e, portanto, negligenciam aspectos importantes para a prevenção do uso e abuso de drogas e para a atenção aos usuários de drogas como um problema de saúde.

Na terceira seção – Profissionais num contexto de saúde: enfrentamento de problemas sociais e de saúde – com base em uma revisão da literatura nacional envolvendo profissionais de saúde, assinalo questões apresentadas por estes para o enfrentamento problemas que acometem a(o)s clientes/pacientes que extrapolam o biológico, em distintos setores do sistema de saúde. Nessa revisão de literatura fica evidente a escassez de estudos nacionais, referentes à atuação dos profissionais de saúde no enfrentamento da problemática das drogas, bem como a falta de estudos que abordam tal problemática numa perspectiva de gênero.

Finalmente, na quarta seção – Representações sociais: aspectos teóricos – discuto questões relacionadas à Teoria das Representações Sociais (TRS) que, em conjunto com a noção de perspectiva de gênero, definiram o desenho desta pesquisa. Com base na concepção de que as representações sociais têm como foco a maneira como os seres humanos compreendem as coisas que os cercam, criando teorias do senso comum a partir de suas experiências apresento estudos de diversas áreas do conhecimento desenvolvidos com base na TRS que enfocam a problemática das drogas.

2.1 GÊNERO COMO CATEGORIA DE ANÁLISE

Parto do pressuposto de que a compreensão de processos sociais e culturais que acometem a vida dos seres humanos, de forma direta ou indireta, tem repercussões na saúde. Tais processos estabelecem situações caracterizadas por desigualdades, inclusive, desigualdade de gênero. Na formulação de Robert Connel (1987), sociólogo australiano, os processos sociais são permeados e estruturados por uma “ordem de gênero”, numa escala mais abrangente, e por “regimes de gênero”, numa escala local e empiricamente observável.

Para o referido autor a “ordem de gênero” é um padrão historicamente construído e enraizado em numerosas forças sociopolíticas que segrega o poder e normas sociais, com definições de feminilidade e masculinidade que mudam lentamente em cada sociedade e em épocas distintas. A ordem de gênero permeia as relações no âmbito social de forma ampla e são determinadas pelas estruturas da divisão sexual do trabalho, de poder, de cathexis que estabelece diferenças relacionadas, sobretudo, ao sexo. Essas três estruturas favorecem a criação de distintos regimes de gênero, específicos a cada instituição, nos quais relações de gênero estabelecidas pela ordem de gênero são concretamente produzidas e reproduzidas cotidianamente.

O referido autor afirma que os regimes de gênero se estabelecem em uma variedade de instituições e estruturas mediadoras tais como famílias, escolas, locais de trabalho, comunidades, organizações formais e informais. E, estão sujeitos a um conjunto de regras informais e costumes locais que estabelecem as práticas diárias

através das quais a ordem de gênero é negociada, institucionalizada, e gradualmente modificada. Os regimes de gênero podem apresentar aspectos divergentes da ordem de gênero, sobretudo, quando as relações sociais estão norteadas por vínculos afetivos.

Segundo Connel (1987), qualquer ordem ou regimes de gênero são norteados pelas estruturas da divisão sexual do trabalho, de poder e a estrutura de cathexis. Essas três estruturas se mostram interligadas, conquanto se diferenciem por seguirem trajetórias históricas distintas e por produzirem efeitos específicos na formação da masculinidade e da feminilidade.

A divisão sexual do trabalho, em sua forma mais simples, refere-se à alocação de tipos particulares de trabalhos a categoriais específicas de pessoas, ou seja, trabalhos para homens e trabalhos para mulheres. Na medida em essa alocação torna-se uma limitação para a prática social, a divisão sexual do trabalho torna-se uma estrutura social que acomete a vida das pessoas, de várias maneiras inter-relacionadas, sobretudo, das mulheres. O destaque para acometimentos na vida das mulheres se dá pelas características dos trabalhos que frequentemente são delegados às mesmas, tais como a nutrição das crianças, cuidados com a casa, com os filhos, idosos e doentes. Estes trabalhos, por sua natureza e organização limitam as potencialidades econômicas e as carreiras profissionais das mulheres, uma vez que geralmente não são remunerados ou têm baixa remuneração, mantendo, muitas mulheres, submissas ao parceiro em vários aspectos.

De acordo com (WINGOOD, 2000) a divisão sexual do trabalho contribui para manutenção e aumento das condições de pobreza entre as mulheres, baixo nível de escolaridade, desemprego ou sub-empregado, desenvolvimento de trabalhos de alta demanda em ambiente de baixo controle, falta de plano de saúde ou plano de saúde limitado, sem moradia própria ou fixa e ainda, pertencentes a minorias étnicas e mais jovens estão mais vulneráveis a contrair infecção pelo HIV. Nestes moldes, cabe afirmar que as desigualdades estabelecidas pela divisão sexual do trabalho contribuem para que as mulheres, mais frequentemente, vivenciem exposições econômicas e fatores de risco socioeconômicos, os quais em interação com a estrutura de poder e de cathexis afetam a saúde da população feminina pela exposição a situações distintas de vulnerabilidade para diversos agravos sociais e de saúde.

Na visão de Connel (1987) a estrutura de poder faz alusão à maquinaria de controle e coerção, que incluem hierarquias empresariais e governamentais, a violência institucional e interpessoal, a regulação e vigilância sexual e a dinâmica da autoridade dentro de relações domésticas. De acordo com Wingood (2000), no âmbito institucional, a estrutura de poder é mantida por mecanismos sociais, tais como: o uso da autoridade, o controle na relação e o desempoderamento das mulheres pela mídia.

A capacidade de determinar a hegemonia através da imposição de uma situação, da colocação de termos nos quais os eventos são entendidos e as questões são discutidas, de formular idéias e definir moralidade, é uma parte essencial do poder social. Dessa forma, portanto, o poder é, também, uma estrutura social que limita a prática e que interfere na qualidade de vida e na saúde das pessoas.

A associação entre gênero e poder torna-se evidenciada na relação de dominação-exploração, construída socialmente, a qual varia de sociedade para sociedade, em épocas distintas. Esse tipo de relação expõe as mulheres a várias formas de adoecer sem que sejam assistidas de forma integral e resolutiva em suas necessidades (Oliveira, Paiva, Ferreira, 2002).

O processo de feminilização da AIDS, ocorrido no Brasil nos meados da década de 90 do século XX, pode ser apresentado como um exemplo da exposição das mulheres ao adoecimento, decorrente de limitações de práticas sociais estabelecidas pela estrutura de poder e, também, por relações sociais carregadas de vínculos emocionais, os quais caracterizam a estrutura denominada por Connel (1987), de cathexis.

A estrutura da cathexis gera aspectos normativos e afetivos da vida social, ou seja, produz leis, tabus e proibições que definem normalidades, restringem a sexualidade, prescrevem certos tipos de atos sexuais e de vínculos como não aceitos, tais como: incestos, estupro, homossexualidade e sexo em menores de idade. No âmbito da sociedade, essa estrutura determina o padrão sexual apropriado para homens e mulheres, produzindo limitações e desigualdades acerca da sexualidade para ambos, mas principalmente para as mulheres. Na esfera institucional, a cathexis é mantida por mecanismos sociais que determinam como homens e mulheres deverem expressar sua sexualidade, sendo desconsiderado

e/ou criticado escolhas sexuais fora das normas, a exemplo do homossexualismo masculino ou feminino.

Segundo WINGOOD (2000), as desigualdades resultantes dos componentes normativos e vínculos afetivos manifestam-se no campo da saúde pública, no domínio psicossocial, como fatores de risco pessoal. Neste sentido, a referida autora salienta que: ter um relacionamento com parceiro sexual mais velho, ter desejo de engravidar, viver sob a influência da família, ter conhecimento limitado acerca do HIV, alimentar crenças negativas sobre o uso do preservativo constituem fatores de risco pessoal determinados por aspectos normativos e afetivos da vida social que podem aumentar o risco das mulheres adquirirem o HIV.

Diante de tais considerações torna evidente que gênero é uma força social organizadora, uma variável independente que afeta a saúde das pessoas, uma vez que estabelece desigualdades atreladas, inicialmente, ao sexo, numa transversalidade com outras variáveis como classe social, idade, raça/cor, nível de escolaridade, etc. No entanto, esse entendimento (que hoje é consenso nas ciências sociais) só começou a ser articulado à saúde nas últimas décadas do século XX.

O conceito de gênero surge como uma forma de oposição ao determinismo biológico, que tem como premissa a ordenação e o regimento dos comportamentos e capacidades dos humanos pela determinação biológica do sexo. “Gênero”, nessa formulação, era considerado como uma construção cultural simbólica, que se faz a partir dos sexos biológicos, mas cujas características extrapolavam e eram independentes da biologia. Ou seja, o ser “mulher” e o ser “homem” têm relação direta com construções sociais, políticas e ideológicas, e, portanto, varia imensamente entre sociedades e épocas.

Segundo Connel (1987) as discussões sobre gênero sofrem de uma suposição de que o biológico ou “natural” é, de alguma forma, mais real do que aquilo que é social. Para Romo (2006), adotar sexo como biológico e natural e, gênero como psicossocial ou antropológico impede uma correta compreensão da realidade.

O conceito de gênero possui um caráter histórico, dinâmico e plural que ratifica a existência de diversificações nas concepções de masculino/feminino e homem/mulher entre sociedades distintas e, até mesmo, dentro de uma mesma sociedade (FERREIRA; FIGUEIREDO; ARRUDA, 2002). Mais do que isso, o conceito de gênero evidencia uma forma de abordar o poder. Nesse sentido, Scott

(1992) e Safiotti (1992) consideram gênero como um elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças que distinguem os sexos e uma forma primária de relações significantes de poder, nas quais as mulheres se encontram em posição de inferioridade quando comparadas aos homens. Nesta linha, Schiebinger (2001, p. 45) afirma que gênero constitui “um sistema de signos e símbolos que denota relações de poder e hierarquia entre os sexos e as relações de poder e modos de expressão no interior de relações do mesmo sexo”.

Ao longo dos anos o termo gênero tornou-se popularizado, em decorrência, sobretudo, da ação de movimentos feministas das décadas de 60 e 70. Sua popularização resultou, por um lado, no uso inapropriado do termo, sendo muitas vezes utilizado como substituto da variável “sexo”, noutras vezes para referir-se a estudos sobre mulheres, ou ainda, para demonstrar a adoção de abordagem feminista.

Assim, sob a rubrica de “estudos de gênero”, muitas questões relacionadas especificamente às mulheres em sua diversidade de classe, etnia, geração ou religião, em uma mesma sociedade, ou, em sociedades distintas, foram e continuam sendo trazidas à tona. A popularização do conceito de gênero possibilitou a incorporação de uma perspectiva teórica metodológica de crescente influência, sobretudo, nos estudos no campo de saúde coletiva (AQUINO, 2006).

A compreensão de gênero como relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e como a forma primeira de significar as relações de poder (SCOTT, 1992) tem grande influência nos estudos sobre a produção de gênero no Brasil. Tal incorporação, de certo, vem favorecendo, mesmo que de forma incipiente, a preparação do caminho para uma melhor compreensão do que está envolvido nos processos de reconhecer (ou não) os problemas que afetam a clientela. E, conseqüentemente, de atender (ou não) às suas necessidades e demandas, influenciando positivamente (ou não) sobre a saúde da população.

Por outro lado, a popularização da concepção de gênero resultou em sua incorporação não apenas na teoria social, mas também na política e em programas governamentais, visando propiciar maior igualdade entre homens e mulheres. A adoção de uma perspectiva de gênero favorece a desconstrução de pressupostos e conceitos estagnados que impedem o avanço do conhecimento. Nesse sentido, a OMS tem como recomendação a incorporação do enfoque de gênero, tanto nas intervenções como nas pesquisas sobre saúde.

A incorporação de uma perspectiva de gênero em estudos científicos ou na assistência possibilita o reconhecimento do impacto das relações de poder sobre a saúde de distintos grupos sociais com redirecionamento e priorização dos cuidados no cotidiano da unidade de saúde (BANDEIRA; VASCONCELOS, 2002; AQUINO et al., 2003; SCHRAIBER, 2005). De acordo com Cavalcanti (2004), a incorporação da noção de gênero pelos profissionais de saúde permitiria uma compreensão mais crítica sobre a distribuição desigual do poder e das relações assimétricas que se estabelecem entre homens e mulheres na sociedade e que perpetua a desvalorização do feminino e sua subordinação ao masculino. Neste sentido, pode-se afirmar que além do efeito da própria desigualdade social, os conceitos de gênero e doença utilizados pelos profissionais de saúde afetam os processos de saúde-doença sofridos por mulheres e homens de modos distintos.

Para exemplificar a questão Wong (1998) afirma haver uma hierarquia em relação às doenças que afetam homens e mulheres nos serviços de saúde, à medida que as doenças de mulheres são vistas como menos importantes por apresentar sintomas difusos em várias partes do corpo, enquanto as doenças de homens são priorizadas, por afetar órgãos vitais. Dessa forma, doenças fibrocísticas, nervosas e depressivas são consideradas como doenças de mulheres, enquanto doenças cardíacas, por exemplo, são consideradas doenças de homens. A incorporação dessa representação nas práticas de profissionais de saúde pode justificar a atitude diferenciada de muitos deles, diante de uma mesma queixa, apresentada por mulheres e homens atendidos no cotidiano das unidades de saúde.

Um exemplo referido por McCallum (2005), com base em dados apresentados por outros(as) pesquisadores(as), diz respeito à queixa de dor no peito. Quando a queixa é apresentada por uma pessoa do sexo masculino, há uma tendência na adoção, quase que imediata, de medidas que facilitem o diagnóstico e/ou previnam alguma outra complicação. Essa mesma atitude não é registrada, quando a pessoa queixosa é do sexo feminino. Nesse caso, há uma tendência à banalização da queixa, sendo a mesma atribuída a problemas de ordem psíquica, tais como: estresse e ansiedade e, conseqüentemente, colocando a mulher em situação de vulnerabilidade para danos e agravos.

No Brasil, a incorporação da perspectiva de gênero possibilitou, dentre outros avanços, a elaboração e implantação (embora parcial) do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), reconhecido como um modelo assistencial

capaz de atender às necessidades globais da saúde feminina. O texto do PAISM incorporou as diretrizes norteadoras da reorganização da assistência à mulher e o princípio da integralidade⁹ no planejamento dos serviços públicos de saúde, princípio esse que, a semelhança do conceito de gênero, reconhece a importância do social. Contudo, na prática, o PAISM não se concretizou em ações efetivas e o distanciamento de seus princípios mantém a mulher usuária do serviço público de saúde em situação de opressão (COELHO, 2001).

As desigualdades sociais que se estabelecem, sobretudo, entre pessoas homens e mulheres se manifestam de diferentes maneiras em todos os aspectos da vida pública e privada, sendo observado, na maioria das sociedades e instituições humanas, privilégio dos homens, em relação às mulheres¹⁰. Sendo assim, observar contextos sociais com a lente de gênero permite a identificação de estereótipos, pressupostos e vieses que permeiam as relações sociais (CONNEL, 1987). Portanto, gênero é um fator social que oferece material rico para observação das relações entre sociedade e saúde.

Neste sentido, Fonseca (2005) destaca que fatores como: o aumento na proporção de mulheres chefes de família, sem os suportes jurídicos e salariais vigentes para os homens; a agudização do processo de subvalorização do trabalho feminino; o peso da tripla carga de trabalho em busca da possibilidade de melhores condições de sobrevivência familiar; a inexistência de bens de consumo e serviços gerais e específicos para apoiar as atividades femininas influenciam de forma direta e indireta no adoecimento das mulheres. Esses fatores são resultantes da ordem política, econômica, social e cultural que demarcam diferenças acentuadas entre homens e mulheres e que, conseqüentemente, interferem na saúde individual e coletiva das pessoas de formas distintas. Assim, as unidades de saúde constituem importantes contextos de produção e manutenção de estereótipos de gênero.

De acordo com Connel (1987), as expectativas estereotipadas que são mantidas por homens e internalizadas pelas próprias mulheres influenciam fortemente na produção de desvantagens das mulheres em relação aos homens,

⁹ Na perspectiva da boa biomedicina, a integralidade pode ser vista como adjetivo de uma atitude de certos profissionais ou como marca das práticas profissionais, mas a noção de atitude pode trazer consigo uma idéia individualista, pois seriam atributos de indivíduos incidindo, também, sobre indivíduos, com pouco espaço para a organização do trabalho de uma equipe para garantir a integralidade (MATTOS, 2001, p. 51).

¹⁰ A universalidade da dominação masculina é disputada por alguns estudiosos, sobretudo, antropólogas, como por exemplo, Belaunde (2001).

sendo que a persistência desses estereótipos se dá pela família, escola, mídia de massa, dentre outras agências de socialização. Diante de tais considerações, o referido autor define gênero como:

um fator social imerso numa realidade social permeada por estruturas históricas, econômicas, políticas, morais e outras que estimulam e/ou limitam sua incorporação no cotidiano das distintas pessoas, nas mais diversas sociedades (CONNEL, 1987, p. 26).

A transversalidade e interação das questões de gênero com classe social, raça, diferenças de geração e cultura determinam diferenças de vulnerabilidade para homens e mulheres e para grupos, conforme as categorias sexuais (SAFIOTI, 1992). Portanto, a ausência de um enfoque de gênero nas práticas institucionais, sobretudo de um sistema de saúde, contribui para a gravidade e disseminação de patologias e para o agravamento de problemas sociais, tais como: a violência doméstica e sexual (CAVALCANTI, 2004), o aumento na taxa de infecção por doenças sexualmente transmissíveis e pelo HIV/AIDS (XAVIER, 1997; VILELA, DINIZ, 1998) e, certamente, para a expansão da magnitude dos problemas de saúde causados pelo consumo de álcool e outras drogas e, quiçá, possa levar a um processo de feminização do consumo de drogas, tal como ocorreu com a AIDS.

As tendências de feminização, pauperização e juvenilização do tabagismo para as mulheres, tal como ocorrido com a epidemia do HIV/AIDS, são apontadas por Trotta Borges e Simões Barbosa (2006), com base em uma extensa revisão crítica da bibliografia nacional e internacional acerca do “tabagismo feminino”. Essas tendências confirmam o quanto as desigualdades de gênero, entrelaçadas às de classe social e de raça/etnia, influenciam a vulnerabilidade feminina para doenças e condutas caracterizadas, até então, como masculinas.

2.2 ASPECTOS SOBRE O CONSUMO DE DROGAS NUMA PERSPECTIVA DE GÊNERO

O consumo de droga é um problema globalizado do mundo contemporâneo com implicações sociais e de saúde na esfera individual e coletiva. O processo de globalização, de acordo com Wright (2004, p. 197), contribui, de forma direta e

indireta, não apenas para o crescimento do consumo, mas também para a produção e comercialização¹¹ das drogas, por promover, sobretudo, “a integração de pessoas, conceitos, imagens, ideais, valores, capital e bens que ultrapassam as fronteiras de cada país”. Segundo Bucher (1995, p.35),

A presença maciça de drogas nas sociedades modernas chama a atenção não apenas pelo narcotráfico ou consumo que se alastra, particularmente no primeiro mundo, mas pelas contradições manifestadas na sua abordagem por autoridades, meios de comunicação e opinião pública.

O consumo de drogas é uma conduta universal vinculada a questões culturais, sociais, econômicas, políticas e morais. A literatura especializada descreve padrões distintos de uso de drogas os quais, na prática, não são facilmente separáveis, e a mudança ou não de um padrão para outro depende de vários fatores concernentes a aspectos legais, econômico-financeiros, médico-farmacológicos, psiquiátricos, psicológicos e os sócio-culturais (BUCHER, 1993).

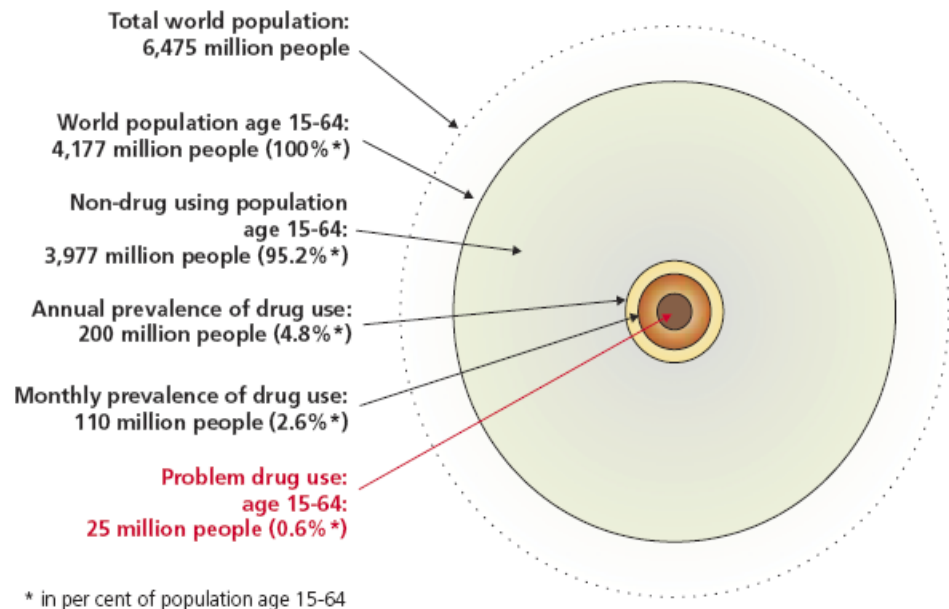
O uso de drogas está classificado em cinco padrões: 1) uso experimental – é aquele guiado pela curiosidade, sendo a reação influenciada pela expectativa da experiência; 2) recreativo ou social - é geralmente feito em grupo, em momentos específicos associados ao lazer e às reuniões sociais, com a intenção de partilhar prazer; 3) circunstancial ou situacional - é motivado pela busca de um efeito específico da droga, considerado como útil em determinada situação; 4) intensificado – é aquele que a pessoa deseja a persistência e a manutenção dos efeitos de uma droga, o que a levará à dependência física e psíquica; 5) compulsivo – é o padrão caracterizado pelo uso freqüente e intensivo da droga e o não uso causa desconforto fisiológico e psicológico (SIEGEL, 1989).

De acordo com dados apresentados pelo World Drug Report (UNITED NATIONS PUBLICATION, 2005), a cada ano, cerca de 5% da população mundial (correspondente a aproximadamente 200 milhões de pessoas), com idade de 15 a 64, consomem drogas ilícitas. Desse percentual, 0,6% são consideradas como “consumidores problemáticos de drogas”, ou seja, têm um padrão de uso intensificado que ocasiona a dependência física e psíquica (Quadro 1). Os relatórios de 2006 e 2007 apontam para estabilização do número de pessoas usuárias e do

¹¹ A expressão “fenômeno das drogas” compreende a produção, comercialização e consumo de substâncias psicoativas, sejam elas classificadas como legais ou ilegais. Dados sobre esse fenômeno mundial são registrados, anualmente, no World Drug Report (UNITED NATIONS PUBLICATION, 2005, 2006, 2007).

comércio mundial de drogas, respectivamente (UNITED NATIONS PUBLICATION, 2006, 2007).

Illegal drug use at the global level (2005/2006)



Quadro 1: Consumo de drogas no mundo.

Fonte: Relatório Mundial sobre drogas, 2007.

Na literatura especializada, a dependência é definida como o impulso que leva a pessoa a usar uma droga de forma contínua ou periódica para obter sensações prazerosas (CEBRID, 2000). A condição de dependência implica numa relação intensa entre o indivíduo e a droga, de tal forma que sua ausência causa alterações físicas e psicológicas. Na dependência física, ocorrem sinais e sintomas que variam de pessoa para pessoa, mediante a interrupção ou diminuição do uso da droga, o que caracteriza a síndrome de abstinência. Os sintomas variam de tremores nas mãos, vômitos, náuseas, cefaléia até a morte.

Na dependência psicológica, a falta da droga causa um estado de mal-estar e desconforto manifestado por sinais de ansiedade, nervosismo e inquietação, com impulso de obter novamente a droga desejada. Diante de tais sintomas, a droga ou o tratamento utilizado tem como objetivo reduzir o desprazer causado pela falta da

substância. O estado de dependência ocasiona rupturas dos vínculos sociais com o conseqüente isolamento e marginalização da pessoa usuária (ANDRADE, 1995).

A dependência é considerada uma doença crônica e internacionalmente definida como uma síndrome médica caracterizada por um conjunto de sintomas que assinala prejuízos e comprometimentos físicos e psicológicos (LEITE, 2003). No Código Internacional de Doenças (CID), a dependência está registrada como desordem mental associada ao consumo de drogas.

Segundo informações apresentadas por Carlini et al. (2007), ainda não há unicidade nos critérios estabelecidos para definir uma pessoa como dependente. Embora a dependência seja classificada como doença, os critérios para estimar uma pessoa como dependente não são caracterizados como sinais e/ou sintomas físicos. Envolvem aspectos de ordem psicológica e emocional. Os referidos autores, na realização do II Levantamento Domiciliar do uso de drogas psicotrópicas no Brasil, utilizaram o método adotado National Household Surveys on Drugs Abuse – NHSDA, elaborado com base em critérios estabelecidos pelo Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised Third Edition (DSM – III – R)¹².

Entre as drogas mais comumente utilizadas de forma problemática, os opiáceos continuam em destaque, sendo representados principalmente pela heroína, seguidos pela cocaína (UNITED NATIONS PUBLICATION, 2007). O uso de tabaco atinge a taxa de 30% da população mundial, enquanto mais da metade da população total faz uso do álcool (UNITED NATIONS PUBLICATION, 2005). De acordo com dados da Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas (CICAD) - o álcool e o tabaco estão entre as drogas lícitas mais utilizadas nos países da América Latina, enquanto a maconha e a cocaína destacam-se entre as ilícitas (WRIGHT, 2004).

No Brasil, até o ano de 2000, os levantamentos sobre o uso de drogas psicotrópicas estavam atrelados a um perfil populacional específico, tais como:

¹² De acordo com Carlini et al. (2007), o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised Third Edition (DSM – III – R) estabelece nove critérios para definir uma pessoa como dependente. Com base em tais critérios, o National Household Surveys on Drugs Abuse – NHSDA elaborou um método para estimar dependência que é concebido para uso por clínicos e pesquisadores. Os itens do NHSDA são: gastou grande parte do tempo para conseguir drogas, usar ou se recobrar dos efeitos; usou quantidades ou em frequência maiores do que pretendia; tolerância (maior quantidade para produzir os mesmos efeitos); riscos físicos sob efeito ou logo após o efeito de drogas (por exemplo: dirigir, pilotar moto, usar máquinas, nadar etc); problemas pessoais (tais como: com familiares, amigos, no trabalho, com a polícia, emocionais ou psicológicos); desejo de diminuir ou parar o uso de determinada droga.

estudantes do 1º e 2º graus, universitários e meninos em situação de rua. Em 2001, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) realizou o I Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas, envolvendo 41,3% da população total do país, o equivalente a 47.045 907 habitantes das 107 maiores cidades do Brasil. A amostra estudada foi de 8.589 pessoas com idade entre 12 e 35 anos, sendo 3.677 pessoas do sexo masculino (43%) e 4.893 do sexo feminino (57%). Os dados apresentados assinalam que 50% da população estudada, com mais de 35 anos de idade, fez uso na vida de tabaco e 68,7% do álcool (CARLINI et al., 2002). Com relação às drogas ilícitas, houve destaque para o uso da maconha (6,9%) seguida dos solventes (5,8%) e orexígenos (4,3%). As prevalências de uso de crack, merla, esteróides anabolizantes e heroína foram estatisticamente insignificantes (GUALDURÓZ et al., 2005).

De acordo com estudos realizados em diferentes países, acerca do consumo das drogas, tomando-se como base a população total ou não, foram identificadas diferenças entre homens e mulheres quanto: prevalência, tipos de drogas, iniciação e manutenção do consumo, situações de violência, problemas de saúde que conduzem ao consumo e que são conseqüências dele, padrões de relações sociais e, ainda, quanto às formas de aquisição da droga. Informações quanto aos fatores que justifiquem tais diferenças ainda necessitam de investigações.

Mundialmente, a taxa do uso na vida, de drogas ilícitas, ainda se mantém mais elevada entre os homens, porém com tendências a igualdade entre homens e mulheres (UNITED NATIONS PUBLICATION, 2005, 2006, 2007; CARLINI et al., 2002). A diminuição da proporção no uso de drogas entre os sexos, de um modo geral, e a predominância do uso de medicamentos - mais especificamente benzodiazepínicos, estimulantes e anfetaminas - pela população feminina é também uma constatação de ordem mundial (CARLINI et al., 2002; GORDON, 2002; MEDINA; SANTOS; ALMEIDA FILHO, 2002; ZILBERMAN, 2003; WRIGHT, 2004). No Brasil, a percentagem de mulheres que usam benzodiazepínicos e anfetamínicos é cerca de três vezes maior do que os homens (CARLINI et al., 2002; GUALDURÓZ et al., 2005). Essas substâncias, de um modo geral, são utilizadas para solucionar problemas de saúde/enfermidade que afetam o corpo da mulher, e, também para atender à padrões de beleza pré-estabelecidos (ÁVILES, 2001). Esse é um aspecto que requer novas e abrangentes investigações na problemática do uso das drogas.

No Brasil, não foram registradas diferenças significativas entre os sexos para o uso na vida do tabaco, sendo notificado maior percentual para vontade de abandono dessa substância para pessoas do sexo masculino. O percentual para uso na vida do álcool foi de 68,7% entre pessoas do sexo masculino para todas as faixas etárias. Para maconha, apenas para a faixa etária de 12 a 17 anos, há uma semelhança nas percentagens no uso na vida entre os sexos (masculino com 3,4% e feminino com 3,6%). Nas demais faixas etárias, o percentual é francamente maior para o sexo masculino.

Sem considerar especificidades e significações individuais e coletivas, que permeiam o consumo de drogas, há um consenso na literatura de que os homens são mais propensos ao uso de drogas ilícitas, mais precocemente, por mais tempo, em quantidade e freqüência muito maior que as mulheres (ZILBERMAN, 2003). Essa propensão é justificada, principalmente, pela ampla rede de relações sociais dos homens, devido à sua inserção no espaço público, que lhes daria maiores oportunidades de contatos com substâncias psicoativas e pessoas consumidoras de drogas. Seguindo esta mesma lógica, aponta-se para a tendência da “igualdade de gênero” no consumo de drogas (GORDON, 2002), diante de mudanças no estilo de vida das mulheres, decorrentes de mudanças socioculturais, econômicas e políticas ocorridas, sobretudo, no último século (ZILBERMAN, 2003; MADRIGAL, 1993).

Segundo Romo (2006) o consumo de drogas por mulheres, pelo menos daquelas consideradas como ilegais, está em desacordo com os papéis sociais e culturais destinados às mulheres, quais sejam: mãe, esposa e cuidadora da família. Nessa perspectiva, a mulher que adota o consumo de drogas está duplamente contrariando as normas sociais. Essas concepções, decerto, contribuem para o ocultamento do consumo de drogas por mulheres e, conseqüentemente, para vulnerabilidade dessas aos vários agravos sociais e de saúde, dentre eles, a infecção pelo HIV (OLIVEIRA, 2001a). Ademais, questões de ordem fisiológica, como metabolismo menos tolerante aos efeitos das drogas, também, são apontadas como concorrentes para tal vulnerabilidade (AQUINO, 1997; BAPTISTA, 2003; LARANJEIRAS, RIBEIRO, 2005).

As diferenças fisiológicas entre homens e mulheres determinam distintos agravos de saúde para ambos, com desiguais taxas de mortalidade e comorbidade decorrentes dessa prática. Para as mulheres, os problemas de saúde decorrentes do consumo de drogas, além de incidirem diretamente em seus corpos, afetam

também o feto, quando essas engravidam. Alterações no ciclo menstrual, na fertilidade, na gestação, no parto, no risco de contrair e de desenvolver doenças sexualmente transmissíveis são freqüentemente registradas entre mulheres que consomem drogas (HOCHGRAF; BRASILIANO, 2004). Co-morbidades, como transtornos depressivos e de ansiedade, apresentam-se com mais freqüência entre mulheres, enquanto os homens tendem a desenvolver co-morbidades como transtornos de personalidade (BECKER; DUFFY, 2002).

Há consenso na literatura consultada quanto aos motivos que estruturam o início e interferem na manutenção do consumo de drogas por homens e mulheres. Entre os homens, a necessidade de ampliação e manutenção das relações sociais; busca de novas sensações; alívio de aborrecimentos; melhora da auto-estima e do desempenho sexual são apontadas como motivação para o consumo de drogas (GORDON, 2002). Enquanto, para as mulheres, as razões apresentadas estão mais relacionadas à ocorrência de experiências traumáticas vivenciadas, tais como: abuso sexual, incesto, violência doméstica, perdas de familiares (especialmente mãe ou filho), gravidez com natimorto, depressão, sentimentos de isolamento social, pressões profissionais e familiares, além de problemas de saúde (SAMSHA, 2002; HOCHGRAF, 1995) e, ainda, o fato de ter pais e/ou parceiros usuários de drogas (AQUINO, 1997; HOCHGRAF, 1995).

Nota-se uma associação, embora discreta, entre os fatores motivadores para início e manutenção do consumo de drogas por mulheres, quanto ao tipo de droga utilizada. As perdas predispõem ao uso de álcool, enquanto que os demais motivos apresentados estão mais diretamente relacionados ao consumo de outras drogas, como a cocaína (HOCHGRAF; BRASILIANO, 2004).

A possível influência de homens sobre as mulheres para início e manutenção do consumo de drogas é também consenso na literatura especializada. Há, ainda, o registro de mulheres que se tornam dependentes para acompanhar os parceiros e, nesse caso, tornam-se mais vulneráveis a patologias decorrentes da alta ingestão de álcool e às situações de violência sexual (AQUINO, 1997). Por outro lado, admite-se que os homens sejam, geralmente, influenciados por pessoas do mesmo sexo (SAMSHA, 2002).

A heterogeneidade entre usuários de drogas também se manifesta nas relações sociais, especialmente, quando a droga consumida é classificada como ilícita. Nessa situação, de acordo com dados apresentados por Oliveira (2001a) as

mulheres tendem a manter relacionamentos com homens também usuários de drogas, enquanto esses preferem relacionar-se com mulheres não usuárias, as quais são denominadas, no contexto investigado, como “mulheres limpas”. Para alguns homens, esse comportamento pode representar uma forma de contribuir com a redução do seu uso e/ou busca de tratamento para si. Enquanto, para algumas mulheres usuárias, relacionar-se com alguém que não use drogas pode se constituir em uma das muitas barreiras para a busca e manutenção de tratamento para si (HOCHGRAF; BRASILIANO, 2004).

Para as mulheres usuárias de drogas, em Salvador-Ba, investigadas por Oliveira (2001a), o fato de manter relacionamento afetivo com homens usuários de drogas é entendido como forma de proteção para as mesmas, já que comumente os homens mantêm a provisão das drogas utilizadas evitando, assim que as mulheres cheguem até às “bocas de fumo”. Esse comportamento, segundo as entrevistadas, de alguma forma, reduz o risco das mesmas serem apanhadas pela polícia e, ainda, que sofram situações de violência e de discriminação pela comunidade. Usuárias de drogas. Ademais, afirmam que essa tendência também é uma forma de proteção para os homens, pois, em caso dos mesmos serem pegos pela polícia, elas apresentam maior capacidade de mobilização para libertá-los. .

Quanto às formas utilizadas para aquisição de drogas, a literatura aponta que em geral as mulheres tendem a valer-se do seu corpo como moeda de troca no mercado de drogas, enquanto os homens envolvem-se, mais comumente, com ações ligadas ao narcotráfico (AQUINO, 1997; HOCHGRAF; BRASILIANO, 2004). Embora em pequena proporção, o envolvimento de mulheres em ações do narcotráfico, com destaque para as chamadas “mulas”, e até mesmo para a chefia de pontos de vendas (SANTOS, 2004), tem registro na literatura.

Considerando que mulheres usuárias de droga não constituem um grupo homogêneo e que a cultura demanda peculiaridades para as mulheres e para o consumo de drogas, especificidades em relação às mulheres e a grupos de mulheres que fazem uso de substâncias começam a ser apontadas em diferentes regiões do mundo. Dentre essas especificidades, destacam-se: as barreiras enfrentadas na busca e permanência no tratamento do uso de drogas, a idade, as drogas utilizadas e os agravos de saúde, decorrentes da conduta adotada.

Embora haja falta de informações sobre o uso de drogas por mulheres, em muitos países, pesquisas e artigos recentemente publicados apontam que as

mulheres, em particular, enfrentam barreiras de ordem estrutural; sistêmica, social, cultural e pessoal na busca e permanência de tratamento (HOCHGRAF, 1995; SÉVERINE, 2004). As barreiras sistêmicas refletem a falta de consciência e compreensão das diferenças de gênero e a habilidade ainda limitada da população feminina para influenciar as políticas e decisões sobre alocação de recursos para programas que respondam a necessidades específicas de mulheres. As barreiras estruturais dizem respeito às práticas e políticas adotadas pelos programas e serviços de assistência à saúde e estão relacionadas com as abordagens utilizadas, localização do serviço e custos para acessá-lo, rigidez na programação e nos critérios de admissão. As barreiras de ordem social, cultural e pessoal fazem referências aos comportamentos e papéis pré-determinados, social e culturalmente, para as mulheres (HOCHGRAF, 1995).

Situações específicas, quanto ao consumo de drogas por mulheres, apontadas por profissionais de saúde em atuação no espaço interno e externo de uma unidade de saúde no município de Salvador-Ba, revelam a importância da diversificação das atividades assistenciais. A diversificação de atividades e de locais de atuação constitui uma poderosa estratégia para alcançar e envolver distintos grupos de pessoas usuárias de drogas, em especial as mulheres (OLIVEIRA; PAIVA; VALENTE, 2007).

A idade e o tipo de droga também são apontados como fatores demarcadores de diferenças entre mulheres que usam drogas. As pesquisas, de um modo geral, assinalam que mulheres jovens, além de consumir álcool, abusam de drogas como maconha, crack e cocaína, ao tempo em que mulheres adultas e idosas fazem uso, mais freqüentemente, de tabaco, álcool e medicamentos, especialmente, os tranqüilizantes. Já os medicamentos inibidores do apetite têm uso predominante por mulheres jovens e adultas para atender padrões de beleza determinados socialmente (CARLINI et al., 2002; GORDON, 2002).

Com relação a grupos específicos de mulheres usuárias de drogas, estudos realizados nos Estados Unidos identificaram consumo e necessidades específicas para mulheres grávidas, mulheres responsáveis por crianças, trabalhadoras do sexo, presidi

árias e pertencentes a minorias raciais e étnicas. Por exemplo, mulheres americanas não-hispânicas são mais propensas a consumir drogas do que as mulheres latinas ou afro-americanas, embora as afro-americanas que bebem, o

façam mais pesadamente, o que contribui para maior número de problemas relacionados às drogas (GORDON, 2002). Para esses grupos, a falta de serviços especializados, de transporte, de cuidados destinados às crianças foram apontadas como necessidades específicas (NIDA, 2002). Mesmo não tendo identificado, até então, publicação nacional que enfoque especificamente esses grupos, pode-se dizer, considerando a realidade brasileira em relação à assistência à pessoa usuária de drogas, que essas necessidades também devem ser para mulheres classificadas nos grupos acima mencionados.

Em Salvador-Ba, através do discurso de profissionais de uma unidade assistencial de saúde, foram identificados três grupos específicos de mulheres usuárias de drogas (OLIVEIRA; PAIVA; VALENTE, 2006). Um dos grupos era composto por donas-de-casa de diversas faixas etárias que, de acordo com os profissionais, fazem uso de maconha e álcool, em espaço privado numa vinculação com o parceiro, o qual, na maioria das vezes, é, também, fornecedor das referidas substâncias. Por manterem atividades atreladas ao papel de mãe e dona de casa (cuidar da casa, dos filhos, do esposo), as mulheres que compõem esse grupo, de alguma forma, são respeitadas pela comunidade.

Mulheres adultas jovens, que desempenham atividades como profissionais do sexo, e que fazem consumo concomitante de álcool, maconha, crack e cocaína, formam outro grupo. As adversidades enfrentadas no trabalho que executam são apontadas como motivos para o uso de drogas, as quais são adquiridas diretamente nas “bocas de fumo” com dinheiro oriundo do seu trabalho. Muitas são chefes de família, sustentam filhos, pais idosos e outros parentes, sendo assim mais discriminadas pela atividade que exercem do que pelo uso de drogas.

O terceiro grupo, composto por mulheres denominadas de “piriguetes” (mulheres jovens, moradoras de outras comunidades, que não têm um papel definido dentro da comunidade e que se sujeitam a qualquer coisa para usar drogas, inclusive a manter relações sexuais com um ou mais usuários de drogas, sem uso de preservativo), é caracterizado por mulheres que fazem uso, quase que exclusivo, de crack e cocaína com as quais mantêm forte vinculação, apresentando, assim, resistência para adotar medidas de prevenção, especialmente, no que diz respeito ao uso do preservativo. Esse grupo de mulheres é considerado uma ameaça pelas demais da comunidade, pela possibilidade de envolvimento com seus parceiros e/ou clientes e pelo risco de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, na

medida em que, de um modo geral, também não praticam sexo seguro. Esse grupo está mais sujeito às situações de violência e discriminação que as demais.

Pouco ainda se sabe sobre agravos à saúde para grupos específicos de usuárias de drogas. Há registro de que mulheres no sistema presidiário estão mais propensas ao uso de drogas intravenosas, apresentando-se mais vulneráveis a vários problemas de saúde, tais como: doenças sexualmente transmissíveis, especialmente a aids; distúrbios ginecológicos e circulatórios; tuberculose; hipertensão; diabetes; complicações na gravidez, parto e pós-parto; desordens psiquiátricas; violências física e sexual (ANDERSON, 2001). Esses agravos são também freqüentes para as usuárias de drogas que adotam o sexo casual e a prostituição como estratégias para obtenção de drogas e, ainda, para aquelas que mantêm relacionamentos sexuais e afetivos com homens usuários de drogas sem adoção de medidas preventivas (OLIVEIRA, 2001a). Parceiras de usuários de drogas que não fazem uso de drogas também estão sujeitas a esses agravos (AQUINO, 1997).

Independentemente dos dados epidemiológicos, em relação ao consumo de drogas e do perfil sócio-demográfico das pessoas usuárias, é necessário compreender que as diferentes formas de uso de drogas e os significados atribuídos ao uso de tais substâncias diferem de indivíduo para indivíduo e de grupo para grupo, dentro de uma mesma cultura e, sobretudo, em culturas contrastantes (ESPINHEIRA, 2004). A heterogeneidade social e cultural dos usuários de drogas é consenso na literatura (HOCHGRAF; ZILBERMAN; BRASILIANO, 1999; AQUINO, 1997; NIDA, 2002), porém, ainda há uma “tendência à homogeneização, como se todos os usuários pertencessem a uma mesma categoria social e devessem ser vistos a partir de um mesmo enfoque” (ESPINHEIRA, 2004, p.11).

A partir do exposto, fica claro que o uso de drogas se insere em um contexto social maior, no qual as questões de gênero desempenham um papel altamente relevante para o entendimento e enfrentamento do fenômeno. Não se pode esquecer que os grupos populacionais de homens e de mulheres não constituem grupos homogêneos devendo, assim, serem investigadas especificidades individuais e de grupos, com vistas à equidade na assistência.

2.2.1 Política de atenção a pessoas usuárias de drogas e modelos preventivos de atenção adotados no Brasil.

O combate às drogas no Brasil não é uma preocupação recente. Contudo, o combate adotado tem como característica uma dualidade, tendo de um lado componentes repressivos que condenam o consumo de algumas substâncias e, por outro, componentes que estimulam o consumo de outras, a exemplo das bebidas alcoólicas e de alguns medicamentos.

Na área da saúde, a atual política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, em implantação no território nacional desde 2003 prevê ações de promoção à saúde, prevenção e atenção a serem desenvolvidas em várias instâncias de atuação (DELGADO, 2005). Tal política reconhece a dimensão, transversalidade e heterogeneidade do uso de álcool e outras drogas, assim como a necessidade da busca de novas estratégias de contato e de vínculo com o próprio usuário e seus familiares.

Reconhece, ainda, como fatores fundamentais no retardo do diagnóstico e tratamento dos transtornos decorrentes do consumo, a exclusão da pessoa usuária de drogas de acesso aos cuidados apropriados na atenção à saúde. Essa exclusão se deve, sobretudo, à associação do uso de droga com a delinquência e a inclusão do tráfico como uma alternativa de trabalho e geração de renda, articulados ao despreparo e à falta de informação das pessoas que lidam diretamente com o problema do consumo de droga, sejam usuário(a)s, familiares ou profissionais de saúde (BRASIL, 2003).

De acordo com Parker e Aggleton, (2001), o estigma e a discriminação são processos sociais que produzem e reproduzem relações de desigualdades sociais legitimadas por saberes teóricos e pelas suas estruturas de verdade transformando diferenças em desigualdades de classe, gênero, idade, raça ou etnia, sexualidade ou orientação sexual. A estigmatização, portanto, cria e reforça a exclusão social.

Compreender a “exclusão social como um conjunto de mecanismos que provoca a fragilidade dos vínculos sociais e a perda da capacidade de participar, permite, sobretudo, a aproximação e o estudo dos grandes problemas sociais” (CAMPOS, 2001, p. 114), dentre eles o consumo de drogas. Para Abric (1996) as

representações sociais mostram-se como instrumentos adequados para a identificação de situações de exclusão social.

A caracterização das drogas em lícitas e ilícitas incita imagens culturais estigmatizantes e fatalistas, ao mesmo tempo em que estimula a produção, distribuição e consumo de tais substâncias (GORGULHO, 2000). Rótulos como “viciados”, “dependentes”, “doente mental”, “marginal” e “criminoso”, empregados comumente para pessoas consumidoras de drogas, especialmente daquelas classificadas como ilícitas, contribuem para exclusão de pessoas que adotam tal conduta, sobretudo de pessoas do sexo feminino. O uso de drogas ilícitas é “considerado como desvio social, crime” e o usuário como um doente e, nesse caso, o tratamento proposto é a privação da liberdade, portanto, a exclusão social (ACSELRAD, 2005).

Esta modalidade de tratamento apóia-se em idéias conservadoras de repressão às drogas, funcionando como uma forma de controle social que caracteriza o modelo jurídico-moral. Esse é um modelo repressivo de combate às drogas com forte influência norte-americana que, segundo Romani (1991), propicia a divisão entre drogas lícitas e ilícitas, favorecendo a adulteração dessas no chamado “mercado negro”. Para o referido autor esse modelo de combate às drogas não tem cumprido com suas finalidades primordiais de acabar com o consumo e tráfico de drogas, proporcionar proteção aos consumidores e apoiar os profissionais que trabalham nesse campo.

O modelo jurídico-moral, assim como o modelo médico, enfatiza a substância em detrimento do indivíduo e do contexto sócio-cultural, no qual o sujeito está inserido e onde a droga é usada. O modelo médico reforça a erradicação do consumo de drogas ilícitas e considera a droga como o agente transmissor de doenças, o indivíduo como hospedeiro e o ambiente sócio-cultural como o fator que sugere o consumo. No caso de haver desajuste entre esses três elementos e, por isso, se instalar a dependência, o usuário deve ser isolado na tentativa de evitar a contaminação de outros (ACSELRAD, 2005).

De acordo com o modelo médico, as tentativas de explicação para o consumo de drogas estão associadas à ação dessas no sistema nervoso central e aos quadros de intoxicação – manifestações psíquicas e comportamentais associadas ao efeito da substância – e de abstinência – manifestações psíquicas e

comportamentais que ocorrem, quando o uso da substância é bruscamente interrompido ou reduzido (CRUZ, 2005).

Além desses dois modelos¹³, há também o modelo psicossocial e o sócio-cultural. O modelo psicossocial compreende o consumo de drogas como uma forma de o sujeito lidar com conflitos ligados à sua história de vida. Nesse caso, aprecia-se a relação do sujeito com a substância. O modelo médico e o psicossocial estão mais relacionados com abordagens terapêuticas. Tal constatação foi verificada em um estudo realizado em Salvador-Ba com profissionais de saúde de uma unidade especializada no estudo e tratamento de pessoas usuárias de drogas (OLIVEIRA; PAIVA; VALENTE, 2006).

No modelo psicossocial, o consumo de drogas é considerado como uma forma de enfrentar as adversidades da vida. Nessa perspectiva, a ênfase é dada para a relação da pessoa com a droga, isto é, do lugar que a droga ocupa na vida da pessoa. Sendo assim, o uso e/ou abuso de determinada substância se constituiria, segundo esse modelo, em uma prática transitória. Essa transitoriedade, no entanto, depende de cada pessoa, da forma que a pessoa encara a vida, do contexto no qual a pessoa está inserida e dos acessos a informações e assistência.

O modelo sócio-cultural parte do pressuposto de que o uso de drogas é uma prática que sempre existiu nas sociedades humanas e de que as formas de uso e interdições são definidas por cada grupo social em momentos distintos. Essas interdições são historicamente relacionadas ao uso das substâncias psicoativas e, freqüentemente, esquecidas no embate atual ao consumo de drogas (CRUZ, 2005). Nesse caso, a prioridade está na transformação do contexto social, uma vez que ele é considerado responsável por comportamentos desviantes, e, para tanto, uma das estratégias é o controle da propaganda de todas as drogas (ACSELRAD, 2005).

Esses modelos tendem a ser incorporados de forma parcial e/ou integral, na assistência individualizada e/ou coletiva, por profissionais e/ou serviços de saúde. A diversidade de modelos em relação ao consumo das drogas mostra que o problema é complexo e exige a interação dos diversos setores da sociedade, no sentido de encontrar estratégias para seu enfrentamento.

¹³ Os quatro modelos para assistência a pessoas usuárias de drogas – modelo médico, jurídico-moral, psicossocial e o sociocultural - foram identificados por Nowlis (1975) em trabalho patrocinado pela UNESCO. Desde então, esses modelos vêm sendo utilizados tanto para análise teórica como para as atividades práticas direcionadas a pessoas usuárias de drogas. A tese apresentada por Cruz (2005) faz uma análise desses modelos na assistência.

Entre as estratégias adotadas por vários países, inclusive o Brasil, destaca-se a Redução de Danos (RD). O paradigma de Redução de Danos é uma “estratégia de saúde pública que visa reduzir os danos causados pelo abuso de drogas lícitas e ilícitas, resgatando o usuário em seu papel auto-regulador, sem a preconização imediata da abstinência e incentivando-o à mobilização social” (BRASIL, 2003, p. 25). Tal estratégia tem suas raízes em modelos de saúde pública, com uma visão mais humanista e sem preconceitos, tomando como princípio a hierarquização de riscos.

A Redução de Danos fundamenta-se nos princípios de democracia, cidadania e dos direitos humanos e da saúde (DOMANICO, 2001) diferenciando-se, assim, do modelo proibicionista que tem como lema “Diga não as drogas”. Suas ações estão voltadas, tanto para as drogas lícitas como ilícitas e suas intervenções não são controladas pelos órgãos governamentais e policiais. Nesses moldes, o Ministério da Saúde (MS) tem como objetivo a inclusão de tal estratégia nas ações de prevenção e de tratamento como um método clínico-político de ação territorial, inserido na perspectiva da clínica ampliada como tática, para atingir a intersectorialidade e a ação integral na assistência a usuários de álcool e outras drogas.

O modelo de redução de danos é “capaz de permitir uma abordagem abrangente, criativa e democrática” para o consumo das drogas (DELGADO, 2005), possibilitando à pessoa usuária de drogas tornar-se beneficiária das políticas sociais e de saúde vigentes, diante do reconhecimento da sua situação como cidadã/cidadão e não pelo estigma social, que lhe é atribuído de “criminoso” (FONSECA; BASTOS, 2005). Compreende-se que o grande desafio dessa estratégia não é homogeneizar as ações, mas adotar ações que contemplem especificidades de pessoas e grupos em seus distintos contextos sócio-culturais, numa inter-relação com sexo, geração, raça/etnia, classe social, o que significa incorporar a perspectiva de gênero.

No Brasil, a primeira tentativa de adoção da RD através da atividade de troca de seringas se deu na cidade de Santos – SP, em 1989, resultando em ameaça de prisão para os profissionais responsáveis por tal atividade. Em 1994, o Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN), órgão ligado ao Ministério da Justiça, autorizou a troca de seringas, quando associada à pesquisa. Um ano depois, foi aberto na Bahia o primeiro serviço de troca de seringas do Brasil e da América Latina. Tal serviço foi implementado pelo Centro de Estudos e Terapia ao Abuso de Drogas

(CETAD) através do Programa de Redução de Danos (PRD) com financiamento do governo estadual (OLIVEIRA; SANTOS; ANDRADE, 2003).

O CETAD é um setor de extensão permanente da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, reconhecido como referência nacional para questões relacionadas ao consumo de drogas. Em seus vinte anos de atuação, o CETAD desenvolve ações assistenciais, de ensino, pesquisa e extensão, envolvendo professore(a)s e aluno(a)s de diversos cursos, especialmente, medicina, enfermagem e psicologia de faculdades públicas e privadas. A unidade, também, mantém articulações com instituições internacionais. O coordenador Antonio Nery Filho, em conversa informal relata que:

a sustentação da proposta do CETAD se justifica por fatores como: história e credibilidade conquistada ao longo dos anos, relação de direção com instâncias públicas como o CONEN e o CONFEN e, ainda a inserção do centro na academia(Informação verbal)

Durante o período de 1994 a 2004 o PRD esteve inserido nas práticas do CETAD. Atualmente, o PRD funciona independente do CETAD e tem a denominação de Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti (ARDFC). É, também, uma atividade de extensão da Faculdade de Medicina da UFBA, que continua a desenvolver ações respaldadas nos princípios da RD. A Aliança de Redução de Danos tem se dedicado mais a atividades institucionais e comunitárias com populações específicas, tais como: presidiários, homossexuais e profissionais de sexo.

Tanto o CETAD como a ARDFC realizam cursos de capacitação para profissionais de saúde de todo o Estado da Bahia e de outros Estados do Brasil, com base no modelo psicossocial e nos princípios da Redução de Danos. A pesquisadora tem participado, sempre que possível, dessas atividades discutindo sobre especificidades relacionadas ao consumo de drogas por mulheres.

Atualmente, no Brasil, funcionam mais de cem Programas de Redução de Danos, distribuídos em todo o território nacional. Esses serviços, a exemplo dos que funcionam na Bahia, além da troca de seringa realizam, também, distribuição de preservativos, orientações, em relação à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, hepatite viral, encaminhamentos a serviços de saúde para testagem do HIV e outras alterações e/ou solicitações apresentadas (FONSECA; BASTOS, 2005).

No Município de Salvador-Ba, além das duas unidades de assistência a pessoas usuárias de drogas vinculadas à UFBA, há também uma unidade do Centro de Atenção Psicossocial de atenção ao usuário de drogas (CAPSad), vinculada à Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). O funcionamento dessa unidade é recente e faz parte da atual política do MS para assistência a usuários de drogas (BRASIL, 2003).

Serviços específicos para assistência a usuários de álcool e/ou tabaco funcionam em alguns hospitais públicos de Salvador. Há também inúmeros serviços de Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA) que funcionam em vários locais da cidade. Com relação a serviços de reabilitação, em regime de internação para pessoas usuárias de drogas, há algumas unidades de cunho privado e/ou filantrópico, a maioria delas ligadas a igrejas evangélicas¹⁴. Embora não disponha de informações oficiais, afirmo, com base em uma experiência profissional, que em Salvador os serviços de reabilitação destinados para pessoas usuárias de drogas são escassos, principalmente, quando o público alvo é de pessoas do sexo feminino.

A escassez de serviços específicos pode se constituir, por um lado, em descaso, em relação à problemática do consumo de drogas e, por outro lado, uma oportunidade de implementar ações em serviços, de forma a envolver os diversos tipos de profissionais e serviços no confronto de questões relacionadas ao consumo de drogas.

2.3 OS PROFISSIONAIS NUM CONTEXTO DE SAÚDE: ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS SOCIAIS E DE SAÚDE

No seu dia-a-dia, os profissionais de saúde que trabalham na rede básica se deparam frequentemente com pessoas que consomem álcool e outras drogas. O Ministério da Saúde, no documento “A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas”, afirma que:

[...] aproximadamente 20% dos pacientes tratados na rede primária de saúde bebem em nível considerado de alto risco, pelo menos

¹⁴ Investigar esses serviços, o trabalho desenvolvido, o modelo de assistência adotado e os resultados obtidos se constituem em relevante objeto de investigação a ser desenvolvido em período próximo.

fazendo uso abusivo de álcool. Estas pessoas têm seu primeiro contato com os serviços de saúde por intermédio de clínicos gerais. Apesar disso, estes, pouco detectam a presença de acometimento por tal uso, o que tem repercussão negativa sobre as possibilidades de diagnóstico e tratamento. Vemos que, no geral, o foco da atenção está voltado para as doenças clínicas decorrentes da dependência – que ocorrem tardiamente – e não para a dependência subjacente. (BRASIL, 2003, p.17).

Embora o Ministério da Saúde faça referência apenas ao consumo de álcool, supõe-se que a situação seja similar para outras substâncias psicoativas tais como a maconha, cocaína, medicamentos, tabaco entre outras, em uso crescente no Brasil conforme mostra dados epidemiológicos apresentados por (CARLINI et al., 2002; GALDURÓZ et al., 2005).

Os dados apresentados pelo MS em relação à assistência à pessoa usuária de álcool e outras drogas, no Brasil, parecem assinalar que o enfoque na doença e a desarticulação aos processos sociais e subjetivos ligados ao consumo de drogas podem ter explicações em duas vertentes, as quais estão interligadas. A primeira diz respeito ao status hegemônico do modelo biomédico, que norteia as condutas médicas e as ações desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro. A segunda refere-se às representações sobre gênero, que permeiam as ações de saúde e as relações sociais, nas quais as ações assistenciais se dão.

No Brasil, as práticas dos profissionais de saúde, de um modo geral, privilegiam os aspectos biológicos e, mais especificamente a doença, em detrimento dos aspectos sociais e culturais que, em muitas situações, originam as doenças. Portanto, a doença “como objeto privilegiado de conhecimento e como eixo de suas intervenções” (MATTOS, 2001, p. 49) constitui a principal característica da biomedicina. Esta característica conduz a uma ação naturalizada dos profissionais de saúde – a medicalização.

De acordo com a literatura especializada (MATTOS, 2001; FOUCAULT, 2002; COSTA, STOTZ, GRZYNSZPAN, SOUZA, 2006) o processo da medicalização tem início no século XVIII, sendo incentivado pelo capitalismo pela convicção de que o indivíduo pode alcançar o pleno bem-estar desde que cada aspecto de sua vida seja regulado cientificamente, aumentando assim o consumo de bens e serviços médicos. A medicalização, portanto, é um processo social que compreende tanto a ampliação de atos, produtos e consumo médico, quanto a interferência da medicina

no cotidiano dos seres humanos através do estabelecimento de normas de condutas e padrões que preconizam comportamentos individuais socialmente aceitáveis.

A medicalização tem suas raízes em descobertas biológicas que ampliaram o poder social da Medicina e aos poucos foram sendo incorporadas no cotidiano da população de formas distintas (COSTA, STOTZ, GRYNSZPAN, SOUZA, 2006). O processo de medicalização, segundo Ignácio (2007, p.89).

(...) age conformando modos de ser e instaurando uma normalidade medicalizada, na qual a expressão do sofrimento (de qualquer origem e forma) não se torna objeto de reflexão e busca de construção de outras formas de ser, mas sim de um “bloqueio químico” das emoções.

Por essas características, é consenso na literatura especializada de que a medicalização tem dupla faceta: controlar os corpos individualmente e controlar a população através de programas e políticas de saúde. Como um exemplo desse duplo controle da medicalização pode ser citado o programa de planejamento familiar que visa o controle da natalidade nas camadas pobres com a oferta, exclusivamente, de métodos contraceptivos.

Para Tesser (2006), a crescente e infindável demanda espontânea por atenção médica para todos os tipos de problemas, queixas, dores e incômodos que se apresentam diariamente nos serviços de saúde se constitui em um dos subprodutos evidentes da medicalização social. Ademais,

a popularização dos diagnósticos força uma homogeneização precoce das histórias clínicas e dos diagnósticos sobre elas produzidos, ao mesmo tempo em que as condições de vida e trabalho impostas pela globalização pressionam e degradam a situação de saúde da maioria da população (TESSER, 2006, p. 73)

Com base em achados de um estudo qualitativo desenvolvido em unidades-ensino e unidades-assistenciais de saúde do município do Rio de Janeiro, Bosi (1994) afirma que a predominância da atenção para aspectos biológicos e, a conseqüente naturalização da medicalização, está intimamente relacionada com o conceito de saúde que os profissionais atribuem à população atendida. No referido estudo, os profissionais consideram que os usuários concebem a saúde como uma necessidade imediata e os profissionais como “*o curandeiro, o mágico – alguém que pode proporcionar a cura*” (op.cit; p. 451). Ou seja, se há uma dor ou uma doença, deve haver um remédio, como elemento curativo para a mesma. Daí o predomínio da medicalização em detrimento de aspectos preventivos.

As concepções do corpo como uma “máquina” e do médico como um “mecânico” surgidas no século XVIII (SIMÕES BARBOSA, 2001; ROHDEN, 2003; MARTIN, 1987), tem levado a prática médica a fazer distinções entre tipos de corpos, primeiro criando a noção de dois sexos e, paralelamente, de raças distintas, biologicamente falando (GOULD, 1991; SCHWARCZ, 1993).

Já no século XIX, a medicina apresentava-se com o objetivo essencial de controlar a saúde e o corpo das classes mais pobres, para torná-los mais aptos para o trabalho. Para os médicos desse período, as diferenças sexuais eram operacionalizadas e cristalizadas ao longo da vida de cada ser e, embora fossem consideradas naturais e biológicas, as diferenças dependiam de fatores internos e externos para serem garantidas. Essa instabilidade, por sua vez, gerava maior vulnerabilidade para as mulheres, as quais demandavam um modelo particular de entendimento da relação entre natureza e cultura (ROHDEN, 2003). Contudo, conforme afirma Simões Barbosa (2001, p. 91):

O enfoque biomédico, consoante com os paradigmas da moderna ciência ocidental, passou a definir e tratar a doença enquanto um transtorno funcional, orgânico e individual, cabendo ao médico restaurar nos indivíduos sua ‘normalidade’ funcional, produtiva e reprodutiva. Em decorrência, a prática médica, ideologicamente, homogeneíza os indivíduos, suprimindo suas condições sociais, de sexo/gênero, de cultura e de raça.

No contexto da biomedicina, a reprodução é considerada como o papel central da vida das mulheres. A idéia de natureza feminina está intimamente relacionada com a ocorrência de fatos caracteristicamente biológicos que ocorrem no corpo da mulher, tais como a gestação, o parto e a amamentação. Com base nessa concepção, “o processo histórico da medicalização do corpo feminino passa, necessariamente, pela idéia de que existe uma natureza biológica determinante e dominante da condição feminina” (VIEIRA, 1999, p. 68).

O modelo biomédico estabelece situações de desigualdades entre homens e mulheres e entre mulheres de diferentes gerações pela ênfase que dá às doenças e ao período reprodutivo, e, ainda pela desarticulação com os processos sociais e subjetivos ligados às diferentes formas de adoecer. Fica evidente, assim, que o enfoque na doença e a desarticulação dessas com os processos sociais e subjetivos ligados ao consumo de drogas ainda precisam ser desvelados.

Da mesma forma que o consumo de uma substância psicoativa tem motivação/significação distinta para a pessoa que dela faz uso, decerto não há uma

explicação única para a maneira como os profissionais que atuam nos serviços de saúde abordam e/ou enfrentam o consumo de álcool e outras drogas, enquanto um problema social. Nesse contexto, com relação à prática dos profissionais de saúde para a problemática do consumo de drogas, Cruz (2005)¹⁵ ressalta que:

a prática de uma atividade tão cheia de novos desafios, como é caso do atendimento de usuários de drogas, não permite de forma imediata a utilização de “habitus” desenvolvidos para outras práticas (CRUZ, 2005, p. 81).

A constituição do “habitus” de cuidado é realizada pela prática clínica, na qual são integrados os sistemas cognitivos adquiridos na formação. Assim, além do aporte teórico que os profissionais recebem, durante sua formação acadêmica, os modos de pensar, de agir de cada indivíduo também interferem na prática profissional (CRUZ, 2005). Dessa forma, modelos de formação profissional, que se apoiam exclusivamente no aporte teórico, são questionados, conforme discutido na seção anterior.

Ademais, é necessário levar em conta a situação social e econômica do profissional. As mudanças sociais pelas quais passam são relevantes nas trajetórias profissionais daqueles que buscam capacitação e que iniciam a prática do atendimento a usuários de drogas. Portanto, alterações ocorridas nas relações de trabalho, tais como o desemprego, os vínculos instáveis ou temporários e a queda da remuneração, interferem na atuação e prática dos profissionais de saúde nessa área (CRUZ, 2005).

Além dos fatores mencionados – modelo biomédico, formação profissional, mudanças sociais, situação de trabalho - a literatura especializada aponta outros fatores. Dentre estes estão: falta de capacitação em relação às questões relacionadas ao consumo de drogas (GONÇALVES, 2002); percepções e representações sociais sobre as drogas e sobre a pessoa usuária de tais substâncias (SPRICIGO; ALENCASTRE, 2004; MACIEL, MOREIRA; GONTIÉS, 2001); e a inexistência de uma rede de serviços de saúde na assistência a usuários de drogas (GONÇALVES, 2002; OLIVEIRA; VALENTE, 2005). Há ainda, os pressupostos sobre os pacientes atendidos no sistema de saúde (ligados ao gênero

¹⁵ Os dados apresentados por Cruz estão ancorados em um estudo qualitativo sobre o processo de ensino e aprendizado adotado em um serviço de saúde destinado ao atendimento de usuários de drogas no Rio de Janeiro. O estudo envolveu 17 profissionais de saúde (médicos, psicólogos, enfermeiros e assistente-sociais) e 71 alunos de um curso de extensão universitária em atuação no referido serviço.

e outros fatores como classe social), inclusive as representações desses em relação aos usuários da rede pública (SCHRAIBER, 2005).

A falta de habilidade e de sensibilidade dos profissionais é apontada como um fator que pode contribuir para que problemas relacionados ao abuso e dependência de drogas sejam mascarados, negados ou vistos de maneira parcial. Dessa forma, mudanças nas ações de promoção, prevenção e tratamento, desde a atenção básica, são assinaladas como uma forma de reverter a situação. Para que as mudanças ocorram, a médio e longo prazo é preciso, sobretudo, minimizar o vazio de conhecimentos existentes entre os profissionais que estão em atuação nos diversos setores da saúde e, ao mesmo tempo, incluir esses conteúdos nos currículos de todos os cursos da área da saúde em paralelo ao acompanhamento da crescente ampliação do consumo de drogas na sociedade (GONÇALVES, 2002).

As afirmações de Gonçalves (2004) estão respaldadas em um estudo de abordagem qualitativa, realizado junto aos membros de uma equipe do Programa de Saúde da Família¹⁶(PSF) no município de Contagem, em Minas Gerais. Nesse estudo, foram evidenciadas, concomitantemente, fragilidades e potencialidades técnicas do PSF, para enfrentar o desafio do abuso e dependência de drogas. Por tratar-se de uma pesquisa-ação, a referida autora desenvolveu junto aos profissionais uma capacitação através de ação reflexiva sobre a prática de cuidados relacionados ao consumo de drogas. Tal capacitação mostrou-se capaz de superar algumas das fragilidades identificadas e, ainda, de implantar estratégias para lidar com o problema. Nesse caso, a capacitação realizada resultou na criação de um projeto de ação comunitária com envolvimento dos profissionais investigados.

A pouca ênfase dada ao consumo das drogas durante a formação universitária básica e a influência de idéias divulgadas pela mídia, acerca dessa problemática, foram ressaltadas por profissionais de saúde - médicos, psicólogos, assistente social, redutores de danos, em atuação em uma unidade de saúde especializada no estudo e terapia a pessoas usuárias de drogas do município de Salvador-Ba - como fatores que corroboram para a formação de estigmas e preconceitos, em relação à pessoa usuária de drogas (OLIVEIRA; VALENTE, 2005). Esses fatores, decerto, interferem na identificação de problemas relacionados ao consumo de drogas, retardando-o e/ou expondo pessoas a situações de

¹⁶ A equipe era formada por um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários.

discriminação pelo uso de rótulos como “viciados”, “dependentes”, “doente mental”, “marginal” e “criminoso”. Esses rótulos são utilizados de forma generalizada, sem levar em consideração o padrão de uso¹⁷, contribuindo, assim, para o ocultamento dessa prática, sobretudo entre as mulheres, possibilitando o agravamento de problemas sociais e de saúde (OLIVEIRA, 2001a).

Um estudo desenvolvido com enfermeiras de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Baguaçu, região da grande Florianópolis-SC, revela que as mesmas representam a pessoa usuária de drogas como delinqüentes, doentes, e vítimas de desigualdades sociais (SPRICIGO; ALENCASTRE, 2004). Essas representações, de acordo com os autores do estudo, refletem o enfoque dado ao consumo das drogas nos cursos de graduação e a predominância do modelo biomédico adotado na rede de serviços de saúde.

O referido estudo confirma o contato cotidiano de profissionais de saúde com pessoas usuárias de drogas e considera que “a maneira de entender a gênese do uso de drogas guiará as ações no campo da prevenção, do tratamento e da inclusão social” (SPRICIGO; ALENCASTRE, 2004, p. 431), de forma que a pessoa usuária de droga, representada como doente, seja protegida das desigualdades que lhe são impostas. O desafio é como fazer isso dentro de um sistema social que determina várias formas de desigualdades, resultando, por um lado, na escassez e/ou ausência de serviços especializados e de ações que contemplem as especificidades de pessoas usuárias de drogas e, por outro, na manutenção de representações que remetem à exclusão social pelo uso de drogas atreladas a variáveis como sexo, raça/cor, geração, sexo, orientação sexual, classe social, dentre outras.

A falta de um protocolo de atenção para o consumo de drogas é apontada como um fator que dificulta o atendimento e acompanhamento de pessoas usuárias de drogas por profissionais de uma unidade básica de saúde (GONÇALVES, 2002). Além disso, profissionais de uma unidade especializada na atenção à pessoa usuária de drogas e seus familiares observam que a inexistência de uma rede de serviços que ofereça assistência aos usuário(a)s de drogas constitui outro fator importante que corrobora para a atenção inadequada a pessoas que adotam tal conduta (OLIVEIRA; VALENTE, 2005).

¹⁷ Ver na introdução a discussão da classificação dos cinco padrões de uso de drogas, segundo Siegel (1989).

Dentre as estratégias adotadas pelo MS para o enfrentamento de problemas associados ao consumo de drogas, destacam-se: a estruturação e o fortalecimento de uma rede de assistência, centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços sociais e de saúde. Tal estrutura enfatiza a ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, com dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada e articulada à rede de saúde mental e ao restante da rede de saúde (BRASIL, 2003).

A falta de um protocolo de atenção e de uma rede de referência para assistência a pessoas vítimas de violência doméstica são considerados como fatores que dificultam e, até mesmo, impossibilitam o atendimento e acompanhamento destas (SCHRAIBER, 2005). Essa consideração revela a inadequação do sistema de saúde para lidar com problemas de ordem social que afetam a população de um modo geral.

De acordo com ÂNGULO-TUESTA (1997); SCHRAIBER (2005), em estudos desenvolvidos com profissionais de saúde na região Sudeste e Nordeste, respectivamente, a violência doméstica como tema de assistência à saúde é ainda um problema sem visibilidade nos serviços de saúde, embora seja comum o atendimento a pessoas, especialmente mulheres, vítimas de violência em suas diversas modalidades, no cotidiano da prática dos mais diversos profissionais de saúde. Embora em ambos os estudos os profissionais investigados reconheçam, algumas vezes, que sinais e sintomas apresentados pela população feminina atendida sejam decorrentes de violência doméstica, estes se limitam a cuidar das alterações físicas apresentadas, sem questionar amiúde a causa das mesmas.

Diante de tais considerações cabe afirmar que a complexidade de fenômenos sociais como o consumo de drogas e a violência em suas diversas modalidades exige que os serviços de saúde e os profissionais que neles atuam adotem e implementem formas de atenção que dêem conta de especificidades individuais e coletivas e que contemplem aspectos que vão além do biológico e patológico. É preciso levar em conta, também, o entrecruzamento entre tais fenômenos e destes com outras condições sociais, a exemplo da pobreza, conforme foi mostrado em estudo realizado com profissionais de saúde em atuação em Centros de Saúde do Município do Rio de Janeiro - RJ e no Programa Médico de Família da Prefeitura de Niterói (ÂNGULO-TUESTA, 1997).

É preciso reconhecer, também, que fenômenos como a violência e o tráfico de drogas desencadeiam vários outros agravos sociais e de saúde para pessoas que direta e/ou indiretamente estão envolvidas com os mesmos, afetando sua saúde de formas distintas. Os profissionais investigados no estudo realizado por Ângulo-Tuesta (1997) assinalam que o tráfico de drogas e a conseqüente ação da polícia para seu combate ocasionam o surgimento e/ou agravamento de distúrbios tais como a hipertensão, ansiedade, insônia, dentre outros. E, ainda, ocasionam a interrupção das atividades realizadas pelo serviço de saúde local, cerceando, assim, o acesso da comunidade a assistência de saúde.

As idéias e representações que os profissionais de saúde têm sobre a população atendida constituem outro importante fator para o enfrentamento de problemas, como a violência e o consumo de drogas. Alguns estudos indicam que, na atenção à saúde na rede pública no Brasil, os profissionais tendem a desenvolver uma visão pejorativa dos usuários dos serviços de saúde, a partir de certos estereótipos sobre os pobres, sobre as pessoas com baixa escolaridade, sobre os negros, os adolescentes e outras categorias sociais. Os estereótipos são definidos e re-articulados pelos próprios profissionais, frente às suas experiências.

Embora haja ambigüidades e contradições nas percepções de profissionais de saúde em relação aos usuários e usuárias do serviço, uma tendência homogeneizante tende a operar (MCCALLUM; REIS 2006; MCCALLUM, 2008). Assim, as idéias de que as pessoas que usam os serviços públicos de saúde são ignorantes, preguiçosos, despreocupados e “sujos” (no sentido de que não adotam determinadas práticas de higiene) são eixos que definem a imagem das pessoas que utilizam os serviços de saúde. Essas idéias constituem uma barreira para o desenvolvimento e implantação de atividades que atendam a heterogeneidade dos usuários do serviço. Não obstante, além da visão homogeneizante, quanto ao baixo nível dos usuários, em geral, há claras distinções quanto ao gênero (SCHRAIBER, 2005).

Embora a mulher seja eleita como personagem central da assistência à saúde, suas necessidades e demandas específicas não são contempladas na implantação das ações nos serviços de saúde, conforme mostrado nos trabalhos de Schraiber (2005) e de Mccallum e Reis (2006). O primeiro foi desenvolvido junto a profissionais do Programa de Saúde da Família (PSF) da cidade do Recife e o outro corresponde a uma etnografia realizada numa maternidade pública de Salvador.

A usuária padrão é vista como uma mulher casada, dona-de-casa e mãe e, dentro dessas características, como cuidadora da família e mediadora entre o domicílio e o serviço de saúde. Nesse contexto, a noção que preside é que o tempo das mulheres é destinado apenas aos cuidados em saúde, devendo assim estar disponível para atender as intervenções propostas pela unidade, sendo sua frequência muito alta na unidade. Ademais, a mulher é considerada uma usuária difícil, pois apresenta situações que são desvalorizadas dentro da perspectiva de intervenção médica, ou por serem queixas simples demais ou por terem um conteúdo sócio-cultural muito abrangente que foge à ação médica. Dessa forma, as ações na saúde das mulheres ainda estão centradas em aspectos relacionados à reprodução e ao planejamento familiar (SCHRAIBER, 2005). Tais estudos mostram o pouco sucesso na implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e na visão política contida no mesmo.

O estudo de uma maternidade pública em Salvador, citado acima, mostra que as ações no serviço são organizadas para atender muito mais as questões de produtividade (número de pacientes) e comodidade dos profissionais que as necessidades individuais das mulheres atendidas. Isto porque há estigmatização a maternidade na adolescência, deslegitima a reprodução e a sexualidade entre as mulheres jovens atendidas, as quais são caracterizadas como negras e de baixa renda. Essas, por sua vez, adotam o silêncio diante da dor como uma maneira de não desagradar os profissionais de saúde e de evitar maus tratos. O isolamento social após o internamento, a tricotomia, a indução do parto com uso de medicamentos específicos, a manutenção da posição de litotomia¹⁸ e da episiotomia¹⁹ de rotina são algumas das imposições feitas pelos profissionais às mulheres atendidas (MCCALLUM, REIS, 2006).

Diante das situações apresentadas pode-se afirmar que a percepção dos profissionais sobre um determinado processo social interfere na assistência prestada. Logo, a incorporação da perspectiva de gênero em pesquisas e nas práticas diárias dos profissionais de saúde possibilita o reconhecimento do impacto de construções sociais e culturais da masculinidade e feminilidade com identificação

¹⁸ Posição na qual a pessoa se mantém com a perna com flexão moderada sobre a coxa e dessa sobre o tronco (REZENDE, 1974).

¹⁹ Incisão no contorno da vulva para aumentar-lhe o orifício, secção do períneo (REZENDE, 1974).

e respeito às heterogeneidades da(o)s usuária(o)s rumo a uma assistência mais equânime.

2.4 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS: QUESTÕES TEÓRICAS.

O comportamento de consumir drogas, na contemporaneidade, atrai em torno de si uma fluidez de conflitos e condutas constituindo, assim, um aspecto importante a ser contemplado pelo referencial das Representações Sociais (RS). Ao valorizar a construção do saber, os valores, as crenças, as opiniões, as concepções de mundo, articula-se a situação sócio-político-cultural, na qual o sujeito está inserido, ao tempo em que se cria a possibilidade de contemplar os vários aspectos que permeiam o consumo de drogas.

A noção de RS foi inicialmente proposta por Serge Moscovici, no início dos anos 60, em sua obra “La Psychanalyse, son Image et son Public”. Baseando-se em fundamentos sociais da teoria da representação coletiva de Durkheim, Moscovici cria uma teoria psicossociológica do conhecimento que possibilita estudar os comportamentos e as relações sociais sem deformá-las, nem simplificá-las e com resultados originais. Nesse caso, a representação recebe a denominação de “social” por originar-se nas conversas e discussões diárias, dispor de um código aceito para comunicação estabelecendo conversações fluídas e inteligíveis e, distinguir os elementos de cada grupo (MOSCOVICI, 2001).

Nesse contexto, o próprio Moscovici define representações sociais como:

um conjunto de conceitos, explicações e afirmações originado na vida diária no curso de comunicações interindividuais. Elas são o equivalente, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; poder-se-ia dizer que são a versão contemporânea do senso comum (SÁ, 1996, p. 24).

A noção de representação social se dá na interface do psicológico e do social, do individual e do coletivo, assemelhando-se a determinados conceitos da sociologia, como o de ideologia e da psicologia, como os conceitos de cognição,

opinião, atitude e imagem. A dinâmica atribuída às representações sociais ultrapassa os limites do domínio psicossociológico tornando-se interesse de investigadores de muitas outras áreas de conhecimento tais como a sociologia, antropologia, história, ciências humanas, educação, saúde dentre outras.

Ao privilegiar o conhecimento do senso comum, a Teoria das Representações Sociais (TRS):

pressupõe uma ruptura com as vertentes clássicas das teorias do conhecimento, as quais abordam o conhecimento como saber formalizado que transpõe o limiar epistemológico, sendo constituídas por conjuntos de enunciados que definem normas de verificação e coerência (SPINK, 1993, p. 302).

Tal privilégio, por sua vez, implica em resistência inicial para incorporação da TRS no mundo acadêmico e científico durante pelo menos duas décadas. A ciência e o senso comum compõem modos distintos de compreender o mundo e de se relacionar com ele, por isso são irreduzíveis um ao outro.

A ciência constitui, ainda na modernidade, centro privilegiado de produção da verdade que, através de seus aparatos políticos e econômicos, distribui efeitos de poder. Daí a resistência à noção de representações sociais, a qual apregoa a ruptura entre enunciado e autor, o reconhecimento do sujeito que fala, que pensa, que se comunica, que busca expressar sua verdade no mundo. E, que reforça a “importância dos conhecimentos gerados, partilhados, veiculados e gerenciados coletivamente, em oposição ao conhecimento dos grandes sábios, cujo saber se apresenta como saber de um sujeito, um autor com nome próprio” (CAMPOS, 2003, p. 90).

O senso comum é dinâmico, muda seu conteúdo e as maneiras de raciocinar sem necessariamente substituí-las pelas teorias científicas e pela lógica. Constitui, assim, um conjunto estruturado de descrições e explicações, mais ou menos interligadas que todas as pessoas possuem independentes de estarem ou não cientes disso, e que se utilizam no dia-a-dia para explicar suas atividades e comportamentos, partilhar de uma conversação ou para negociar com outras pessoas, enfim para manter relações comuns entre os indivíduos (MOSCOVICI, 2003).

O senso comum, diferente do conhecimento científico, se ajusta aos objetivos da vida diária de cada sujeito em seu contexto social. Ele nos permite compreender

como as representações são geradas, comunicadas e colocadas em ação na vida cotidiana.

O sujeito, em suas experiências e interações, constrói um saber através do qual, cada objeto, seja ele concreto ou abstrato, acontecimento, pessoa ou idéia adquire um sentido na articulação com o outro e com o mundo a sua volta. Nas representações sociais, as respostas individuais são reflexos das manifestações do grupo social com o qual o sujeito compartilha experiências e vivências da sua vida pessoal e, os pronunciamentos semelhantes revelam certo nível de generalização, uma forma de pensar coletiva sobre um mesmo assunto (FERREIRA; FIGUEIREDO; ARRUDA, 2002; GUARESCHI, 2000). Porém, ao tempo em que se comunicam, se intercambiam e se combinam de maneira estável, elas formam representações distintas das representações coletivas (MOSCOVICI, 2003).

Compreendidas como um fenômeno psicossocial, histórico e culturalmente condicionado, as representações sociais circulam através da comunicação social cotidiana e se diferenciam de acordo com os conjuntos sociais que as elaboram e as utilizam (JODELET, 2001). Além de significar mais do que uma imagem estática de um objeto na mente das pessoas, elas compreendem o comportamento e a prática interativa de um grupo (WAGNER, 1998). Assim, representar uma coisa, um estado, não consiste simplesmente em desdobrá-lo, repeti-lo ou reproduzi-lo, mas, sobretudo em reconstituí-lo, retocá-lo, modificar-lhe (MOSCOVICI, 2003).

A potencialidade para criar e transformar a realidade social e o processo criativo de elaboração cognitiva e simbólica que serve de orientação ao comportamento humano confere as representações sociais três dimensões: da informação, da atitude e do campo da representação ou imagem. A dimensão da informação está relacionada com a organização que o grupo possui a respeito de um objeto social. A dimensão do campo da representação implica em imagens, modelos sociais e hierarquias que abarcam o espectro da representação com valores que a informam. A atitude exprime a posição, o afeto e a tomada de decisão em relação ao objeto representado, ou seja, as pessoas se informam e representam alguma coisa, somente depois de terem tomado uma posição e, em função da posição tomada (ARRUDA, 2002a, SILVA, 2002).

A atitude “dinamiza e orienta decisivamente as condutas relacionadas ao objeto representado, provocando um conjunto de reações emocionais e comprometendo as pessoas com maior ou menor intensidade” (IBÁÑEZ GARCIA,

1988, p. 46-47). Embora não seja o mais comum e mais fácil a ser feito, mas, o mais recomendável é fazer uma articulação entre essas três dimensões de forma a não privilegiar uma em detrimento da outra.

Nesse contexto, as representações devem ser estudadas numa articulação com elementos afetivos, mentais e sociais buscando, numa integração com a cognição, a linguagem e a comunicação, a consideração das relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideativa sobre a qual elas têm de intervir (JODELET, 2001). Dessa forma, para se conhecer uma representação social é necessário, “além da verbalização dos atores sociais, apreender o que está a montante na sociedade e a jusante nos efeitos que são produzidos nas práticas” (PEREIRA, 2005, p.53).

A dinâmica conferida às representações sociais assim como sua aplicabilidade a várias áreas do conhecimento tem contribuído para seu desenvolvimento e especialização da teoria. Neste contexto, três abordagens são apresentadas, as quais se encontram de acordo com os postulados propostos por Moscovici. A primeira abordagem é chamada de culturalista e é representada pelos trabalhos da École des Hautes Études em Sciences Sociales, direcionados diretamente por Serge Moscovici e Denise Jodelet. Essa abordagem considera que as representações são determinadas pelas práticas, mas estas não são exclusivamente discursivas. Neste sentido busca enfatizar os suportes pelos quais as representações se manifestam na vida cotidiana. Isto é, privilegia: o discurso das pessoas e grupos que mantêm tais representações, comportamentos e práticas sociais nas quais os comportamentos se manifestam; documentos e registros nos quais os discursos, práticas e comportamentos são institucionalizados; as interpretações repassadas pelos meios de comunicação de massa que retroalimentam as representações. Essa abordagem, portanto, considera que as representações são determinadas pela prática, mas essas não são exclusivamente discursivas (SÁ, 1998).

A segunda corrente, denominada de “princípios reguladores das tomadas de posição”, é também conhecida como abordagem societal ou “Escola de Genebra” elaborada por Doise (1986, 2002) e colaboradores. A ênfase dessa corrente é dada para as condições de produção e circulação das representações sociais considerando que os elementos e relações cognitivas que fazem o conteúdo de uma representação social trazem, a priori, a marca de um condicionamento social. A

terceira abordagem é defendida por Abric (1994) com grandes contribuições de Sá (1996; 1998), formalizando-se como uma teoria dentro da grande teoria das representações sociais, a Teoria do Núcleo Central. Essa teoria tem como principal interesse o conteúdo cognitivo das representações sociais, o qual se estrutura em um sistema central e um periférico, com características e funções distintas. A partir dessa proposição estrutural básica é possível observar a transformação das representações através do sistema periférico, assim como fazer comparações entre grupos heterogêneos ou, com um mesmo grupo, em momentos distintos (SÁ, 1998). Estas abordagens de certa forma estão interligadas e se complementam num processo dinâmico e criativo.

Este estudo, ao objetivar apreender as representações sociais de profissionais de uma unidade básica de saúde acerca do consumo de drogas tende a priorizar a abordagem sistematizada por Jodelet, mas lança mão, também, de suportes oferecidos pelas demais abordagens.

A elaboração e o funcionamento de uma representação social podem ser apreendidos pelos processos de objetivação e ancoragem que proporcionam a compreensão da dialética, da articulação entre o cognitivo e as condições sociais onde são elaboradas as representações. Esses processos traduzem a forma pela qual o social transforma em conhecimento a representação e, como uma representação, transforma o social.

Como processos envolvidos na formação das representações sociais, eles não devem ser analisados independentemente, uma vez que as representações sociais têm uma estrutura de natureza dupla, figurativa e conceitual, pouco dissociáveis tal como uma folha de papel. O processo que transforma um objeto abstrato, de natureza conceitual em algo imagético (figurativo) é denominado de objetivação, enquanto o que converte uma figura em um sentido é designado de ancoragem.

De um modo geral, a ancoragem e objetivação como processos formadores das representações sociais, mostram-se pouco enfatizados nas pesquisas realizadas na perspectiva na teoria das representações sociais. Essa atenuação é justificada pela dificuldade intrínseca de sua identificação, no caso da ancoragem, e, de duas das abordagens da grande teoria não contemplarem o processo de objetivação (SÁ, 1998). Conquanto não pareça uma tarefa fácil, é extremamente

importante a manutenção desses processos como marcas distintivas da teoria das representações sociais.

Segundo Nóbrega (2001), a ancoragem e a objetivação estão dialeticamente articuladas, porém se mostram aparentemente opostas, no sentido em que uma visa criar as verdades evidentes para todos, independente de todo determinismo social e psicológico e, a outra, contrariamente, designa a intervenção de tais determinismos na sua gênese e transformação.

A objetivação é considerada como simbolização e a ancoragem como a interpretação do sujeito. Na objetivação, o objeto está sendo modificado, reproduzido, materializado, tornando-se concreto e, na ancoragem o objeto é transformado a partir da representação pré-existente no sistema (JODELET, 2001).

A objetivação é o intercâmbio entre o abstrato e o concreto. Neste processo, o objeto percebido e o conceito se inter-relacionam dando materialidade a um objeto abstrato, tornando quase tangível o conceito abstrato, como que materializando a palavra (SÁ, 1998). A objetivação, por sua vez, transforma as noções, idéias e imagens em algo concreto da realidade.

O processo de objetivação configura-se em três etapas, também interligadas: construção seletiva, esquematização e naturalização. Na construção seletiva as informações, crenças e idéias acerca do objeto da representação sofrem um processo de seleção, de descontextualização, em função de critérios culturais e normativos. Esses critérios (culturais e normativos) dizem respeito às condições de acesso as informações e aos elementos de informações para construção de um sistema de valores próprios aos grupos e cada indivíduo que compõem os distintos grupos.

A esquematização estruturante ou núcleo figurativo, como o nome sugere, corresponde a uma organização dos elementos identificados na construção seletiva de modo que cada elemento de sentido corresponde a uma imagem. A esquematização e a construção seletiva estão estritamente relacionadas ao efeito da comunicação e das pressões originárias na pertença social dos indivíduos.

A naturalização, por sua vez, consiste em materializar os elementos selecionados e figurados nas etapas anteriores em categorias naturais, ganhando evidência na realidade e no senso comum, isto é, confere uma realidade plena aquilo que era abstração. Dessa forma “o conceito deixa de ser uma idéia e até

mesmo uma simbolização da imagem para tornar-se uma entidade autônoma” (NÓBREGA, 2001, p. 75).

A ancoragem é vista como um processo onde o indivíduo transforma o que é desconhecido, perturbador, ameaçador, em algo conhecido, atendendo assim ao princípio da transformação do não familiar em familiar, pelo qual se explica a formação da representação social (SÁ, 1998;NÓBREGA, 2001). Ancorar significa classificar, dar nome a alguma coisa, torná-la conhecida, próxima. Nesse sentido a ancoragem garante a interpretação da realidade e a orientação dos comportamentos possibilitando o engajamento social da representação social e de seu objeto (NÓBREGA, 2001, ESCUDEIRO; SILVA, 1997). Portanto, a ancoragem é um processo dinâmico e, ao mesmo tempo “permanente nas representações sociais, pelo qual a representação cria e mantém vivas suas raízes nos sistemas sociocognitivos” (CAMPOS, 2003, p. 34).

A ancoragem se organiza diante de três condições estruturantes: a atribuição do sentido, instrumentalização do saber, enraizamento no sistema do pensamento. A atribuição dos sentidos, através do princípio de significação, imprime as marcas dos distintivos culturais na representação que na instrumentalização do saber confere valor funcional à estrutura figurativa da representação. Essa, por sua vez, articula a oposição entre a incorporação dos elementos novos na sociedade e a familiarização do que é estranho desencadeando novas interpretações sobre a realidade, caracterizando assim enraizamento no sistema do pensamento (NÓBREGA, 2001).

Na visão de Doise (2002) há três níveis de ancoragem: psicológico, psicossociológico e sociológico. O primeiro nível diz respeito ao estudo de como as representações se enraíza nas atitudes e valores adotados pelos indivíduos; o segundo, refere ao modo como as pessoas percebem as relações entre os grupos e a estrutura social; o terceiro nível contempla as pertenças dos indivíduos nos grupos sociais e suas experiências. Para Campos (2003, p.35), a ancoragem sociológica contempla as;

práticas desenvolvidas pelos grupos sociais e as práticas institucionalizadas compreendidas como um conjunto de práticas sociais determinadas pelas instituições, como formas sociais já normatizadas e estratificadas.

Diante da perspectiva desse estudo e das descrições dos níveis da ancoragem, este estudo mostra-se pertinente com o nível sociológico uma vez que busca contemplar as experiências dos distintos sujeitos em seus grupos de pertencas.

As considerações apresentadas sobre as representações sociais e sobre o consumo das drogas sugerem a pertinência da teoria das representações sociais para este estudo. Não obstante, a literatura que aborda esta problemática numa articulação com a TRS ainda se mostre escassa no Brasil, mas com perspectiva de expansão, seja pela relevância da temática, assim como, pelo reconhecimento e divulgação da referida teoria em várias áreas do conhecimento, conforme apontado anteriormente. A seguir oferece-se uma discussão sobre algumas investigações sobre a problemática das drogas com fundamentação na TRS.

2.4.1 Alguns estudos sobre o consumo das drogas com base na Teoria das Representações Sociais

As representações sociais de profissionais da área de saúde (enfermeiras, psiquiatras, psicólogos, assistente social) e da área jurídica (juizes, advogados e promotores), da cidade de João Pessoa, sobre drogas, foram abordadas por Maciel, Moreira, Gontíes (2001; 2004), mostrando-se “impregnadas pelas experiências profissionais influenciando e sendo influenciadas por elas no decorrer do tempo”. As representações estão carregadas de estereótipos o que, de acordo com os autores, contribuem para o confinamento de usuários de drogas em hospitais e/ou presídios e, conseqüentemente para manutenção do problema.

As representações do uso da maconha (ARAÚJO, CASTANHA, BARROS, CASTANHA, 2006) e do uso do álcool (CASTANHA, ARAÚJO, 2006) constituíram objetos de estudos desenvolvidos com agentes comunitários de saúde (ACS), em atuação no município de Ipojuca – Pe. Em ambos os trabalhos foram observados que as representações dos ACS estão ancoradas num paradigma composto por três vias: causas, conseqüências e tratamento. Essa ancoragem tem objetivação nas ações que exercem e na realidade que vivenciam no cotidiano de suas atividades

profissionais. No referido estudo, foi destacada a falta de qualificação dos ACS para atuar, junto a população, em ações de prevenção primária para o uso das substâncias investigadas.

As representações acerca do uso da maconha foram, também, investigadas entre estudantes universitários da Universidade Federal da Paraíba, na cidade de João Pessoa, concluintes de cursos das áreas de tecnologia, saúde e jurídica. Os dados apreendidos refletem a influência da identificação profissional na construção das representações sociais, uma vez que a análise dos dados mostra pontos divergentes entre as representações dos distintos grupos de estudantes (GONTIÉS; ARAÚJO, 2003; COUTINHO, ARAÚJO; GONTIÉS, 2004).

A problemática das drogas com fundamentação teórica nas representações sociais foi, ainda, abordada, entre meninos e meninas em situação de rua. O trabalho mostra que “a droga é representada como uma conseqüência ruim das ruas, mas não necessariamente uma experiência vivida por todos em condição de rua” (ALBERTO, MARIANO, 2003). Para os autores, os dados apreendidos revelam que a insatisfação com a qualidade de vida e o fácil acesso às drogas são fatores que influenciam o aspecto psicológico dos entrevistados e, conseqüentemente os colocam em situação de vulnerabilidade para marginalização e para situações de competição entre eles e, com a sociedade, de um modo geral.

Maciel e Barros (2003) realizaram investigação com alcoolistas hospitalizados de um hospital psiquiátrico, da rede privada de João Pessoa - PB, com o objetivo de conhecer as representações destes acerca do álcool e dos alcoolistas e de verificar se eles também reproduzem os saberes sociais que atribuem culpa aos dependentes. Os resultados apreendidos mostram que o grupo investigado ancora o uso do álcool como algo negativo que os torna pessoas dependentes e de difícil relacionamento. Nesse trabalho, os quinze pacientes entrevistados eram do sexo masculino, revelando assim a baixa demanda de mulheres que buscam tratamento para esse tipo de problema.

Em alguns dos trabalhos apresentados observa-se a presença de estereótipos relacionados à problemática das drogas. Segundo Baptista (2004) os estereótipos surgem como representações partilhadas que refletem e têm origem em projetos, problemas e estratégias dos grupos sociais. Tal como as representações sociais os estereótipos, também, têm a função de formar e orientar, tanto a comunicação como os comportamentos. Ademais, os estereótipos, como

percepções de sujeitos pertencentes a grupos diferentes e socialmente partilhadas, têm um caráter de rigidez e alto grau de generalização que reproduz desigualdades e atitudes de discriminação. As desigualdades podem ser reduzidas com a quebra de estereótipos (Connel, 1987), a questão estar em como quebrá-los.

Nenhum dos trabalhos apresentados adota a perspectiva de gênero. Em alguns deles, o termo gênero é utilizado para fazer referência à condição biológica de homem ou mulher, ou seja, para definir o sexo dos atores sociais. Além disso, a linguagem adotada pela(o)s autora(e)s nas pesquisas acima referidas, em conformidade com as normas gramaticais estabelecidas, utiliza as expressões sempre no masculino, mesmo que a maioria dos sujeitos estudados sejam do sexo feminino. Essa situação, sem dúvidas, revela a influência de construções socioculturais na linguagem e na escrita, confirmando uma das formas do androcentrismo da ciência que, conseqüentemente, corrobora para invisibilidade das mulheres a várias situações sociais e de saúde, dentre elas o consumo de drogas (ROMO, 2006).

Daí a recomendação da adoção do enfoque de gênero em pesquisas e ações de saúde, sejam elas de cunho preventivo, educativo, curativo e/ou de reabilitação com a possibilidade de desvelar especificidades e implantar uma assistência mais equânime. Assim, como as representações sociais, o enfoque de gênero possibilita reconhecer papéis sociais estabelecidos para mulheres e homens a partir de diferenças biológicas em distintos contextos numa articulação não apenas com seu grupo de pertença, mas também em transversalidade com idade, raça, cor/etnia. Nesse caso, o sujeito investigado ganha visibilidade assim como o contexto sociocultural, institucional e histórico no qual estão inseridos. Permitem, também, compreender a heterogeneidade das pessoas nas relações sociais cotidianas, sendo assim, adequadas e pertinentes para o desenvolvimento desse estudo.

A articulação entre a teoria das representações sociais e a abordagem de gênero está paulatinamente sendo abordada por pesquisadora(e)s nacional e internacional (ARRUDA, 2002b; AMÂNCIO, 2001; PAIVA; AMÂNCIO, 2004; OLIVEIRA; AMÂNCIO, 2006). Um trabalho pioneiro apresentado por Arruda (2002b) mostra que embora haja muitos pontos de convergências entre a teoria das representações sociais e as diversas teorias feministas, a aproximação entre elas ainda é restrita.

As convergências apontam para: 1) proximidade de surgimento da TRS e das teorias feministas (década de 60 e 70 respectivamente); 2) intenção comum em compreender e responder a problemas sociais que afetam os seres humanos; 3) enfrentamento de resistência inicial para incorporação no mundo acadêmico por contrariar a ciência vigente ao adotarem como tema e objeto de estudo a mulher e o senso comum, respectivamente; 4) a busca de visibilidade ao contexto sócio-cultural, institucional e coletivo nos quais os sujeitos estão inseridos e as experiências que eles vivem e como as relatam, 5) desafio do poder das ciências pela desconstrução de situações estabelecidas e por privilegiar as relações cotidianas das pessoas e, particularmente, das mulheres; 6) flexibilidade para inserção de novos conhecimentos; 7) adequação a várias áreas do conhecimento com crescente difusão (ARRUDA, 2002b).

Por outro lado, enquanto as teorias feministas têm raízes em um projeto político, constituindo-se numa teoria da ação e do empoderamento, a teoria das representações sociais mostra-se como uma proposta analítica que, através de metodologias dissidentes, busca resgatar o senso comum como um conhecimento compartilhado pela sociedade como um todo (ARRUDA, 2002b).

A ação transformadora e de empoderamento da perspectiva de gênero é constatada em investigações de várias áreas do conhecimento²⁰, dentre elas a saúde. Ao discutir uma investigação realizada em comunidades de assentamentos da reforma agrária do alto sertão paraibano, Fortunato e Neto (2003) constatam a capacidade da perspectiva de gênero como base para uma poderosa ação político-educativa. De acordo com as referidas autoras, a perspectiva de gênero adotada, numa articulação com as representações sociais, possibilitou a transformação de representações histórico-culturais, que colocam as mulheres numa posição de inferioridade e de fragilidade nas relações de poder.

Segundo Amâncio (2001, p. 194), tomando como exemplo alguns estudos realizados em Portugal, para estudar a relação produtiva que se estabelece entre a perspectiva de gênero e as representações sociais, afirma que:

²⁰ Por exemplo, na enfermagem: NASCIMENTO, 2000; PAIVA, 2000; COELHO, 2001; COELHO et al., 2006.

O caráter hegemônico da ideologia sobre os sexos não permite prescindir das representações sociais, nem reduzi-las a processos que operam 'dentro' dos indivíduos ou dos grupos de sexo. Mas a persistência da assimetria simbólica, ao longo do tempo, e a sua resistência, em contextos de transformação social, também coloca alguns desafios à teoria.

Segundo a referida autora, um dos desafios para a teoria das representações sociais diz respeito à capacidade desta de envolver-se com os movimentos sociais e incorporar uma dimensão política, isto é, “olhar para trás e integrar a história nos processos de ancoragem, rompendo com o aqui e agora que caracteriza a maior parte da investigação psicossociológica” (AMANCIO, 2001, p. 194). Um segundo desafio refere-se à necessidade da teoria aprofundar a compreensão dos processos de negociação entre velhas e novas representações nas dinâmicas de transformação social através da articulação entre representações e os processos de objetivação.

Uma vez postos os desafios, resta a nós, pesquisadoras e pesquisadores, enfrentá-los, vencê-los e, ao mesmo tempo apontar outros. Esta é uma proposta colocada em pauta nesta investigação, ao tomar como objeto de investigação as práticas e representações sociais de profissionais de saúde acerca do consumo de drogas, tendo gênero como categoria de análise.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Este capítulo tem por finalidade explicitar a trajetória metodológica adotada para a presente investigação, através dos seguintes pontos: a) descrição das técnicas e procedimentos utilizados para apreensão do objeto de investigação e a articulação com as questões éticas; b) apresentação e discussão dos caminhos para análise do material empírico numa interação com a abordagem teórica, visando o alcance dos objetivos propostos.

O tema em estudo - consumo de drogas - é considerado como um comportamento altamente estigmatizado, que engloba variáveis sociais e culturais, que não podem ser reduzidas à variável quantitativa. Neste sentido, MacRae (2004) ressalta a importância e necessidade de recorrer a pesquisas de abordagem qualitativa sobre a problemática das drogas, sobretudo quando a pesquisa envolve pessoas usuárias e/ou percepções acerca das mesmas. Segundo o referido autor, pesquisas sobre a problemática das drogas, sejam elas de abordagem epidemiológica ou de outras abordagens, são necessárias para embasar e/ou avaliar políticas públicas, visando à redução de danos e agravos sociais e de saúde, tanto para as pessoas usuárias de drogas, como para aquelas, indiretamente, envolvidas com a situação.

Diante de tais considerações e dos objetivos propostos, esta pesquisa foi desenvolvida numa abordagem qualitativa e adota o enfoque etnográfico, buscando contextualizar a realidade vivenciada pelos sujeitos investigados, em seus distintos contextos de atuação.

Ao privilegiar o caminho da pesquisa qualitativa com cunho etnográfico, a presente investigação procura retratar a realidade vivenciada por profissionais, que atuam num serviço de saúde, tendo em mira apreender suas representações sociais acerca do consumo das drogas. Como trabalho de natureza qualitativa, a intenção não é de generalizar os dados apreendidos, mas tão somente dar visibilidade a especificidades de um problema complexo, como o consumo de drogas vivenciadas numa realidade distinta, por profissionais, também, distintos.

3.1 A INSERÇÃO NO CAMPO DE PESQUISA.

A inserção no campo de pesquisa foi facilitada pela parceria Universidade/Serviço de Saúde que permite a atuação direta de docentes, junto a estudantes, na supervisão e realização de práticas de saúde direcionadas à clientela que freqüenta diariamente a unidade de saúde.

Na condição de professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA), semestralmente, atua-se na unidade acompanhando aluna(o)s do sexto semestre, do curso de graduação em Enfermagem, com ações direcionadas à clientela feminina. Essa atuação se dá numa interação com profissionais da unidade, resultando num envolvimento prévio com a(o)s mesma(o)s.

O envolvimento prévio com os profissionais da unidade ocorreu, também, mediante a execução de oficinas de reflexão realizadas como técnica para apreensão de material empírico de uma pesquisa aprovada e financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) para o período de 2004-2006, com a participação desta pesquisadora (COELHO et al., 2007). As oficinas foram realizadas com 13 profissionais de saúde de várias categorias de ambos os sexos e com diferenciado tempo de atuação na unidade.

A condição de docente possibilitou não apenas a realização de atividades assistências na unidade, mas também ações voltadas para a prevenção do uso de drogas, através de atividades educativas com mães e adolescentes moradores da comunidade. Tais ações, que integraram o “Projeto Viver”²¹, foram desenvolvidas no período de 2000- 2001 (OLIVEIRA, 2001b), resultando num vídeo educativo e a peça teatral intitulada - “Tou de cara pra vida”- que abordou várias temáticas, inclusive o tema da presente investigação.

Se, por um lado, o envolvimento prévio com profissionais da unidade facilitou a inserção no campo, por outro, exigiu reformulação da posição de docente/profissional para pesquisadora. Esta posição requer certo afastamento da

²¹ O Projeto Viver: pais e filhos prevenindo DST/aids e drogas, foi uma proposta resultante de atividades desenvolvidas pelo projeto UNI na comunidade do Nordeste de Amaralina, em Salvador-Ba. O referido projeto foi financiado pelo Ministério da Saúde e teve como objetivo primordial desenvolver atividades de cunho educativo e preventivo junto a dois grupos de moradores da comunidade: adolescentes e seus pais e/ou responsáveis objetivando capacitá-los como multiplicadores. As atividades foram desenvolvidas em consonância com fundamentos da metodologia da arte-educação tendo como resultado esperado e alcançado a montagem de uma peça e um vídeo educativo sobre a temática.

atuação direta com a clientela e exige uma ação de observação mais intensa. Esta atuação, pelo menos na fase inicial do trabalho de campo, constituiu num exercício difícil e exaustivo, devido ao envolvimento com o serviço, a carência da clientela e a falta de profissionais em determinados momentos. À medida que o tempo foi passando, a posição de pesquisadora foi sendo incorporada com mais facilidade, permitindo a captação de dados relevantes para a pesquisa, de acordo com os objetivos propostos.

3.2 TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Tendo em mira os objetivos da presente pesquisa foram adotadas as seguintes técnicas para coleta de dados:

- a) observação participante com dados registrados no diário de campo e/ou gravados em fita cassete;
- b) Teste de Associação Livre de Palavras (TALP);
- c) entrevista do tipo semi-estruturada.

A variedade de técnicas utilizada está de acordo com a afirmativa de que os métodos individuais focalizam apenas aspectos particulares das representações sociais num dado momento, enquanto a perspectiva multi-método permite revelar a complexidade e a multidimensionalidade das representações sociais (DE ROSA, 2005).

Em decorrência da preocupação com a vigilância interna da pesquisa e da coerência na compreensão do objeto estudado, foi utilizada a estratégia de triangulação de fontes. Neste estudo, o processo de triangulação dos dados considerou tanto os aspectos quantitativos e qualitativos, como os consensuais e subjetivos de cada instrumento, possibilitando uma compreensão dinâmica do objeto de estudo. Os dados produzidos pelas três técnicas – a Associação Livre de Palavras, as entrevistas semi-estruturadas e a observação participante - foram organizados e são apresentados de forma articulada, possibilitando, por um lado, a análise de particularidades acerca do objeto de estudo e, por outro lado, a análise conjunta e articulada de aspectos comuns evidenciados nas técnicas utilizadas.

A observação participante é considerada como “parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa, por oferecer mais condições para compreender os hábitos, atitudes, interesses, relações pessoais e características do cotidiano da comunidade ou grupo estudado” (MINAYO, 2004). Neste estudo, o contato face a face com os atores sociais em seu contexto de atuação possibilitou a observação direta de fatores que compõem o contexto sócio-cultural, conduzindo a uma reflexão e análise mais sólidas de sua influência no cotidiano das pessoas e, conseqüentemente, na formulação das representações sobre o objeto de estudo.

O contato face a face favoreceu, ainda, a quebra de resistências iniciais apresentadas por alguns profissionais para participação em um estudo com este tema e permitiu traçar uma relação direta entre os depoimentos e os comportamentos observáveis, evitando atribuir o “status de representações sociais a emissões discursivas fortuitas” (SÁ, 1998).

Entre os métodos adotados, a observação participante, realizada no período de janeiro de 2006 a janeiro de 2007, demandou maior tempo de atuação e dedicação da pesquisadora em campo, diante da diversidade de sujeitos envolvidos, de estigmas e preconceitos em relação ao tema estudado e de fatores externos que interferiram no processo de observação. Em alguns momentos, a observação foi feita em períodos de tempo contínuo, noutros em momentos alternados. Essa variação ficou na dependência da atividade, do profissional e/ou do grupo profissional a ser observado, do período de atuação do profissional na unidade e, também, da interferência de fatores externos, tais como greves de funcionários, ação policial e/ou rivalidades entre gangues na comunidade.

Para atingir os requisitos da observação participante, Becker (1993) ressalta a necessidade de sistematização e formalização na perspectiva de valorizar ainda mais a pesquisa qualitativa. Diante dessas considerações e dos objetivos desta pesquisa, a observação participante foi organizada tendo em conta as seguintes variáveis:

- a) observação de demandas apresentadas pela clientela atendida na unidade;
- b) estrutura e funcionamento da unidade para atender a clientela;
- c) características da comunidade;
- d) atividades desenvolvidas na comunidade;
- e) abordagem dos profissionais, acerca de questões relacionadas ao consumo de drogas.

As observações realizadas dentro do espaço institucional, isto é dentro da unidade de saúde, possibilitaram a identificação de aspectos das representações sociais, acerca do consumo de drogas, ressaltando questões direcionadas à clientela feminina, manifestadas nas práticas dos profissionais em atuação, na unidade de saúde, na sua interação com a clientela. Os dados foram obtidos em situações rotineiras da unidade, tais como: marcação de consultas, sala de espera, consultas médicas, de enfermagem, de nutrição, atendimentos na farmácia e no laboratório, atendimentos do serviço social, atividades educativas para grupos específicos (gestantes, idosos, crianças), atividades informativas/comemorativas para a clientela presente na unidade (dia da consciência negra, dia internacional da mulher, campanha de vacinação, dia mundial da luta contra aids).

No contexto da observação foram registradas conversas; informações e reações entre a clientela/funcionários/profissionais, profissionais/funcionários, profissionais/ profissionais, funcionários/funcionários, assim como fluxo e queixas mais frequentes da clientela; características sócio-demográficas da clientela que busca os serviços da unidade, em diferentes períodos de trabalho; condutas adotadas pelos profissionais, diante da suspeita e/ou confirmação do uso de drogas por um cliente; situações que demarcam como o problema das drogas é vivenciado na comunidade e, como é mostrado e enfrentado no serviço de saúde; formas adotadas pela clientela para ocultar e/ou para revelar o comportamento adotado.

A observação da comunidade ficou atrelada às atividades desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde e teve como principal objetivo identificar situações relacionadas ao problema das drogas enfrentadas por esse grupo de profissionais. Nesse sentido, foram registrados dados relativos à clientela atendida, tais como: características sócio-demográficas, queixas mais comuns, problemas de saúde diagnosticados, disposição e condições sanitárias das moradias, atuação dos agentes para as situações apresentadas. Na condição de moradores da comunidade, a(o)s agentes comunitários de saúde revelaram situações vivenciadas no cotidiano, relacionadas ao consumo e tráfico de drogas, decorrentes, sobretudo, de brigas de gangues e da ação da polícia no combate ao narcotráfico.

Em algumas situações, principalmente dentro da unidade, foram observadas contradições entre o discurso e a prática, tornando assim evidente que o sujeito, no seu contexto, produz a representação social, mas ela tem raízes históricas, não se constituindo, assim, um simples reflexo da realidade.

A representação social, como categoria deste estudo, pode dar visibilidade aos significados atribuídos à problemática das drogas, com destaque para a situação das mulheres usuárias de drogas e/ou envolvidas no mundo das drogas nos serviços da rede básica. Nessa perspectiva, buscou-se o envolvimento de todas as categorias profissionais em atuação na unidade de saúde investigada. Para tanto, foi adotado o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), uma técnica projetiva adaptada da prática clínica da psicologia social, que permite “trazer a consciência elementos inconscientes por meio de manifestações de condutas de reações, evocações, ou seja, a estrutura da personalidade do sujeito” (COUTINHO; NÓBREGA; CATÃO, 2003).

A técnica de associação ou evocação livre constitui um instrumento validado e experimentado, que vem sendo utilizado em estudos embasados na teoria das representações sociais, desde a década de oitenta. Seu caráter espontâneo e a dimensão projetiva permitem o acesso muito mais fácil e rápido aos elementos semânticos do termo ou do objeto estudado, elementos esses implícitos, ocultos ou latentes, que seriam perdidos, abafados ou mascarados nas produções discursivas (NOBEGA, COUTINHO, 2003; DE ROSA, 2005).

De acordo com Nóbrega e Coutinho (2003), a associação livre de palavras é uma técnica que permite estudar os estereótipos sociais, que são partilhados espontaneamente no grupo social pesquisado, além, de visualizar as dimensões estruturantes do universo semântico específico das RS e sua unificação, em face de estímulos indutores utilizados na pesquisa. Os estímulos indutores devem ser previamente definidos, sendo sua quantidade determinada pelo(a) pesquisador(a), tendo em mira os objetivos da pesquisa, o objeto estudado e as características dos sujeitos estudados. A apresentação dos estímulos pode se dar de várias formas, tais como: verbal (palavra, expressão, idéia, frase, provérbio); não-verbal (figura, fotografia); e ainda material de vídeo (filme, publicidade) ou material sonoro (uma música, um som).

Nessa perspectiva, para esta pesquisa foram definidos cinco estímulos indutores, de apresentação verbal: 1) drogas; 2) consumo de drogas; 3) homem usuário de drogas; 4) mulher usuária de drogas; 5) assistência a pessoas usuárias de drogas. O quadro 2 mostra a classificação ordinária dos estímulos indutores.

Os cinco estímulos apresentados têm relação direta com o objetivo geral da pesquisa de analisar as práticas e representações sociais dos profissionais da

unidade de saúde, acerca do consumo de drogas. De forma mais direcionada os estímulos 1 (drogas), 2 (consumo de drogas) e 5 (assistência a pessoas usuárias de drogas) apresentam relação direta com o objetivo específico de apreender as representações sociais de profissionais, no contexto da rede básica de saúde, acerca do problema das drogas. Os estímulos 3 (homem usuário de drogas) e 4 (mulher usuária de drogas) foram definidos com a intenção de atender, parcialmente, ao objetivo de identificar, através das representações sociais, a perspectiva de gênero dos profissionais, acerca do problema das drogas.

Estímulos indutores	Número do estímulo
O que vem à sua cabeça quando falo a palavra drogas?	01
O que vem à sua cabeça quando falo a palavra consumo de drogas ?	02
O que vem à sua cabeça quando falo a expressão homem usuário de drogas?	03
O que vem à sua cabeça quando falo a expressão mulher usuária de drogas ?	04
O que lhe vem à cabeça quando falo assistência à pessoa usuária de drogas?	05

Quadro 2 - Classificação ordinária dos estímulos indutores.

O instrumento recomendado para técnica de associação livre de palavras é de fácil aplicação, compreensão e operacionalidade no manuseio e, de um modo geral, é composto de duas partes. Na primeira, constam dados de identificação dos sujeitos e na segunda, os estímulos indutores. No instrumento elaborado para esta pesquisa (Apêndice A), na primeira parte, foram registradas as seguintes variáveis de identificação: iniciais do nome, sexo, idade, escolaridade, condição marital, religião, bairro onde mora, profissão, tempo de atuação na unidade. Essas variáveis foram organizadas de forma a caracterizar os sujeitos estudados(as). Na segunda parte, foram apresentados os cinco estímulos indutores acima mencionados com espaços para as cinco evocações solicitadas para cada um deles.

A aplicação do TALP consiste em solicitar às pessoas investigadas que falem livremente sobre o que lhes vem à cabeça, quando a pessoa que pesquisa lhes apresenta os estímulos indutores previamente definidos. A aplicação é rápida e pode

ser feita, tanto individual como coletivamente. Nesta pesquisa, utilizou-se tanto da aplicação em grupo como individual, de acordo com a disponibilidade dos participantes e oportunidades apresentadas. O tempo gasto para as aplicações individuais do teste foi em torno de 10 a 15 minutos, incluindo a assinatura do termo de consentimento livre e informado e, coletivamente, o tempo gasto foi de 30 minutos. Todos os testes foram aplicados na própria unidade de saúde, no decorrer da observação participante, em momento acordado com a(o)s participantes de forma a não interromper as atividades desenvolvidas.

A quantidade de respostas para cada estímulo é variável; contudo, a recomendação é que não ultrapasse de seis palavras para não perder o caráter natural e espontâneo das evocações livres (OLIVEIRA et al., 2005). A variação das respostas aos estímulos indutores está diretamente relacionada com a pretensão, em relação ao objeto estudado e com a perspectiva metodológica da pesquisa (NÓBREGA; COUTINHO, 2003). Nesta pesquisa, considerando o objeto de estudo e os sujeitos investigados, para cada estímulo indutor, foi solicitada evocação de cinco palavras (variáveis de opinião), as quais foram consideradas pelo ordenamento natural colocado pelos atores sociais.

Partindo do princípio de que o atendimento em saúde não é uma atividade exclusiva de um profissional, mas de uma equipe multiprofissional composta por profissionais de diversas categorias, na qual cada componente desenvolve ações individuais, simultâneas e subseqüentes, objetivando um mesmo fim – o atendimento da clientela. O teste de associação livre de palavras foi aplicado com pelo menos um representante de cada categoria profissional em atuação na unidade, totalizando 102 profissionais dentre eles: agentes comunitários de saúde, agentes administrativos, técnica(o) de administração, auxiliar de serviços gerais, vigilantes, técnica(o)s de enfermagem, de nutrição, de laboratório, auxiliar de enfermagem e de odontologia, enfermeiras, médicas(os), nutricionistas, farmacêutica, bioquímico(a), odontólogas(os), assistente social.

A fala dos atores sociais constitui elemento fundamental para se acessar o conhecimento do senso comum. Visando assegurar a apreensão de significados culturalmente atribuídos ao tema estudado, foi utilizada, também, como técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada. Tanto para realização do TALP como para as entrevistas, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) foi oferecido antecipadamente e assinado pelos participantes.

A entrevista é uma técnica amplamente utilizada em pesquisas de caráter qualitativo pela possibilidade que oferece de troca de idéias e de acesso a informações. Nesse contexto, Minayo (2004, p. 109) afirma que:

a entrevista é um instrumento privilegiado de coleta de informações (...) é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

A entrevista constitui uma modalidade de interação, na qual, tanto o(a) entrevistado(a) como entrevistador(a) estão envolvidos(as), diferentemente, na produção de conhecimentos. A possibilidade de trocas de idéias e de significados, em que várias realidades e percepções são exploradas e desenvolvidas, constitui uma das características da entrevista (GASKELL, 2003). Assim, uma entrevista jamais será igual à outra, pois as reflexões que suscita vão sendo incorporadas ao processo do trabalho como um todo.

As entrevistas foram realizadas com a finalidade de orientar e facilitar a ampliação e o aprofundamento da comunicação, permitindo apreender o ponto de vista dos atores sociais, de acordo com os objetivos da pesquisa. Neste contexto, foram entrevistados vinte e um profissionais dos 102 que responderam ao teste de associação livre de palavras. O número de entrevistados foi determinado pela saturação de dados apresentados no discurso dos mesmos, em consonância com dados registrados no TALP e no diário de campo, decorrentes da observação participante. Buscou-se envolver pelo menos um profissional de cada categoria profissional em atuação na unidade. O quadro 3 mostra a categoria profissional das pessoas entrevistadas.

A diferença na quantidade de entrevistas realizadas entre os grupos de profissionais se deu devido a: atuação dos mesmos junto à clientela; permissão, por parte dos profissionais, para observação direta de suas atividades; tipo de atividade desempenhada e, ainda, variedade de categorias e especialidades profissionais em cada grupo profissional.

Grupo profissional	Categoria profissional	Número de entrevistados
Grupo A	Enfermeiras	04
	Médicas(os)	05
	Nutricionista	01
	Assistente social	01
	Bioquímica	01
Grupo B	Técnica de nutrição	01
	Técnica de administração	01
	Técnico de enfermagem	01
	Auxiliar de laboratório	01
Grupo C	Agentes comunitários de saúde	05
	Total	21

Quadro 3 - Categoria profissional da (o)s entrevistadas (os).

Dessa forma, o número de entrevistas realizadas no grupo A (profissionais de nível superior com atuação no contexto institucional) foi superior aos demais grupos. Muitos dos profissionais desse grupo resistiram à observação das atividades por eles desenvolvidas diretamente com a clientela, justificando o respeito à privacidade dos pacientes. Ademais, alegaram não trabalhar com pessoas usuárias de drogas, não constituindo assim sujeitos mais indicados para a pesquisa. Após maiores informações sobre a pesquisa, concordaram em responder a entrevista.

As entrevistas foram guiadas por um roteiro previamente elaborado, tendo como foco os objetivos da pesquisa. O roteiro abordou os seguintes temas: atividade profissional e atuação na unidade, informações sobre a clientela atendida na unidade, representações sociais sobre o problema das drogas e sobre a pessoa usuária de drogas, representações sociais sobre a assistência a pessoa usuária de drogas (Apêndice C). O roteiro da entrevista “busca ampliar e aprofundar a comunicação, evitando o cerceamento à expressão por parte do sujeito de suas visões, juízos e relevâncias a respeito dos fatores e das relações que compõem o objeto” (MACRAE, 2004, p.30).

Todas as entrevistas foram realizadas no serviço de saúde, em dia e horário previamente combinado com os profissionais. Cada entrevista teve duração média de 50 minutos. O registro das entrevistas foi feito através de gravação em fita magnética.

3.3 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados é uma tarefa árdua que começa com a escolha do tema e dos métodos para o desenvolvimento do estudo e que vai se definindo melhor com a revisão bibliográfica e o contato direto com o objeto de estudo, nas diversas modalidades definidas para esse fim. Diante de tal concepção e considerando os objetivos do estudo, foram definidas como pré-categorias de análise: o consumo de drogas na atualidade; diferenças do consumo entre homens e mulheres; características da pessoa usuária; problemas decorrentes do consumo de drogas; ação/reação dos profissionais, diante de uma pessoa usuária de drogas; assistência às pessoas usuárias de drogas.

Diante da especificidade dos procedimentos de coleta de dados utilizados na presente pesquisa, duas modalidades distintas de análise, porém complementares, foram adotadas: a Análise Fatorial por Correspondência (AFC) (DE ROSA, 2005; NÓBREGA; COUTINHO, 2003) e análise de conteúdo temático (BARDIN, 1977; MINAYO, 2004). Todos os procedimentos de análise dos dados foram realizados, tendo em vista estabelecer uma compreensão do material empírico, de forma a responder às questões formuladas, mantendo uma articulação do assunto pesquisado com o contexto sócio-cultural.

Os dados apreendidos pelo teste de associação livre de palavras foram, inicialmente, analisados pela AFC, através do software Tri-deux-Mots (CIBOIS, 1989) versão 2.2. O uso do computador para análise de dados qualitativos tem crescido nos últimos anos como um meio de auxiliar o(a) pesquisador(a) na árdua tarefa de análise dos dados. Este software tem reconhecimento internacional e vem sendo amplamente utilizado em pesquisas com representações sociais. O processamento dos dados coletados, na forma como o software foi programado,

fornece uma representação gráfica que possibilita a identificação das representações sociais nele contido.

Com base em vários outros autores, Oliveira e Amâncio (2006, p. 330) afirmam que:

Métodos utilizados para análise fatorial de correspondência constituem técnicas de estatística descritiva multivariada que evidenciam as afinidades entre linhas e colunas de uma matriz de dados e que se baseiam na hipótese da independência entre as linhas e as colunas dessa mesma tabela.

A análise fatorial de correspondência permite revelar o jogo de oposições evidenciado pelas respostas dos sujeitos aos estímulos indutores, em correlação com as variáveis fixas determinadas pela pesquisadora, em atendimento aos objetivos da pesquisa (DE ROSA, 2005).

Nesta pesquisa, foram definidas três variáveis fixas: grupo profissional, sexo e faixa etária. Essas variáveis foram determinadas com a intenção de identificar a existência ou não de oposições para as representações sociais, acerca do consumo de drogas relacionadas ao sexo, idade, escolaridade/local de atuação dos profissionais investigados. Os resultados obtidos no TALP evidenciaram oposição apenas para a variável grupo de profissionais, demarcando, sobretudo, a influência das experiências pessoais na formulação das representações.

De acordo com normas pré-estabelecidas pelo software, para a variável fixa sexo, o número 1 representa o sexo masculino e o número 2, o sexo feminino. Para a variável fixa idade, foi feita uma ordenação em cinco faixas etárias de forma a contemplar a diversidade de idade da(o)s participantes (Quadro 4).

1 Grupo profissional	2 Sexo	3 Faixa etária
1= profissionais de nível superior 2= profissionais de nível fundamental/médio 3= agentes comunitários de saúde	1= masculino 2= feminino	1= 25-29anos 2= 30-39anos 3= 40-49anos 4= 50-59anos 5= + de 60 anos

Quadro 4 - Codificação das variáveis fixas adotadas na técnica de associação livre de palavras.

O princípio básico da AFC consiste em destacar eixos que revelam as modalidades de respostas, mostrando estruturas constituídas de elementos apreendidos pela atração estabelecida entre as variáveis fixas (neste estudo, definidas como: sexo, idade, grupo profissional e de opinião (respostas evocadas aos estímulos apresentados)). O mapa fatorial é determinado pelas respostas aos cinco estímulos indutores e às três variáveis fixas estabelecidas para este estudo, conforme demonstrado no quadro 5.

O processo de AFC exige algumas etapas de tratamento dos dados para o uso do software. A primeira etapa consiste na elaboração de um dicionário, que é formado a partir da digitação de todas as respostas dos sujeitos referentes a cada estímulo indutor. Nesta pesquisa, o dicionário foi formado por 2211 palavras evocadas pelos 102 sujeitos que responderam ao TALP, das quais 936 foram diferentes. A segunda etapa constitui na elaboração de categorias a partir da frequência e similaridade semântica das palavras-respostas evocadas para cada estímulo indutor, evitando assim a diversidade de palavras que poderiam gerar um resultado estatisticamente não significativo. Tal ação se dá pelo agrupamento de palavras com menor número de frequência e com maior similaridade semântica, àquelas de maior frequência. Para fazer a organização dessa etapa, pode-se recorrer ao Excel.

Terminadas essas duas etapas, parte-se para a elaboração do banco de dados (Apêndice D), o qual é construído a partir da organização de todas as variáveis fixas e de opinião expressadas pelos participantes para cada estímulo apresentado. As variáveis fixas são codificadas por números determinados pela pesquisadora e as de opinião, em palavras seguidas do número que corresponde a cada estímulo, de forma que a palavra seguida do número do estímulo não ultrapasse sete dígitos. A numeração das variáveis fixas pode ser visualizada no quadro (5) acima apresentado. O banco de dados é organizado no Word. Para melhor entendimento desta etapa apresentam-se alguns exemplos, mostrando as variáveis fixas e, em seguida, as variáveis de opinião.

Variáveis fixas: 124 – diz respeito a um profissional do grupo A, do sexo feminino e com idade entre 50-59 anos; 212 – profissional do grupo B, do sexo masculino com idade entre 30-39 anos; 323 – profissional do grupo C – agente comunitário de saúde, do sexo feminino, com idade entre 40-49 anos.

Estímulos indutores	Variáveis fixas	Sujeitos
1 Drogas	I- Sexo 1 Masculino 2 Feminino	Profissionais em atuação numa unidade da rede básica de saúde do município de Salvador –Ba
2 Consumo de drogas	II- Idade 1 25-29anos 2 30-39anos 3 40-49anos 4. 50-59anos 5 + de 60 anos	
3 Homem usuário de drogas	III- Grupos de profissionais 1 Nível superior 2 Nível médio 3 Agentes comunitários de saúde	
4. Mulher usuária de drogas		
5. Assistência a pessoa usuária de drogas		

Quadro 5 - Relação dos estímulos, variáveis fixas e sujeitos envolvidos na pesquisa.

Variáveis de opinião - margi1 – corresponde à resposta evocada para o estímulo 1, onde a pessoa que respondeu estava associando a palavra droga com marginalidade; minfl2 - nesse caso a/o participante associou o consumo de drogas com a expressão má influência, trazendo a representação de que a pessoa que consome drogas é uma má influência para as demais.

Seguindo essa orientação para organização dos dados para processamento estatístico, as variáveis de opinião e fixa foram colocadas no banco de dados da seguinte forma: 122 veno1 doenc1 vicio1 trist1 depr1 imat2 amiz2 miflu2 adol2 forif2 adol3 jovem3 tatoo3 fumat3 infel4 mqnt4 infel4 prost4 ouvir5 pespe5 aspsi5* - correspondem às palavras evocadas por um profissional do sexo masculino, com idade entre 30 e 39 anos, do grupo B, ou seja, um profissional com escolaridade média e/ou fundamental com atuação no espaço institucional. Para o estímulo 1 - drogas – esse profissional evocou as seguintes palavras: veneno, doença, vício, tristeza, depressão; as palavras imaturidade, amizade, má influência, adolescentes e falta de orientação foram evocadas para o estímulo 2 – consumo de drogas; para o estímulo 3 – homem usuário de drogas – foram enunciadas as seguintes variáveis de opinião: adolescentes, jovem, tatuagem, fumante; e para o estímulo mulher usuária de drogas foram registradas as seguintes expressões: mulher que não trabalha, prostituição; para o estímulo 5 – assistência à pessoa usuária de drogas as expressões evocadas foram: ouvir, profissionais especializados, assistência

especializada. Para finalizar as palavras evocadas por cada profissional, para os cinco estímulos, coloca-se o asterisco.

Uma vez concluído o banco de dados, esses foram processados pelo *Software* “Tri-Deux-Mots” (CIBOIS, 1989), resultando em um plano fatorial apresentado graficamente por dois fatores (F1 e F2). No gráfico, são evidenciadas as variáveis fixas do estudo com significância, em relação às variáveis de opinião – palavras evocadas pelos participantes para cada estímulo indutor apresentado. A significância das palavras que aparecem no gráfico foi revelada pela frequência igual ou superior a 6 (seis) para cada estímulo indutor. O gráfico é mostrado e discutido no capítulo 4.

Neste estudo, o fator 1 reporta maior poder explicativo com 34,4% da variância total das palavras evocadas processadas, tendo o grupo de profissionais, representado pelos agentes comunitários de saúde, contribuído de forma significativa para esse fator com 648 palavras evocadas. O fator 2, por sua vez, ilustra 24,3% da variância das palavras evocadas pelos grupos de profissionais de nível médio e de nível superior em oposição aos agentes comunitários de saúde. Esses dois grupos contribuíram, respectivamente, com 620 e 280 palavras evocadas. Na totalidade, os dois fatores têm poder explicativo de 58,7% da variância total, possuindo, portanto, valor estatístico significativo que garante consistência interna e fidedignidade dos dados, levando-se em consideração pesquisas realizadas no âmbito das RS (COUTINHO, 2001; COUTINHO; NÓBREGA, 2003).

Os resultados apresentados pela análise fatorial por correspondência evidenciaram idéias compartilhadas pelos profissionais em seus distintos locais de atuação que estabelecem diferenças, em relação ao tema estudado. Deixaram transparente, também, que o consumo de drogas é um problema que se mostra de formas distintas nos contextos assistenciais investigados.

A partir dos resultados apontados pelo TALP, partiu-se para as etapas da Análise de Conteúdo (AC), numa articulação com as informações obtidas nas entrevistas e na observação participante.

A análise de conteúdo é uma técnica que “permite reconstruir indicadores e cosmovisões, valores, atitudes, opiniões, preconceitos e estereótipos e compará-los entre comunidade” e/ou grupos sociais (BAUER, 2003). A análise permite desmontar um discurso e construir um novo, contando para isso, com um processo de localização-atribuição de traços de significação, resultando de uma relação dinâmica

entre as condições de produção do discurso, que é analisado, e as condições de produção da análise (VALA, 1986).

Trata-se de uma técnica bastante utilizada em estudos que adotam a Teoria das Representações Sociais, sobretudo, pela possibilidade que apresenta de articulação entre o discurso como seu contexto de produção (COUTINHO, 2001).

Os procedimentos utilizados para AC possibilitam a reconstrução de representações em duas dimensões: semântica e sintática. Os procedimentos sintáticos enfocam os transmissores de sinais e suas inter-relações, enquanto os semânticos focalizam a relação entre os sinais e seu sentido normal – denotativos e conotativos em um texto, isto é, referem-se ao que é dito no texto, temas e avaliações (BAUER, 2003). Portanto, esta técnica caminha na direção da “descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado” (MINAYO, 2004, p.74).

Buscando atingir os significados manifestos e latentes contidos nas entrevistas, foi eleita, dentro da diversidade de técnicas de análise de conteúdo a análise temática. A análise de conteúdo temática permite identificar a presença de determinados temas, denotando os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso (BARDIN, 1977; MINAYO, 2004).

A noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto, que comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, uma frase, um resumo (MINAYO, 2004). O tema é considerado como a unidade de significados que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura (BARDIN, 1977).

Após transcrição na íntegra das entrevistas, leituras flutuantes foram realizadas sobre o conteúdo das mesmas, sem buscar ainda definir qualquer tema significativo para ser analisado. Muitas idéias se formavam ao mesmo tempo, sendo esse momento considerado como confuso para a pesquisadora. Depois de muitas leituras e com base nos resultados obtidos com a análise fatorial por correspondência, novas leituras foram feitas, buscando identificar as grandes categorias de análise, bem como as unidades de significado que emergiram a partir delas. Nessa etapa, retomou-se a literatura, buscando apoio para compreender de modo mais claro o material que estava emergindo e temas significativos apareceram

de maneira mais definida, permitindo a definição dos mesmos para construir o corpo de análise.

Num segundo passo, novas leituras foram realizadas, resultando na construção de um mapa que serviu de guia para a organização dos aspectos relevantes. Diante desse mapa, foram feitas leituras na busca de elementos transversais que relacionavam as diferentes informações colhidas. Todas as etapas foram realizadas com o propósito de identificar idéias centrais (núcleos de sentido), contidas no conteúdo das entrevistas, acerca dos significados do consumo de drogas e das práticas dos profissionais, em relação ao tema estudado.

A interpretação dos dados buscou contemplar similaridades e especificidades entre os grupos de profissionais, acerca do consumo de drogas, com base nas distintas realidades vivenciadas no contexto assistencial de saúde e na sociedade. Ademais, em toda e qualquer idéia, concepção ou situação revelada e/ou observada, foram evidenciados aspectos relacionados não apenas ao sexo, mas também a outras variáveis como idade, classe social, raça/etnia, que demarcam desigualdades e exclusão.

3.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Atendendo a exigências éticas e institucionais, o projeto original para execução da pesquisa foi, concomitantemente, apresentado e discutido com a coordenação de Recursos Humanos da Secretaria Municipal da Saúde de Salvador e, com a direção da unidade onde a pesquisa foi desenvolvida. Este mesmo projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, de acordo com preconizações estabelecidas pela Resolução 196/96 (BRASIL, 1996). O parecer de aprovação está em anexo (anexo 1).

A referida Resolução está fundamentada nos principais documentos internacionais, que emanam declarações e diretrizes sobre pesquisas que envolvem seres humanos, visando assegurar os direitos e deveres alusivos à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. Neste sentido, incorpora sob a ótica

do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

Visando atender a tais referenciais, são estabelecidas exigências éticas e científicas fundamentais, as quais foram obedecidas nesta pesquisa. São elas: o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - (autonomia); garantia de que os danos previsíveis serão evitados (não-maleficência); ponderação entre os riscos e benefícios, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos (beneficência); garantia de igual consideração dos interesses envolvidos com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis (justiça).

Com o objetivo de garantir o anonimato dos sujeitos investigados, ao utilizar fragmentos das entrevistas para respaldar as categorias de análise, será referido o grupo ao qual a(o) profissional pertence, seguida da categoria profissional, como por exemplo: profissional do grupo A, médica; Profissional do grupo B, técnica de laboratório; Profissional do grupo C, ACS. Ainda, em atendimento a exigência de garantia de anonimato, a unidade e a comunidade receberam denominação fictícia. A unidade foi denominada de CAMUDE e a unidade de Nova Vida.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) elaborado para esta pesquisa está em conformidade com as orientações apresentadas na Resolução acima referida, sendo o mesmo entregue a todos os profissionais que aceitaram responder o teste de associação livre de palavras e/ou a entrevista. Uma vez assinados, os TCLE foram guardados em envelopes devidamente identificados e separados dos demais instrumentos de coleta de dados utilizados, assegurando assim o anonimato da(o)s atores sociais.

Acredita-se que os benefícios individuais e coletivos gerados por esta pesquisa superem quaisquer riscos existentes e que os conhecimentos suscitados contribuam para o esclarecimento de atividades preventivas e terapêuticas, rumo a uma assistência mais igualitária e equânime.

4 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO E DOS ATORES SOCIAIS.

Neste capítulo apresento breve caracterização da instituição pesquisada, da comunidade, na qual a instituição está localizada, dos atores sociais que participaram da pesquisa e das relações que permeiam o cotidiano da(o)s profissionais dentro do serviço de saúde. A descrição está fundamentada em dados empíricos produzidos pela observação participante e das entrevistas com a(o)s profissionais em atuação na unidade e, também, em informações adquiridas em outros estudos desenvolvidos no mesmo local. O conjunto de informações permite um retrato detalhado do contexto, da(o)s profissionais e de relações que se estabelecem entre os grupos de profissionais. Favorece, também, a apreensão de contradições, sentimentos, crenças, valores, práticas e atitudes direcionadas para a problemática das drogas.

Considerando o cunho etnográfico atribuído à pesquisa, primeiramente, faço uma descrição da instituição e da comunidade ressaltando aspectos que caracterizam o contexto investigado, no qual os participantes estão inseridos e atuam profissionalmente. Em seguida, apresento informações específicas acerca dos diversos grupos de profissionais que atuam nos distintos espaços do contexto assistencial investigado (instituição e comunidade), ressaltando características sociodemográficas de cada grupo. Finalmente, mostro aspectos que retratam as relações entre os distintos grupos de profissionais através de trechos de falas da(o)s mesmos e/ou de registros no diário de campo.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO ASSISTENCIAL: A COMUNIDADE E A UNIDADE.

A escolha da Unidade de Saúde para a investigação fundamentou-se nos seguintes critérios: 1) ser uma unidade localizada geograficamente numa comunidade, onde as drogas constituem um relevante problema social e na qual já foram realizadas atividades de extensão prévias sobre essa temática, 2) pertencer a um distrito sanitário que é campo de prática de ensino, no qual a pesquisadora tem

atuação, possibilitando, posteriormente, a implantação de ações, 3) ser de fácil acesso tanto do ponto de vista geográfico como relacional; 4) ter obtido aprovação para o desenvolvimento da pesquisa pelo nível central da Secretaria Municipal de Saúde e acolhimento pela gerência e profissionais em atuação na unidade.

De acordo com os critérios estabelecidos, foi selecionada uma unidade de saúde pertencente ao Distrito Sanitário Barra Rio Vermelho. Esse distrito é o segundo mais populoso entre os doze existentes no Município de Salvador. Tem uma área de 2.117 km² (NASCIMENTO, 2000) e uma população estimada em 344.337 habitantes, correspondendo a 12,9% da população total do município (2.673.557 habitantes). Um convênio celebrado entre a Universidade Federal da Bahia e a Secretaria Estadual da Saúde e grupos organizados de moradores, em 1994, conferiu ao referido distrito a condição de docente assistencial. Desde então, várias unidades de ensino da UFBA vêm atuando de formas diferenciadas no referido distrito.

De acordo com a divisão administrativa realizada pela Companhia de Desenvolvimento da Região Metropolitana (CONDER), em 1986, o Distrito Sanitário, no qual a CAMUDE está inserida, abrange extensa área composta por quatro regiões administrativas (RA) e quinze zonas de informações (ZI) (NASCIMENTO, 2000). Em relatório de pesquisa apresentado por Paim (1995) a Zona de Informação onde está localizada a CAMUDE é considerada como área de baixo capital econômico e cultural, com piores condições de vida da cidade de Salvador.

A unidade investigada, aqui denominada de CAMUDE em atendimento as questões éticas, está localizada numa comunidade oriundo de uma colônia de pescadores, considerada como uma das regiões mais antigas de Salvador. A comunidade de Nova Vida está localizado numa área da cidade, geograficamente privilegiada, apresenta topografia bastante acidentada, marcada por morros, vales e encostas, de conformação irregular, constituindo uma espécie de miolo entre bairros de classe média e média alta. Atualmente, a comunidade ocupa uma área de 203ha com uma população de 82.976 habitantes, distribuída entre quatro bairros com uma densidade populacional de 408 hab/ha, conforme dados do IBGE de 2000 apresentados por Santana e Palma (2003).

O desenho urbano da região é caracterizado por ruas estreitas, sendo a maioria pavimentada, por onde se aglutinam edificações de padrão construtivo simples, geralmente com um ou dois pavimentos que são utilizadas como

residências e nas quais funcionam vários pontos comerciais de pequeno e médio porte (Figura 1). Há esgotamento sanitário, abastecimento de água e coleta de lixo para a maior parte dos domicílios, embora existam ruas com esgoto a céu aberto. Apesar da precariedade do serviço de transporte coletivo na cidade, a população dos bairros de Nova Vida conta com várias linhas de ônibus que dão acesso a quase todas as áreas da cidade.

No tocante a espaços de lazer, a comunidade conta apenas com três campos de futebol e uma pequena praça que serve como espaço de convivência para jovens e adolescentes. Ademais, a população tem acesso a praias e, de forma restrita, ao Parque da Cidade que se localizam nos limites dos bairros que compõem a comunidade. A presença de grupos de capoeira, dança afro, samba e teatro é marcante na região.

A população residente na comunidade de Nova Vida é composta por pessoas jovens, sendo que 40% têm menos de 25 anos e apenas 9% da população apresenta idade acima de 55 anos, caracterizando um contingente majoritariamente de adultos jovens. Do total da população, 88% é constituída por pessoas da raça negra. A população feminina (53,1%) é predominante na área. Dentre os moradores, a religião predominante é a católica (54%), seguida pela evangélica (15%), embora um número significativo de pessoas (22%) se declare sem religião (IBGE, 2003).

O nível de escolaridade da população residente na área é considerado baixo, o que contribui para índices elevados de desemprego e sub-emprego. De acordo com dados do IBGE (2003), 61% da população não possui o ensino fundamental completo e 24% sequer chegou a completar as quatro séries iniciais que compõem o antigo primário. Ainda com base nos dados da amostra do IBGE (2003), 38% da população frequenta a escola, com concentração de 61% no ensino fundamental. De acordo com relatório apresentado por Silva (2005), a comunidade conta com 17 escolas estaduais e municipais (6 de ensino fundamental, e 11 de ensino médio), e 13 creches que contam com apoio financeiro da prefeitura, instituições religiosas e de organizações não governamentais.

A população economicamente ativa da área corresponde a 74% das pessoas com idade acima de 14 anos; no entanto, a mão-de-obra ocupada é de 39%, sendo que 79% dos trabalhadores ocupados se encontram na condição de empregados, 32% dos quais sem carteira assinada e com uma carga horária de mais de 40 horas semanais. De um modo geral, a renda obtida pelos trabalhadores é baixa. Do total

da população economicamente ativa, 28% da mão-de-obra desenvolvem duas atividades de baixa remuneração que exigem pouca ou nenhuma escolaridade e, também, não oferecem possibilidades de crescimento profissional, como é o caso do serviço doméstico e da construção civil.

Das pessoas responsáveis pelos domicílios particulares permanentes (60%), mais da metade ganha menos de três salários mínimos e 40% das famílias é mantida, financeiramente, por mulheres (IBGE, 2003). Segundo Santana e Palma (2003), o rendimento dos homens responsáveis pelos domicílios é 60% maior que o das mulheres, que se encontram na mesma condição e a maioria dos domicílios (83,3%) são habitados por até cinco moradores. O perfil da população local confirma-se em depoimentos dos agentes comunitários de saúde, quando relatam que:

Acho que a minha área é a mais longa daqui e tem muita gente humilde, mas não tem muito miserável. Acredito que não tenha gente que passe fome. Tem muita gente idosa, adolescentes demais, crianças, muita mãe, mulher na margem de 40, também tem homem na margem de 40 nessa faixa (Profissional do grupo C, ACS).

Na minha área pelo que vejo, tem muitos homens, jovens na faixa de seus 19 a 30 e poucos anos e vamos dizer assim que 30% deles trabalham, mas nada de emprego fixo, muito mais biscoite. Tem muita gente desempregada...(Profissional do grupo C, ACS).

Embora as condições sócio-econômicas e demográficas do bairro guardem certo grau de homogeneidade, se diferenciam significativamente quando são comparados os setores censitários dentro do mesmo bairro. Populações que residem em setores censitários próximos às “fronteiras” de bairros considerados nobres, que circundam a comunidade, em geral, apresentam melhor renda nominal média, maior grau de instrução e menor densidade domiciliar, portanto, melhores condições de vida do que aqueles que residem no “miolo” da região (SANTANA; PALMA, 2003). Essa situação demarca diferenças sociais, dentro da mesma comunidade, o que reflete em desigualdades de acesso à educação, trabalho, renda e, até mesmo ao serviço de saúde local.

Aqui na comunidade tem pessoas com vários níveis de escolaridade, tem muita gente semi-analfabeta, outros com primeiro e segundo grau, mas tem uma quantidade de pessoas que já concluíram o terceiro grau, tem enfermeira, tem farmacêutica, tem das ciências da computação, tem secretariado executivo que se formou - estudava na Católica. Tem gente também da Federal, mas quem faz medicina, psicologia e engenharia são os filhos de comerciantes, de quem tem mais condições (Profissional do grupo C, ACS).

O bairro de Nova Vida apresenta altas taxas de mortalidade por causas externas. Dados do perfil de violência traçado pelo Fórum Comunitário de Combate à Violência apontam o homicídio como a principal *causa mortis*, vitimando principalmente jovens e adolescentes, negros ou pardos, com grau de instrução predominantemente limitado ao 1º grau, e pobres. Estatisticamente, a região aparece como uma das áreas com maior número de homicídios (56 casos em 1998 e 52 casos em 2001), com índice que se mantém relativamente constante (SANTANA; PALMA, 2003).

A violência e o tráfico de drogas são destacados como os principais problemas enfrentados do bairro de Nova Vida, tanto em documentos apresentados pelo Fórum Comunitário de Combate à Violência (FCCV) (SILVA, 2005; SANTANA; PALMA, 2003) como em notícias divulgadas pelos meios de comunicação de massa (anexos 2, 3, 4, 5). Depoimentos de agentes comunitários de saúde e de outros profissionais, que atuam na unidade, também confirmam a presença de tais problemas na comunidade e, ainda, assinalam formas de interferências desses problemas na vida de moradores.

As drogas amedrontam. As mães e as pessoas têm medo de sair. A comunidade inteira tem medo de sair, inclusive eu também, eu saio, mas tenho meu horário de sair e ainda digo aos meus filhos, passou de 10 horas fiquem onde estiver, porque desse horário faz medo andar pela rua (Profissional do grupo C, ACS).

Aqui esse problema das drogas é muito forte e causa problemas para todos. (...) Algumas vezes temos que suspender o trabalho, quando a área está muito complicada, com brigas entres eles, os que vendem drogas e também com a polícia. Então temos que retornar cedo pra casa até cinco horas da tarde, o que tivermos que comprar temos que comprar cedo porque os armazéns aqui estão fechando cedo por causa disso. A situação fica de uma forma que se você sentir uma dor, tiver uma necessidade os taxistas não querem entrar aqui pra buscar ninguém. Se você pedir uma pizza a pizzaria não vem entregar, ninguém vem entregar nada aqui, porque se vir é assaltado, se você faz uma compra e chegar tarde é capaz de nego tomarem sua compra toda. Então a questão da violência que está forte aqui, muito forte mesmo (Profissional do grupo C, ACS).

Antes, quando eu era criança, brincava nessas ruas todas com meus irmãos, a gente podia correr, andar, tudo (...) hoje a gente não pode ter paz. Enquanto os ladrões estão solto, nós somos gradeados. Você não pode comprar um celular, um DVD bom, um carro bom, não pode comprar um sapato bom porque você tem que comprar um sapato bom pra durar, você não pode ter uma bicicleta, não pode ter uma moto, você não pode ter nada aqui. Tudo por causa da droga, por causa dos pontos de drogas que tem em vários lugares e eles

criaram uma rinha entre eles, uma rinha entre ele com relação a droga (Profissional do grupo C, ACS).

Na área de Nova Vida, de acordo com relatório apresentado por Silva (2005), há 04 unidades policiais (uma Delegacia da Polícia Civil e três módulos de policiais militares e o Conselho Comunitário de Segurança criado e mantido pela Polícia Militar). Ações policiais adotadas para o combate ao tráfico e consumo de drogas também causam temor e limitação na liberdade das pessoas que moram na área, conforme relatos de agentes comunitários.

Esses dias a área está muito complicada. (...) os policiais daqui não sossegam enquanto eles não pegam todo mundo. Enquanto eles não pegarem todo mundo, a rua não fica livre. Então temos que retornar cedo pra casa, impedir das crianças saírem, de ficar pela rua. É muita violência... Sempre tem um morto ou ameaçado de morte pelos policiais e pelos grupos de drogas (Profissional do grupo C, ACS).

As mães ficam sempre com medo, mesmo que elas não tenham filhos envolvidos com as drogas elas ficam com medo porque a qualquer hora que a polícia aparece e se o filho estiver na rua pode morrer. Porque quando atiram eles não querem nem saber quem é...A gente fica sempre com medo e muitas vezes ao invés da polícia ajudar, ela termina passando mais medo ainda. A situação é muito séria, tudo por causa da droga, do dinheiro... (Profissional do grupo C, ACS, durante a observação participante).

A gente tem que estar ligado na hora que rola a polícia porque pode chegar atirando e matar alguém que não tem nada a ver com a coisa. Infelizmente a gente tem que viver, a gente vive numa comunidade que tem isso e a gente tem que viver, mas não é fácil porque de um lado tem a polícia e de outro tem as gangues, o pessoal que vende as drogas. Não temos mais a mesma liberdade de antes, quando eu era criança e brincava aqui nas ruas (Profissional do grupo C, ACS).

Na intenção de reduzir o envolvimento de crianças e jovens da comunidade em situações de violência, um conjunto de atividades culturais (grupos de capoeira, dança, teatro, música) vem sendo desenvolvido, de forma voluntária, por organizações comunitárias que atuam na área (a comunidade conta com 169 organizações governamentais e não-governamentais sendo 21 associações de moradores). Atendendo a uma solicitação de uma das associações de moradores da comunidade, através do Fórum de Combate à violência.

No período de 2000-2001 tive a oportunidade de, juntamente com uma professora da Escola de Dança da UFBA, coordenar um projeto de extensão direcionado para pais e adolescentes da comunidade de Nova Vida, visando

prevenir o consumo de drogas e doenças sexualmente transmissíveis (OLIVEIRA, 2001b). Esse projeto resultou na formação de um grupo de adolescentes multiplicadores que continuam desenvolvendo atividades de teatro com outros adolescentes, nos mesmos moldes anteriores. Essa ação foi uma iniciativa do Fórum Comunitário de Combate à Violência (FCCV) e de uma das associações de moradores da comunidade, numa ação conjunta com o Liceu de Artes e Ofícios da Bahia e financiamento do Ministério da Saúde.

Na comunidade estão localizados dois hospitais públicos pertencentes a UFBA e três centros de saúde gerenciados pela Secretaria Municipal de Saúde, entretanto, o acesso a esses serviços não é garantido para moradores da área. Os centros de saúde estão sob a gestão municipal, desde o ano de 1996, mediante Decreto nº 11356, publicado no *Diário Oficial do Município*, em 11 de julho do mesmo ano. Esses serviços prestam assistência: clínica geral, à saúde do idoso, à saúde da mulher, à saúde da(o) adolescente e da criança, odontológica e farmacêutica e, ainda, controle de hipertensão arterial e diabetes, serviço de vigilância epidemiológica e laboratório de análises clínicas (NASCIMENTO, 2000).

Uma dessas unidades é a CAMUDE que se localiza próximo a uma importante avenida de vale da cidade, numa bifurcação que dá acesso a um dos bairros que compõe o referido Distrito Sanitário, conforme pode ser visto no mapa (Anexo 6). Sua localização facilita o acesso para moradores de vários outros bairros, de classe social diferenciada da população residente na comunidade, que busca a unidade para serviços específicos, dentre eles, o uso de vacinas para doenças imunopreveníveis.

Arquiteticamente, a unidade tem uma construção única, térrea, com tijolos aparentes, em formato de “L”. A base menor do “L” é paralela à rua e está próxima ao muro frontal, onde funciona o laboratório que realiza diversos exames solicitados rotineiramente pelos profissionais. O tronco é perpendicular a base e é mais amplo, no qual estão dispostas várias salas, onde são prestados atendimentos de enfermagem e médico de diversas especialidades; nutrição; odontologia; serviço social; farmácia e atendimento básico, como curativo, imunização, aplicação de medicamentos injetáveis, verificação de tensão arterial e um auditório no qual são realizadas, freqüentemente, atividades educativas com a clientela e alunos e, esporadicamente, reuniões e comemorações com funcionários.

Na parte externa, há um amplo estacionamento para funcionários e clientela o qual em período letivo torna-se pequeno, diante da grande demanda de docentes e discentes de vários cursos e distintas faculdades, que utilizam a unidade como campo de prática. Estando na rua, de frente para o terreno, a edificação localiza-se à direita e o estacionamento à esquerda, sendo o acesso feito por um único portão de ferro localizado também à direita do terreno. O estacionamento pode ser considerado um grande corredor, já que, de um lado, está o muro e, do outro, uma das paredes da edificação.

Profissionais, funcionários e clientes adentram a unidade por uma única porta de ferro. Internamente, os espaços de circulação se diferenciam. Há uma área reservada para os profissionais e funcionários, na qual a clientela só tem acesso, em caso de reclamação e/ou reivindicações junto à direção ou para carimbar solicitações de exames. As salas de atendimento são pequenas, simples, escura, necessitando de iluminação artificial e, ainda, com pouca ventilação, causada pela falta de aberturas na edificação que facilite a circulação dos ventos e a penetração de luz natural. A cobertura da unidade é também um item que não contribui para o melhoramento do micro-clima interno, pois, sendo uma laje batida não favorece a ventilação. Somente há a presença de poucos cobogós, que se tornam insuficientes na sua função, tornando o ambiente escuro e abafado. O processo de drenagem não é adequado, a umidade interna aumenta gerando o abafamento e sendo propícia para o afloramento de fungos. A quantidade de salas é insuficiente para o número de profissionais em determinados períodos de atendimento e em ocasiões em que há grande fluxo de estudantes.

A unidade é cercada em toda sua extensão por um alto muro de alvenaria com um amplo portão de ferro na sua parte frontal. Vale lembrar que a área arborizada é pequena, influenciando diretamente na qualidade do micro-clima local. Próximo à unidade há várias casas comerciais e residências, que se espalham de forma desorganizada e sobreposta por toda a comunidade.

A estrutura física e organizacional da CAMUDE é similar a de outras unidades básicas do Município de Salvador, dentre elas, a unidade, na qual a pesquisadora trabalhou no início da sua trajetória profissional. Essa similaridade parece estar ancorada em critérios pré-estabelecidos pelo MS, tanto no que diz respeito a estrutura física e organizacional, como também nas ações desenvolvidas na unidade.

A estrutura e os serviços oferecidos pela CAMUDE a caracterizam como uma Unidade Básica de Saúde (UBS), do Sistema Único de Saúde. Em consonância com definição do MS, uma UBS deve oferecer um conjunto de ações direcionadas ao atendimento individual e coletivo visando à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde (BRASIL, 1998). As ações desenvolvidas na CAMUDE, portanto, seguem um padrão pré-estabelecido com oferta de atividades direcionadas para grupos específicos da população tais como mulheres, crianças e idosos, considerados como mais vulneráveis para determinados danos ou agravos à saúde.

O atendimento oferecido pela CAMUDE é do tipo ambulatorial com oferta de serviços de segunda a sexta-feira, no horário das 7hs às 17hs. Diariamente, são oferecidas consultas de enfermagem, médica, de nutrição, de odontologia e outras atividades como: distribuição de medicamentos, coleta de exames, curativos, imunização, verificação de tensão arterial, nebulização e visita domiciliar. As ações são realizadas rotineiramente dentro de espaço institucional e na comunidade, mais especificamente, no domicílio, por grupos específicos de profissionais, conforme explicitado no capítulo 5.

Durante o período de observação, ficou registrado que o fluxo de pessoas é consideravelmente maior em dias em que há atendimento de profissionais médicos especialistas em pediatria e ginecologia. A clientela atendida é de demanda espontânea. A maior procura pelos serviços é no período matutino, tanto para assistência como para marcação de consultas. O relato abaixo descreve, de forma sucinta, alguns aspectos do cotidiano da CAMUDE.

São 07h10min de uma manhã de segunda feira. A fila diante da porta de entrada da CAMUDE é grande e circunda boa parte do estacionamento. Na fila, homens e mulheres de todas as faixas etárias. As pessoas idosas não são mantidas nessa fila, elas são colocadas dentro da unidade, num banco de alvenaria e atendidas em guichê separado. Na fila a presença de pessoas do sexo feminino é aparentemente maior que a de homens. Muitas delas estão grávidas. Algumas pessoas chegam e saem do laboratório que tem entrada lateral (...) Dentro da unidade, no salão de espera, muitas pessoas, que marcaram suas consultas com um e até dois meses de antecedência, aguardam atendimento. Algumas estão sentadas e outras tantas de pé, pois não há assento disponível para todas dentro da unidade. Embora os profissionais que prestam atendimento ainda não tenham chegado, algumas pessoas encontram-se de pé, junto à porta das salas onde deverão ser atendidas. As crianças correm de um lado para outro, entre os adultos e demais profissionais que fazem limpeza e outras atividades de apoio. Estudantes de cursos de saúde de faculdades públicas e privadas, inclusive da UFBA, também estão na sala de espera aguardando

professoras supervisoras. O vai e vem de pessoas é grande. Algumas crianças choram. Às vezes a espera é longa. Pouco antes das 8 horas a(o)s agentes comunitária(o)s de saúde começam a chegar e, automaticamente, se reúnem fora do unidade. Dentro da unidade há uma pequena sala que comporta até três pessoas sentadas, disponível para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A enfermeira supervisora do referido programa já se encontra na unidade. Depois de algum tempo, a(o)s agentes entram, assinam o ponto e voltam para a comunidade. Enquanto isso, no espaço interno da unidade, restrito aos funcionários, observo grande movimentação de profissionais de nível médio que desenvolvem atividades administrativas e de pessoal da limpeza no sentido de arrumar consultórios para atendimento médico, organizar prontuários disponibilizados pelo SAME para as salas, de acordo com ordem de chegada da clientela. As salas para consulta de enfermagem não são organizadas por estes profissionais. O consultório de nutrição é arrumado por uma técnica de nutrição que acompanha as atividades das nutricionistas (uma em cada turno de trabalho).

São 07h45min e apenas um profissional médico está prestando atendimento à clientela. Ele chega regularmente por volta das 7h e sai em torno das 8:30h. Seus pacientes são previamente informados sobre esse horário. A maioria dos profissionais chega por volta das 8h, alguns chegam às 10h. Estudantes e docentes também chegam cedo e geralmente permanecem até as 12 ou 13h e circulam nesse espaço à procura de uma sala disponível e de material necessário para prestar o atendimento à clientela.

Aos poucos as coisas vão se organizando. Às dez horas da manhã a movimentação dentro da unidade é bem mais tranqüila. Não há mais fila, mas nem todas as pessoas que aguardavam na fila conseguiram o que queriam ou para data que desejavam. Alguns brigaram, outros aceitaram a marcação de consulta para um ou dois meses depois. Os idosos que estavam na fila foram atendidos, muitos vieram em busca de medicação e/ou refazer cartão de marcação de consulta que fora perdido. No salão de espera, algumas mulheres ainda aguardam pela chegada da ginecologista, outras acompanham seus/suas filhas em atendimento com a pediatra e para realização de nebulização. Algumas mulheres reclamam, entre si e/ou com outros profissionais, sobre a demora da ginecologista. (...) Entre 11h30min e 12h30min a unidade fica quase sem pacientes, a partir desse horário começa a chegar algumas pessoas para atendimento do período da tarde. Alguns profissionais atendem às 12h outros às 13h. As salas não são suficientes para todos atenderem ao mesmo tempo.

O período da tarde é bem mais tranqüilo. O número de pessoas é menor tanto para atendimento como para marcação de consultas assim como para busca de resultado no laboratório. Em torno das 16h são pouquíssimas as pessoas que ainda aguardam atendimento e, muito menor ainda o número de profissionais que prestam atendimento. Geralmente, nesse horário, é mais comum encontrar apenas enfermeiras que atuam em diversos programas de atenção para grupos específicos da população, uma pediatra e alguns funcionários do laboratório. Por volta das cinco horas a(o)s agentes comunitária(o)s de saúde começam a retornar das atividades na

comunidade. Nesse horário, é comum que ela(e)s entrem, sentem e conversem conjuntamente entre si e com a supervisora que ainda se mantém na unidade. Geralmente as 17h e 30min a unidade está fechada (Relatório de campo).

A unidade e a comunidade ora apresentadas estão inseridas numa realidade demarcada por estruturas e processos sociais tais como: pobreza; baixo nível de escolaridade; sub-emprego e/ou desemprego; baixos salários; difícil acesso a serviços de saúde, a alimentação saudável, a tratamentos de saúde completos, etc, que afetam a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos de forma distinta e que torna essa população vulnerável a risco sociais e de saúde, dentre eles, o envolvimento direto e/ou indireto com as drogas. Nesse contexto, apreender as representações sociais e as práticas da(o)s profissionais que atuam na unidade de saúde, acerca do consumo de drogas, apontado como um problema de magnitude e com repercussões para a comunidade, torna-se relevante.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DA (O)S PROFISSIONAIS INVESTIGADOS.

Profissionais de diversas categorias, de ambos os sexos e com idade, local de moradia, religião, condição conjugal e tempo de atuação na unidade diferenciados constituíram a(o)s participantes dessa pesquisa. Estes profissionais se encontravam em atuação na CAMUDE, no período de janeiro/2006 a janeiro/2007.

O interesse de envolver profissionais de todas as categorias e de diferentes níveis de formação, em atuação na unidade, está em consonância com a idéia de que a atenção à saúde se dá pelo conjunto de ações desempenhadas por todos os profissionais que atuam num determinado serviço e não somente por uma única categoria profissional. Ademais, espera-se que a variedade de profissionais proporcione um leque de informações acerca do consumo de drogas, tornando possível identificar idéias, atitudes e práticas similares e/ou contrárias entre os participantes, de acordo com a realidade vivenciada por cada qual no seu contexto social e profissional.

A inclusão dos profissionais na pesquisa se deu mediante atendimento aos seguintes critérios: a) aceitar participar da pesquisa; b) estar em atuação na unidade

há pelo menos um ano, caso independente de ter ou não experiência prévia na área de saúde pública; c) ter pelo menos seis meses de atuação na unidade, desde que tivesse experiência prévia em outra unidade de saúde com características similares à unidade pesquisada. A adoção desses critérios possibilitou a exclusão de alunos de graduação e pós-graduação, assim como a participação de profissionais sem experiência na assistência em rede básica de saúde.

No período de trabalho de campo, o serviço contava com 147 profissionais de acordo com informação obtida no setor de recursos humanos da própria unidade. Alguns desses profissionais encontravam-se de licença médica e/ou de saúde, outros em gozo de férias e outros tantos estavam afastados por questões administrativas e/ou políticas que não foram reveladas. Por outro lado, a unidade estava recebendo vários profissionais de um serviço similar que estava em reforma e que funcionava em área adstrita à comunidade, onde estava localizada a CAMUDE. Em meio a essas questões e dos critérios acima mencionados o universo desse estudo foi composto por 102 profissionais das mais distintas categorias que atuavam na unidade.

Com base na concepção de que as representações sociais;

perpassam o conjunto da sociedade ou de determinado grupo social, como algo anterior e habitual, que se reproduz e se modifica a partir das estruturas e das relações coletivas e dos grupos. (MINAYO, 2004, p.174)

Os profissionais que participaram da pesquisa foram organizados em três grupos distintos (Quadro 6).

Um dos grupos foi constituído exclusivamente por profissionais de nível superior, dentre eles: enfermeiras, médicas(os), nutricionistas, assistentes sociais, farmacêuticas, bioquímicas e dentistas. Todos componentes desse grupo tinham atuação somente no espaço institucional de saúde. Este grupo ficou denominado como “Profissionais do grupo A”. Um outro grupo foi formado por profissionais com nível de escolaridade fundamental, média e superior incompleto, sendo representado por: técnicos de enfermagem, de nutrição, de laboratório, de administração, auxiliares de enfermagem e de odontologia; agente administrativo, agente de serviços gerais e vigilante. Todos atuavam no espaço institucional e desenvolviam atividades assistenciais, administrativas e de apoio, tais como segurança e limpeza da unidade. Para fins de identificação, este grupo foi intitulado de “Profissionais do grupo B”.

As/Os agentes comunitários de saúde constituíram o terceiro grupo, sendo identificado como “Profissionais do grupo C”. Os componentes desse grupo tinham nível de escolaridade fundamental e média e atuação majoritariamente no espaço da comunidade. Diferentemente da maioria dos demais profissionais, estes eram moradores da comunidade.

Grupos de profissionais	Categoria profissional	Local de atuação	Nível de escolaridade	Número de profissionais investigados
Profissionais do grupo A	Médica(o) Enfermeira Assist. social Nutricionista Farmacêutica Dentista	Espaço institucional	Superior completo	33
Profissionais do Grupo B	Auxiliar/técnico de enfermagem, de laboratório/ de nutrição/ administração/ Segurança Limpeza	Espaço institucional	Fundamental Médio Superior incompleto	47
Profissionais do grupo C	Agentes comunitários de saúde	Comunidade	Fundamental Médio	22

Quadro 6 – Distribuição dos profissionais por grupos.

A organização da(o)s profissionais em três grupos permitiu comparações entre os grupos, quanto às representações sociais, acerca do consumo de drogas. Ademais, possibilitou identificar especificidades relacionadas aos locais de atuação dos distintos grupos, no enfrentamento e visibilidade da problemática das drogas.

4.2.1 Profissionais do grupo C: Agentes Comunitários de Saúde.

A(O) agente comunitário de saúde foi incluído na equipe multiprofissional de saúde em 1991, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde, visando à melhoria da realidade sanitária, na perspectiva de construção e consolidação do Sistema

Único de Saúde (SOLLA; MEDINA; DANTAS, 1996). O PACS foi formulado, tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna, principalmente, nas regiões Norte e Nordeste, através de extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e desassistidas.

O programa trouxe como inovação uma visão ativa da intervenção em saúde, diante da possibilidade de atuação preventiva em problemas específicos de cada comunidade e, também, oferece a possibilidade de integração com a comunidade e de um enfoque menos reducionista sobre a saúde, não centrado apenas na intervenção médica (SILVA; DALMASO, 2002).

Diante dessas atribuições, um dos critérios exigido para ser um/uma agente comunitário de saúde era residir na comunidade, onde atua. Essa condição foi definida, com o objetivo de facilitar o desenvolvimento das principais atribuições estabelecidas para esse novo profissional, quais sejam:

orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde e informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades (BRASIL, 1998, p.18).

A convivência com o contexto da comunidade, com as práticas de saúde locais e, ainda, a formação baseada em referenciais biomédicos atribuem a(o)s ACS um caráter "híbrido e polifônico" (NUNES et al.,2002) que contribui para o fortalecimento de sua atuação como mediador(a) entre a comunidade e os serviços de saúde na implantação e consolidação do novo modelo assistencial.

Diante das características e funções atribuídas aos agentes comunitários de saúde, assim como do interesse em conhecer a comunidade, na qual a unidade está inserida, o trabalho de campo foi iniciado com esse grupo de profissionais. O contato com os agentes comunitários foi facilitado pelo acolhimento da enfermeira supervisora desses profissionais (uma colega do curso de graduação em enfermagem) que contribuiu para a integração com o grupo. Iniciar a produção de dados empíricos com a(o)s agentes comunitária(o)s de saúde favoreceu a incorporação da condição de pesquisadora com concomitante "afastamento" da condição de docente/profissional de saúde.

A apresentação da proposta de pesquisa para este grupo se deu coletivamente, numa reunião mensal, que faz parte das atividades programadas. Antes da reunião, porém, foi mantido contato com alguns dos agentes, os quais, a princípio, apresentaram um pouco de resistência em participar da pesquisa. A

resistência inicial apresentada centrou-se, basicamente, em situações vivenciadas pelo grupo no seu dia-a-dia com relação ao consumo das drogas, quer como agentes de saúde ou como moradores da área. O temor estava associado a possíveis reações por pessoas ligadas ao comércio de drogas, o que, decerto, resultaria no enfrentamento de situações de riscos pessoais e/ou para familiares. A situação foi comentada da seguinte maneira:

O problema da droga aqui, é sério. E aqui o caso de rixa de rua é mais por causa de drogas [...] então, para nós agentes de saúde, o risco é maior [...] Tem momentos que é preciso suspender as atividades (Profissional do grupo C, ACS).

As drogas amedrontam. A comunidade inteira tem medo de sair de casa, inclusive eu também. Eu saio, mas tenho meu horário de sair e ainda digo aos meus filhos, passou de 10 horas fiquem aonde tiver (Profissional do grupo C, ACS).

Durante a reunião, contudo, após exposição dos objetivos da pesquisa e de como seria minha atuação junto ao grupo, as dúvidas foram esclarecidas. Daí em diante, o grupo mostrou-se bastante interessado em participar das atividades da pesquisa, permitindo e facilitando o acompanhamento das atividades diárias e respondendo aos instrumentos de coleta de dados.

O grupo de agentes comunitários de saúde, na época da produção dos dados, era composto por vinte e quatro profissionais, sendo que dois encontravam-se afastados: um à disposição do sindicato e outro, de licença médica. Os demais participaram da pesquisa em momentos diversos.

As características referentes ao perfil sócio-econômico desse grupo podem ser visualizadas no quadro 07. O grupo é formado majoritariamente por pessoas do sexo feminino (19 mulheres). A faixa etária da(o)s participantes varia entre 27 a 45 anos, sendo predominante a faixa de 30 a 39 anos. Em relação à cor da pele, da(o)s vinte dois investigadas(os), cinco se auto definiram como sendo da cor parda, dois mulatos e os demais afirmaram ser da cor negra. A condição de solteira(o) mostra-se predominante entre a(o)s entrevistados(as), embora, alguns desses revelassem, em conversas informais, a existência de parceria fixa com convivência estável por muitos anos. Entre as dezenove mulheres, apenas uma informou não ter filhos, porém cuidava de filhos da irmã, que moravam em sua casa.

Entre a(o)s participantes do grupo C, alguns informaram ter nascido e crescido na comunidade, outros diziam ter mais de dez anos que moravam em

bairros da comunidade e, outros, ainda, revelaram que, mesmo tendo construído casa em outro bairro, permaneciam na comunidade, durante toda a semana, em casa de parentes, afastando-se apenas no final de semana. O conhecimento que demonstraram ter da comunidade confirma a informação prestada pelo grupo, quanto ao local de moradia e está em conformidade com um dos critérios estabelecidos pelo Ministério de Saúde, para atuação como agente comunitário, qual seja, ser morador da área onde vai atuar.

Todos os integrantes do grupo C sabiam ler e escrever em conformidade com critério definido pelo Ministério da Saúde. Alguns tinham segundo grau completo, outros apenas o primeiro grau, correspondendo assim ao nível médio e fundamental de escolaridade. Algumas das agentes continuavam estudando com o propósito de conquistar uma vaga na universidade.

Ordem	Escolaridade	Sexo	Idade	Cor	Estado Civil	Bairro	Tempo na unidade	Religião
1	2º C	M	33	Negra	solteiro	Nordeste	9 anos	Evangélica.
2	2ª Inc.	M	36	Negra	Solteiro	Nordeste	9 anos	Evangélica
3	2º C.	M	40	Negra	solteiro	Nordeste	8 anos	Todas
4	2ª inc.	M	31	Pardo	casado	Nordeste	4 anos	Católica
5	1º c	M	35	Pardo	solteiro	Chapada	8 anos	Catolico
6	2º c.	F	28	Negra	c/ comp	Chapada	3 anos	Catolico
7	2º c.	F	34	Negra	Casada	Nordeste	7 anos	Todas
8	2º c.	F	42	Negra	Solteira	Chapada	7 anos	Católica
9	2ª inc	F	45	Negra	Casada	Nordeste	8 anos	Católica
10	2º c	F	40	Negra	Solteira	Nordeste	8 anos	Evangélica
11	2º c.	F	42	Negra	Divorciada	Chapada	8 anos	Espírita
12	2º c.	F	32	Negra	Casada	Nordeste	7 anos	Todas
13	1º c.	F	37	Parda	Solteira	Nordeste	7 anos	Católica
14	2º c.	F	41	Mulata	Solteira	Nordeste	7 anos	Não informou
15	2º c.	F	32	Mulata	Casada	Nordeste	7 anos	Católica
16	2ª inc.	F	42	Negra	c/ comp.	Nordeste	8 anos	Católica
17	2ª inc	F	44	Negra	casada	Nordeste	7 anos	Espírita
18	2ª inc.	F	36	Negra	solteira	Nordeste	7 anos	Candonblé
19	2º c.	F	27	Negra	solteira	Nordeste	8 anos	Católica
20	2º c.	F	29	Parda	solteira	Chapada	8 anos	Católica
21	2º c.	F	34	Negra	solteira	Chapada	8 anos	Todas
22	1ª inc.	F	45	Parda	casada	Chapada	8 anos	Católica

Quadro 7 - Caracterização dos profissionais do grupo de C: Agentes comunitários de Saúde.

Em conversas informais, mantidas durante a observação participante, ficou claro que, para a maioria dos(as) participantes desse grupo, a única fonte de renda se constituiu no salário que recebem como agentes comunitários. Atrasos freqüentes

no pagamento tornavam-se motivo de insatisfação para realização das atividades e de preocupação para com a sobrevivência familiar. Durante o período da pesquisa, algumas paralisações curtas e greves por mais de duas semanas foram registradas, porém não foi observada nenhuma forma de apoio por parte dos demais profissionais da unidade para esse grupo. Eles entravam e retornavam das greves e/ou paralisações, sem que houvesse nenhuma modificação na rotina da unidade e, também, sem nenhuma solicitação da presença deles por pessoas da comunidade. Os ACS parecem não ter impacto sobre o serviço e sobre a comunidade, pelo menos no contexto estudado.

Para o grupo investigado, a atuação, como agente comunitário de saúde, não se constituiu numa escolha de trabalho, mas como uma das poucas opções de fonte de renda que se apresentaram diante do seu nível de escolaridade e das circunstâncias econômicas e sociais em que vivem. A falta de uma atividade remunerada e de escolha para ingresso na função de agente comunitário de saúde é comentada pelos participantes.

Antes de entrar no PACS eu já tinha 5 anos desempregado. Aí eu estava passando ali no posto do Dique, de saúde bucal e vi um anúncio de inscrição para agente comunitário, eu não sabia nem o que era.[...] na época eu fazia prestação de serviço de voluntário de comissário de menor (Profissional do grupo C, ACS).

Eu tava sem opção de emprego mesmo, tava trabalhando numa locadora e aí, fui e fiquei sabendo da seleção pra agente comunitário. Eu nem ia participar, mas pressão da mãe porque tava desempregado [...] Terminei fazendo a prova e fui aprovado. Não tinha idéia do serviço que ia fazer (Profissional do grupo C, ACS). Hoje, posso dizer que gosto do que faço, mas quando comecei nem sabia o que ia fazer. [...] Estava desempregada, vendia acarajé com minha tia, mas a coisa estava começando e o ponto não era meu. Então apareceu essa historia de agente de saúde, me inscrevi e passei (Profissional do grupo C, ACS).

A atuação da (o)s agentes comunitários de saúde se dá principalmente no espaço da comunidade. A convivência com a clientela no mesmo contexto social e com profissionais de saúde dentro de uma instituição permeada por um modelo de atenção médico assistencial, conduzido por metas predeterminadas, constitui uma característica do trabalho desse grupo de profissionais.

4.2.2 Profissionais do grupo B: profissionais de nível de escolaridade variado e com atuação exclusivamente no contexto institucional.

Este grupo foi composto por quarenta e sete profissionais que tinham atuação exclusivamente no contexto institucional e com nível variado de escolaridade, isto é, nível fundamental, médio e superior incompleto. Características sociodemográficas desse grupo são apresentadas no Quadro 8.

O contato com esse grupo se deu de forma individual e paulatina, sendo iniciado com profissionais já conhecidos, mediante atuação prévia da pesquisadora como docente. O envolvimento desses profissionais na pesquisa facilitou a inclusão de outros do mesmo grupo e do grupo A. De um modo geral, não houve resistência para participação dos profissionais desse grupo na presente investigação.

Na época do trabalho de campo, de acordo com informações obtidas no setor pessoal, a unidade contava com sessenta profissionais de nível médio e fundamental com atuação no contexto institucional. O número de componentes desse grupo foi determinado pelos critérios estabelecidos para inclusão de profissionais na pesquisa, assim como pelo respeito às questões éticas, diante da manifestação de não participar da investigação.

Os profissionais que compõem o grupo B, de um modo geral, são os que têm maior tempo de atuação na unidade, em relação aos profissionais dos demais grupos. Do total de profissionais que compõem esse grupo, onze afirmam ter mais de vinte anos como profissional de saúde na unidade. Esses fizeram referências a momentos anteriores vivenciados na unidade, os quais eram caracterizados pelo desenvolvimento de ações assistências de cunho curativo, educativo e preventivo direcionadas, sobretudo, para adolescentes e eram desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, possibilitando integração entre eles. Informaram que as ações ocorriam como desdobramentos de projetos verticalizados oriundos do governo federal, no combate a aids, sendo discutidas, também, questões relacionadas ao consumo de drogas.

Nº	Categoria Profissional	Nível escolaridade	Sexo	Idade	Cor auto referida	Estado Civil	Bairro onde mora	Tempo na unidade	Religião
1	Agnte de Saúde*	1º C	F	51	Negra	Casada	Chapada	19 anos	Evangélica
2	Agente de saúde *	1º C	F	25	Negra	Solteira	Federação	3 anos	Católica
3	Agente de Saúde*	1º C	M	51	Pardo	Casado	Pirajá	25 anos	Não informou
4	Agente de Saúde**	1º C	M	51	Pardo	Casado	Cabula	27 anos	Não informou
5	Agente de saúde.	1º C	F	33	Negra	Solteira	Federação	3 anos	Católica
6	Agente de saúde	2º C	F	39	Negra	Solteira	Cabula	13 anos	Não informou
7	Agente administra	2º C	F	39	Parda	Solteira	Chapada	14 anos	Não informou
8	Aux administração	1º C	F	49	Negra	Solteira	Cajazeiras	4 anos	Católica
9	Aux administração	2º C	F	59	Parda	Casada	Brotas	2 anos	Católica
10	Aux.Administração	2º C	F	55	Pardo	Solteira	R. Vermelho	23 anos	Católica
11	Aux Administração	2º C	M	34	Negro	Solteiro	Cajazeiras	14 anos	Católico
12	Aux Serviço Geral	1º C	F	48	Negra	Solteira	Federação	1 ano	Católica
13	Aux Serviço Geral	2º C	F	32	Parda	Solteira	Mata Escura	1 ano	Católica
14	Aux. Enfermagem	2º C	F	44	Parda	Casada	Cabula	8 anos	Não informou
15	Aux. Enfermagem	2º C	M	31	Afrodscen.	Solteiro	Liberdade	2 anos	Não informou
16	Aux. Enfermagem	2º C	F	49	Negra	Solteira	B. do Rio	22 anos	Católica
17	Aux. Enfermagem	2º C	F	52	Parda	Casada	Federação	24 anos	Não informou
18	Aux Enfermagem	2º C	F	49	Negra	Solteira	Pau da Lima	4 anos	Católica
19	Aux. Enfermagem	2º C	F	54	Negra	Casada	P. da Lima	2 anos	Católica
20	Aux. Enfermagem	2º C	F	43	Negra	Casada	Cajazeiras	7 anos	Católica
21	Aux. Enfermagem	2º C	F	49	Negra	Solteira	Retiro	22 anos	Católica
22	Aux. Enfermagem	2º C	F	36	Negra	-----	Nordeste	3 anos	Católica
23	Aux. Enfermagem	2º C	F	55	Parda	Casada	Pirajá	24 anos	Evangélica
24	Aux. Enfermagem	2º C	F	42	Morena	Casada	Amaralina	9 meses	Evangélica
25	Aux. Enfermagem	2º C	F	60	Negra	Solteira	B. da Mata	24 anos	Católica
26	Aux. Enfermagem	2º C	F	65	Preta	Solteira	IAPI	21 anos	Católica
27	Aux. Enfermagem	2º C	F	33	Negra	Casada	Ondina	7 meses	Católica
28	Aux. de Nutrição	2º C	F	41	Negra	Casada	Federação	8 meses	Candomblé
29	Aux. Odontológica	2º C	F	43	Branca	Divorciada	Cabula	14 anos	Católica
30	Téc. Administração	2º C	M	43	Afrodscen	Solteiro	C. Branco	2 anos	Católico
31	Tec. Administração	2º C	F	51	Morena	Viúva	B. do Rio	25 anos	Católica
32	Tec. Enfermagem	2º C	F	37	Parda	Solteira	Pituba	1 ano	Católica
33	Tec. Enfermagem	2º C	F	35	Negra	Casada	Cabula VI	7 meses	Católica
34	Tec Enfermagem	2º C	M	27	Negro	Solteiro	Itapuã	7 meses	Não informou
35	Tec. Enfermagem	2º C	M	28	Negro	Solteiro	Brotas	7 anos	Não informou
36	Tec. Enfermagem	2º C	F	35	Negra	Divorciada	Federação	8 meses	Não informou
37	Tec. Enfermagem	2º C	M	34	Negro	Solteiro	Chapada	8 meses	Católico
38	Tec. Laboratório	2º C	F	37	negra	Casada	Nordeste	9 anos	Católica
39	Tec. Laboratório	2º C	F	50	Parda	Solteira	Brotas	9 anos	Católica
40	Tec. Laboratório	2º C	F	38	Parda	Solteira	Brotas	5 anos	Católica
41	Tec. Laboratório	2º C	F	46	Negra	Solteira	Garcia	4 anos	Católica
42	Tec. Laboratório	2º C	F	25	Parda	Solteira	Massaranduba	2 anos	Não informou
43	Tec. Laboratório	2º C	F	47	Negra	Casada	Brotas	8 meses	Espírita
44	Tec. Laboratório	2º C	F	39	Negra	Solteira	L. de Freitas	2 anos	Espírita
45	Tec. de Nutrição	2º C	F	42	Negra	Casada	Garcia	9 meses	Católica
46	Vigilante	2º C	M	26	Negro	Solteiro	B. do Rio	4 anos	Católico
47	Vigilante	1º C	M	32	Negro	Divorciado	Federação	8 anos	Católico

Quadro 8 - Caracterização dos profissionais de grupo B.

Outra característica que demarca atenção nesse grupo diz respeito ao local de moradia. Seja pelo número maior de participantes ou pelas condições

* 45 Denominação dada para atendentes de enfermagem que atuavam no serviço e que foram treinados, mas 46 não chegaram a fazer curso de auxiliar e/ou técnico de enfermagem.

econômicas decorrentes da remuneração que recebem, o grupo revela morar em bairros diversos da cidade, alguns bem distantes do local de trabalho (Quadro 8).

Em geral, as características geográficas e populacionais destes bairros guardam similaridades com o bairro de Nova Vida, mantendo uma população jovem, eminentemente negra, com baixo nível de escolaridade e de renda. Muitos desses profissionais relataram enfrentar situações relacionadas ao consumo de drogas em seus próprios locais de moradia.

Eu mesmo tenho um vizinho que usa (drogas), usa a noite toda. E olha que ele mora embaixo e eu moro em cima. Sinto o cheiro de maconha que ele usa, aí eu sinto pena porque ele tosse muito e vê que ele não tá bem de saúde. Então, aquilo me dá uma pena (Profissional do grupo B, técnica de laboratório).

Onde eu moro tem uma família de alto nível, que o pai era policial e o filho teve boa educação em colégio particular e tudo e ele se tornou traficante. A família dele diz que ele usa dentro de casa, mas o gosto dele era vender a droga dele. E isso aliciou muita gente na rua, muita gente usou, porque veio muitos carros, só veio gente de condições para comprar na mão dele [...] Ele agora está na cadeia (Profissional do grupo B, técnica de nutrição).

As informações obtidas revelam a proximidade da problemática das drogas com os atores sociais investigados, independente de estes serem ou não moradores do bairro estudado. Demarca que o problema das drogas está em toda parte e que atinge as pessoas de forma distinta, independente de serem ou não usuárias.

Ainda com relação às características sociodemográficas do grupo B, observa-se no quadro acima que o grupo é formado majoritariamente por pessoas afro-descendentes que se autodenominam da cor negra ou parda. Essa característica revela uma forma de desigualdade social vigente no Brasil relacionada com a variável raça/cor, que determina diferentes possibilidades de acesso à educação, instrução e, conseqüentemente, renda. Decerto, essa situação está diretamente relacionada com a posição e com o tipo de atividade que os profissionais desse grupo exercem e executam dentro da unidade. Para reforçar a desigualdade social vinculada à variável raça/cor, o grupo é composto, eminentemente, por pessoas do sexo feminino.

Os diversos profissionais que compõem esse grupo desempenham atividades de apoio de caráter administrativo e assistencial, que possibilitam o funcionamento da unidade. As ações realizadas pelos profissionais desse grupo estão direcionadas para outros profissionais, quer sejam de nível médio e/ou superior no sentido de

promover meios, para que esses prestem assistência direta à população, no atendimento de suas necessidades de saúde. Portanto, são atividades fundamentais para o funcionamento da unidade, mas pouco valorizadas, tanto pela clientela como pelos demais profissionais.

A subordinação dos profissionais desse grupo se dá, sobretudo, aos profissionais de nível superior, em especial, os da categoria médica. Alguns dos profissionais desse grupo atuam exclusivamente como auxiliares de consultórios, os quais têm como principais tarefas organizar o espaço, as fichas de pacientes e providenciar o material necessário e específico, para que médica(o)s realizem suas tarefas. Esses, por sua vez, chegam e dirigem-se diretamente para a sala de atendimento, a qual deve estar organizada de forma que ela/ele possa desenvolver seu trabalho. Finalizado o atendimento, esses profissionais deixam todo material utilizado na sala, para que os profissionais do grupo B façam higienização do ambiente, recolhimento do material, entrega do material a ser esterilizado e/ou arquivado nos setores específicos, de forma a disponibilizar o espaço para outro profissional.

Em relação à concentração de faixas etárias dos profissionais do grupo B, observa-se que varia entre 25 a 65 anos, com predominância para as faixas etárias entre 30 a 39 anos e de 40 a 49 anos, representadas por 16 e 14 profissionais, respectivamente. Essa situação reflete a pouca possibilidade de melhoria nas condições financeiras dos componentes desse grupo, devido à idade de certa forma já “avançada” para conquista de novos empregos com melhores condições de rendimento.

Na unidade, apenas um setor funciona exclusivamente com a atuação de profissionais de nível médio – o serviço de atendimento médico e estatístico (SAME). Os profissionais que atuam nesse setor são responsáveis pela marcação de consultas, sendo necessário o contato direto com a clientela para identificação da queixa, que motiva a busca de atendimento e de dados pessoais para preenchimento da ficha de cadastro na unidade. Cabe, também a esse grupo, o arquivamento das fichas, de forma que as mesmas sejam localizadas todas as vezes que a(o) paciente compareça à unidade para atendimento por qualquer dos profissionais que prestam atendimento especializado. Portanto, antes de cada atendimento, as fichas deverão ser previamente retiradas do arquivo e após atendimento deverão ser recolocadas no local devido, para posterior utilização.

A(o)s profissionais que desempenham atividades no SAME sofrem “pressões” tanto pela comunidade como pelos demais profissionais que atuam na unidade. Entretanto, desfrutam de um poder que nem mesmo se apercebem, uma vez que podem escolher o profissional que deve fazer o atendimento, assim como determinar para a clientela o dia do atendimento. Para realizar as atividades do SAME, os profissionais ficam em uma sala específica onde são arquivadas as fichas. Na disposição da unidade, essa sala fica do lado oposto, onde ocorre o atendimento dos profissionais de nível superior, com exceção do atendimento odontológico que está localizado próximo ao SAME. Esse serviço, contudo, não depende de marcação prévia no referido setor.

Outra atividade exercida por profissionais de grupo B diz respeito à organização e distribuição de medicamentos. A farmácia funciona nos dois turnos, sendo coordenada por uma farmacêutica que atua no período da manhã. Os profissionais de nível médio que atuam na farmácia também têm contato direto com a clientela, cabendo aos mesmos fazer distribuição de medicamentos disponíveis no setor, assim como informar sobre uso correto da medicação, uma vez que muitos pacientes saem das salas de atendimento médico, sem receber tal informação. A distribuição de remédios se dá nos dois turnos, havendo maior demanda no período da manhã, devido ao fluxo maior de pessoas na unidade.

A falta e/ou escassez constante de medicamentos, especialmente, daqueles utilizados no controle de pressão arterial, de diabetes e medicamentos contraceptivos, foi apontado como um problema que afeta os usuários do serviço e causa transtornos no desenvolvimento das ações desse grupo de profissionais e, também, do grupo A. Nesse caso, os agentes comunitários de saúde agem como importantes informantes, em relação à falta ou disponibilidade de medicamentos na unidade, principalmente, para os casos de hipertensão e diabetes, uma vez que o número de pessoas na comunidade acometidas de tais enfermidades é considerado elevado.

Nesse grupo estão, também, incluídas as categorias profissionais denominadas de auxiliar de serviços gerais e segurança. A(O)s profissionais dessas categorias desenvolvem diariamente ações de limpeza e segurança da unidade. São contratada(o)s por empresas terceirizadas que prestam serviços para a Secretaria Municipal de Saúde. A inclusão dessas categorias profissionais no estudo é justificada pela compreensão de que essa(e)s profissionais fazem parte da equipe

de trabalho do serviço de saúde, uma vez que a(o)s mesma(o)s atuam no espaço institucional, desenvolvendo ações essenciais para atuação das demais categoriais de profissionais. Além disso, essa(e)s profissionais mantêm contatos diretos e indiretos com os demais profissionais e com a clientela, tornando-se, em alguns momentos, um elo entre ambos.

No diário de campo, foi registrada atuação dos “vigilantes” na organização de filas para marcação de consultas, na distribuição de medicamentos e na autorização de exames, através de carimbo da unidade. Esses profissionais, frequentemente, são questionados pela clientela, acerca do funcionamento da unidade, da presença ou ausência de determinado profissional, atuando, assim, como informante. O pessoal que faz a limpeza da unidade, também, é utilizado como informante, tanto pela clientela como pela(o)s profissionais.

As ações desenvolvidas por essas categorias profissionais parecem não ter visibilidade no serviço de saúde. Contudo, a ausência dos mesmos, principalmente dos vigilantes, tem interferência na rotina do serviço, conforme mostram trechos do diário de campo.

Cheguei à unidade por volta das 7h e 30 min e encontrei a porta parcialmente aberta. Questionei o porquê e a informação vinda de um funcionário responsável pela triagem da clientela foi de que os vigilantes estavam em greve. O motivo: dois meses sem pagamento. Durante todo dia, a ausência dos vigilantes foi referida em diálogos mantidos entre profissionais, principalmente os do grupo B.

A greve durou uma semana e durante este período observei que algumas/alguns funcionários do grupo B utilizavam tal situação como justificativa para sair mais cedo e/ou chegar mais tarde com a desculpa que poderiam sofrer algum tipo de violência, tais como roubos e assaltos. Justificativa que não tinha fundamento pois não havia, na unidade, registro da ocorrência de violências durante greve dos vigilantes. Um roubo, ocorrido na unidade, segundo relato de um profissional, se deu em período de feriado longo e com a presença dos vigilantes. Ademais, segundo informações dos funcionários, a ocorrência de assalto à clientela, ocorrida no estacionamento da unidade, se deu em dia de funcionamento normal da unidade, sem greve dos vigilantes.

Porém, a greve dos vigilantes foi utilizada como justificativa pelo administrador da unidade, para interromper, por duas vezes e, finalmente, suspender uma entrevista com uma profissional do grupo A. Às 16h quando entrei na sala para iniciar a entrevista, observei que a unidade já contava com poucos funcionários. Ao sairmos da sala às 17h15minh, após suspensão da entrevista e agendamento para conclusão no dia seguinte, verificamos que além do administrador, havia apenas um funcionário que atuava na farmácia, esperando-nos. O administrador pediu que aguardássemos,

enquanto ele fechava as portas, para então saímos todos juntos (Relato de campo).

Embora a(o)s profissionais do grupo B constituam o maior quantitativo de pessoal da unidade, a diversidade de categorias e de ações desenvolvidas por ele/a se dilui no interior da unidade, de forma que esse grupo se torna pouco reconhecido, tanto pelos demais profissionais quanto pela clientela que tende a valorizar a ação de profissionais do grupo A, em especial, aqueles da categoria médica.

4.2.3 Profissionais do grupo A: profissionais de nível de escolaridade superior e com atuação exclusivamente no contexto institucional.

Durante o trabalho de campo, quarenta e sete profissionais da área de saúde com nível superior atuavam na unidade. Desse total, trinta e três participaram diretamente da investigação, respondendo ao teste de associação livre de palavras e desse total, onze concordaram em responder a entrevista.

Enfermeiras, médico(a)s, assistentes sociais, odontólogas, farmacêuticas e nutricionistas representam as categorias profissionais que atuam na unidade. Pelo menos um(a) representante de cada categoria profissional participou da investigação. Nas categorias com várias especialidades, foi possível envolver profissionais de cada especialidade, como a categoria de médico(a) e de enfermeira. Na unidade atuam médico(a)s das seguintes especialidades: pediatria, hebeatría, angiologia, clínica médica, ginecologia, oftalmologia (esse último, durante o período de trabalho de campo encontrava-se afastado da unidade devido problemas técnicos com o equipamento específico para atendimento). A categoria de enfermagem é representada por enfermeiras que atuam em programas específicos, tais como: atenção à saúde da mulher, crescimento e desenvolvimento da criança, atenção à hipertensão, atenção a diabetes, atenção à tuberculose e, também, no serviço de imunização.

O contato com profissionais desse grupo ocorreu, também, de forma individual e paulatina. Inicialmente, o contato foi feito com enfermeiras que atuavam no programa de atenção à saúde da mulher, com as quais já havia um contato prévio. O contato com a(o)s demais profissionais foi facilitado pelas enfermeiras, por profissionais do grupo B e, também, por iniciativa própria da pesquisadora.

De um modo geral, os únicos profissionais que mostraram resistência em participar da pesquisa foram os da categoria médica. Esses justificavam indisponibilidade de tempo, grande demanda de atendimento e, principalmente, a desculpa de que não trabalhavam com pessoas usuárias de drogas, portanto, pouco ou nada teriam a colaborar com a pesquisa. A/Os profissionais dessa categoria resistiram também, em relação à observação direta no atendimento à clientela.

Assim como os profissionais dos demais grupos, os profissionais que compõem esse grupo são majoritariamente do sexo feminino. Em relação à idade, a faixa etária predominante é a de 50 a 59 anos, seguida das faixas de 30 a 39 e de 40 a 49 anos. Nesse grupo, todos afirmaram ser de cor branca, (Quadro 9) confirmando assim a desigualdade social vinculada à variável raça/etnia entre os grupos, já que nos demais foi registrada a predominância para cores da raça negra.

O nível de instrução, a condição econômica e a categoria profissional parecem contribuir para que esses profissionais adquiram, socialmente, um poder dentro da instituição diferenciado dos demais. Poder esse que se revela na carga horária inferior aos demais profissionais, na autonomia de atender ou não determinada pessoa; na possibilidade de negar-se a fazer atendimentos diante da falta de materiais e ainda de ausentar-se do trabalho, diante da falta de um material ou quebra de equipamento. Esses profissionais, no entanto, estão subordinados a leis e normas, que regem a instituição e que determinam o número de pacientes a ser atendido por cada um, diária e mensalmente.

O tempo de atuação dos profissionais desse grupo na unidade varia de 8 meses a 24 anos, com destaque para cinco profissionais com mais de vinte anos de atuação e de sete deles, com período de atuação entre onze a vinte anos.

Nº	Categoria Profissional	Escolaridade	Sexo	Idade	Cor	Estado Civil	Bairro onde mora	Tempo na unidade	Religião
1	Enfermeira	3º grau	F	50	Parda	Solteiro	R.Vermelho	10 anos	Espírita
2	Enfermeira	3º grau	F	46	Branca	Solteira	Graça	8meses	Católica
3	Enfermeira	3º grau	F	33	Branca	Divorciada	Pituba	2 anos	Católica
4	Enfermeira	3º grau	F	33	Branca	Casada	Politeama	8 meses	Católica
5	Enfermeira	3º grau	F	47	Parda	Casada	R.Vermelho	21 anos	Católica
6	Enfermeira	3º grau	F	35	Parda	Casada	Pituba	4 anos	Católica
7	Enfermeira	3º grau	F	56	Branca	Solteira	R Vermelho	22 anos	Católica
8	Enfermeira	3º grau	F	43	Parda	Solteira	Brotas	7 anos	Católica
9	Enfermeira	3º grau	F	51	amarelo	Separada	R Vermelho	1 ano	Batista
10	M. hebeatra	3º grau	F	55	Branca	Solteira	Candeal	12 anos	Católica
11	M. Hebeatra	3º grau	F	58	Branca	Casada	Pituba	3 anos	Católica
12	M. Clínico	3º grau	M	39	Branco	Casado	Graça	1 ano	Católico
13	M. Clínico.	3º grau	F	49	Negra	Divorciada	Itapuã	14 anos	Espírita
14	Ginecologista	3º grau	F	38	Parda	Casada	Brotas	5 anos	Católica
15	Ginecologista	3º grau	F	43	Parda	Casada	Itapuã	5 anos	Eclética
16	Ginecologista	3º grau	F	50	Branca	Casada	Candeal	24 anos	Católica
17	M. Hebeatra	3º grau	F	55	Branca	Solteira	Graça	1 ano	Católica
18	Ginecologista	3º grau	F	56	Branca	Casada	R Vermelho	1 ano	Católica
19	Angiologista	3º grau	M	56	Branco	Casado	Itapuã	10 anos	Católico
20	M. Pediatra	3º grau	F	57	Parda	Casada	Pituba	23 anos	Católica
21	M. Pediatra.	3º grau	F	48	Branca	Casada	Pituba	8 anos	Batista
22	Dentista	3º grau	F	44	Branca	Casada	Itaigara	2 ano	Protestante
23	Nutrição	3º grau	F	44	Branca	Casada	Canela	22 anos	Católica
24	Nutrição	3º grau	F	38	morena	Casada	Pituba	2anos	Católica
25	Dentista	3º grau	F	30	Parda	Solteira	Brotas	3 anos	Batista
26	M. pediatra	3º grau	M	51	Mulato	Casado	Itaigara	20 anos	Espiritualista
27	A. Social	3º grau	F	55	Branca	Casada	Itaigara	4 anos	Católica
28	A. Social	3º grau	F	38	Afro	Solteira	Federação	5 anos	Espírita
29	A. Social	3º grau	F	60	Branca	Divorciada	Graça	20 anos	Católica
30	Farmácia Hos	3º grau	F	34	Parda	Separada	Centenário	2 anos	Católica
31	Farmácia Hos	3º grau	F	58	Branca	Divorciada	Canela	12 anos	Evangélica
32	Bioquímica	3º grau	F	34	morena	Solteira	Federação	5 anos	Batista
33	Bioquímica	3º grau	F	29	Parda	Solteira	Pituba	3 anos	Católica

Quadro 9 - Caracterização dos profissionais do grupo A

Essa informação aponta para vasta experiência dos profissionais do grupo, consolidada ao longo do tempo. O local de moradia desse grupo de profissionais também é diversificado. De um modo geral, moram em bairros considerados socialmente como “nobres”, onde habitam pessoas de classe média alta e/ou alta,

com boa infra- estrutura e condições sanitárias. Embora de forma menos enfática, alguns profissionais desse grupo relataram situações relacionadas com o consumo das drogas, no bairro onde moram e/em locais próximos com as mesmas características. Embora de forma menos enfática, alguns profissionais desse grupo relataram situações relacionadas com o consumo das drogas, no bairro onde moram e/em locais próximos com as mesmas características.

As informações apresentadas assinalam que o problema das drogas não está restrito a uma determinada classe social ou a uma determinada região geográfica da cidade. As informações revelam a expansão das drogas e sua disseminação entre pessoas de diferentes sexos, idade, cor/raça, religião, nível de escolaridade.

Com relação à situação conjugal, a maioria das pessoas afirmou ser casada(o) e ter filhos. Algumas das entrevistadas, independente de estar ou não casada, mas, na condição de mãe, esboçam preocupação com os filhos, diante da problemática estudada e da expansão do consumo de drogas no mundo globalizado.

Esse é um negócio (as drogas) que deixa a gente assim assustada, como pessoas engajadas na sociedade, como mãe que sou, com filhos adolescentes que a gente tem que manter um processo de vigilância muito grande, pra que eles também não se vejam tentados a isso. Porque nem sempre o uso de drogas se dá muito distante, muitas vezes ele está assim pertinho e você não está percebendo e quando percebe, a coisa já está avançada (Profissional do grupo A, médica clinica).

No mundo, o consumo tem aumentado assim estupidamente. Fica todo mundo assim muito alerta. Porque os pais sabem dos riscos que os filhos podem correr em relação a isso. Minha filha tem 8 anos só, mas eu fico assim muito assustada e preocupada..(Profissional do grupo A, enfermeira).

A maioria dos componentes desse grupo afirma ser adepta(o) da religião católica. Não houve, nesse grupo de profissionais, nenhuma referência à religião, como uma forma de deter o consumo de drogas na população.

Os profissionais desse grupo desenvolvem atividades individuais que são caracterizadas pelo atendimento às queixas trazidas pela clientela, especialmente, quando essa se configura em sinal e/ou sintoma de doença (maiores discussões sobre esta questão serão apresentadas no capítulo 6). Essa prática reproduz o caráter reducionista expressado no modelo hegemônico que norteia as práticas no sistema de saúde brasileiro. A superação desse modelo exige mudanças em uma

visão de mundo e de relações de poder que se estabelecem, sobretudo, entre profissionais e usuária(o)s do serviço.

4.3 RELAÇÕES ENTRE OS PROFISSIONAIS NO CONTEXTO ASSISTENCIAL DE SAÚDE

O perfil sócio-demográfico da(o)s profissionais que atuam na CAMUDE, conforme mostrado nas secções anteriores, aponta para a predominância do sexo feminino (88,3%) em todos os grupos de profissionais, confirmando a força de trabalho feminino nas atividades daquele serviço e reforçando o que já se sabe sobre a participação das mulheres no trabalho fora do espaço domiciliar. Contudo, o carácter feminino da equipe não parece ser suficiente para reduzir as desigualdades existentes entre as diversas categorias profissionais, as quais, além de pertencerem a classes sociais diferentes, atuam sob um regime de hierarquia interna.

As relações de poder se constroem e se recriam cotidianamente e as relações sociais no trabalho reproduzem a rígida estrutura hierárquica presente nas instituições de serviços de saúde, onde nem a semelhança de sexo, nem a vantagem quantitativa mobilizam a solidariedade das mulheres.

As diferenças na totalidade da equipe se estabelecem por distinções de classe e de cor e, também, pela reprodução de poder simbólico atribuído, sobretudo, à categoria médica. Tal como identificado por Schraiber (2005), em unidades do PSF, de Recife, no contexto investigado desse estudo, a organização interna da unidade, também, segue uma hierarquia marcada no estilo tradicional, que gera dificuldades de comunicação interna da equipe e, que conseqüentemente, interfere na identificação de problemas sociais que afetam a saúde, tal como o consumo de drogas.

A reprodução do poder simbólico atribuído à categoria médica é compartilhada por outras categorias profissionais e pela clientela. Observou-se que, diariamente, alguns profissionais do grupo B ocupam grande parte do seu tempo de trabalho, preparando o ambiente (salas e equipamentos) para a atuação dos profissionais da categoria médica, antes mesmo que esses cheguem à unidade.

Diante de tal propósito e da pouca disponibilidade de salas na unidade, constantes desavenças entre profissionais de nível médio e outras profissionais do grupo A, especialmente, enfermeiras, foram observadas. As discussões em torno dessa questão eram presenciadas por outros profissionais, que se mantinham silenciosos e, de um modo geral, as salas eram liberadas independente da presença ou não do aguardado profissional da categoria médica e da clientela da enfermeira em atendimento.

O silêncio também foi observado como uma conduta da clientela, diante dos atrasos constantes no atendimento médico. As reclamações, quando existiam, eram dirigidas aos profissionais de nível médio, em especial, àqueles responsáveis pela marcação de consultas e/ou pela organização das salas de atendimento. Mas, após ser atendida e obter, geralmente, uma solicitação de exames ou encaminhamento para outro profissional médico, a clientela mostrava-se satisfeita e agradecida pelo atendimento recebido.

Os diferentes vínculos trabalhistas e de formas de inserção dos profissionais na unidade parecem interferir nas relações e na comunicação do grupo e, conseqüentemente, na prática assistencial. Na CAMUDE, os profissionais estão contratados por diferentes instituições com vínculo, remuneração e carga horária diferenciada, inclusive na mesma categoria profissional. A situação profissional do grupo não foi investigada com profundidade, mas foi observada a existência de vários focos de insatisfação, movimento de greves e paralisações de uma categoria profissional e/ou grupo contratado temporariamente de forma terceirizada. Nessa situação, as atividades desenvolvidas pela(o) profissional ou pelo grupo de profissionais não foram assumidas pelo grupo do quadro permanente, gerando descontinuidade nas ações desenvolvidas e deixando a população descoberta naquele período.

Além das questões trabalhistas, foram registradas algumas circunstâncias que demarcam a falta de interação técnica e profissional mais efetiva no cotidiano assistencial do grupo estudado. A falta de interação entre os profissionais mostra-se mais acentuada entre os grupos que atuam no espaço institucional e o grupo que tem atuação na comunidade, ou seja, entre as diversas categorias de profissionais e a(o)s agentes comunitários de saúde. Este grupo de profissionais tem um tempo de permanência na unidade curto em relação aos demais.

O limitado tempo de permanência da(o)s ACS na unidade ocorre por seu local de atuação se constituir na comunidade e, também, em atendimento a uma ordem da direção do serviço que estabelece que os mesmos se mantenham na área externa da unidade, devido ao pouco espaço dentro da unidade e da alta demanda de clientes que diariamente buscam atendimento na referida unidade. Diariamente, a(o)s ACS comparecem à unidade, no início e término de cada turno de trabalho, para assinar ponto, fazer contato exclusivamente com a enfermeira supervisora e/ou fazer trocas de informações entre si. Nenhuma troca de informação foi registrada entre este grupo de profissionais e os demais que atuam no espaço institucional.

Diferentemente do que ocorre com outros profissionais da CAMUDE, a(o)s ACS são submetida/os às mesmas normas e rotinas estipuladas para a população, em geral, quando precisam dos serviços prestados na unidade, confirmando assim o não reconhecimento desses profissionais como integrantes da equipe de trabalho. Esses, por sua vez, quando insatisfeitos com o atendimento prestado ou com a falta de atendimento, comportam-se da mesma maneira que a clientela, e mantêm o silêncio, diante dos freqüentes e prolongados atrasos de algumas profissionais da categoria médica, conforme registros em diário de campo.

Terça feira, 9h. Encontro uma agente comunitária de saúde na sala de espera juntamente com outras mulheres. Questiono sobre sua presença e ela responde que está aguardando consulta com ginecologista que fora marcada para 8h. Diante do quantitativo de pessoas esperando e do horário que comumente a referida profissional costuma chegar, questiono se a ACS vai poder trabalhar naquela manhã. Ela responde que assim como as demais pacientes, ela não pode afastar-se, pois se na hora da chegada da médica for feita nova chamada e ela não estiver, perderá a consulta. A ACS, juntamente com as demais pacientes apazadas ficaram a manhã quase toda aguardando a médica que só chegou às 11:30h. O atendimento das 16 pacientes apazadas foi realizado em uma hora e trinta minutos. Durante o período de espera, todas demonstraram insatisfação pela demora e preocupação com afazeres domésticos, filhos pequenos que foram deixados com vizinhos e/ou parentes e ainda com a perda do dia de trabalho em casa de outras pessoas. Nem a ACS, nem as demais pacientes trabalharam naquela manhã. Nenhuma das pacientes reclamou com a médica sobre a demora, embora todas tivessem demonstrado, em conversas paralelas, insatisfação com o grande atraso e a consequência disto para suas vidas (Relato de campo).

Ocorre, porém estes profissionais quando estão no desenvolvimento de suas atividades na comunidade reproduzem o mesmo estilo de relação hiererquizada que

se dá entre os profissionais e a clientela dentro do espaço institucional, conforme registros do diário de campo.

No acompanhamento da visita domiciliar. O agente bate à porta da casa e após alguns minutos é atendido por uma mulher que informa estar ocupada com os afazeres domésticos. Ele insiste que não vai demorar e começa a questionar sobre o cartão de vacina da criança e o uso de medicamento para hipertensão por parte da mulher que o atendeu. Ela informa que está tudo bem e dirige-se para o banheiro a fim de fechar uma torneira que ficara aberta. Ele insiste em outras perguntas e ela continua demonstrando ansiedade com as tarefas a realizar. A criança chora... a mulher agita-se e o agente insiste em fazer a pesagem da criança naquele momento. A mulher como para livrar-se do infortúnio, pega a criança enquanto o agente prepara a balança. Este faz questionamentos sobre a criança e determina algumas ações acerca de cuidados a serem adotadas pela mãe, aparentemente incompatíveis com a condição econômica da mulher. Esta ouve sem demonstrar muita atenção (Relato de campo).

Independente da reprodução de relações de poder que a(o)s ACS mantêm com a clientela, estes profissionais no exercício do duplo papel, cidadão da comunidade e prestador de serviço de saúde, passa a dispor de informações privilegiadas dos dois contextos, tal como apontado por Nunes et al. (2002) em estudo que discute a identidade do agente comunitário de saúde, no Município de Salvador-Ba. Contudo, as informações que a(o)s ACS têm acerca da comunidade parecem não ser incorporadas ao planejamento das atividades da unidade, pelo menos não foram observadas ações conjuntas entre eles, que apontassem para tal incorporação. Daí que, enquanto o discurso da(o)s agentes comunitários de saúde reconhece o consumo de drogas como um problema emergente da comunidade, os demais profissionais negam atender no seu dia-a-dia pessoas usuárias de drogas. Esse contexto confirma a negação de uma voz, a falta de diálogo e de reconhecimento, que inviabilizam, inclusive, o propósito de mudança no modelo assistencial que acompanha a atual política da atenção básica do SUS e que vê o agente comunitário de saúde como elemento chave do processo.

A falta de integração entre as(os) profissionais que atuam nos distintos locais do contexto assistencial gera insatisfação e desvalorização com a falta de reconhecimento do trabalho executado por algumas categorias profissionais, reproduzindo assim desigualdade socialmente estabelecidas. Dessa forma, o serviço institucionalizado de saúde, constitui um local de reprodução de desigualdades que se manifesta entre profissionais e entre estes e a clientela.

5 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS NUM CONTEXTO ASSISTENCIAL DE SAÚDE ACERCA DO CONSUMO DE DROGAS

Neste capítulo apresento, inicialmente, o resultado do processamento estatístico dos dados do Teste de Associação Livre de Palavras – TALP, realizado pelo software Tri-Deux-Mots, versão 2.2. Os resultados oferecidos constituíram um guia para a organização dos dados produzidos pelas demais técnicas, sendo considerados tanto aspectos quantitativos e qualitativos, como os específicos, consensuais e subjetivos, possibilitando assim uma compreensão dinâmica e ampla do objeto de estudo.

Resumidamente, a análise dos dados obtidos através do TALP mostra que o consumo de drogas é um problema que permeia a realidade dos diversos profissionais que atuam no contexto assistencial de saúde, havendo pontos divergentes e convergentes nas representações elaboradas pelos distintos grupos de profissionais em torno dessa problemática.

Mostro, neste capítulo, que diferenças no campo semântico das palavras evocadas para os cinco estímulos apresentados no TALP estão relacionadas com as diferentes realidades vivenciadas pelos distintos grupos de profissionais que trabalham no espaço institucional e na comunidade. Desta forma, o problema das drogas, reconhecido como muito saliente pelos ACS, permanece desconsiderado pelos demais grupos que trabalham no espaço institucional. Da mesma forma, a/os usuários de drogas que não se conformam aos estereótipos apresentados pelos profissionais não são reconhecida(o)s como tais no espaço institucional de atenção à saúde. De um modo geral, os profissionais representam o consumo de drogas como um problema de “outros”, de outros profissionais, de outros serviços, não sendo, assim, incorporado como um problema de saúde que mereça atenção por parte da(o)s mesma(o)s.

Na triangulação dos dados foram evidenciadas tanto similaridades quanto discretos contrastes entre os grupos de profissionais, com relação ao tema estudado, revelados através dos cinco estímulos definidos para o TALP e que foram explorados nas entrevistas e na observação de campo. Os dados foram organizados

em três categorias empíricas. Duas são apresentadas neste capítulo e a terceira é discutida no capítulo seguinte, numa articulação com as práticas profissionais.

A primeira categoria reúne idéias em torno dos estímulos drogas (E1) e consumo de drogas (E2) e a segunda foi organizada com base nos estímulos - homem usuário de drogas (E3) e mulher usuária de drogas (E4). O corpus dessas duas categorias atende aos objetivos de conhecer a imagem construída por profissionais em atuação num contexto assistencial de saúde, acerca das drogas e da pessoa usuária de drogas e, de analisar suas representações sociais numa perspectiva de gênero.

5.1 ANÁLISE FATORIAL DE CORRESPONDÊNCIA: PALAVRAS E POSIÇÕES QUE DEMARCAM DIFERENÇAS

O TALP é um instrumento que “permite evidenciar universos semânticos e que colocam em evidência os universos comuns de palavras face aos diferentes estímulos e sujeitos ou grupos” (NÓBREGA, COUTINHO, 2003, p. 68). Neste estudo, o uso de TALP permitiu o envolvimento de diversas categorias profissionais e a apreensão de elementos constitutivos da representação social através de universos semânticos de palavras evocadas para os cinco estímulos indutores.

A análise fatorial de correspondência mostra nítidas diferenças de interpretação sobre drogas(E1), consumo de drogas(E2), homem usuário de drogas(E3), mulher usuária de drogas(E4) e assistência(E5), entre os três grupos de profissionais (A, B e C), mas não por sexo ou idade. Para obter esta informação, o processamento estatístico dos dados do TALP foi feito pelo software Tri-Deux-Mots numa correlação entre as variáveis de opinião (palavras evocadas pela(o)s profissionais com atuação no contexto assistencial de saúde para os 5 estímulos indutores) e as variáveis fixas (sexo, idade e grupos de profissionais) estabelecidas para este estudo. Os resultados de tal processamento estão representados no gráfico (Figura 2) em que são exibidas as variáveis de opinião e a variável fixa que apresentaram significância estatística. No gráfico, as variáveis de opinião estão seguidas pelo número do estímulo de cada estímulo indutor.

A variável fixa “grupo de profissionais” está diretamente relacionada com o nível de escolaridade e local de atuação dos profissionais no contexto assistencial de saúde investigado. A significância atribuída a esta variável determinou um conjunto específico de variáveis de opinião para cada grupo de profissionais (grupo A, B e C), os quais estão distribuídos em pontos distintos das linhas que compõem o gráfico.

No gráfico, no sentido horizontal, o grupo de profissionais com nível de escolaridade superior (grupo A) ocupa a parte superior, enquanto os demais grupos (grupos B e C) que têm nível de escolaridade média e/ou fundamental estão na parte inferior, do lado direito e esquerdo. Verticalmente, as diferentes posições dos grupos de profissionais estão relacionadas com o local de atuação destes no contexto de saúde. Os profissionais do grupo A e B que desenvolvem atividades dentro do contexto institucional ocupam o lado direito do gráfico, enquanto os profissionais do grupo C – agentes comunitários de saúde – com atuação majoritariamente na comunidade, ocupam o lado esquerdo do gráfico.

As distintas posições que os grupos de profissionais ocupam no gráfico confirmam a idéia de que “as representações sociais refletem as diferentes posições sociais” (CAMPOS, 2005, p. 91) dos indivíduos no contexto sociocultural no qual cada um vive. Assim, os dados ratificam a teoria de que as representações sociais:

Como fenômenos cognitivos, envolvem a pertença social dos indivíduos com as implicações afetivas e normativas, com as interiorizações de experiências, práticas, modelos de condutas e pensamento, socialmente inculcados ou transmitidos pela comunicação social, que a ela estão ligadas (Jodelet, 2001, p: 22).

Logo, as RS expressam relações desiguais dos indivíduos na sociedade. Essas relações, de certo, refletem no campo semântico das representações sociais sobre um determinado objeto e, no caso específico, acerca do consumo de drogas.

profissionais e, relações desiguais observadas no cotidiano do contexto assistencial de saúde investigado²³. A desarticulação nas práticas profissionais é discutida no capítulo V.

A falta de significância estatística para as variáveis fixas – sexo e idade – demonstrada no processamento estatístico dos dados do TALP remete à constatação da complexidade e reprodução das representações sociais, conforme afirma Moscovici (2003, p. 216):

Complexas e necessariamente inscritas dentro de um referencial de um pensamento preexistente; sempre dependentes, por conseguinte, de sistemas de crença ancorados em valores, tradições e imagens do mundo e da existência. Elas (as representações sociais) são, sobretudo, o objeto de um permanente trabalho social, no e através do discurso, de modo que cada novo fenômeno pode sempre ser reincorporado dentro de modelos explicativos e justificativos que são familiares e, conseqüentemente, aceitáveis.

A ausência de significância estatística para a variável fixa ‘sexo’, revelada nos dados do TALP, possivelmente está relacionada com o fato de que a população investigada deve ser composta em sua maioria de mulheres (83,8%). Essa condição, entretanto, não impede um olhar sobre a perspectiva de gênero para as representações apreendidas, uma vez que o consumo de drogas constitui um comportamento complexo carregado de estereótipos e com repercussões sociais e de saúde distintos para homens e mulheres em diferentes contextos sociais.

No que diz respeito à idade, a ausência de significância na análise fatorial correspondência revela a predominância de padrões culturais vinculados a um comportamento milenar como o consumo de drogas.

Os conjuntos de palavras evocados pelos grupos de profissionais estão distribuídos em pontos distintos dos planos fatoriais (F1 - linha horizontal e F2 – linha vertical) que formam o gráfico (Figura 1). O fator 1 (F1), em vermelho, linha horizontal, explica 34,4% de variância, traduzindo assim as mais fortes representações em relação ao consumo de drogas, uma vez que os conjuntos de palavras evocados pela(o)s profissionais dos grupos B e C encontram-se próximas ao eixo central do gráfico. Para este fator, as palavras ‘falta de amor(E1), tristeza(E1), sofrimento(E2), violência(E3), abandonada(E4), vida, apoio e

²³ Contudo, essas relações não constituem objeto desse trabalho e, por sua complexidade pode ser investigado em outra pesquisa.

compromisso(E5)' evocadas pela(o)s profissionais do grupo C (Agentes Comunitários de Saúde) para os cinco estímulos conforme numeração apresentada ao lado de cada palavra estão em oposição àquelas evocadas pela(o)s profissionais do grupo B – adolescente(E1), curiosidade(E2), agressivo, violência(E3), influenciada, mais discriminada, agressiva, excluída, doente(E4), precária(E5) localizadas no lado positivo do eixo 1.

Os dois grupos de profissionais que se apresentam em F1 têm o mesmo nível de escolaridade, mas atuam em espaços distintos dentro do contexto assistencial de saúde – a(o)s profissionais do grupo B atuam no espaço institucional e a(o)s do grupo C têm atuação majoritariamente na comunidade. As distintas posições dos grupos de profissionais na linha horizontal demarcam que no campo semântico das palavras evocadas para os cinco estímulos há oposições relacionadas ao consumo de drogas. Oposições e similaridades no significado das variáveis de opinião evocadas por profissionais dos distintos grupos foram evidenciadas no discurso oriundo das entrevistas e serão mostradas nas seções a seguir. Visando possibilitar melhor visualização das palavras evocadas por estes dois grupos de profissionais, as mesmas foram organizadas em um quadro numa correlação com os estímulos indutores (Quadro 10).

Estímulos / Grupos	Profissionais do grupo C F1	Profissionais do grupo B F2
1 Drogas	Falta de amor - tristeza	Adolescente
2 Consumo de Drogas	Sufrimento - Depressão	Curiosidade
3 Homem usuário de drogas	Violento - Jovem	Violência - Agressivo Marginal - Má Influência
4 Mulher usuária de drogas	Abandonada	Excluída - Agressiva - Doente - Influenciada - Mais discriminada que os homens
5 Assistência a Pessoas Usuária de Drogas	Assistência especializada - Apoio Oportunidade - Compromisso - Vida	Precária

Quadro 10 - Grupos de profissionais e variáveis de opinião que apresentaram significância estatística para o Fator 1 (sentido horizontal do gráfico)

O fator 2 (F2) em azul, linha vertical do gráfico, representa 24,3% da variância total das palavras. Para este fator, os profissionais do grupo A estão em posição oposta aos do grupo B. Ambos os grupos atuam no espaço institucional, mas têm nível de escolaridade diferenciado. O conjunto de palavras evocado pela(o)s profissionais do grupo A – dependência e depressão(E1), dependência, violência e curiosidade(E2) marginal, doente (E3), desajuste familiar(E4) e

assistência especializada, orientação, profissionais especializados e ajuda familiar(E5) – estão localizadas na parte superior do gráfico, enquanto as palavras evocadas pela(o)s profissionais do grupo B – coisa ruim(E1), má influência, moda e dependente(E2), baixa auto-estima, morte, má influência(E3), violência(E4), apoio familiar, integração(E5) – encontram-se agrupadas na parte inferior do gráfico. As diferentes posições dos grupos de profissionais no gráfico apontam para oposições no campo semântico das variáveis de opinião evocadas para os cinco estímulos indutores. No quadro é possível visualizar as variáveis de opinião em correlação com os estímulos indutores e os grupos de profissionais que se apresentaram no eixo vertical do gráfico (Quadro 11).

Estímulos / Grupos	Profissionais do grupo A F2	Profissionais do grupo B F2
1 Drogas	Dependência - Depressão	Coisa Ruim
2 Consumo de Drogas	Violência - Curiosidade - Dependência	Dependente - Moda - Má Influência
3 Homem usuário de drogas	Doente	Baixa auto-estima - Morte - Má Influência
4 Mulher usuária de drogas	Desajuste Familiar	Violenta
5 Assistência a Pessoas Usuária de Drogas	Ajuda Familiar - Assistência Psicológica - Profissionais Especializados - Orientação	Apoio familiar - Integração - Precária

Quadro 11 - Grupos de profissionais e variáveis de opinião com significância estatística para F2 (sentido vertical do gráfico)

De acordo com os dados da análise fatorial de correspondência, os profissionais do grupo B mediam a comunicação entre os dois outros grupos, os quais atuam em locais distintos, uma vez que este grupo encontra-se nos dois planos do gráfico diferentemente dos outros grupos. A posição que os profissionais do grupo A assumem no gráfico aponta para o distanciamento dos mesmos com a problemática das drogas no contexto assistencial de saúde, uma vez que o grupo mostra-se distanciado do ponto de convergência entre os dois eixos do gráfico.

A centralidade de posição do grupo de agentes comunitários de saúde associado ao campo semântico das variáveis de opinião leva a afirmar que este grupo tem importante papel frente ao consumo das drogas no contexto assistencial de saúde. Resta saber até que ponto estes profissionais reconhecem tal papel e, se o contexto político e social de trabalho desses profissionais contribuem para a incorporação de ações no enfrentamento de questões relacionadas ao consumo de

drogas. Esta, sem dúvida é uma questão complexa que merece outras investigações.

Ao buscar oferecer uma compreensão ampla acerca das variáveis de opinião evocadas pelos distintos grupos de profissionais para os cinco estímulos indutores, independente da posição dos grupos no gráfico, foi organizado um quadro com todas as variáveis de opinião numa correlação com cada grupo profissional (Quadro 12).

Estímulos / Grupos	Profissionais do grupo A	Profissionais do grupo B	Profissionais do Grupo C
1 Drogas	Dependência - Depressão	Coisa Ruim - Adolescentes	Falta de Amor - Tristeza - Depressão
2 Consumo de Drogas	Violência - Curiosidade - Dependência	Dependência - Má Influência - Moda - Curiosidade - Sofrimento	Sofrimento
3 Homem usuário de drogas	Doente - Marginal	Pessoa com baixa auto- estima - má influência - violência - morte - doente - marginal	Jovem - violento
4 Mulher usuária de drogas	Desajuste Familiar	Influenciada - Agressiva - Violenta - Excluída - Doente - Mais discriminada que o homem	Abandonada
5 Assistência a Pessoas Usuária de Drogas	Orientação - Profissionais especializados assistência psicológica - Ajuda familiar	Precária - Apoio Familiar - Integração	Apoio - Oportunidade - Vida - Compromisso - Assistência especializada

Quadro 12 - Variáveis de opinião evocadas pelos grupos de profissionais para cada estímulo indutor.

Na análise dos dados, os estímulos foram agrupados em três blocos, objetivando melhor compreensão acerca do objeto de estudo. O agrupamento dos estímulos favoreceu a triangulação dos dados com identificação de similaridades e contrastes entre os grupos de profissionais e de aspectos que demarcam a perspectiva de gênero em torno da problemática das drogas.

Os estímulos *drogas* (E1) e *consumo de drogas* (E2) formam o primeiro bloco. As variáveis de opinião evocadas para estes estímulos revelam idéias, valores, atitudes e concepções acerca da problemática das drogas de acordo com a realidade vivenciada por cada grupo na sociedade e no contexto assistencial de saúde onde atuam. O segundo bloco reúne os estímulos *homem usuário de drogas*

(E3) e *mulher usuária de drogas* (E4) e as palavras evocadas pelos distintos grupos de profissionais evidenciam aspectos que distinguem as pessoas usuárias de drogas com base na determinação biológica e em construções socioculturais que definem a identidade masculina e feminina.

O terceiro bloco é formado pelas variáveis de opinião evocadas pelos distintos grupos de profissionais para o estímulo *assistência à pessoa usuária de drogas* (E5). A idéia central expressada pelas variáveis de opinião evocadas para o estímulo 5 assinala a necessidade de profissionais e de serviços especializados no atendimento a pessoas usuárias de drogas, conforme mostro no capítulo 5.

Nas duas secções seguintes discute-se: 1) as idéias associadas ao consumo de drogas e 2) a imagem da pessoa usuária de drogas. Em cada uma das categorias apresentada busco uma articulação ente todas as fontes de informações utilizadas de forma a dimensionar o campo semântico das variáveis de opinião reveladas pela análise fatorial de correspondência.

5.2 IDÉIAS ASSOCIADAS AO CONSUMO DE DROGAS

Nesta seção mostro as idéias apreendidas em torno dos estímulos “drogas” e “consumo de drogas” apreendidas preliminarmente pela análise fatorial de correspondência e aprofundadas pela análise conjunta dos dados gerados pelas demais técnicas de produção. A articulação de dados permitiu identificar idéias, valores, atitudes e concepções em torno dos dois estímulos referidos que ora mostram-se vinculadas a um grupo específico de profissionais, ora comum a todos os grupos. Neste contexto, foi possível identificar aspectos que permeiam as relações dos atores sociais tanto no âmbito da sociedade na qual vive, quanto no espaço institucional onde atuam e que, de certo, influenciam a elaboração das representações sociais.

Na análise fatorial de correspondência, as palavras evocadas pelos dois grupos de profissionais que atuam no espaço institucional do contexto assistencial de saúde – profissionais de nível superior e de nível médio – remetem à idéia de dependência para as drogas e seu consumo. Em todos os discursos apreendidos, a

palavra dependência caracteriza-se como doença. Uma doença que causa e é causada por situações de sofrimento, tristeza e depressão para a pessoa acometida e para familiares. Tal constatação leva-me a formular a hipótese de que a idéia de dependência/doença traduz a representação social dos profissionais acerca das drogas (E1) e do seu consumo (E2).

Para mim consumo de drogas lembra dependência e vejo a dependência como uma doença que impossibilita a pessoa de viver na sociedade, de trabalhar, de se relacionar. A idéia que me vem é essa, de dependência (Profissional do grupo A, médica).

A droga é uma doença, uma doença coletiva. É uma doença que pode ser tratada também a nível ambulatorial (Profissional do grupo B, técnica de administração).

A droga em si é uma substância que quando usada causa dependência e a dependência é uma doença que precisa ser tratada em serviços e por profissionais especializados (Profissional do grupo A, médica clínica).

A idéia de dependência apresentada pela(o)s profissionais para as drogas e seu consumo estabelece um padrão de uso de drogas classificado como doença que por suas características físicas e subjetivas requer assistência de profissionais e serviços especializados. Nessa representação, a(o)s profissionais excluem os demais tipos de usuários apresentados na literatura (experimentador, habitual, recreativo) homogeneizando a pessoa usuária de drogas na categoria de dependente que corresponde aos padrões de uso caracterizado como intensivo e compulsivo, conforme mostrado no capítulo 1.2.

De acordo com dados do relatório mundial sobre drogas, também apresentados no capítulo 1.2, o uso problemático de drogas, qualificado como dependência, é adotado por 0,6% da população global com idade entre 15 a 64 anos (UNITED NATIONS PUBLICATION, 2005, 2006, 2007). No Brasil, a proporção é similar (CARLINI et al., 2007). Para Salvador, não há dados exatos, mas podemos afirmar que o número de usuários problemáticos não deve ultrapassar 1% da população do bairro estudado. Certamente, a maioria de usuários de drogas que freqüentam a unidade não está na condição de dependente, o que contraria as RS dos profissionais de saúde. Portanto, a representação social acerca do consumo de drogas revelada pela(o)s profissionais leva à invisibilidade em torno da problemática das drogas para situações que demandam ações de cunho preventivo e educativo.

A meu ver, essa representação contribui para vulnerabilidade social e programática de pessoas e/ou grupos populacionais a agravos sociais e de saúde decorrentes do uso e/ou abuso de drogas.

A representação de dependência/doença enunciada pelos profissionais de nível A e (em menor grau) de nível B mostra-se objetivada em situações da vida cotidiana, em concepções do senso comum, articuladas com conhecimentos de cunho técnicos científicos que norteiam a formação dos profissionais de saúde. As variáveis de opinião evocadas para esses dois estímulos assinalam que o envolvimento de uma pessoa ou grupo de pessoas com as drogas guarda correspondência com motivações e conseqüências de diferentes origens que se alternam permanentemente.

Neste contexto, a(o)s profissionais do grupo B apontam os adolescentes como o agrupamento populacional mais vulnerável ao envolvimento com as drogas. Nas entrevistas, os demais grupos de profissionais também apontam para vulnerabilidade de crianças e adolescentes, cuja aproximação com as drogas está vinculada a aspectos de ordem social, afetiva, familiar, psicológica e econômica que, algumas vezes se apresentam como motivação para uso de drogas, noutras como conseqüências do seu consumo.

As variáveis de opinião evocadas pelos três grupos de profissionais que expressam motivação para o envolvimento de pessoas, principalmente adolescentes, com as drogas foram: curiosidade, considerada como característica da adolescência; a concepção de que a droga é um produto da moda, estando presente em distintos contextos sociais; a amizade com pessoas usuárias de drogas, vistas como de má influência; a falta de amor, principalmente, por parte dos pais e, ainda, situações de sofrimento representadas pela fome e pela ocorrência de violência em diversas modalidades vivenciadas no seio familiar.

Acho que os adolescentes correm mais riscos, não só pela curiosidade, mas também, pelo contato cada vez mais precoce que têm com as drogas, pela facilidade de acesso em festas, barzinhos e, até nas escolas. Hoje, meninos e meninas vão para barzinho, para festinha cada vez mais cedo. E, a relação com as drogas começa com a bebida, cerveja, com uísque e depois vão introduzindo outras (Profissional do grupo A, médica ginecologista).

Usar drogas hoje em dia é coisa da moda. Tem muita gente usando, pobre, rico, branco, preto, homem, mulher, muita gente mesmo. (...)

acho que os jovens correm mais risco e estão usando (drogas) cada vez mais (Profissional do grupo B, técnica de nutrição).

Distúrbios causados por problemas familiares, de separação de pai e mãe, de marido que bebe muito e bate ou xinga a esposa, de mãe que tem que trabalhar fora o dia todo para sustentar a família e, ainda, quando chega em casa sofre agressões pelo marido que está desempregado e bêbado. Então, de certa forma isso vai desestruturando a criança, em alguns casos causam revolta e repercute na adolescência ou na fase adulta quando muitos por falta de oportunidade de vida terminam se envolvendo com as drogas, para suportar toda essa situação ou para ganhar dinheiro para mudar a situação (Profissional do grupo C, ACS)

No meu dia a dia o que eu percebo são muitos adolescentes envolvendo-se com as drogas. Por vários motivos, até mesmo, porque está muito insatisfeito na vida ou arranhou um namoradinho que usa. São pessoas com seus 17, 18, 20 anos que estão usando drogas. Acho isso muito preocupante, por que qual pode ser o futuro desses jovens? (Profissional do grupo A, médica clínica).

Diante da variedade de drogas, de motivos para seu consumo e da facilidade de acesso a tais substâncias, todos os grupos de profissionais assinalam para a expansão do consumo de drogas. Porém, para alguns do grupo A e B, essa expansão se dá de forma discreta e distante do seu contexto pessoal e profissional. Para outros, principalmente, a(o)s ACS, a proximidade com as drogas é demarcada tanto no contexto profissional como na vida pessoal, uma vez que atuação profissional ocorre no mesmo local de moradia, no qual as drogas são parte do cotidiano.

Embora haja reconhecimento da expansão do consumo de drogas, o discurso da(o)s entrevistada(o)s estabelece diferenças relacionadas ao tipo, objetivos para o uso de droga por distintas classes sociais.

Aqui o pessoal que mora aqui na comunidade usa mais maconha e crack que ouço dizer que são mais baratas, mas os filhinhos de papai usam cocaína (Profissional do grupo C, ACS).

Acho que o pessoal de classe média e pobre bebe muito... Os pobres bebem para matar a fome. Tem também a questão do crack e da cocaína que agente sabe que existe, mas a cocaína é uma droga que agente vê que está limitado a um grupo social mais restrito, a pessoas que realmente têm um poder aquisitivo melhor (Profissional do grupo A, médica clínica).

Muitos dos que moram aqui na comunidade usam um baseado ou cheiram a cocaína para ir lá, na sinaleira, assaltar alguém. Com essas ações, às vezes, conseguem ganhar em um dia mais do que muita gente ganha trabalhando o mês todo. Então isso se torna uma

forma fácil de ganhar dinheiro (Profissional do grupo B, técnica de administração).

Para os pobres um motivo para o uso seria a questão financeira. Então, muitos se envolvem com as drogas na ilusão de que vai ganhar dinheiro por ser pobre, por não ter as mesmas oportunidades dos ricos, então acabam se envolvendo. Vejo, também, que tem muito pobre jovem envolvido com drogas, mas não vejo isso com o pobre adulto. Já com a pessoa rica, acho que é mais pela pobreza de espírito, de desequilíbrio emocional, falta de orientação de pai e mãe, da ausência dos pais no convívio com os filhos porque muitos se preocupam em ganhar dinheiro para proporcionar uma “boa vida” pros filhos e não têm tempo para ficar junto com os filhos, isso causa muitos problemas (Profissional do grupo A, bioquímica).

Nessas entrevistas a(o)s profissionais evidenciam a idéia de que o envolvimento de pessoas e/ou grupos de pessoas com as drogas ocorre de forma diferenciada a depender da classe social. Neste contexto, assinalam que pessoas caracterizadas como pobres envolvem-se com as drogas através do tráfico, enquanto as pessoas classificadas como ricas utilizam-se das drogas pelo seu consumo. Esta concepção reproduz desigualdades sociais e de poder que permeiam as relações cotidianas vivenciadas no âmbito institucional e da sociedade.

Então os pobres se envolvem com o tráfico, com a malandragem para conseguir dinheiro... Com os ricos e brancos isso é diferente. Eles têm dinheiro para comprar as drogas e quando são pegos pela polícia os pais pagam advogados para soltar. (Profissional do grupo B, técnico de enfermagem)

Ricos e pobres usam drogas, mas a grande diferença é que o rico tem dinheiro para comprar aí não se metem na marginalidade. O pobre não tem dinheiro para comprar, mas tem desejo de usar e têm motivos para fazer o uso, então muitos acabam se envolvendo com o tráfico para arranjar dinheiro, para comprar droga e, também, para comprar comida, roupa, remédio (Profissional do grupo C, ACS).

Nas concepções apresentadas apreende-se uma associação direta entre dependência e droga ilícitas. Esta representação exclui as demais substâncias psicoativas como capazes de causar tal estado e, ao mesmo tempo, naturaliza o uso de drogas como o álcool, tabaco e medicamentos.

Os distintos grupos de profissionais manifestam a idéia de que a droga age no organismo com o poder de transformar as pessoas, torná-las violentas, capazes de praticar atos de violência. Esta idéia, além de ressaltar a ação das drogas sobre as pessoas, faz uma vinculação da problemática das drogas com a violência, atribuindo

às drogas um fator relevante para manutenção e disseminação da violência em suas diversas modalidades.

De acordo com o discurso da(o)s entrevistada(o)s a violência apresenta-se como: motivação para o envolvimento das pessoas com as drogas, efeito das drogas sobre as pessoas e, ainda, consequência do uso e, sobretudo, do envolvimento com o tráfico de drogas.

As pessoas usam drogas para fugir da realidade, pra tomar coragem para fazer certos atos com o qual não tem coragem de fazer com a mente limpa. Assaltar, agredir a um vizinho, matar, principalmente matar. Pessoas com a mente pura não têm essa coragem, raramente tem essa coragem de tirar a vida de outra pessoa. Fazer um ato ilícito” (Profissional do Grupo B, técnica de administração).

Acho que essa violência que está aí, no Rio em São Paulo e no mundo todo é tudo resultado da droga que se espalha por toda parte. A droga faz as pessoas ficarem violenta e, ao mesmo tempo, causa muitas situações de violência (Profissional do grupo A, assistente social).

Para mim, violência e drogas andam juntas. Uma potencializa a ação da outra (Profissional do grupo A, enfermeira do programa de hipertensão e diabete).

A pessoa é usuária, mas também repassa a droga, participa de um grupo, aí vem o problema da violência, por causa da rivalidade de um grupo que vende droga com outro por causa de ponto de droga. Tem, ainda, a ação da polícia no combate as drogas que termina causando muita violência, matando até gente que não tem envolvimento com o assunto. (...) Tem pessoas que usam drogas para fugir da violência dentro de casa, dos pais, do pai para a mãe... (...) Conheço pessoas que se transformam por causa das drogas, ficam nervosas, impacientes quando ficam muito tempo sem usar ou quando usam em grande quantidade. A droga não é uma coisa boa pra ninguém, eu acho (Profissional do grupo C, ACS).

Estudos realizados em distintas regiões do Brasil abordando a problemática da violência e/ou o consumo das drogas também apontam para associação entre drogas e violência (GONÇALVES, 2002; CAVALCANTI, 2004; SCHRAIBER, 2004).

A(o)s agentes comunitário(a)s de saúde não compartilham com a idéia de dependência/doença para as drogas e seu consumo, possivelmente, pela associação de drogas com situações de violência, pela proximidade com esses dois problemas sociais no cotidiano de suas atividades profissionais e pessoais. Para

este grupo, as drogas e o consumo de drogas são representados pelas seguintes variáveis de opinião: tristeza, depressão, sofrimento e violência. O campo semântico dessas palavras retrata situações vivenciadas na comunidade e constitui, ao mesmo tempo, motivações para o envolvimento e conseqüências decorrentes do envolvimento com as drogas. Para esse grupo, as drogas mostram-se, simultaneamente, como uma forma de suportar as adversidades da vida estabelecidas pela pobreza, pela desestruturação familiar, pela falta de boas condições de moradia, de alimentação, etc e, como uma forma de provocar conflitos e manter tais adversidades.

O que vejo no meu contexto sobre o consumo de drogas é a explosão que está demais, principalmente dos jovens. Eles usam por falta de comunicação, de diálogo na família, são famílias com muitos filhos e pais desempregados que passam muitas necessidades, às vezes não tem nem o que comer (Profissional do Grupo C, ACS).

A droga causa muito sofrimento, mas parece que é uma forma de enfrentar sofrimentos causados pela fome, a falta de emprego dos pais, as brigas dentro de casa, mãe ou pai doente precisando de medicamentos, a fome, a violência no bairro e na família. (...) Depois que se envolve com drogas é uma tristeza a cada dia. Começa com roubos dentro de casa, depois na rua e, aí a mãe que vê isso fica adoentada e vai piorando cada dia mais, fica com depressão. É muita tristeza e sofrimento, muita mesmo (Profissional do Grupo C, ACS).

Os discursos apresentados pela(o)s agentes comunitários de saúde assinalam a realidade vivenciada por este grupo de profissionais e denuncia a presença das drogas como um problema presente na comunidade que requer intervenção de vários atores sociais. Contudo, essa realidade parece não ganhar ressonância nas ações desenvolvidas pela(o)s profissionais que atuam no contexto assistencial de saúde, inclusive pelos próprios grupos de agentes comunitários de saúde, conforme mostro no capítulo VI. Neste contexto, as drogas e as conseqüências sociais e de saúde decorrentes de seu consumo e comércio constituem um problema presente na comunidade, mas invisível, no sentido que não é adotada nenhuma ação direcionada para este problema pelos profissionais e serviços de saúde que atuam na referida comunidade.

As discretas divergências no campo semântico das variáveis de opinião evocadas pelos distintos grupos de profissionais para os estímulos drogas e consumo de drogas evidencia a reprodução do modelo médico assistencial para os

profissionais que atuam no contexto institucional de saúde. Enquanto, para o grupo de profissionais que têm ação no espaço da comunidade a representação retrata vários aspectos relacionados com o consumo das drogas vivenciado na comunidade onde moram e atuam. De um modo geral, as situações apresentadas por este grupo de profissionais evidenciam a complexidade do problema e a necessidade de ações conjuntas para seu enfrentamento.

Os grupos de profissionais que atuam no espaço institucional reproduzem a concepção do modelo biomédico ao representar o consumo de drogas como uma doença, classificada como dependência. E, diante das especializações da medicina, a dependência é vista como uma patologia de especialistas. Ao representar o consumo de drogas como uma doença, a(o)s profissionais reforçam a fragmentação da medicina e dos cuidados de saúde e estabelecem um padrão estereotipado que exclui o consumo de drogas como uma conduta social que se manifesta de várias formas e que requer intervenções em vários níveis.

De certa forma, as variáveis de opinião evocadas pela(o)s agentes comunitários de saúde para os estímulos 'drogas' e 'consumo de drogas' e, ainda, situações vivenciadas no cotidiano de suas atividades apresentadas em trechos das entrevistas mostra que o problema é complexo e que tem repercussões diversas para toda população. A complexidade do problema parece centrar-se justamente na necessidade de contemplar motivos que levam ao consumo e/ou envolvimento com as drogas, assim como especificidades de pessoas e grupos de pessoas usuárias de drogas em seus distintos contextos sociais. Reconhecendo a relevância de especificidades pessoais e de grupos para o enfrentamento do consumo de drogas e, ainda, considerando a invisibilidade do consumo de drogas por mulheres (ROMO, 2006) na próxima seção discuto a imagem da pessoa usuária de drogas construída pela(o)s distintos grupos de profissionais.

5.3 A IMAGEM DA PESSOA USUÁRIA DE DROGAS

Nesta seção, mostro a partir do campo semântico das variáveis de opinião evocadas para os estímulos 'homem usuário de drogas' (E3) e 'mulher usuária de

drogas'(E4) em correlação com o discurso e relatos de observação de campo, as imagens construídas por profissionais em atuação num contexto assistencial de saúde acerca da pessoa usuária de drogas. Procuo explorar nos discursos dos profissionais aspectos que estabelecem diferenciações entre pessoas de sexo oposto e entre pessoas do mesmo sexo no consumo de drogas.

Na análise fatorial de correspondência foram evocadas pela totalidade de grupos de profissionais as seguintes palavras para o estímulo 'homem usuário de drogas'(E3) - doente, marginal, pessoa com baixa auto-estima, má influência, violência, morte, jovem, violento. Para o estímulo 4 - 'mulher usuária de drogas' as variáveis de opinião evocadas foram: desajuste familiar, influenciada, agressiva, violenta, excluída, doente, mais discriminada que os homens, abandonada.

O conjunto de palavras evocado pelos distintos grupos de profissionais apresenta características do perfil sócio-demográfico associado a características sociais para pessoas usuárias de drogas. Tais características se diferenciam a depender da variável sexo e de construções socioculturais que giram em torno de identidade feminina e masculina.

Neste contexto, no discurso da totalidade da(o)s profissionais evidencia-se a idéia de que o consumo de drogas é um comportamento basicamente masculino. Embora esta idéia pareça estar ancorada em dados epidemiológicos, até então publicados e divulgados pela mídia, que apontam menor prevalência do consumo de drogas por mulheres (CARLINI, et al., 2002; CARLINI, et al., 2007; UNITED NATIONS PUBLICATIONS, 2005, 2006, 2007), ela tem respaldo, também, em construções sociais e culturais que estabelecem comportamentos e papéis específicos para homens e mulheres.

Neste sentido, conquanto possa ser dito que o consumo de drogas não se constitui numa conduta socialmente aceita para as mulheres, a expansão de tal conduta pela população feminina começa a ser discretamente apontada. Contudo, a reprodução e manutenção de tais idéias parecem manter o consumo de drogas por mulheres como uma conduta socialmente invisível.

De acordo com o discurso da(o)s entrevistados, a variável 'sexo' guarda relação com outras variáveis do perfil sócio-demográfico que define o homem usuário de drogas como sendo uma pessoa jovem, com idade entre 17 a 30 anos, com baixa escolaridade e da raça negra.

Uma pessoa usuária de drogas, para mim, geralmente é jovem, do sexo masculino, que mora em bairros periféricos ou que mora na rua. A maioria é negra e com baixa escolaridade, são pessoas com baixa auto-estima, que não têm objetivo de vida (Profissional do grupo A, enfermeira).

Para mim, a pessoa usuária de drogas é uma pessoa jovem, pelo menos na comunidade que eu vivo, a maioria são meninos, crianças mesmo e mais do sexo masculino. Infelizmente são pessoas de baixa renda, negras, sem estudos e com condições precárias de sobrevivência (Profissional do grupo B, técnica de administração).

Pela que vejo aqui o consumo de drogas é feito mais pelos homens. Eles têm escolaridade baixa, muitos não sabem nem escrever o nome e são pessoa com baixa auto-estima que se entregam pelas precárias condições de vida, de pobreza. São adolescentes, jovens e alguns começam com idade de 12 anos ou menos (Profissional do grupo C, ACS).

No discurso de alguns profissionais do grupo A, além das variáveis que compõem o perfil sócio-demográfico tais como idade, sexo, nível de escolaridade, raça/etnia, o homem usuário de drogas é caracterizado, também, por aspectos que alteram um padrão socialmente estabelecido de apresentação das pessoas no contexto social investigado. Neste caso, o uso de tatuagens, a forma de vestir-se, o estilo do cabelo são considerados como aspectos que denuncia o uso de drogas.

Quando ouço falar nisso (pessoa usuária de drogas), penso logo na figura de um homem, um homem jovem, negro, que usa tatuagens e que se veste de uma forma despojada, largada... que tem um cheiro muito forte, principalmente àqueles que usam bebidas e cigarro.... Sei que nem sempre é assim, mas a imagem que me vem é essa (Profissional do grupo A, nutricionista)

A gente chega a desconfiar que é usuário de drogas pela vestimenta, pela apresentação. Às vezes, são pessoas com muita cicatriz, que tem o corpo tatuado, com cabelo rastafare, roupa estilo hippe. Infelizmente quando a gente vê um homem assim, pensa logo que é usuário de drogas (Profissional do grupo A, enfermeira).

A imagem de homem, jovem, negro, com baixa escolaridade é acrescida de alguns outros atributos que caracteriza o homem usuário de drogas como uma má influência para pessoas próximas, praticante de atos violentos que o qualifica como marginal. Essas características estão vinculadas à concepção de que a droga produz violência, ou seja, age sobre as pessoas tornando-as violentas.

Percebi que ele estava usando drogas porque ele começou a ser grosso, estúpido, muito estúpido, às vezes até violento. Antes de usar drogas ele não era assim, ele era uma pessoa tranqüila (Profissional do grupo B, técnica de nutrição).

Ademais, essas idéias têm ancoragem em situações e reportagens divulgadas pela mídia relacionando drogas com diversos tipos de violências ocorridas na área, conforme mostrado em reportagens de jornais locais (anexos 2, 3, 4, 5). Diante de tais características e condições de vida, o homem envolvido com a problemática das drogas, na condição de usuário e/ou traficante, está fadado a morrer cedo e a matar, por isso a palavra 'morte' aparece como uma variável de opinião expressa na análise fatorial de correspondência.

Muitos jovens estão na perdição das drogas, crianças de 9, 10, 11 anos já estão envolvidos com o consumo de drogas e eles matam, roubam fazem tudo isso por causa das drogas (profissional do grupo C, ACS).

O homem usuário repassa a droga, participa de um grupo. Aí, vem o problema da violência e muitos terminam morrendo cedo por causa de rivalidade entre grupos, por causa de ponto de droga. Tem também ação da polícia e nisso tudo muitos infelizmente chegam a morrer antes dos seus 20, 25 anos, a maioria deles morrem aqui nessa faixa (Profissional do grupo C, ACS).

Vejo muitas pessoas jovens morrerem por causa de envolvimento com as drogas. Alguns morrem em acidentes provocados pelo efeito das drogas e, outros morrem em decorrência de brigas entre usuários e com a polícia (Profissional do grupo A, enfermeira).

A representação de violento e marginal é transformada quando o homem usuário de drogas é uma pessoa com a qual se mantém uma relação íntima e, sobretudo, afetiva. Esta modificação na representação foi evidenciada por profissionais que confessaram conviver e/ou ter convivido com um homem usuário de drogas na condição de companheiro e/ou irmão, conforme mostra os relatos abaixo.

Sou parceira de um usuário de drogas. Ele é uma pessoa que trabalha que já se envolveu na malandragem, mas hoje em dia não se envolve mais. Hoje ele é uma pessoa que trabalha, que está estudando, mas ainda faz uso da droga (Profissional do grupo B, técnica de administração).

Tive um irmão que usou droga e era um irmão assim exemplar, até hoje ele è... Foi muito difícil para todos da casa. Minha mãe sofria muita com medo que ele fizesse besteira, se envolvesse com a

malandragem e fosse pego pela polícia, mas graças a Deus isso não aconteceu. Ele passou um tempo usando, mas hoje não usa mais. Ele tem mulher, filhos e trabalha, tudo direitinho (Profissional do grupo B, técnica de nutrição).

Esta representação remete a ambigüidade entre a normatização social e o afetivo (CONNEL, 1987). Ademais, mostra a dinâmica das representações sociais, a possibilidade de modificação da mesma por uma mesma pessoa ou um grupo social em distintos contextos diante de experiências vivenciadas em relação a um determinado objeto em diferentes momentos da vida.

Embora, a princípio, a(o)s profissionais concebam a idéia de que o consumo de drogas é um comportamento masculino, o discurso apresentado pelos distintos grupos aponta para expansão do consumo de drogas na população em geral. Nesta perspectiva, de forma, embora discreta, a(o)s profissionais admitem que as mulheres estejam fazendo uso de vários tipos de drogas. Esta expansão na população feminina é justificada por vários fatores, conforme mostram os relatos abaixo:

Hoje em dia as mulheres também estão muito próximas dessa realidade masculina, de consumo de droga, bebidas. Tem muita mulher alcoólatra... Tem muitas. Porque elas tão consumindo mais mesmo (Profissional do grupo A, enfermeira)

Acho a pior coisa uma mulher usar drogas, porque a gente está acostumado a ver a mulher como criadora, alguém que cria, que educa e não como uma pessoa que faz coisas erradas. Apesar de que a mulher tem problemas familiares, as vezes tem que trabalhar para criar filhos sem pai ou tem marido que é alcoólatra e que bate nela, então se a gente pensar bem a mulher tem até mais motivos que os homens para usar drogas, mas isso a sociedade não aceita. É muito difícil. Sei que tenho preconceito em relação a mulher usar drogas, mas nunca tinha pensado nesse outro lado. Acho que as pessoas nunca pensam, só condenam, criticam (Profissional do grupo A, ACS)

Acho que o envolvimento das mulheres com a questão das drogas decorre da própria emancipação da mulher. Exatamente quando ela sai de sua casa e vai para sociedade como trabalhadora, quando sai do espaço de submissão que vivia anteriormente pra atingir um espaço de conquista igual ao do homem. Ela se iguala na competição, no uso das drogas, nas doenças ocupacionais, nas doenças cardiovasculares, mas com uma diferença, nós mulheres somos muito mais sensíveis, muito mais estressadas por natureza (Profissional do grupo A, assistente social).

Vejo que homens e mulheres estão usando drogas, cada vez mais. Acho que as mulheres são muito mais reprimidas, a educação dos homens é muito mais liberal. Essa repressão talvez possa ocasionar

uma fuga para as drogas, pela busca de liberdade (Profissional do grupo B, técnica de enfermagem).

Os motivos apontados pelos distintos grupos de profissionais para o envolvimento de mulheres com a droga estão em consonância com dados apresentados na literatura, conforme mostrado na seção 1.2.

O envolvimento de mulheres com as drogas é ressaltado, sobretudo, por profissionais do grupo C, que demarcam o fenômeno das drogas, no que diz respeito ao consumo e tráfico, como um problema da comunidade o qual as mulheres têm participação efetiva.

Aqui, todos estão envolvidos com as drogas. Em toda casa, posso afirmar, tem uma ou mais pessoas envolvidas com as drogas. As mulheres daqui estão envolvidas com a questão da droga, todas aqui são parceiras, mães ou filhas de pessoas usuárias de drogas. Algumas são mesmo usuárias, outras são mães, namoradas, parceiras ou filhos de pessoas usuárias (profissional do grupo C, ACS).

As mulheres aqui todas elas estão de alguma forma envolvida com as drogas, todas elas. As meninas mais jovens, elas são parceiras de usuários de drogas, não sei se usam também, mas estão sempre juntas com eles. Tem as mais idosas que têm filhos ou maridos que bebem, fuma maconha ou outras drogas. Mas a maioria daqui são mesmo parceira de usuários de drogas, todas elas (Profissional do grupo C, ACS).

Conforme apreendido nos discursos da(o)s profissionais, o envolvimento de mulheres com as drogas pode se dar em duas modalidades: indireta e direta. O envolvimento indireto é aquele no qual a mulher convive com alguém que é usuário e/ou traficante de drogas. Este tipo de envolvimento está mais diretamente vinculado com a mulher na condição de mãe, podendo ocorrer, também na condição de companheira/esposa. Nesta última condição, o álcool é a droga mais frequentemente utilizada, enquanto que na condição de mãe, as drogas usadas são aquelas classificadas como ilícitas. Quer seja na condição de mãe ou esposa, a mulher é vista como alguém que sofre, uma vítima da situação, alguém que enfrenta dificuldades na tentativa de ajudar o/os filho/os e/ou companheiro.

Tenho um vizinho que é usuário de drogas, ele usa maconha, bebida e outras coisas. Ele tem mulher e filho. Mora bem junto da minha casa. Fico me perguntando como a mãe e a mulher agüenta essa situação? Ele está sempre perdendo emprego, fica em casa durante

o dia todo, às vezes briga com a mulher. Fico com muita pena dela e da criança. (Profissional do grupo B, técnica de laboratório).

Vejo o sofrimento de muitas mães que tem aqui porque os filhos estão envolvidos com droga. Tem uma que já vendeu até a casa pra mandar o filho pra São Paulo, pra fazer tratamento e ele voltou e depois de um tempo voltou a usar novamente. Outra que quando o filho vai preso ela se vira para pagar advogado, paga 4, 5 mil e com pouco tempo eles saem, continuam usando e traficando e vai preso de novo. A mãe já anda de cabeça baixa parecendo avestruz, trabalhando ferrando e eles fazem tudo de novo (Profissional do grupo C, ACS).

No envolvimento direto, a mulher é concebida como usuária de drogas. Neste caso, ela é considerada, também, como parceira de um usuário ou traficante de drogas. Para justificar este tipo de envolvimento, os discursos dos distintos grupos de profissionais reproduzem a idéia de submissão da mulher ao homem, uma vez que defendem a idéia de que a mulher é influenciada pelo parceiro para iniciação e manutenção do consumo de drogas. Neste contexto, o homem, usuário de drogas é considerado como uma má influência e a mulher como alguém que é influenciada, que não tem decisão própria.

Acho que o homem por ser mais promíscuo pode até ter mais contato com esse mundo das drogas, mas isso chega para as mulheres também, porque a mulher vai através do homem. Ela não entra nessa sozinha, a mulher geralmente é influenciada pelo parceiro (Profissional do grupo A, médica ginecologista)

Elas usam cocaína porque o parceiro delas usa e elas usam também. É muito difícil ser mulher de drogado e não usar drogas, penso que é muito difícil. Aqui, a maioria usa drogas porque a maioria delas é parceira de usuário, de traficante (Profissional do grupo C, ACS).

Às vezes, a menina namora um rapaz que é usuário e de certa maneira isso acaba influenciando elas a usarem também e, muitas acabam usando (Profissional do grupo B, técnico de enfermagem).

A idéia de que a mulher é influenciada por um homem, usuário de drogas para iniciar e manter o consumo de drogas tem respaldo na literatura especializada tanto no âmbito nacional como internacional (AQUINO, 1997; ZILBERMAM, 2003; ROMO, 2006; SEVERINE, 2004). Mulheres usuárias de drogas, de comunidades periféricas de Salvador-Ba, também reproduzem o discurso da influência do parceiro

como uma forma de justificar o uso de substâncias psicoativas classificadas como ilícitas (OLIVEIRA, 2001a).

Outro aspecto que demarca diferença no envolvimento direto ou indireto de mulheres com as drogas diz respeito à faixa etária das mesmas. Para a maioria da(o)s profissionais entrevistada(o)s, especialmente aquela(e)s do grupo C, as mulheres jovens tendem a envolver-se de forma direta com as drogas, enquanto mulheres idosas têm um envolvimento indireto. Para esta afirmação que está ancorada em dados da realidade vivenciada pela(o)s ACS não foi encontrado registro na literatura. O discurso da(o)s entrevistada(o)s assinala que mulheres jovens e usuárias de drogas são, também, caracterizadas como violentas, agressivas tal como os homens. Porém acrescentam a essas, qualidades, o adjetivo de abandonada e responsável por desajustes familiar.

Todas elas (as mulheres) atendidas aqui são parceiras de bandidos. Bandido que eu falo assim é drogado ou que vende drogas mesmo. Se você fizer alguma coisa e elas não gostarem, ele vem e pega você, não aqui na unidade. Então, muitas vezes se elas fazem alguma coisa e você não gosta é melhor ficar calado, porque elas são agressivas e podem ser violentas (Profissional do grupo A, enfermeira).

A maior parte das meninas daqui são parceiras de ladrão, traficantes, drogados e elas também fazem parte das drogas, elas são usuárias de drogas, a maior parte (...) Essas mulheres são perigosas, temos que manter distância porque os caras podem mandar matar, bater (Profissional do grupo C, ACS).

Vejo mulheres jovens de 17, 20, 22 anos, algumas bonitas envolvidas com usuários de drogas e que também usam drogas. Elas brigam lá com os marginais e com os traficantes, e eles batem nelas. Às vezes, elas agredem pessoas na rua, mas ficam mesmo abandonadas sem família, sem amigos, só com os traficantes e usuários (Profissional do grupo B, técnica de nutrição).

A mulher que consome drogas termina causando desajuste separação, desordem na família. Isso porque a mulher é vista como sustentação da família (Profissional do grupo A, assistente social).

De um modo geral, o discurso da(o)s entrevistados reconhece que as mulheres que adotam o consumo de drogas são, na maioria das vezes, mais discriminadas que os homens.

As mulheres, elas são mais discriminadas que o homem, realmente. Normalmente a gente não se choca tanto quando pega uma pessoa de 60 anos viciada em álcool, caindo na esquina ou no bar, desde que seja um homem. Agora quando você vê uma mulher de 60 anos

embriagada, você se choca. Já tive oportunidade de atender uma senhora idosa, usuária de álcool, dependente química e confesso que mesmo tendo toda essa consciência, ainda tive preconceito, pelo menos no início (Profissional do grupo A, médica clínica).

A imagem da pessoa usuária de drogas apresentada por estes grupos de profissionais reflete um padrão homogêneo baseado em características vinculadas ao sexo, idade, raça, classe social e, sobretudo, em papéis de gênero determinados para homens e mulheres de forma que exclui pessoas e grupos de pessoas com possibilidade de serem usuária de drogas. Tal representação, de certa forma, reproduz a padronização das práticas de saúde, que, de um modo geral, não contempla especificidades individuais e de grupos populacionais. E, ainda, estabelece a categoria profissional e o serviço de saúde que deve atender a determinado agravo de saúde.

Assim como fora apontado para os homens, no discurso dos profissionais foram apontados, também, para as mulheres, aspectos relacionados à maneira de se vestirem, de falar e de agir que demarcam a condição de usuárias de drogas.

A mulher usuária de drogas geralmente ela é negra. É difícil a gente ver uma mulher branca. Elas são da faixa etária entre 25, 30 anos. (...) São mulheres que têm o corpo todo acabado, porque a droga estraga com o físico dela. A gente (os homens) nem olha pra esse tipo de mulher... nunca pegaria uma mulher dessa, porque são mulheres acabadas (Profissional do grupo C, ACS).

Às vezes, aqui no posto, na portaria, aparece umas mulheres que aparentam ser mulher de traficante, de bandido. A gente deduz pelo modo de falar, de andar... Elas têm um linguajar diferente. Às vezes, ela parece está num outro mundo, tipo delirando. São muitas gírias. Muitas aqui andam de roupa justa. Muito justa, muito colada, muito curta, se expondo (Profissional do grupo B, técnica de laboratório).

A gente vê nos bares, nas boates, em festas de um modo geral muitas mulheres bebendo, são mulheres que estão só, desacompanhadas, solteiras ou separadas. Mas também tem as que usam outros tipos de drogas, são pessoas jovens, muitas vezes sem emprego, sem estudo, de classe pobre mesmo, que convive com um homem que também é usuário. São mulheres que vivem desarrumadas e que agem com agressividade (Profissional do grupo A, médica hebeatra).

Os relatos apresentados mostram distintas imagens da mulher envolvida com as drogas. Embora os relatos apresentem diversidades de imagens para a mulher usuária de drogas, todas elas apresentam uma visão estereotipada que de certo

modo contribui para vulnerabilidade das mulheres que usam drogas e que não aparentam conformar a esse estereótipo, por manter o seu ocultamento no que concerne ao consumo de drogas. Essas mulheres que não parecem usar drogas, e se conformam aparentemente a um outro estereótipo feminino, da paciente como mulher casada e mãe (ver capítulo 1.3), podem fazer uso oculto de drogas, por diversos motivos e, conseqüentemente enfrentar barreiras diversas para o tratamento de tal acometimento (ver capítulo 1.2). Conforme mostrei em capítulo 1.2 fatores como abuso sexual na infância, a desestrutura familiar, a influência do companheiro e a sobrecarga de trabalho, também, influenciam na adoção do consumo de drogas entre mulheres. Desse modo, a representação da(o)s profissionais estudada(o)s contraria as evidências científicas.

De acordo com Walsh, Sorensen, Leonard (1995: p.163) em estudo sobre gênero e saúde que enfoca o uso de cigarro, os “estereótipos produzem papéis inquestionáveis e normas comportamentais acerca de relações não apenas entre e em meio aos sexos, mas também dentro e através da separação por idade, raça/etnia e classe social”²⁴. Os estereótipos, afirmam os autores, constituem uma ampla ordem social extremamente resistente às mudanças. Neste contexto, a imagem preconcebida da mulher como mãe, cuidadora e educadora torna invisível o consumo de drogas entre as mulheres, pelos profissionais e, ao mesmo tempo, contribui para adoção de condutas que favoreçam ao ocultamento e discriminação da mulher que consome drogas, especialmente aquelas consideradas ilícitas.

Dados da análise fatorial de correspondência mostram que os grupos de profissionais que atuam no espaço institucional ancorados na representação de dependência apresentada para as drogas e seu consumo remetem para pessoa usuária de drogas, seja do sexo masculino ou feminino, a idéia de doente. Tal idéia reflete a ênfase concebida à doença como objeto principal do modelo biomédico, em torno do qual são organizados os serviços de saúde e as práticas profissionais.

A representação de doença e de doente aplicado para o consumo de drogas e para pessoa usuária de drogas, respectivamente, reforça estereótipos e preconceitos vigentes em torno deste comportamento e da pessoa que o adota.

²⁴ Tradução da autora do livro de Connel (1987).

Corroborar para exclusão social da pessoa usuária de drogas, conforme mostram trechos das entrevistas:

Homem usuário de drogas é um doente, dependente. Uma pessoa que a gente não pode confiar, porque é uma pessoa que tem uma doença mental (Profissional do grupo A, médica pediatra).

O uso da droga se torna uma doença comunitária. O usuário de droga não só ele adocece, às vezes adocece a família dele (Profissional do grupo A, médica clínica).

Em primeiro lugar a pessoa usuária de drogas tem que saber que está doente, ela tem que se convencer que isso é uma doença. Uma doença que pode ser tratada, mas que depende muito da própria pessoa (Profissional do grupo A, médica ginecologista).

As representações apresentadas salientam imagens estereotipadas pré-concebidas para homens e/ou mulheres usuários de drogas. Tais imagens reproduzem desigualdades com base em construções socioculturais que estabelecem relações de poder e hierarquias baseadas em fatores como sexo, idade, classe social, raça/etnia.

A representação da pessoa usuária de drogas como dependente, doente, violenta, agressiva e praticante de atos de marginalidade parece distanciar esse sujeito dos serviços de saúde e, conseqüentemente da assistência prestada pela(o)s profissionais que atuam no contexto assistencial investigado.

As imagens da pessoa usuária de drogas, quer seja do sexo masculino ou feminino leva a ratificar a afirmação de que as representações sociais não constituem uma simples reprodução da realidade. Possibilitam a compreensão da realidade com base em experiências vivenciadas por distintos grupos sociais. A aproximação com o objeto representado pode transformá-lo, assim como a interação com pessoas e/ou informações acerca desse objeto. Portanto, resta a esperança de que as representações apresentadas sejam modificadas, mesmo que paulatinamente com vistas a uma assistência mais uniforme e equânime.

6 O CONSUMO DE DROGAS EM UM CONTEXTO ASSISTENCIAL DE SAÚDE: A INVISIBILIDADE DO VISÍVEL

Neste capítulo, busco estabelecer as relações entre as práticas cotidianas de trabalho dos distintos grupos de profissionais e as suas representações sociais acerca do consumo de drogas. Para isso, faço uma articulação entre as palavras evocadas pelos distintos grupos de profissionais para o estímulo à assistência à pessoas usuária de drogas (E5), com trechos das entrevistas e registros da observação de campo sobre atividades realizadas pelos grupos de profissionais no espaço institucional e na comunidade.

Na primeira seção - assistência a pessoas usuárias de drogas: esse problema não é meu! – mostro, com base nos resultados da análise fatorial de correspondência, as diversas formas de negação dos distintos grupos de profissionais para o consumo de drogas como um problema de saúde e, conseqüentemente, para o desenvolvimento de atividades direcionadas para pessoas usuárias de drogas. A negação da(o)s profissionais tem justificativas variadas que estão ancoradas, sobretudo, nas diversas especializações médicas, nas suas representações apresentadas para as drogas e seu consumo e na imagem objetivada da pessoa usuária de drogas.

A segunda seção - as práticas de saúde no espaço institucional - e, a terceira - as práticas de saúde na comunidade - tratam, respectivamente, das atividades realizadas pelo(a)s profissionais que atuam no espaço institucional de saúde e pela(o)s ACSs, na comunidade. Mostro que as práticas observadas são caracterizadas pela fragmentação, ao contrário da integralidade preconizada nos programas de saúde. A falta de ação frente às drogas e invisibilização de pessoas usuárias de drogas, exceto aqueles que confirmam os estereótipos, ocorrem dentro do quadro de fragmentação. Ao mesmo tempo, essa fragmentação contribui para falta de ação e facilita que a invisibilidade continue.

Na última seção - a falta de integração entre os profissionais no contexto assistencial de saúde – enfatizo que a falta de integração reflete na assistência e, conseqüentemente, na identificação de situações problemas vivenciados pela clientela, a exemplo do consumo de drogas. As representações dos profissionais do Grupo A, cujo contato com a população atendida está restrita à esfera interna da

unidade, é um reflexo de diversos fatores, entre os quais, as práticas médicas na forma em que são implementadas no dia-a-dia dos seus consultórios, enquanto os ACS entendem que muitos problemas de saúde locais decorrem do consumo de drogas. A diferença em pontos-de-vista é sintomática em relação à ausência de uma assistência realmente fundada no princípio da integralidade. Sinaliza-se a importância, de no futuro, o planejamento e organização das ações de saúde leve em conta as informações e entendimentos trazidos pelos ACS e, também, que reconheça a heterogeneidade da clientela.

6.1 ASSISTÊNCIA A PESSOAS USUÁRIAS DE DROGAS: ESSE PROBLEMA NÃO É MEU!

No gráfico resultante da análise fatorial de correspondência (Figura 2; capítulo V), o conjunto de palavras evocado para o estímulo “assistência à pessoa usuária de drogas” em consonância com dados das entrevistas e da observação de campo permitiram a identificação de dois núcleos de sentido em torno desse estímulo. Aqui, mostro que esses núcleos de sentido estão em consonância com as idéias e valores articulados nas entrevistas e registrados durante a observação de campo. Ademais, refletem a fragmentação e falta de integração entre as atividades desenvolvidas pelos distintos grupos de profissionais e apontam para negação e invisibilidade do consumo de drogas como problema de saúde.

O primeiro núcleo de sentido é formado por variáveis de opinião evocadas por profissionais dos grupos A e C e demarca a assistência à pessoa usuária de drogas como um problema que requer atuação de serviços e profissionais especializados. A distinta vivência desses profissionais no contexto assistencial de saúde assinala sentidos diferentes para algumas das variáveis expressadas. O segundo núcleo remete à concepção da assistência à pessoa usuária de drogas como sendo precária e que requer necessidade de integração entre profissionais, serviços e família. A concepção de assistência precária é anunciada por variáveis de opinião evocadas, sobretudo, por profissionais do grupo B. Nas entrevistas, os demais grupos de profissionais, também, remetem à idéia de integração e apoio/ajuda da família.

Profissionais dos grupos A e C que compartilham da concepção de que se deve referenciar as pessoas usuárias de drogas a serviços especializados para assistência onde profissionais capacitados, de um modo apropriado desenvolvem ações distintas baseadas no modelo biomédico. Seguindo essa lógica, nenhum dos dois grupos de profissionais adota ações de forma coletiva e/ou individualizada para tal problemática.

De acordo com trechos do discurso das entrevistas, profissionais do grupo A, negam prestar assistência a pessoas usuárias de drogas no espaço institucionalizado de saúde, enquanto a(o)s profissionais do grupo C admitem prestar atendimentos diários para pessoas envolvidas com as drogas, porém não adotam ações específicas para tal acometimento.

Não trabalho com usuários de drogas, mas o que eu sei, o que vejo falar é que tem que ser uma coisa multidisciplinar, não só de médicos, mas também de psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional (Profissional do grupo A, médica ginecologista).

Na minha área de trabalho tem muitos pontos de drogas. Tem até uma rua em que todo mundo usa drogas. Vejo a droga como um sério problema aqui para comunidade. (...) Às vezes tem pessoa que pede orientação, ajuda e não sei o que fazer. Acho que isso é um problema que precisa muito de ajuda de profissionais especializados (Profissional do grupo C, ACS).

No meu dia-a-dia não trabalho com pessoas usuárias de drogas. Acho que eles (pessoas usuárias de drogas) deveriam ter sempre junto assistência médica e a assistência psicológica. A família também é importante no tratamento (Profissional do grupo A, médica clínica).

Nos trechos apresentados, nota-se que a(o)s profissionais do grupo A não reconhecem o consumo de drogas como um problema presente no serviço de saúde e, também, não se reconhecem aptos para prestar atendimento a tal acometimento. A/o ACS, por sua vez, identifica o consumo de drogas como um problema próximo, que envolve de forma distinta pessoas da comunidade com as quais mantém contatos freqüentes, porém não sabe o que fazer diante da situação. Assim como os profissionais do grupo A, estes também assinalam a necessidade de ajuda por parte de profissionais especializados.

Ambos os grupos apontam a falta de capacitação como uma justificativa para a negação de assistência a pessoas usuárias de drogas no contexto assistencial de saúde. Essa lacuna foi associada a falhas no curso de formação dos profissionais,

independentemente da categoria, inclusive nos treinamentos da(o)s agentes comunitários de saúde. De um modo geral, as/os profissionais referiram que, em seus cursos de formação, a problemática das drogas, quando abordada, limitou-se a enfatizar os efeitos das drogas sobre o organismo e sua utilidade no combate a determinados sinais e sintomas característicos de doenças.

Não me sinto preparado pra enfrentar, atender um usuário de drogas... As informações que recebi durante o curso foram mais de nível teórico, mostrando os tipos de drogas e o que causavam, mas não falavam do consumidor, do que fazer diante de uma pessoa que consome, isso não falou não (profissional do grupo B, técnico de enfermagem).

Pessoas que usam drogas, que vende drogas é o que mais encontramos aqui na comunidade. Em qualquer área. Mas no treinamento que recebemos essas informações não foram passadas, de como lidar com uma pessoa usuária de drogas, para onde encaminhar, quais os efeitos das drogas, nada disso repassaram para a gente. Tivemos um treinamento que falou mais de doenças, de saneamento básico, mais de doenças mesmo (Profissional do grupo C, ACS).

Na minha formação mesmo não tive nenhuma abordagem sobre esse problema (o consumo de drogas). (...) Para nós, profissionais de saúde de um modo geral, deveria ter um treinamento, uma orientação de como abordar, como tentar descobrir no paciente, no cliente sem que já estivesse uma coisa assim visível, antes de se transformar numa doença (Profissional do grupo A, enfermeira).

A falta de capacitação profissional para lidar com pacientes usuários de drogas é referida por profissionais de diferentes categorias pertencentes a dois serviços especializados em Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST e AIDS, da rede municipal de São Paulo, em estudo realizado por Lima et al.(2007). No referido estudo, a falta de capacitação profissional é apontada como fator relevante para limites pessoais e técnicos por parte dos profissionais no manejo com pessoas usuárias de drogas. Além dessa carência, foram também referidos fatores como: a ausência de recursos para encaminhamento do paciente, limites institucionais associados à falta de equipamentos e articulação com outros serviços para referência de exames e internações e, ainda, limites pessoais de ordem emocional.

A carência na formação acadêmica dos profissionais de saúde em relação ao consumo de drogas é consenso em estudos realizados no Brasil (CRUZ, 2004; GONÇALVES, 2004) que abordam esta temática envolvendo os profissionais de saúde, conforme apresentado na seção 1.3. Contudo, embora a falha na formação

acadêmica seja reconhecida como fator limitante na abordagem com pessoas usuárias de drogas, profissionais entrevistados por Lima et all. (2007) não mostraram interesse em se capacitar para prestar tal atendimento. Embora os profissionais revelem falta de capacitação para lidar com a problemática das drogas, não foi percebida qualquer mobilização por parte dos mesmos para participar de eventos que tratassem da questão.

O Ministério da Saúde reconhece o despreparo e a falta de informação do(a)s profissionais para lidar com a problemática das drogas (Brasil, 2003) e, paulatinamente, vem adotando medidas para amenizar essa situação. No estado da Bahia, alguns cursos de capacitação estão sendo oferecidos para profissionais que atuam em serviços de saúde na região metropolitana e em outras regiões do estado. Diante da minha participação em alguns desses cursos, posso confirmar a resistência de profissionais, sobretudo os da categoria médica, para participação em tais capacitações.

Ancorados na representação do consumo de drogas como dependência e da pessoa como um doente que tem baixa auto-estima, que pratica atos de violência e/ou torna-se violento pela ação da droga e, também, na falta de preparo profissional para lidar com tais pessoas, a(o)s profissionais, especialmente aquela(e)s que compõem o grupo A, admitem dificuldades em abordar a clientela sobre o uso e abuso de drogas.

Às vezes a gente até percebe, mas não tem nem assim uma forma para abordar o problema, tem medo de entrar na questão. Você tem medo até de fazer, falar alguma coisa e terminar, em vez de ajudar, agredir. Porque não tem preparo (Profissional do grupo A, médica ginecologista).

Eu mesma me sinto constrangida para falar sobre drogas. O constrangimento é muito pela falta de preparo. Porque se a gente pergunta sobre questões íntimas como evacuações, sexo, então porque não pode perguntar se a pessoa é ou não usuária de drogas? Não lembro de essa questão ter sido abordada durante meu curso, minha formação (Profissional do grupo A, enfermeira).

Como uma forma de justificar a dificuldade de abordar a clientela sobre a problemática das drogas, a totalidade da(o)s profissionais referenciam que a clientela também tem dificuldades para comentar sobre isso com a(o)s profissionais. De acordo com relato da(o)s profissionais, a tentativa de omissão por parte da

clientela se dá até mesmo quando é questionada pela(o)a profissional e/ou quando apresenta características físicas e mentais que assinalam o consumo de drogas.

Acho que tem muita gente usando todo tipo de drogas, mas quando elas chegam aqui negam. (...) Acho que isso é porque elas ficam com medo de tomar uma bronca, de serem repreendidas. A gestante fala assim: oh eu fumava, mas depois da gravidez, não estou fumando mais. Todos os que chegam aqui falam isso (Profissional do grupo A, enfermeira).

No meu dia-a-dia atendo muita gente usuária de drogas, mas não questiono nada sobre isso. Faço o que tem que ser feito, os cuidados necessários, mas não questiono sobre o uso de drogas. Outras vezes, pergunto e o paciente nega, mas a gente tá vendo que está mentindo. Acho que eles têm medo de serem mal-tratados (Profissional do grupo B, técnico de enfermagem).

No diário de campo há comentário sobre tais condutas como uma situação rotineira no contexto assistencial de saúde investigado. O trecho abaixo exemplifica uma das situações registradas, observe-se:

Quinta-feira, 16h. No espaço reservado para clientela, junto à sala do Pré-Natal, algumas gestantes aguardam consulta com a enfermeira do programa. Enquanto aguardam, mantêm conversa paralela sobre mudanças no corpo decorrente da gestação. Uma das gestantes é advertida, por outras duas jovens não grávidas, sobre riscos do aborto e sobre cuidados durante a gestação, dentre eles o não uso de drogas. A gestante reage dizendo que não usa muito como seu irmão o qual usa de tudo, todo dia e, depois fica sumido. Quando isso acontece, ela tem que ir atrás dele, nos bares e cantos do bairro, à pedido de sua mãe. A gestante confirma usar maconha, mas não muito. A conversa muda de assunto e foca no uso da vacina antitetânica durante a gestação... (...) Momentos depois, na sala da enfermeira, a referida gestante entra para atendimento. Após identificação, a enfermeira inicia a anamnese seguindo roteiro da consulta preconizada pelo Ministério da Saúde. Em relação às drogas é questionado apenas sobre o uso de cigarro e álcool. A cliente nega usar tais substâncias. A consulta segue com exame físico e registro de queixas com orientações devidas. São solicitados exames de rotina, também preconizado pelo MS, remarcado retorno com resultados de exames e orientada quanto uso da vacina antitetânica. A gestante reage informando ter medo de injeção, mas a enfermeira diz que o uso da vacina é necessário.

(...) Quase dois meses depois, novamente na sala da enfermeira, assisto nova consulta destinada a essa gestante. A gestante entra com resultados de alguns dos exames solicitados. A consulta é realizada sem que haja nenhum questionamento e/ou informação sobre o consumo e/ou parceria com pessoas usuárias de drogas (Relato de diário de campo).

Sobre essas atitudes, essa mesma profissional ao ser entrevistada relatou o seguinte:

Não sei como proceder com isso, não tenho aproximação com esse problema na minha família, não tenho ninguém próximo que seja drogado. Então, não sei como fazer. Isso é algo que a gente sabe que muitas pessoas fazem, mas tenho dificuldade de abordar essa questão com a clientela. Não sei o que fazer se ela me responder que usa drogas. Depois acho que elas também negam, mesmo usando elas negam. Acho que também têm receio da nossa reação. É muito complicado isso (Profissional do grupo A, enfermeira).

A atitude da enfermeira durante a consulta está em acordo com o seu próprio discurso, uma vez que não se sentindo capacitada para tratar da problemática das drogas, também não inclui esse tema no rol de informações consideradas importantes de serem tratadas nas consultas de pré-natal. A mulher em questão, gestante, usuária de maconha foi atendida no serviço por vários profissionais, mas não teve essa especificidade identificada e/ou levada em consideração na assistência recebida.

A omissão por parte da clientela constitui uma das formas de ocultamento do consumo de drogas adotado pelas pessoas usuárias. Esta conduta, de acordo com relatos de mulheres usuárias de drogas, moradoras de comunidades periféricas de Salvador-Ba, em estudo realizado por Oliveira (2001a) está ancorada no receio de sofrer qualquer tipo de discriminação por parte da(o)s profissionais e do serviço de saúde. A conduta adotada, tanto por profissionais quanto por usuária(o)s de drogas, reflete a reprodução de estereótipos e preconceitos relacionados às drogas e à pessoa que delas fazem uso, com implicações sobre a adoção ou não de medidas preventivas sejam elas com base ou não na política de RD.

Embora o consumo de drogas por parte da(os) profissionais não se constituísse num tema da entrevista, a(o)s profissionais faziam questão de registrar tal informação. A maioria informava não fazer uso de nenhum tipo de drogas, outros admitiam fazer uso esporádico, social e controlado de drogas lícitas, mais especificamente, o álcool.

Só bebo refrigerante. A única vez na minha vida que tomei um porre, dois copos de cerveja, foi aqui no posto, no meu aniversário. Tomei dois copos de cerveja e fiquei pronta. Eu fiquei tão tonta com dois copos de cerveja que até meu cabelo queimei. Pra você ver como sou fraca de bebida. Depois disso pra cá, isso já tem cinco anos, nunca mais bebi. E mesmo cigarro, eu nunca provei. Detesto, odeio o cheiro (Profissional do grupo C, ACS)

Eu mesmo nunca usei droga nenhum (...) De vez em quando, tomo cerveja. Só que já parei. Às vezes eu fico seis, sete meses sem beber. (...) Eu bebia só nos finais de semana, quando eu não estava de plantão porque eu trabalho à noite, também. Mas tomava só cerveja, na maioria das vezes... Não gostava de tomar outro tipo de bebida. Vez ou outra tomo um whisky, mas não gosto muito não. (...) Eu gostava de tomar muita cerveja em casa, não tenho mania de beber na rua (Profissional do grupo B, técnico de enfermagem).

Já tive vários convites pra usar drogas. Quando digo que não uso ninguém acredita. Alguns acham que sou esnobe... Um dia, fui a um show de reggae com meu companheiro, ficamos com um grupo no camarote, todos cheiravam e fumavam e ninguém acreditou que eu não usava. Sou negra, tenho cabelo todo louco, fiz uma cirurgia recente no olho que fica sempre vermelho então tenho aparência de pessoa que usa drogas, mas nunca usei nada. (...) Tomo minhas cervejas com meus amigos, até mesmo dentro de casa com minha família (Profissional do grupo B, técnica de administração)

Não gosto de bebidas. Nunca tomei um porre. Cigarro? Acho terrível o cheiro. As pessoas cobram isso às vezes, principalmente em festas, eventos sociais, mas não me sinto bem bebendo, também não gosto de estar junto a pessoas que bebem. Isso me deixa um pouco excluída de alguns ciclos de amizades (Profissional do grupo A, nutricionista).

Embora a(o)s profissionais enfatizem que não gostam ou que não usam nenhum tipo de drogas, admitem o uso social, controlado e no ambiente familiar. Também realçam a imagem estereotipada da pessoa usuária de drogas, conforme comentado no capítulo IV, seção 1.3.

Os trechos apresentados dão visibilidade ao fato de que o consumo de drogas é um comportamento socialmente estimulado e, ao mesmo tempo, excludente, pois exclui tanto a pessoa que abusa da droga, quanto àquela que não adere a seu uso. As informações apresentadas demarcam a complexidade da problemática das drogas. Ademais, ratificam o estigma e a discriminação como processos sociais que produzem e reproduzem relações de desigualdades sociais, criando e reforçando a exclusão social (PARKER, AGGLETON, 2001).

De acordo com a política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, em implantação no território nacional, a exclusão da pessoa usuária de drogas se dá, sobretudo, pela associação do uso de droga com a delinquência e a inclusão do tráfico como uma alternativa de trabalho e geração de renda, articulados ao despreparo e a falta de informação de familiares e/ou profissionais de saúde que lidam com essa problemática (BRASIL, 2003).

As idéias de precariedade e de integração compõem o segundo núcleo de sentido nas representações para o estímulo assistência à pessoa usuária de drogas. Para este núcleo, o despreparo e a falta de informação de familiares e/ou profissionais de saúde para o enfrentamento da problemática das drogas parecem respaldar as concepções de assistência precária e necessidade de integração enunciadas pelos profissionais do grupo B.

Embora as ações desenvolvidas pela(o)s profissionais do grupo B não se destaquem dentre as atividades postas em prática na unidade, estes assinalam a precariedade da assistência para pessoas usuárias de drogas. Os significados atribuídos à palavra precária adquirem ressonância nas representações sociais acerca da pessoa usuária de drogas e nas condições dos serviços prestados na unidade. Estes são caracterizados pela fragmentação das ações com falta de articulação entre profissionais da unidade e desta com outros serviços.

A assistência está precária, como falei talvez por medo das pessoas de participarem, de ir com afinco, de segurar a bandeira porque para segurar essa bandeira é preciso ter coragem, porque o medo ronda essas pessoas. Eu mesmo tenho medo de lidar com pessoas usuárias de drogas, por causa da violência que ronda esta comunidade (Profissional do grupo B, técnico de enfermagem).

Acho que a assistência à saúde para pessoas usuária de drogas está muito precária, são poucos, pouquíssimo mesmo os serviços que fazem esse tipo de assistência, pelo menos os serviços que conheço. (...) Hoje em dia os serviços de saúde estão cada dia mais precários, sem condições de trabalho, sem compromisso por parte dos profissionais e sem material para gente trabalhar direito, ainda mais com este tipo de paciente (Profissional do grupo B, técnica de nutrição).

Os relatos dos profissionais acusam a falta de preparo e o medo de lidar com pessoas usuárias de drogas pela associação das mesmas com a violência. O grupo aponta, também, a falta e/ou desconhecimento de serviços de referência para encaminhamentos de pessoas usuárias de drogas, seja para internamento e/ou acompanhamento ambulatorial.

A necessidade de integração entre os profissionais do serviço e as famílias foi apontada como ação importante para melhorar a qualidade da assistência de saúde, conforme variáveis de opinião evocadas pelos profissionais do grupo B. Essa necessidade foi, ainda, assinalada pelos profissionais dos demais grupos como

forma de envolver a família na assistência, seja como um apoio à pessoa usuária no ambiente domiciliar ou para ser assistida, também.

Acho que a pessoa que usa droga precisa muito de apoio da família e de profissionais, de psicólogos para tratar a pessoa. Para mim, a família é muito importante nessa assistência, mas a família também precisa de ajuda e isso não tem (Profissional do grupo B, técnica de laboratório).

No caso do consumo de drogas acho que deveria ter assistência sempre conjunta, assistência médica, psicológica para pessoa e para família. Para mim a família é um ponto importante na recuperação da pessoa usuária, mas se ela não também não receber assistência não consegue ajuda, apoiar (Profissional do grupo A, enfermeira).

Para a(o)s profissionais do grupo B, a integração entre os profissionais e a família se constitui numa forma de apoiar, orientar e fortalecer a vontade da pessoa usuária de drogas a abandonar as drogas.

A variável “vontade de melhorar” não apresentou significância no processamento estatístico dos dados do TALP, mas foi evocada por diversos profissionais como uma condição indispensável para o sucesso da assistência às pessoas usuárias de drogas.

Acho assim que depende muito da vontade de cada indivíduo e não apenas do serviço, porque mesmo tendo o serviço, mas se a pessoa não quiser não vai adiantar nada. Faltam serviços para essa assistência, mas tudo depende da vontade da pessoa (Profissional do grupo A, bioquímica)

Tem a vontade própria, se a pessoa não quiser não adianta nada, nem família, nem profissionais de saúde, nem religião, nada (Profissional do grupo C, ACS)

A pessoa tem que ser forte, tem que se apegar à Deus, ter muita força de vontade porque senão não adianta a ajuda da família, dos profissionais, nada mesmo. É uma coisa muito difícil (Profissional do grupo B, técnica de laboratório).

As representações sociais apresentadas, assinalam que o consumo de drogas como um problema de saúde, se constitui num difícil desafio a ser enfrentado pela(o)s profissionais de distintas categorias. Um desafio bastante complexo que requer quebra de paradigmas, tanto no âmbito da sociedade como no institucional, no sentido de promover uma tomada de consciência visando implantação e

implementação de ações que atendam especificidades de pessoas e/ou grupos de pessoas usuárias de drogas nos mais diversos contextos sociais.

Os núcleos de sentidos identificados para o estímulo assistência à pessoa usuária de drogas, pela análise fatorial de correspondência, denunciam diferentes realidades vivenciadas pelos distintos grupos de profissionais. Essas diferenças estão demarcadas pelas variáveis - nível de escolaridade e categoria profissional - estreitamente vinculadas às classes sociais das quais procedem o(a)s profissionais.

Contudo, as idéias, valores e concepções sobre o consumo de drogas mantêm pontos convergentes entre os distintos grupos, os quais reproduzem estereótipos e preconceitos relacionados às drogas, ao seu consumo e à pessoa usuária de drogas, sobretudo, quanto às pessoas usuárias de drogas, mulheres.

Nesse caso, os estereótipos em relação a esse grupo populacional são reafirmados na medida em que ocorre uma associação da mulher usuária de drogas a uma pessoa abandonada, excluída, doente, influenciada, agressiva, violenta, excluída, mais discriminada que os homens e causadora de desajustes familiares, conforme abordado nas seções 2.2 e 6.3. Essas representações das mulheres são compactuadas por todos os grupos estudados, independente de maior ou menor proximidade com a problemática das drogas.

Diante de tais representações sociais, cabe discutir se e como essas influenciam nas práticas profissionais adotadas nos serviços de saúde e como essas, em conjunto, interferem na visibilidade do consumo de drogas nos serviços de saúde.

Nas duas seções seguintes discuto as práticas adotadas pelos distintos grupos de profissionais que têm atuação nos dois diferentes espaços do contexto assistencial de saúde investigado.

6.2 AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS NO ESPAÇO INSTITUCIONAL

No espaço institucional de saúde são realizadas ações assistenciais, administrativas e gerenciais por profissionais do grupo A e B visando o funcionamento interno da unidade e o atendimento da clientela. As ações, de um modo geral, são preconizadas pelo Ministério da Saúde, através de programas

verticalizados, direcionados para grupos específicos da população. Os programas, por sua vez, preconizam ações do tipo assistencial de caráter educativo, preventivo e curativo, a exemplo do que foi introduzido pelo PAISM e ampliado na política atual para atenção à população feminina (BRASIL, 2007).

No contexto assistencial de saúde investigado, a integralidade, em todos seus sentidos, mostra-se comprometida seja pela organização das práticas, pela verticalização dos programas ou, ainda, pela postura individualista dos profissionais. Essas características resultam e reproduzem falta de integração entre os profissionais, quer sejam em um mesmo espaço ou em espaços distintos, como também pela fragmentação do corpo como objeto de atenção da saúde. Ademais, as atividades têm enfoque predominantemente curativo e seguem uma tecnicidade tal que seu caráter preventivo e/ou educativo se perdem, a exemplo do que ocorre com o preventivo de câncer cérvico uterino (PCCU). Em sua essência, o PCCU é uma atividade preventiva, mas que, conforme o observado, se constitui em um procedimento técnico com pouca ênfase para seu caráter preventivo e educativo. Registros do diário de campo em relação a esta atividade evidencia que:

O preventivo se resume numa ação individualizada, realizado por profissionais do grupo A, comumente uma enfermeira, em dias e horários previamente agendados. O preenchimento de formulários, a identificação das lâminas, a preparação do material para encaminhamento a outro serviço de saúde para análise do material coletado e, ainda a alta demanda de mulheres em busca desse procedimento dificultam o desenvolvimento de ações de caráter preventivo/educativo, seja coletivamente e/ou individualizado. Muitas mulheres buscam o serviço com a intenção de realizar o PCCU. O formulário de solicitação do exame apresentado na unidade é feito tanto por profissionais que atuam na unidade, como por profissionais de outros serviços. Mesmo sendo realizado na unidade o exame é solicitado por profissionais da unidade para ser realizado em outros serviços, devido a demora para entrega do resultado pela unidade. Como um exame preventivo e complementar o PCCU nem sempre é solicitado e avaliado pela(o) mesma(o) profissional e o intervalo de tempo entre a solicitação e sua avaliação pode demorar meses (Registros do diário de campo, 16/08/2006)

As atividades de caráter eminentemente preventivo e/ou educativo realizadas, nos distintos locais de atuação do contexto assistencial de saúde investigado, são escassas. Não há atividade, nesse sentido, no que diz respeito ao consumo de drogas. No espaço institucional, de acordo com o observado, atividades preventivas

coletivas são esporadicamente desenvolvidas por docentes e discentes que utilizam a unidade como campo de prática, diante de demandas pré-estabelecidas, na maioria das vezes como uma forma de demarcar datas comemorativas, como o dia da consciência negra, dia internacional na luta contra aids, dia internacional da mulher, etc.

De acordo com Mattos (2001), a articulação entre prevenção e assistência passa a ser proposta de organização das práticas e um dos sentidos da integralidade, o que exige certa horizontalização dos programas. Nessa perspectiva, a integralidade inexistente no contexto estudado, fato que de alguma forma é reconhecido pelos distintos grupos de profissionais. Estes identificam a falta de integração entre os grupos com a fragmentação das ações. Profissionais que atuam no espaço institucional apontam as condições da unidade no que diz respeito à estrutura física, material, recursos humanos e, ainda, a demanda da clientela, como aspectos que dificultam a execução das atividades diárias no referido espaço.

Aqui a gente tem dificuldade pra tudo. A estrutura do serviço não é boa. Faltam condições físicas e materiais. Às vezes não tem nada pra trabalhar, não tem medicação, equipamento, balança, nem mesmo sala pra atender. Tem dias que passo em quatro salas, quando estou numa sala chega o dono da sala, e tenho que sair, então pra mim é uma dificuldade... Outra dificuldade também é a grande demanda de pessoas e o tempo que temos para atendê-las. A preocupação maior do serviço é pela produtividade, por número de atendimento. Tem ainda, o grande número de pessoas na unidade, estudantes, professores e até mesmo funcionários de outras unidades. Tudo isso dificulta o trabalho da gente (Profissional do grupo A, enfermeira)

São poucos médicos para atender a uma demanda grande. (...) Temos falta de medicamentos, de equipamentos, até de papel para prescrição e solicitação de exames... As salas são pouco ventiladas e a demanda é sempre muito grande (Profissional do grupo A, ginecologista)

Enfrentamos muitas dificuldades para trabalhar, desde a falta de materiais até a falta de incentivo dos governantes, sabe? E, até do povo que procura o serviço de saúde, que também está descontente com a situação. Faltam cursos profissionalizantes para os profissionais de saúde e um comprometimento também de alguns profissionais na área (Profissional do grupo B, técnico de enfermagem).

Esse conjunto de fatores apresentados pela(o)s profissionais pode ser utilizado para justificar o distanciamento entre as práticas de saúde cotidianas na unidade, de formas de atenção, que levariam a uma maior integralidade na atenção.

Mas podemos afirmar que além desses, dificuldades com recursos humanos, suprimentos e infra-estruturas, podem-se acrescentar a desarticulação entre os grupos de profissionais, conforme já descrito. Constatei que a prática diária do(a)s profissionais vem contribuindo de uma maneira importante para o distanciamento da integralidade. Tal distanciamento, de certo, influencia a invisibilidade do consumo de drogas.

Para atingir maior integralidade na atenção à saúde, é necessário levar em consideração tanto a dimensão subjetiva quanto o contexto social no qual a clientela está inserida. O reconhecimento da importância de se buscar articulações com esses aspectos nas formas de integralidade do cuidado é crescente, de acordo com Nunes et al. (2008). Contudo, a prática como protagonista da integralidade está sendo “sufocada e enfraquecida” (TESSER; LUZ, 2008, p.200) pela teoria e seus infinitos saberes e tecnologias especializadas que não vislumbram um retorno à globalização do sujeito que recebe a ação. Neste contexto, estes autores ressaltam que:

O saber terapêutico ficou centrado no combate e controle das doenças, desviando-se do paciente e sua vida tornando-se progressivamente padronizado num processo de apagamento e desindividualização da ação biomédica em relação aos sujeitos reais, os quais passam a serem vistos cada vez mais como unidades homogêneas (p.200)

As práticas de profissionais da categoria médica e outros do grupo A seguem esta lógica centrada nas teorias de aprendizagens biomédica e tecnicista. As atitudes e práticas dos outros profissionais de saúde que trabalham no espaço interno da unidade estudada sustentam e apóiam a promoção de fragmentação dos sujeitos e da atenção à saúde.

Os profissionais do grupo B realizam, mais frequentemente, ações que facilitam e/ou complementam as atividades dos profissionais do grupo A, especialmente aquele(a)s da categoria médica. Assim, demarcam-se diferenças entre os grupos e entre profissionais de um mesmo grupo, conforme mostra registro do diário de campo:

Sete e cinco de uma manhã de quinta-feira. Há uma grande fila de pessoas no estacionamento da unidade. Na porta da unidade, um funcionário que trabalha na função de vigilante mantém a organização da fila, outro funcionário direciona as pessoas para os guinches de atendimento. Dentro do setor de marcação de consultas, o SAME, algumas/alguns funcionários na função de técnico e/ou

auxiliar de administração atendem nos guichês, outros preparam prontuários para atendimento do dia, pelas diversas categorias de profissionais. Algumas funcionárias atendem ao telefone repassando informações sobre serviços prestados na unidade e, também fazendo marcação de consulta. Na sala de espera, algumas pessoas aguardam atendimento, enquanto funcionárias varrem e lavam alguns espaços. Na sala de espera aluna(o)s conversam enquanto aguardam suas professoras. Enquanto isso, outras funcionárias de nível médio circulam em busca de equipamentos, formulários e prontuários para atendimento por profissionais da categoria médica. Uma professora chega e questiona sobre sala disponível para atendimento naquele período, a funcionária informa que uma das salas estará disponível até as 11 horas quando uma ginecologista deverá chegar. Mais tarde, por volta das 10hs, esta mesma funcionária começa a avisar que a médica vai chegar e que ela vai precisar arrumar a sala para atendimento. Essa cena se repete com frequência e, geralmente, envolve enfermeiras e docentes da enfermagem. Algumas procuram agilizar o atendimento e desocupam a sala, embora a mesma possa permanecer desocupada ainda por um longo período. Outras questionam a desocupação antecipada da sala e a discussão gira em torno do cumprimento da tarefa de preparo da sala a qualquer custo. (Relato de campo).

Outro(a)s funcionário(a)s de nível médio prestam atendimento direto à clientela com procedimentos preconizados pelo serviço, tais como administração de vacinas, verificação de tensão arterial e curativos. Realizam, também, outras ações mediante prescrições médicas como: nebulização, administração e/ou liberação de medicamento, conforme observado e confirmado em trechos das entrevistas.

Aqui faço muitas coisas. Fico na sala de curativos, na sala de vacinas, aplico injeções, faço nebulização, verifico pressão, dou orientações para as pessoas que atendo nesses lugares sobre a doença que elas apresentam, de como se cuidar... No curativo digo o que deve ser feito em casa para ter melhora rápida. (Profissional do grupo B, técnico de enfermagem)

Meu trabalho aqui é mais direcionado para atividades administrativas. Tenho contato com o público e com os profissionais. Faço marcação de consultas, preparo os prontuários, faço arquivamento. É um trabalho que requer muita paciência e calma (Profissional do grupo B, técnica administrativa).

Os profissionais do grupo A, por sua vez, realizam ações direcionadas para pessoas e/ou grupos populacionais acometidos de doenças e/ou com risco de serem atingidos por determinados agravos de saúde.

Meu atendimento aqui é direcionado para clientela feminina. Temos uma demanda muito grande de mulheres de todas as faixas etárias. Elas chegam aqui quase sempre com as mesmas queixas:

corrimentos, alterações no ciclo menstrual, sinais de DST, miomas, displasias... são sempre essas mesmas coisas. Eu medico, mas elas nem sempre fazem uso correto da medicação e voltam com as mesmas queixas. Às vezes atendo também gestantes que estão fazendo pré-natal aqui na unidade, para passar medicação para algum problema da gravidez (Profissional do grupo A, médica ginecologista).

Faço consultas para a população de adolescentes. Eles procuram muito o serviço em busca de informação para evitar filhos, preocupados com o desempenho sexual, irregularidades na menstruação, espinhas... A maior demanda mesmo é de meninas buscando métodos para não engravidar. (Profissional do grupo A, médica hebeatra).

Aqui atendo mulheres, faço pré-natal, planejamento familiar... Elas chegam sempre procurando uma forma para evitar gravidez ou quando estão grávidas são acompanhadas com o objetivo de evitar riscos para ela e para o feto. São mulheres de todas as faixas etárias, em fase reprodutiva (Profissional do grupo A, enfermeira).

Atendo pessoas de todo tipo, mas gosto muito de atender aos hipertensos, diabéticos. São, assim, aqueles com os quais acho que posso contribuir muito fazendo orientação na dieta, acompanhamento mensal (Profissional do grupo A, nutricionista).

Os atendimentos individualizados prestados por profissionais do grupo A - as consultas - são guiadas por queixa(s) apresentada(s) pela clientela, as quais, de acordo com sinais e sintomas são enquadradas como características de determinadas doenças para os quais são prescritos medicamentos e/ou solicitados exames e outros procedimentos para confirmação e/ou tratamento. Nesse sentido, Mattos (2001, p. 61-62) afirma que “a maneira como as práticas estão socialmente configuradas pode propiciar ou dificultar a realização da integralidade”.

De acordo com relatos de profissionais do grupo A, a busca por e o uso de medicamentos tornou-se um comportamento banalizado que de alguma forma é esperado e, até mesmo exigido pela clientela.

As pacientes chegam com vários outros problemas, depressão, falta de hormônio, problemas com marido, com filhos, aí elas pedem remédio tranqüilizante. (...) É muito comum encontrar pacientes usando antidepressivos. Acho que está muito banalizado o uso de antidepressivo. (Profissional do grupo A, ginecologista).

Muitas das mulheres que atendo, chegam com a expectativa da gente poder passar algum remédio. Elas querem remédio pra reduzir o apetite, pra emagrecer. Muitas vêm com essa idéia. Elas buscam mais uma beleza padronizada, então algumas chegam pedindo remédio para emagrecer, outras querem engordar. (Profissional do grupo A, nutricionista)

O uso de medicação hoje está cada vez mais disseminado. As pessoas usam por conta própria e também por prescrição médica. Convivo com pessoas que usam remédio com muita frequência. Tem uma amiga minha que não consegue ficar sem medicação pra dormir. Minha mãe é viciada em remédio para dor. As pacientes chegam aqui pedindo remédio pra tudo (Profissional do grupo A, enfermeira).

Os relatos confirmam a existência de situações que expõem as mulheres atendidas no contexto assistencial de saúde investigado à busca pelo uso de uma variedade de medicamentos que possam aliviar seus incômodos físicos e emocionais. Ademais, reconhecem que essas mulheres também são alvo da pressão da mídia sobre a estética e o padrão de beleza mais valorizado. No entanto, a forma em que o atendimento é organizado e as demandas das mulheres naturalizadas e justificadas, segundo uma lógica biomédica, tendem a apoiar essa medicalização.

Com relação ao consumo de drogas, embora dados epidemiológicos, nacionais e internacionais, apontem a predominância do uso de medicamentos, mais especificamente benzodiazepínicos, estimulantes e orexígenos, pela população feminina (GALDURÓZ; NOTTO; FONSECA, 2002, GORDON, 2002, MEDINA; ALMEIDA FILHO, 2002, WRIGHT, 2004), a medicalização, como uma ação orientadora da prática institucionalizada de saúde, não é reconhecida como disseminadora do consumo de drogas, especialmente entre mulheres. Se mulheres que buscam o serviço de saúde têm como expectativa a obtenção da prescrição de medicamentos e se alcançam esse objetivo com facilidade, é possível que este uso esteja banalizado.

A banalização da medicalização é ratificada por Vieira (1999) diante da afirmação de que a ciência médica moderna transformou aspectos da vida cotidiana em objetos da medicina de forma a assegurar sua conformidade com as normas sociais. Isto reforça a institucionalização da medicalização e sua vinculação com a perspectiva biologicista e com o capitalismo. Alguns autores identificam o impacto de uma lógica de gênero nesse processo.

Nesse sentido, Walsh, Sorensen, Leonard (1996; p.146) com base na abordagem proposta por Connel (1987) afirmam que “o impacto da autoridade masculina sobre a saúde manifesta-se na medicalização e no controle social do desvio e da angústia das mulheres”. No caso da CAMUDE só se pode fazer essa

afirmação a partir do caráter simbolicamente masculino de trabalho médico, já que, de fato, a maioria dos profissionais são mulheres, inclusive, os que compõem o grupo A.

Na CAMUDE, as práticas de saúde adotadas, em conformidade com o preconizado pelos diversos programas de saúde verticalizados pelo Ministério da Saúde, alimentam e sustentam a medicalização do corpo das mulheres. A prática de de medicalização, de acordo com o observado e relatado pelos profissionais entrevistados, está apoiado em princípios do modelo biomédico e alimentado pelas demandas e expectativas da clientela.

A busca das mulheres por medicamentos, de acordo com os depoimentos, relaciona-se ao desejo que as mesmas alimentam de alcançar um padrão de beleza resultante de uma construção social, que valoriza o seu corpo como objeto sexual. No entanto, como nota Rohden (2001), a principal rota para a medicalização do corpo feminino está ancorada na naturalização da condição biológica de reprodutora, tomada como determinante do papel social da mulher.

Conforme descrevem Trotta Borges e Simões Barbosa (2006), a tendência da feminilização do tabagismo está associada ao uso do tabaco como alívio para situações de distúrbios de humor, como a depressão e ansiedade, e sentimentos de tristeza e solidão.

Em que pese o reconhecimento de que as mulheres buscam o uso de antidepressivo, a(o)s profissionais do grupo A não identificam a consulta como um espaço privilegiado para que a cliente possa externar os possíveis motivos do seu incômodo. O sofrimento causado pela aproximação dessas pessoas com o consumo de drogas pode se esconder durante a consulta, por anos a fio, sob a designação de problema com filhos, com maridos e com família, propiciando a invisibilidade dessa realidade.

6.3 AS PRÁTICAS PROFISSIONAIS NA COMUNIDADE

A(O)s agentes comunitários de saúde, conforme já informado, têm uma atuação quase que exclusivamente na comunidade. A vinculação deste grupo com outros profissionais que atuam no espaço institucional ocorre basicamente pela

supervisão feita por uma enfermeira que orienta a(o)s ACS para o desenvolvimento de suas atividades diárias, quer sejam de cunho assistencial (visita domiciliar e/ou atividades em grupo) quer sejam de caráter administrativo (preenchimento de formulários mensais, participação em eventos específicos dentro ou fora da unidade). Ademais, a enfermeira-supervisora acompanha, sempre que uma demanda lhe é apresentada, a(o)s ACS na visita domiciliar. As demandas constituem a suspeita e/ou comprovação de sinais e sintomas característicos de doenças infecto-contagiosa, a exemplo, da tuberculose, ou ainda, do agravamento de patologias crônico-degenerativas como diabetes e hipertensão.

Embora o grupo de ACS seja constituído em sua maioria por pessoas do sexo feminino e a supervisão seja feita, também, por uma profissional mulher, as relações mantidas são delimitadas e hierarquizadas. Cabe à supervisora, o controle da freqüência, atrasos e cumprimento de atividades mensalmente estipuladas, bem como a cobrança de metas pré-estabelecidas para cada ACS, diária e mensalmente. Discussões acerca do desempenho, bem como, o repasse de informações advindas da Secretaria Municipal e/ou Estadual da Saúde são compartilhadas no grupo em reunião quinzenal. O contato individual e/ou coletivo mantido diária e quinzenalmente com o grupo pode favorecer e/ou promover a sua participação em eventos científicos e treinamentos com vistas a propiciar melhor atuação na visita domiciliar e despertá-lo para realização de outras ações na comunidade, a exemplo da formação de grupos com vistas a desenvolvimento de atividades educativas e/ou preventivas.

A visita domiciliar é uma ação sistematizada, periódica e realizada diariamente pela(o)s ACS, incluindo visitas novas e de retorno. É a atividade de referência para o grupo e caracteriza-se por ser demandada pelos profissionais e não pela clientela. A condução da visita segue os mesmos padrões adotados na consulta realizada pelos profissionais do grupo A, no espaço institucional, de forma que tende a focar sinais e sintomas de doenças e ressaltar orientações relacionadas ao uso de medicamentos, realização de exames e retornos periódicos a profissionais da classe médica.

Segunda-feira, após mais ou menos uma hora dentro da unidade, acompanho uma agente comunitária de saúde em sua rotina diária. (...) o acesso é difícil, com muitas escadas sem nivelamento, ruas e becos estreitos, casas de um lado e do outro, vielas, esgoto que corre a céu aberto em alguns espaços e que exala odor desagradável. (...) Entramos numa casa que embora pequena, tem

ventilação e iluminação razoável em comparação com as demais casas visitadas. Era uma construção de alvenaria e com aspectos de obra não terminada. Encontramos quatro das seis pessoas que compõem a família, de três gerações: a avó, a “dona” da casa, uma das filhas, uma criança com mais ou menos 4 anos, neto da dona da casa, e o companheiro da filha que estava acamado devido um acidente de moto. São dez horas da manhã, a criança estava chorando, nariz escorrendo, sem roupa e exalando odor de urina, aparentemente abatida e emagrecida. A mãe da criança abre a geladeira e oferece a mesma um copo com coca-cola. A agente contesta informando que seria melhor um suco ou outro alimento qualquer. A mãe responde que a criança gosta de coca-cola. A agente questiona se a criança está apresentando febre, tosse, catarro, diarreia, vômitos ou qualquer outro sintoma. A mãe responde negativamente. A agente solicita o cartão de vacina da criança, esta se mantém entre nós, chorando um pouco. A mãe manda que a criança se cale. A ACS instala a balança, pesa a criança, orienta quanto a vacina que está atrasada, dizendo que ela pode tomar a vacina em atraso uma vez que não apresenta impedimentos para o uso da vacina. A avó da criança também se aproxima, aparentemente está bastante abatida. A ACS questiona sobre uso da medicação anti-hipertensiva e avaliação médica de rotina. A senhora responde afirmativamente para as duas questões e a ACS diz que passa noutro dia da semana para vê-la, pois aquele dia está reservado para peso e ela tem ainda muitas crianças para visitar. Despede-se da família e segue para outro domicílio (Relato de campo).

Ao chegar ao domicílio, a ACS se depara com várias situações para as quais deve estar voltada sua atenção. Entretanto, o objetivo preestabelecido para este contato limitava-se à obtenção do peso da criança, o que de fato foi obtido sem o desenvolvimento de qualquer outra ação relacionada à saúde dessa criança. A aparência da dona da casa não motivou a ACS a promover ações de saúde, bem como o morador acidentado que, também, não recebeu atenção.

Não obstante, a visita domiciliar oportuniza o contato direto com o contexto social, econômico e familiar da população, entre outros aspectos que apontam para riscos à saúde individual e coletiva, tais como presença de lixo, deficiência na rede de esgoto, condições de moradia, etc., o foco das visitas está voltado para ações preestabelecidas e para questionar sobre sinais e sintomas que levam a suspeita de doenças.

Trabalho muito com idoso, gosto muito desse grupo da população, tenho maior afinidade com idoso. Tem muita gente com hipertensão e diabético, outros com artrose, problemas de reumatismo....aí questiono se tomou o remédio, se está tomando, se foi pro médico, peço pra ver a última receita. Faço essas coisas procurando melhorar as doenças que eles têm (Profissional do grupo C, ACS)

Meu trabalho é mais com as crianças. Controlo o cartão de vacina, na minha área, hoje em dia, todas as crianças estão com o cartão de vacina atualizado. (...) Tenho também muitos hipertensos e sempre estou cobrando os remédios, os exames (Profissional do grupo C, ACS).

Na visita domiciliar há, também, a tendência em concentrar a atenção para pessoas e/ou grupos populacionais considerados mais vulneráveis a determinados agravos, dentre eles idosos, crianças e mulheres em idade reprodutiva, deixando de fora pessoas que não se enquadram nesses grupos. Com base nas observações de campo é possível afirmar que o grupo repete o modelo assistencial praticado no espaço institucional pois, do mesmo jeito que o(a)s profissionais da categoria médica passam pouco tempo na unidade, o seu tempo de atuação na comunidade também é curto. Ademais, nessas oportunidades desenvolvem ações normatizadas, também fragmentadas e centradas na busca de informações que possam revelar sinais e sintomas de doenças prevalentes na comunidade.

Nos moldes apresentados, a visita domiciliar, como instrumento de assistência, reproduz situações de exclusão e enfatiza aspectos curativos seguindo o padrão do modelo biomédico (SCHRAIBER, 2006). Embora a visita domiciliar seja a principal atividade da(o)s ACSs, estes referem ter, inicialmente, enfrentado dificuldades para aceitação de sua atuação pela comunidade. De um modo geral, associam as dificuldades à falta de treinamentos específicos, mas os relatos trazem também situações relacionadas a gênero que permeiam as relações sociais na comunidade.

Acho que uma grande dificuldade para o desenvolvimento de nosso trabalho foi a falta de treinamento. No início não tivemos treinamento para saber mesmo o que íamos fazer. O primeiro desafio foi conhecer a área, dividir, fazer mapeamento. (...) Para um homem, que tem mulher e convive com ela, que dá as coisas pra ela, casa, comida, roupa, essa coisas, encontrar um outro homem desconhecido, dentro de sua casa, pode significar que ele está sendo corno e, isso homem nenhum quer (Profissional do grupo C, ACS).

Mesmo sendo morador da área, no início foi difícil pra gente entrar nas casas, pra cadastrar as famílias e para explicar sobre nosso trabalho. O pessoal não sabia o que agente ia fazer na casa deles e, alguns tinham medo de responder a tantas perguntas, pensavam que a gente era da polícia, do governo, para investigar... Foi muita coisa... marido não gostava de encontrar a gente em casa, principalmente sendo homem, de vê a gente de manhã cedo, na casa dele; filhos que eram usuários ou que eram ladrões ou então delinqüente quando chegavam em casa e viam uma pessoa fardada, de colete, com chapéu, assinando, perguntando da vida da pessoa,

logo reagem, às vezes com agressividade (Profissional do grupo C, ACS)

Os relatos realçam a situação de exposição enfrentada pelos agentes comunitários de saúde na medida em que a aproximação com o domicílio e seus ocupantes, pode se constituir em risco para sua segurança pessoal e de trabalho. No contexto de atuação desse grupo o enfrentamento com a problemática da violência, das drogas e das relações de gênero se faz presente, exigindo que o agente conduza as suas ações sob um suposto pacto de silêncio sobre o que vê, ouve ou percebe nos domicílios que visita.

Em estudo realizado em Recife-Pe, (SCHRAIBER, 2006), envolvendo agentes comunitários de saúde foi identificada a inadequação do contato entre profissionais do sexo feminino e o usuário do serviço do sexo masculino, em locais não públicos, tanto para consulta individualizada quanto para visitas domiciliares. A situação identificada foi considerada como uma ameaça para a reputação feminina, trazendo à tona, mais uma vez, questões da sexualidade²⁵.

As dificuldades para inserção da(o)s ACS foram sendo superadas aos poucos, na medida em que a comunidade e, mais especificamente, os homens, na posição de maridos/companheiros passaram a conhecer o trabalho dos agentes.

Mas hoje a gente entra, toma café, merenda, a gente é convidado pra almoçar, é convidado pra aniversário... (...) hoje a gente já fala e orienta sobre problemas que envolvem questões muito íntimas como menstruação, uso de camisinha, doenças sexualmente transmissíveis, fidelidade e coisas assim (Profissional do grupo C, ACS).

Uma das atividades apontadas pela(o)s ACSs que ajudou na conquista da confiança e aceitação por parte da comunidade foi atualização da caderneta de vacinação das crianças. Esta atividade constitui um indicador de avaliação positiva entre os profissionais do grupo, sendo referenciada por ela(e)s como uma ação bem sucedida, da qual muitos se orgulham.

Em relação mesmo a vacinação, eu acho que fiz muito, porque peguei na minha área crianças de 10 anos que só tinham tomado a vacina que veio da maternidade. E, hoje em dia, passo na escada,

²⁵ Embora não seja tema de discussão desse estudo, as situações apresentadas conduzem a questionamentos sobre as representações sociais da(o)s ACS sobre seu trabalho/função na equipe de saúde. Essa, sem dúvida, é uma questão que se apresenta para nova investigação.

peço mesmo, exijo o cartão e, hoje em dia, estou vendo outro quadro (Profissionais do grupo C, ACS)

Antes, você chegava numa rua, na minha área, por exemplo, todos os cartões de vacina, tudo desorganizado, tudo atrasado... Fui lá informando, orientando sobre a validade e importância da vacina por anos e anos chegando ao ponto que hoje, dez anos depois, posso dizer que na minha área 99% das crianças são vacinadas em dias (Profissionais do grupo C, ACS).

A atualização da caderneta de vacinação, constituiu, assim, uma atividade que favoreceu a inserção da(o)s ACS na comunidade e, talvez o reconhecimento desta(e)s como membros da equipe que desenvolvem ações periféricas, fora do espaço institucional. Entretanto, o sucesso atribuído pela(o)s ACS à atualização do esquema de vacinação²⁶ da população residente na comunidade é citado como uma conquista isolada, ou seja, esta é mais uma atividade verticalmente padronizada.

Dentre outros elementos, a dificuldade para reconhecer a delimitação dos papéis atribuídos à equipe de saúde, em especial ao agente comunitário de saúde, pode estar relacionada ao treinamento insuficiente apontado pelos depoentes. Isto expõe uma face da frágil articulação percebida entre os distintos grupos de profissionais no contexto assistencial de saúde investigado, conforme mostro na seção seguinte.

6.4 A FALTA DE INTEGRAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A falta de integração entre os profissionais no contexto assistencial de saúde revelou-se, de formas distintas, em todos os procedimentos utilizados para produção dos dados. Na análise fatorial de correspondência as diferentes posições dos diversos grupos de profissionais mostradas no gráfico (figura 2, capítulo 4) foram interpretadas como uma modalidade de falta de integração entre os grupos.

De acordo com o observado, as atividades são caracterizadas pela fragmentação e falta de integração entre os profissionais, sobretudo, entre aqueles que atuam no espaço institucional e na comunidade, invisibilizando a detecção de

²⁶ De acordo com informações obtidas na observação de campo a atualização do esquema vacinal foi uma ação deliberada pelo Ministério da Saúde como estratégia para aumentar os índices de vacinação em crianças e idosos e reduzir doenças com prevenção pela imunização, a nível nacional.

problemas específicos da comunidade, dentre eles o consumo de drogas. As ações desenvolvidas configuram-se em atividades padronizadas que não contemplam especificidades da comunidade, muito menos de grupos e/ou indivíduos. A visita domiciliar, conforme mostrado, é uma dessas ações.

A(o)s agentes fazem visita domiciliar; cadastram as famílias da área com informações sobre o número de pessoas por cada casa, idade, sexo; controlam a vacinação das crianças; sabem sobre as doenças prevalentes e incidentes na comunidade; conhecem a(o)s moradores e os problemas que afetam a mesma. Algumas dessas informações são registradas em mapas mensais, os quais são regularmente preenchidos e enviados para uma coordenação geral dos agentes, pela supervisora destes na unidade (uma enfermeira) (Registros da observação).

Observou-se, entretanto, que esse conjunto de informações obtido pelos agentes e registrado em instrumentos diversos parece ter uma função que se esgota no seu preenchimento, uma vez que não serve de subsídio para ações de outros profissionais e para decisões sobre prioridades de ação, exceto em situações pontuais, a exemplo de internamentos e óbitos. Situação similar foi identificada por Schraiber (2006).

Embora os agentes referenciem o consumo de drogas como um problema presente no cotidiano da comunidade, impedindo algumas vezes o desempenho de suas atividades, esta questão não é registrada e nem incorporada ao trabalho diário da unidade, nem mesmo pelos próprios agentes.

Para mim, um dos maiores problemas que temos aqui na comunidade é as drogas, Aqui o consumo de drogas é alto, muito alto. Vejo que é feito mais pelos homens, mas as mulheres, a maior parte das mulheres que são parceiras deles, também utiliza drogas, a maior parte delas usa. (...) o alcoolismo aqui também é muito alto. Eles têm grupos de alcoolismo, são muitas pessoas envolvidas (Profissional do grupo C, ACS)

Na minha área um ponto mesmo crucial é o desemprego e o uso de drogas. Parece que uma forma uma coisa leva a outra, eu acho. Na minha área a droga está em quase toda esquina. Tem pontos de venda, tem pessoal usando há todo momento. Tem até rua que todo mundo usa drogas (Profissional do grupo C, ACS)

Enquanto a(o)s ACSs identificam as drogas como um problema expressivo na comunidade, com repercussões diretas no âmbito da saúde da população, os profissionais do espaço institucional não reconhecem tal situação como um

problema de saúde com demanda no cotidiano de suas atividades, conforme mostrei no começo desse capítulo.

Aqui não conheço de perto a situação em relação às drogas, a não ser através do familiar, quando vou preencher fichas de primeira consulta que pergunto se tem usuário de drogas na família. Hoje mesmo não atendi nenhum paciente novo. E para essa pergunta, o álcool é mais comum. Tem mulher também que já se separou do marido e não sabe mais dizer como ele está. Então, é um problema que não enfrento muito, que não trabalho com isso (Profissional do grupo A, médica pediatra)

Droga aqui!?, Não sei te dizer nada sobre isso. Já trabalho há bastante tempo aqui, mas nunca atendi ninguém com esse problema. Também não sou especialista nessa questão. Posso dizer que minha clientela (atendo desde criancinhas até idosos com diabetes, hipertensão) não apresenta esse tipo de problema ... ou se apresenta nunca notei, vou começar a reparar nisso (Profissionais do grupo A, nutricionista).

A articulação entre a(o)s agentes comunitária(o)s de saúde e a unidade na qual estão vinculada(o)s se dá, quase que exclusivamente, através de encaminhamentos para atendimentos médico e/ou de enfermagem, especializados e individualizados; de marcação de cartão/consultas de grupos específicos, tais como: idosos, crianças e gestantes; de vacinação. Considerando que entre as pessoas que comparecem à unidade para esses atendimentos estão usuárias/usuários de drogas, admite-se que uma articulação efetiva entre os profissionais que atuam em vários setores da unidade, já se constituiria em um passo para uma assistência integrada, a partir, pelo menos, do reconhecimento da existência dessa clientela.

A dificuldade para o estabelecimento de uma melhor articulação das ações nos serviços de saúde é uma situação discutida e explicada por meio de vários fatores, dentre os quais: ênfase em ações individualizadas e em procedimentos e prescrições; vínculos diferenciados dos profissionais em um mesmo serviço de saúde; excesso de demanda; e, até mesmo, a estrutura interna das unidades de saúde (SCHRAIBER; 2006). A diferença salarial (NUNES et al.; 2002) e as relações de poder que permeiam o processo de trabalho nas instituições de saúde (NUNES; 2005) também são apontadas como fatores relevantes que demarcam falta de integração entre os profissionais e, conseqüentemente, afetam a assistência prestada.

Além da falta de integração nas ações, há também a exclusão de situações que não são caracterizadas como doenças. É o caso do consumo de drogas. Para

muitos dos problemas de saúde que atingem a clientela, a trajetória percorrida na unidade está centrada no tratamento de doenças, sem focalizar as possíveis causas, o que permitiria a prevenção de complicações e a ocorrência de agravos mais complexos.

O estabelecimento da doença como eixo condutor das ações de saúde e a institucionalização de uma assistência fragmentada não leva em consideração a dimensão subjetiva e o contexto social nos quais as pessoas estão inseridas. Isto acentua a situação de exclusão social a que estão expostas determinadas pessoas e/ou grupos populacionais, a exemplo do que ocorre com a pessoa usuária de drogas. Em contrapartida, o respeito às especificidades, a valorização da subjetividade e da íntima relação entre saúde e condições de vida, permitem maior aproximação das práticas de saúde com o princípio da integralidade em seus múltiplos sentidos.

Nessa jornada, a atuação interdisciplinar e multiprofissional pode ser uma alternativa possível. Garantir tal enfoque seria mais “exeqüível e desejável do que a tentativa de criar super profissionais de saúde, capazes de atenderem a toda e qualquer necessidade da clientela, mesmo as não percebida”, conforme Camargo Jr. (2003, p.30)

Em síntese, ao tratar das práticas e representações sociais reafirmo a invisibilidade do consumo de drogas como problema de saúde. Essa invisibilidade está explicitada tanto pela negação da existência de pessoas usuárias de drogas no espaço institucional, quanto pela não incorporação dessa realidade nas ações de saúde da unidade, mesmo sendo o consumo de drogas identificado como problema relevante por alguns dos sujeitos pesquisados, sobretudo, os ACS. Sustento, então, que uma abordagem numa linha mais democrática e mais aberta às necessidades específicas da clientela, significaria um investimento abrangente em um novo modelo de assistência – um modelo que contemple problemas caracterizados como sociais, a exemplo do consumo de drogas. Nesse sentido, o meu argumento vai de encontro com aqueles desenvolvidos por outros pesquisadores, a partir de uma perspectiva de gênero, conforme exposto no capítulo 1. Só a partir desta perspectiva será possível implantar e implementar uma atenção realmente fundada no princípio da integralidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa tese analisa as formas como profissionais de saúde que trabalham numa unidade básica da rede pública de saúde, em Salvador, Bahia, expressam suas representações sobre o consumo de drogas e busca compreender como estas representações influenciam na atenção à saúde.

A metodologia qualitativa de cunho etnográfico, adotada na pesquisa, revelou-se fundamental para a apreensão das representações sociais e de sua influência nas práticas de saúde adotadas pelos profissionais em relação ao consumo de drogas, no contexto assistencial investigado. Os dados apresentados não podem ser generalizados, uma vez que dizem respeito a um determinado grupo de profissionais que atuam numa unidade de saúde específica e inserida num contexto dinâmico. O ineditismo e a originalidade da proposta metodológica, além de permitirem o alcance dos objetivos, conferem aos resultados a possibilidade de contribuir, de modo relevante, para ultrapassar a invisibilidade do consumo de drogas como problema de saúde pública.

A utilização de um conjunto de técnicas para a produção dos dados possibilitou apreender como o problema do consumo de drogas é representado pelos distintos grupos de profissionais em atuação na referida unidade e que participaram da pesquisa. Permitiu, também, perceber estreitas relações entre as práticas de saúde adotadas pelo(a)s profissionais nos diferentes locais de atuação do contexto assistencial investigado – espaço institucional e comunidade - e suas representações sociais sobre a problemática estudada.

A triangulação dos dados deu suporte para produção de vasto material empírico a partir do qual foram formuladas três categorias de análise. Os dados analisados comprovam que as representações sociais dos profissionais acerca do consumo de drogas, no contexto assistencial investigado, estão vinculadas com a realidade vivenciada pelos distintos grupos de profissionais e encontram-se permeadas de preconceitos e estereótipos capazes de reproduzir diferenças e desigualdades sociais nas práticas de assistência à saúde.

A atuação, quase que exclusiva, da(o)s Agentes Comunitários de Saúde na comunidade, ocasiona o reconhecimento de que o consumo de drogas é um problema que envolve de forma direta e indireta toda população por ele(a)s

atendida. Na condição de moradores da comunidade, a(o)s ACS apontam que o tráfico e o consumo de drogas gera situações diversas de violência, limita as relações e o espaço de convivência entre os moradores seja pela comércio ilegal de drogas e/ou pela ação da polícia no combate ao narcotráfico e, conseqüentemente, interfere na condição de saúde dos habitantes da localidade. Mesmo assim, o consumo de drogas como problema de saúde não consegue ocupar espaço privilegiado nas práticas adotadas por este grupo de profissionais, os quais tendem a imitar a conduta adotada pelos demais profissionais que atuam no espaço institucional que seguem pressupostos estabelecidos pelo modelo biomédico.

O não reconhecimento do consumo de drogas como um problema que atinge a clientela atendida no espaço institucional do contexto assistencial, em contrapartida ao reconhecimento do consumo de drogas como um problema que envolve toda comunidade, denota uma desarticulação entre a realidade vivenciada pelos ACS que atuam na comunidade e a prática institucional estabelecida para a unidade de saúde. Entende-se que essa desarticulação está centrada, principalmente, num modelo hegemônico de atenção que prioriza a doença como objeto de atuação, mantendo-se voltado para sinais e sintomas que podem ser curados e/ou amenizados, sobretudo, pela prescrição e uso de medicamentos específicos, preconizados em programas de saúde verticalizados que de um modo geral não priorizam a individualidade de cada ser e/ou grupo.

Do mesmo modo, a desarticulação entre a realidade vivenciada na comunidade investigada e a prática adotada pelos profissionais que atuam no serviço de saúde reflete a ordem de gênero vigente na sociedade brasileira, demarcada, sobretudo, por diferenças de classes, raça/cor, sexo, geração. Esta por sua vez se reproduz no regime de gênero estabelecido na instituição estudada, mantendo hierarquias entre as diversas categorias de profissionais em atuação no contexto assistencial e entre estes e a clientela atendida.

Dentre os grupos de profissionais que atuam no espaço institucional predomina o não reconhecimento de que na clientela que procura o serviço estão pessoas usuárias de drogas. A falta de reconhecimento de pessoas usuárias de drogas como usuária do serviço de saúde mostrou-se atrelada a construções socioculturais, passadas de geração para geração, que implica na projeção da imagem da pessoa usuária de drogas como sendo do sexo masculino, jovem, pobre, da raça negra e de atitude violenta. Essa imagem descarta os homens que não se

enquadram nestas características e invisibiliza as mulheres como usuárias de drogas, especialmente das drogas classificadas como ilegais.

A princípio, todos os profissionais investigados comunguem com a representação que de o consumo de drogas por mulheres é uma prática que as coloca em desacordo com os papéis sociais e culturais a elas destinados, quais sejam: mãe, esposa e cuidadora da família. Nessa perspectiva, a mulher que adota o consumo de drogas está duplamente contrariando as normas sociais. A reprodução dessa representação implica na exclusão social da mulher que abusa de drogas, sobretudo daquelas caracterizadas como ilícitas, inclusive da assistência de saúde, uma vez que o regime de gênero instituído nos serviços de saúde tende a reproduzir as determinações da ordem de gênero.

Entre os agentes comunitários de saúde prevalece a idéia de que todas as mulheres que moram na comunidade e que são atendidas na unidade estão de alguma forma, envolvidas com a problemática das drogas. Para este grupo de profissionais, o envolvimento das mulheres com as drogas se dá de forma direta e/ou indireta. Quando envolvidas diretamente, a mulher é representada como sendo usuária e, ao mesmo tempo, parceira de um homem que faz uso e/ou vende drogas ilícitas, enquadrando-se na representação de alguém que está em desacordo com os papéis e normas sociais destinados à pessoa do sexo feminino. As mulheres que se encontram neste tipo de envolvimento são caracterizadas como jovens, negras, agressivas e violentas tal como a representação apresentada para os homens usuários de drogas. Nessa modalidade de envolvimento, os participantes ressaltam que as mulheres são influenciadas pelo parceiro, reproduzindo assim a representação de subordinação da mulher ao homem.

No envolvimento indireto, a mulher encontra-se na condição de mãe e/ou esposa de pessoas usuárias de drogas e é representada como sofredora, como uma vítima da situação e que enfrenta dificuldades na tentativa de ajudar as/os filhas/os e/ou companheiro. Nesta condição, muitas das mulheres tendem a usar tranqüilizantes e/ou antidepressivos, prescritos e/ou por conta própria, para amenizar o sofrimento e/ou tratar problemas de saúde que se manifestam como consequência do referido envolvimento. Os dados apresentados neste estudo não são suficientes para apontar qualquer associação entre o envolvimento direto e/ou indireto de mulheres com as drogas e o uso de tais medicamentos. Esta é uma questão que merece investigações.

O estudo mostra que a medicalização é uma prática de saúde adotada no contexto assistencial investigado. Os profissionais apontam para banalização da medicalização pela clientela, sobretudo por parte das mulheres, que de um modo geral, tendem a buscar nos medicamentos uma forma de atender a padrões de beleza pré-estabelecidos e de amenizar tensões físicas e emocionais experimentadas no cotidiano de suas atividades e relações. Nesta perspectiva, faz sentido a idéia de que a medicalização, como uma prática de saúde institucionalizada e banalizada socialmente, constitui uma forma de expandir o consumo de substâncias psicoativas em toda população e, em particular entre as mulheres.

No contexto assistencial investigado as atividades são caracterizadas pela fragmentação e falta de integração entre os profissionais, sobretudo entre aqueles que atuam no espaço institucional – médica(o)s, enfermeiras, assistentes sociais, bioquímica(o)s, odontólogas, nutricionistas, técnica(o)s de enfermagem, nutrição, laboratório, vigilantes e agentes de serviços gerais - e os que atuam na comunidade – agentes comunitários de saúde. A fragmentação das atividades e a falta de integração entre os profissionais dificultam a detecção de problemas específicos da comunidade, dentre eles, o consumo de drogas. As ações desenvolvidas configuram-se em atividades normatizadas em ações programáticas que nem sempre contemplam especificidades da comunidade, grupos e/ou indivíduos, nem mesmo por meio da visita domiciliar. As atividades têm enfoque predominantemente curativo e seguem uma tecnicidade que fere seu caráter preventivo e/ou educativo.

A integralidade da assistência, em todos os seus sentidos, mostra-se comprometida, seja pela organização das práticas, pela verticalização dos programas ou, ainda, pela postura individualista dos profissionais. A falta de protocolos assistenciais, de uma rede de serviços de referência e de capacitação da(o)s profissionais são apontadas como fatores que dificultam, e até mesmo, impossibilitam o atendimento de pessoas que buscam os serviços, cujos problemas raramente são percebidos pela(o)s profissionais como vinculadas ao consumo de drogas.

As experiências dos agentes comunitários de saúde, único grupo a reconhecer o consumo de drogas como um problema que afeta a população que reside na comunidade estudada, poderiam contribuir para dar a visibilidade que o problema requer. Entretanto, a frágil articulação entre a atuação dos ACS e o

trabalho dos demais profissionais deixa lacunas na prestação da assistência à saúde, de forma que o consumo de drogas torna-se invisível e/ou camuflado por outras patologias, independente da pessoa assistida está ou não enquadrada no estereótipo delineado pelos profissionais investigados.

Os profissionais dos grupos A e B, os quais atuam no espaço institucional, representam a droga e seu consumo como uma doença – a dependência - que requer a atuação de profissionais e serviços especializados. Diferentemente dos demais grupos de profissionais, a(o)s agentes comunitários de saúde, representam as drogas e seu consumo por palavras que expressam sofrimento, tristeza, depressão e violência objetivadas em situações vivenciadas no dia-a-dia da comunidade, aonde moram e atuam profissionalmente.

A representação de dependência não leva em conta os demais padrões de uso de drogas divulgados na literatura (experimentador, habitual, recreativo), para os quais devem e podem ser adotadas medidas preventivas, dentre elas educação em saúde e outras medidas baseadas nos princípios da estratégia de Redução de Danos. A idéia de dependência mostra-se diretamente associada com as drogas classificadas como ilícitas, deixando à margem as demais substâncias psicoativas, que também são capazes de provocar tal estado e danos diversos à saúde individual e coletiva. Nesta representação naturaliza-se o uso de substâncias psicoativas como o álcool, o tabaco e os medicamentos. A naturalização de tais substâncias está ancorada em padrões culturais, sociais, políticos e jurídicos que estabelecem diferenciação entre as drogas, classificando-as em lícitas e ilícitas, e que conferem permissividade ao uso de determinadas substâncias e repressão a outras.

O estudo permitiu analisar a influência das representações sociais nas práticas de saúde adotadas pelos profissionais em atuação no contexto assistencial investigado. As atitudes apresentadas pelos profissionais em relação ao objeto representado refletem tal influência. Ambas (as representações sociais e as práticas de saúde) invisibilizam o consumo de drogas como problema de saúde pública, no contexto assistencial investigado.

Ao final desse estudo pode-se apresentar alguns fatores que contribuem para a invisibilidade do consumo de drogas como problema de saúde. Em primeiro lugar, as representações sociais descritas e analisadas nesta tese ao redor do tema droga são expressões de construções sociais e históricas bastante disseminadas, que dizem respeito aos grandes marcadores de diferenças e desigualdades sociais. A

ordem e o regime de gênero que permeiam a atuação e relações sociais e profissionais dos atores sociais investigados estabelecem diferenças entre o masculino e feminino de forma que ajuda a tornar o consumo feminino menos notável ou até invisível.

Em segundo lugar, a formação na área da saúde alimenta a invisibilidade do consumo de drogas para os profissionais de saúde. Conforme apontado por profissionais de diversas categorias, nas entrevistas, ele(a)s não recebem treinamento adequado para lidar com o consumo de drogas em suas diversas modalidades entre a(o)s usuário(a)s. De um modo geral, apontam que a abordagem utilizada em sua formação profissional centra-se no tratamento da dependência e/ou em patologias associadas à mesma, revelando assim o enfoque limitado modelo e distorcido do tema na formação dos trabalhadores de saúde.

Um terceiro fator que invisibiliza o consumo de drogas como problema de saúde, diz respeito à organização dos serviços e as práticas adotadas no mesmo, denunciada pela desarticulação entre as diferentes categorias profissionais dentro do serviço, desses com os demais serviços do sistema de saúde e com a comunidade revelada nos discursos dos profissionais e apreendida na observação de campo. Assim, desrespeita-se o princípio de integralidade, preconizado pelo Sistema Único de Saúde, e fragiliza a qualidade da assistência à saúde somando-se mais fatores para o agravamento de problemas sociais e de saúde, no caso específico, do consumo de drogas. Sendo assim, entende-se que o ciclo descrito determina o *status quo* do consumo de drogas como problema de saúde pública. Resta, contudo, a esperança que esta à medida que o sujeito se familiariza com o objeto, sua representação pode ser modificada, transformando o invisível em visível e vice-versa.

As práticas e representações sociais acerca do consumo de drogas apresentadas nessa pesquisa evidenciam que o enfrentamento pelos profissionais de saúde para a assistência às pessoas usuárias de drogas mostra-se como um problema complexo, que exige mudanças em vários níveis, seja na organização dos serviços, na formação dos profissionais, ou ainda na incorporação de um novo modelo de saúde, que contemple não apenas as questões biológicas, mas também as subjetivas, nos distintos contextos existenciais dos sujeitos.

Ao focar a problemática das drogas através das representações sociais e discuti-las numa abordagem de gênero, esta pesquisa traz à tona questões

relevantes para o campo da Saúde Coletiva que podem contribuir para implantação e implementação de ações que possibilitem o reconhecimento e inclusão do consumo de drogas como um problema de saúde. Tais ações devem contemplar especificidades, tanto de pessoas usuárias de drogas, quanto de profissionais de saúde em seus contextos específicos.

Sugere-se maior articulação entre a Política Integral de Atenção ao Usuário de Álcool e outras Drogas, em implantação, com os serviços de saúde já existentes. Ademais, recomendam-se modificações nos currículos e no ensino de profissionais da área de saúde, com vistas a incluir e/ou ampliar o conteúdo, em relação à problemática das drogas com uma abordagem que contemple especificidades das pessoas, da droga e do contexto, no qual a pessoa está inserida e a droga é utilizada.

REFERÊNCIAS

ABRIC, Jean Claude. Représentations sociales: aspects théoriques. In: ABRIC, Jean Claude (Org.). **Pratiques Sociales et Représentations**. Paris: PUF, 1994, p. 11-35.

ACSELRAD, Gilberta. A Educação para a Autonomia: construindo um discurso democrático sobre as drogas. In: ACSELRAD, Gilberta (Org.). **Avessos do Prazer: drogas, aids e direitos humanos**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap.10, p.166-183.

AQUINO, Maria Tereza. A Mulher e a Droga: motivação para o uso, efeitos diferenciados, tratamento e possibilidades de prevenção. In: BAPTISTA, Marcos; INEM, Clara. (Org.). **Toxicomania: uma abordagem multidisciplinar**. Rio de Janeiro: NEPAD/UERJ: Sette Letras, 1997. cap.1, p.43-52.

AQUINO, Estela Maria. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. spe. p.121-132, 2006.

_____.; BARBOSA, Regina Maria; HEILBORN, Maria Luiza; BERQUÓ, Elza. Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva: a construção de um novo campo na saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, p.198, 2003.

ÂNGULO-TUESTA, Antônia de Jesús. **Gênero e Violência no Âmbito Doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde**. 1977, 142p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de saúde Pública, Rio de Janeiro.

ALBERTO, Maria de Fátima; MARIANO, Maria do Socorro Sales. Um estudo da representação social dos meninos em condição de rua sobre as drogas. In: COUTINHO, Maria da Penha de Lima; LIMA, Aloísio da Silva; OLIVEIRA, Francisca Bezerra; FORTUNATO, Maria Lucinete (Org.). **Representações Sociais**. Abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2003, p. 312-29.

AMÂNCIO, Lígia. Género e representações sociais em Portugal. Perspectivas atuais e desenvolvimentos futuros. In: MOREIRA, Antonia da Silva Pereira (Org.). **Representações sociais: teoria e prática**. João Pessoa: Editora Universitária/Autor Associado, 2001.

ANDERSON, Tammy L. Drug Use, Consequences and Social Policies. In: FAUPEL, Charles E, ROMAN, Paul M (editors). **Encycl. of Crimin. and Deviant Behavior**, n.1, 2001. Disponível em: <<http://www.udel.edu/soc/tammya/pdfs//>>. Acesso em: 15/05/2005.

ANDRADE, Artur de Guerra. As drogas mais usadas no Brasil e suas conseqüências. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Secretaria de Assistência à**

Saúde. Coordenação Geral de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, 1995, cap. IV, p. 53-59.

ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes; CASTANHA, Alessandra Ramos; BARROS, Airton Pereira do Rego; CASTANHA, Christiane Ramos. Estudo das representações sociais da maconha entre agentes comunitários de saúde. **Revista Ciências e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p. 289- 234. 2006.

ARRUDA, Ângela. Novos significados da saúde e as representações sociais. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v.10, n.2, p. 215-228, jul./dez. 2002a.

ARRUDA, Ângela. Teoria das Representações Sociais e Teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, Rio de Janeiro, n. 117, p. 127-147, nov. 2002b.

AVILÉS, Nuria Romo. **Mujeres y drogas de síntesis: género y riesgo en la cultura del baile**. 3.ed. Donosita:Gakoa, 2001.

BANDEIRA, Lourdes; VASCONCELOS, Marcia. A Perspectiva de Gênero e as Ações Afirmativas no Contexto das Políticas Públicas. In: BANDEIRA, Lourdes; VASCONCELOS, Marcia. **Equidade de Gênero e Políticas Públicas: reflexos iniciais**. Brasília: AGENDE, 2002. p. 25-35.

BAPTISTA, Marcos. Droga, Estado, Sociedade. In: BAPTISTA, Marcos; CRUZ, Marcelo Santos; MATIAS, Regina (Org.). **Drogas e pós-modernidade: prazer, sofrimento, tabu**. Rio de Janeiro: Editora Universitária/ EdUERJ, 2003. p.25/33.

BAPTISTA, Maria Manuel. Estereotipia e Representações sociais: uma abordagem psicossociológica. Disponível em: <http://sweet.ua.pt/~mbaptista/Estereotipia%20enquanto%20forma%20de%20representacao%20social//>>. Acesso em: 11/10/2007.

BARDIN, Landin. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70,1997. p.221.

BAUER, Martin W. Análise de Conteúdo Clássica: uma revisão. In: BAUER, Martin W; GASKELL, George. **Pesquisa Qualitativa com Texto: imagem e som - um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2003. p.189-217.

BELAUNDE, Luíza Elvira. **Viviendo Bien: Género y Fertilidad entre los Airo-Pai de la Amazonía Peruana**. Perú: editora Fondo, 2001.

BECKER, Howard S. **Métodos de pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Hucitec, 1993.

BECKER, Jane; DUFFY, Clare. **Womem Drug Users and Drug Service Provision**. v.1, 2002. Disponível em: <http://www.drugs.gov.uk/ReportsandPublications/Communities/103450105>> Acesso em: 27 abril 2005.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n.4, p. 446-56, out./dez. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Rio de Janeiro, Conselho

Federal de Medicina, v.4, p.15-25, 1996.

BRASIL. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras drogas. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial.** Brasília, 1998. p.18.

BUCHER, Richard. As drogas e as ideologias de prevenção. In: INEM, Clara Lúcia, ASCELRAD, Gilberta (Org.). **Drogas: uma visão contemporânea.** I Jornada sobre toxicomania do NEPAD, UERJ, Rio de Janeiro: Imago, 1993.274p.

_____. Drogas na sociedade. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Coordenação Geral do PN DST/AIDS. **Drogas, AIDS e sociedade.** Brasília: Coordenação Geral de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS, 1995, p. 33-52.

CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel. **Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica.** São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, Pedro Humberto Faria. A abordagem estrutural e o estudo das relações entre práticas e representações sociais. In: CAMPOS, Pedro Humberto Faria; LOUREIRO, Marcos Corrêa da Silva (Org.). **Representações Sociais e práticas educativas.** Goiânia: UCG, 2003. p.21-36.

_____. As representações sociais como forma de resistência ao conhecimento científico. In: OLIVEIRA, Denise Cristina de; CAMPOS, Pedro Humberto Faria (Org.). **Representações sociais - uma teoria sem fronteiras.** Rio de Janeiro: Museu da República, 2005, (Col. Mimória Social).

CARLINI, Elisaldo Luiz de Araújo et. al., **I Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil:** estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país- 2001. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2002.

_____. **II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil:** estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país - 2005. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. p. 472.

CASTANHA, Alessandra Ramos; ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de. Álcool e agentes comunitários de saúde: um estudo das representações sociais. **Psico-USF**, v. 11, n. 1, p.85-94, jan./jun. 2006.

CAVALCANTI, Ludmila Fontinele. **Ações da assistência pré-natal voltadas para a prevenção da violência sexual:** representação e prática dos profissionais de saúde 2004, 137p. Tese (doutorado em Saúde da Mulher e da Criança) – Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2004.

CIBOIS, Phelippe. **Tri-deux mots.** Versão 1.1. Paris: U.F.R. Sciences Sociales , 1989 (3 disquetes).

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. **Enfermeiras que cuidam de mulheres: conhecendo a prática sob o olhar de gênero.** 2001, 176p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. 2001.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso et al., **Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites e possibilidades na atenção básica.** (Relatório técnico), Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, 2007.

CONNEL, Robert W. **Gender and Power.** Oxford: Editorial Polity Press, 1987.

COSTA, Tonia; STOTZ, Eduardo Navarro; GRYSZPAN, Danielle; SOUZA, Maria do Carmo Borges de. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.10, n.20, p.363-80, jul/dez 2006.

COUTINHO, Maria da Penha Lima. **Depressão Infantil: uma abordagem psicossocial.** João Pessoa: Universitária, 2001. p.215.

COUTINHO, Maria da Penha Lima; ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de; GOINTÉS, Bernard. Uso da maconha e suas representações sociais: estudo comparativo entre universitários. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 469-477, set./dez. 2004.

COUTINHO, Maria da Penha Lima; NÓBREGA, Sheva Maria; CATÃO, Maria de Fátima F. Martins. Contribuições Teórico-Methodológicas acerca do uso dos instrumentos projetivos nos campos das Representações Sociais. In: COUTINHO, Maria da Penha de Lima; LIMA, Aloísio da Silva; OLIVEIRA, Francisca Bezerra; FORTUNATO, Maria Lucinete (Org.). **Representações Sociais. Abordagem interdisciplinar.** João Pessoa: Editora Universitária/UFBB, 2003, p.50-66.

CRUZ, Marcelo Souza. Práticas Médicas, Toxicomanias e a Promoção do Exercício da Cidadania. In: ACSELRAD, Gilberta (Org.). **Avessos do Prazer: drogas, aids e direitos humanos.** 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.277-88.

DE ROSA, Anamaria Silvana. **A “Rede Associativa”:** uma técnica para captar a estrutura, os conteúdos, e os índices de polaridade, neutralidade e estereotipia dos campos semânticos relacionados com as Representações Sociais. Tradução de Célia Cristina Casaca Soares - ISCTE- Portugal. João Pessoa: UFPB, Editora Universitária, 2005. p. 61-127.

DELGADO, Paulo Gabriel. Drogas: o desafio da saúde pública. In: ACSELRAD, Geralda (Org.). **Avessos do prazer: drogas, aids e direitos humanos.** 2.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 165-182

DOISE, Willem. K DOISE, Willem. Les representations sociales: definition d'un concept. In : DOISE, Willem; PALMONARI, Antony (Orgs.). **L'étude des représentations sociales.** Neuchâtel: Delachaux & Niestlé, 1986.

_____. Da psicologia social à psicologia societal. *Psicologia: Teoria e pesquisa. Psicologia Societal*, Brasília, v. 18, n. 1, p.27-35, jan./abr. 2002.

DOMANICO, Andréa. **Controlando a Maluquez**: a redução de danos no contexto do uso de cocaína injetável. 2001, 172p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

ESCUDEIRO, Cristina Lavoyer; SILVA, Iara Cecília Moreira da. **Adoçando o fel do pesquisador**: a doce descoberta das representações sociais. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1997.

ESPINHEIRA, Gey. Os Tempos e os Espaços das Drogas. In: TAVARES, Luís Alberto; ALMEIDA, Alba Rivas; NERY FILHO, Antonio (Org.). **Drogas, Tempos, Lugares e Olhares Sobre o seu Consumo**. Salvador: EDUFBA/CETAD/UFBA, 2004. p.1-26.

FERREIRA, Márcia da Assunção; FIGUEIREDO, Nélia Maria de Almeida; ARRUDA, Ângela. Expressão de Gênero nas Representações de Clientes Hospitalizados sobre o Cuidar e o Cuidado de Enfermagem. **Caderno de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.10, n. 2, p.111-123, jul./dez. 2002.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Silveira. Equidade de Gênero e Saúde das Mulheres. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p.450-9, dez. 2005.

FONSECA, Elize Massard; BASTOS, Francisco Inácio. Políticas de Redução de Danos em Perspectivas: comparando as experiências americanas, britânicas e brasileira. In: ACSELRAD, Gilberta (Org.). **Avessos do Prazer**: drogas, aids e direitos humanos. 2.ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005, p.289-310.

FORTUNATO, Maria Lucinete; NETO, Mariana Moreira. Relações de gênero e representações sociais. In: COUTINHO, Maria da Penha de Lima; LIMA, Aloísio da Silva; OLIVEIRA, Francisca Bezerra; FORTUNATO, Maria Lucinete (Org.). **Representações Sociais**. Abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Editora Universitária/UFBB, 2003. p.277- 92.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 13.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

GALDURÓZ, José Carlos Fernandes, et al. Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. São Paulo, v.13, p.888 –895, set./out. 2005. Número especial.

GASKELL, George. Entrevistas Individuais e Grupais. In: BAUER, Martin W.; GASKELL, George. **Pesquisa Qualitativa com Texto**: imagem e som: um manual prático. Rio de Janeiro: Vozes, 2003. p.64- 89.

GONÇALVES, Alda Martins. **Cuidados Diante do Abuso e da Dependência de Drogas**: desafios da prática do Programa Saúde da Família. 2002, 209p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

GOINTIÉS, Bernard; ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de. Os aspectos legais da maconha no contexto universitário: um estudo das representações sociais. In: COUTINHO, Maria da Penha de Lima; SILVA, Aloísio da; OLIVEIRA, Francisca

Bezerra, FORTUNATO, Maria Lucinete. (Org.). **Representações Sociais**. Abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Editora Universitária/UFBB, 2003. p.293-311.

GORDON, Susan Merle. **Women & Addiction**: gender issues in Abuse and Treatment. Wernersville:Caron Foundation, 2002.

GOULD, Sthephen Jay. **A Falsa Medida do Homem**. São Paulo: Martins Fontes, 1991. 384p.

GUARESCHI, Pedrinho Arcides. Representações Sociais e Ideologia. **Revista de Ciências Humanas**. Florianópolis, v.1, n.1, p.33-46, 2000.

HEILBORN, Maria Luíza. Gênero e Condição Feminina: uma abordagem antropológica In: INSTITUTO Brasileiro de Administração Municipal. **Mulheres e Políticas Públicas**. Rio de Janeiro: UNICEF, 1991. pp.23-38.

HOCHGRAF, Patrícia Brunfentinker. **Alcoolismo Feminino**: comparação das características sócio-demográficas e padrão de evolução entre homens e mulheres alcoolistas. 1995. 112p. Tese (Doutorado em Medicina) – Universidade de São Paulo, São Paulo. 1995

HOCHGRAF, Patrícia Brunfentinker; ZILBERMAN, Mônica Levit.; BRASILIANO, Sílvia. A Cocaína e as Mulheres. In: LEITE, Marcos da Costa; ANDRADE, Arthur Guerra de (Orgs.). **Cocaína e Crack**: dos fundamentos ao tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas. 1999. p.127-36.

HOCHGRAF, Patrícia Brunfentinker; BRASILIANO, Sílvia. **Mulheres Farmacodependentes**: uma experiência brasileira. 2004. Disponível em: <http://www.einstein.br/alcooledrogas>>. Acesso em: 15/05/2005.

IBÁÑEZ GARCIA, Tomas. Representaciones sociales: teoria e método. In: IBÁÑEZ GARCIA, Tomas (coord.). **Ideologias de la vida cotidiana**. Barcelona: Sendai, 1988, p.13-90.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - 2003**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/> Acesso em: jul. 2005.

IGNÁCIO, Vivian Tatiana Galvão; NARDI, Henrique Caetano. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul, **Psicologia & Sociedade**,v.19,n.3, p. 88-95, 2007.

JODELET, Denise. Representações Sociais: Um domínio em expansão. In: JODELET, Denise (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001, p. 17-44.

LARANJEIRA, Ronaldo. Bases para uma Política de Tratamento dos Problemas Relacionados ao Alcool e Outras Drogas no Estado de São Paulo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 45, n.4, p.181-89, abr. 1996.

LARANJEIRA, Ronaldo; RIBEIRO, Marcelo. Drogas ilícitas e Impacto sobre a saúde da Mulher. In: Aldrighi, José Mendes, Buchalla, Cássia Maria, Cardoso, Maria Regina Alves. **Epidemiologia dos Agravos à saúde da mulher**. São Paulo: Atheneu, 2005. p.279-286.

LEITE, Marcos da Costa. **Aspectos básicos do tratamento da síndrome de dependência de substâncias psicoativas**. 4.ed. Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2003.

MACIEL, Silvana Carneiro; MOREIRA, Antonia Silva Paredes; GOINTIÉS, Bernard. Representação social sobre drogas e práticas profissionais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes (Org.). **Representações sociais: teoria e prática**. João Pessoa: editora Universitária/autor associado, 2001. p.295-318.

MACIEL, Silvana Carneiro; BARROS, Daniela Barros. Representações sociais sobre o alcoolismo: um estudo com alcoolistas hospitalares. In: COUTINHO, Maria da Penha de Lima; SILVA, Aloísio da; OLIVEIRA, Francisca Bezerra, FORTUNATO, Maria Lucinete. (Org.). **Representações Sociais**. Abordagem interdisciplinar. João Pessoa: Editora Universitária/UFBB, 2003. p.330- 348.

MACIEL, Silvana Carneiro; MOREIRA, Antonia Silva Paredes; GOINTÉS, Bernard. Concepções sociais sobre drogas. In: TURA, Luiz Fernando Rangel; MOREIRA, Antonia Silva Paredes (Orgs.). **Saúde e Representações sociais**. João Pessoa: editora Universitária/UFPB, 2004. p.71-98.

MACRAE, Edward. Abordagens Qualitativas na compreensão do Uso de Psicoativos. In: ALMEIDA, Alba Rivas; NERY FILHO, Antonio; MACRAE, Edward; TAVARES, Luiz Alberto; FERREIRA, Olga Sá. **Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: EDUFBA/CETAD/UFBA, 2004, p. 27-48.

MADRIGAL, Enrique. Patrones de Consumo Y Dependencia del Alcohol Y de Sustancias Psicoativas en La Mujer. In: GÓMEZ, Elsa Gómes. **Género, Mujer y Salud en las Américas**. Washinton: OPS, 1993.p.163-177.

MARQUES, Patrícia Figueiredo. Práticas de saúde da mulher no espaço domiciliar: análise a partir de Agentes Comunitários de Saúde. 2001. 143p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001

MARTIN, Emily. **The Woman in The Body: A Cultural Analysis of Reproduction**. Boston: Beacon Press, 1987.

MATTOS, Rubens Araujo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben. Araujo de. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

McCallum, Cecilia. 'Explaining Caesarean Section in Salvador da Bahia', **Sociology of Health and Illness**, v.27, n.2, p. 215-242, 2005.

_____. "Vítimas egoístas: perspectivas sobre la sexualidad, raza, clase y adolescencia desde un hospital de maternidad en Salvador, Brasil", **Revista Colombiana de Antropología**, no prelo para 2008.

MCCALLUM, Cecília; REIS, Ana Paula dos. Re-significando a dor e superando a solidão: experiências do parto entre adolescentes de classes populares atendidas em uma maternidade pública de Salvador, Bahia, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 22, n. 7, p.1483-1491, jul. 2006.

MEDINA, Maria Guadalupe; SANTOS, Darci Neves; ALMEIDA FILHO, Naomar. Epidemiologia do Consumo de Substâncias Psicoativas. In: ACODESS/Ministério da Saúde. **Entre Riscos e danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas**. Salvador, 2002. p.19 - 36.

MINAYO, Maria Cecília Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec. 2004. p.269.

MOSCOVICI, Serge.. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

_____. Das representações coletivas às representações sociais: elementos para uma história. In: JODELET, Denise (Org.). **As representações Sociais**. Rio de Janeiro: Editora universitária/UERJ, 2001. cap.2. p.45-67.

_____. Tradução de Pedrinho Arcides. Guareschi. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. 4.ed. Rio de Janeiro, 2003.

NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. **Assistência de Enfermagem na perspectiva de gênero**. Concepções de mulheres em um centro de saúde – Salvador-Bahia. 2000. 223p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000.

National Institute on Drug Abuse. **Women and Drugs: from hard Realities to hard solutions**. Unifem Gender Fact [serial on the internet]. 2002 September [cited 2005 mar10]; v.15,[about6p.]. Disponível em:<<http://www.nida.nih.gov/womenDrugs/womendrugAbuse.html>>. Acesso em: 10/04/2005.

NÓBREGA, Sheva Maria; COUTINHO, Maria da Penha de Lima. O teste de associação livre de palavras. In: COUTINHO, Maria da Penha de Lima et. al. (Org.). **Representações sociais: abordagem interdisciplinar**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2003. p.67-77.

NÓBREGA, Sheva Maia. Sobre a Teoria das Representações Sociais. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes. **Representações Sociais: teoria e prática**. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2001.

NUNES, Isa Maria. **O processo de trabalho hospitalar na assistência à mulher no parto normal: uma visão multiprofissional**. 2005. 149p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

NUNES, Mônica de Oliveira. et. al., O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, nov./dez. 2002.

O'HARE, Paty. Redução de Danos: alguns princípios e a ação prática. In: MESQUITA, Fábio; BASTOS, Francisco Inácio. **Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos**. São Paulo: Hucitec, 1994.p.200-15.

OLIVEIRA, Denise Cristina; MARQUES, Sérgio Correia; GOMES, Antonio Marcos Tosoli; TEIXEIRA, Maria Cristina Trigueiro Veloz. Análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das Representações Sociais. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes et al. **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2005. p. 573- 603.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de. **Mulheres (Con) Vivendo com Drogas: vulnerabilidade e representações sobre AIDS**. 2001. 171p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2001a.

_____. **Projeto Viver: pais e filhos prevenindo DST/aids e o uso abusivo de drogas**. (Relatório Final). Salvador-Ba, Projeto UNI: uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade. Ministério da Saúde, 2001b.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de; SANTOS, Daniela Cardoso; ANDRADE, Tarcísico Mattos. Redução de danos e enfermagem: uma experiência de trabalho conjunto. In: BAPTISTA, Marcos; CRUZ, Marcelo Souza; MATIAS, Regina.(Org). **Drogas e pós-modernidade**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003, v.2, p. 255-64.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de; VALENTE, Camila Motta Leal. Assistência a Pessoas Usuárias de Drogas em uma Unidade de Saúde de Salvador (Ba): olhar na perspectiva de gênero. **Revista Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 24, n.1, p. 18-23, out./dez. 2005.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de; SILVA, Lorena; VALENTE, Camila Mattos Leal. Produção científica de enfermagem sobre o fenômeno das drogas na virada do século: 2000 a 2004 (resumo expandido) In: **V SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM**. Porto Seguro: ABEN, 2005. CD-room.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de, UCHÔA, Maria Júlia de Oliveira; RAMALHO, Rebeca. **Panorama da produção científica brasileira sobre drogas: um enfoque sobre as mulheres**. VII Congresso Mundial de Saúde. (resumo) Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2006

OLIVEIRA, Jeane Freitas de; PAIVA, Mirian Santos; VALENTE, Camila Mattos Leal. Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 2, p.473- 81, 2006.

_____. A interferência do contexto assistencial na visibilidade do consumo de drogas por mulheres. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, 2007, p. 247-252.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; PAIVA, Mirian Santos. Especificidades de usuá(r)ios(as) de drogas visando uma assistência baseada na heterogeneidade. **Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v.11, n.4, p. 694-8, dez. 2007.

OLIVEIRA, João Manuel de; AMÂNCIO, Lígia. Teorias feministas e representações sociais: desafios dos conhecimentos situados para a psicologia social. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p.597-615, set./dez. 2006.

OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia. Ginebra: OMS, 1998. (Série de informes técnicos, 30).

PAIVA, Mirian Santos. **Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para o HIV**. 2000. 170p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

PAIVA, Mirian Santos; AMÂNCIO, Lígia. Implicações das Representações Sociais na Vulnerabilidade de Gênero para sida/aids entre jovens universitários: estudo comparativo Brasil-Portugal. In: **Anais do V Congresso Virtual de HIV/AIDS**. Lisboa, 2004. p.1-29.

PAIM, Jairnilson Silva, et al. **Análise da situação de saúde do município de Salvador**, segundo condições de vida. (Relatório de pesquisa). Salvador, 1995, v. 1.

PARKER, Richard; AGGLETON, Peter. Estigma, discriminação e AIDS. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar em Aids, 2001, p. 9-17 [Coleção ABIA: Cidadania e Direitos].

PEREIRA, Francisco José Costa. Análise de dados qualitativos aplicados às Representações Sociais. In: MOREIRA, Antonia Silva Paredes; CAMARGO, Brígido Vizeu; JESUÍNO, Jorge Correia; NÓBREGA, Sheva Maia (Org.). **Perspectivas Teórico- Metodológicas em Representações Sociais**. João Pessoa: editora universitária/UFPB, 2005. p.25-60.

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**.3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan., 1974.

ROHDEN, Fabíola. A construção da diferença sexual na medicina. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro2008 . Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000800002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02/03/2006.

ROMANÍ, Orion. Para una Política Sensata Respecto a las Drogas In: ROMANÍ Oríon. **Las Drogas Suemos y Razones**. Barcelona: Ariel, 1999. p.176-201.

ROMO, Nuria. **Gênero y uso de drogas: La invisibilidad de las mujeres**, 2006. Disponível em: [http<://www.fundacionmhm.org/pdf//>](http://www.fundacionmhm.org/pdf//>). Acesso em: 29/03/2007.

_____. **A construção do Objeto de Pesquisa em Representações sociais**. Rio de Janeiro: editora universitária /UERJ, 1998, p.75.

SÁ, Celso Pereira. **Núcleo Central das Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 1996.

SAFFIOTI, Heleieth. Rearticulando Gênero e Classe Social. In: COSTA, Albertina de Oliveira; BRUSCHINI, Cristina. **Uma questão de gênero**. Fundação Carlos Chagas/Rosa dos Tempos: São Paulo, 1992. p.183-215.

SAMHSA - Substance Abuse and Mental Health Services Administration. **The National Cross-Sites Evaluation of High-Rise Youth Programs. Center for substance abuse prevention**, DHHS Publication. N.(SMA)00-3375. Rockville MD, 2002. Disponível em <<http://www.samhsa.gov>>. Acesso em: 10/05/2005.

SANTOS, Amanda Marques dos. **Uso de drogas e usuário de drogas na visão do estudante de enfermagem**. (Relatório final), Salvador: PIBIC, 2003, 22p.

_____. **Repercussões de saúde decorrentes do consumo de drogas na percepção de mulheres usuárias de drogas**. 2004, 36p. (monografia). Salvador: Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. 2004.

SANTANA, Francisco Santos; PALMA, Tânia Maria G. **As vítimas preferenciais da violência no bairro do nordeste de amaralina**: O extermínio programado da população pobre, negra e segregada em Salvador, 2003. (Relatório Final), Associação de Moradores do Nordeste de Amaralina.

SCHIEBINGER, Londa. **O feminismo mudou a ciência?** Tradução de Raul Fiker, Bauru, SP: EDUSC. 2001. p.45.

SCHRAIBER, Lília Blima. Equidade de Gênero e Saúde: o cotidiano das práticas no programa saúde da família do Recife. In: VILELA, Wilza; MONTEIRO, Simone (Org.) **Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em Questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; Brasília: UNFPA- Fundo de População das Nações Unidas; 2005, p.39-61.

SCHWARCZ, Lilia Katri Moritz. **O Espetáculo das Raças**. Cientistas, instituições e questão racial no Brasil de 1870-1930. São Paulo: Cia. das Letras, 1993, 296p.

SCOTT, Joan. Histórias das mulheres. In: BURQUE, Peter. **A escrita da história**. São Paulo: Novas Perspectivas/UNESP, 1992. p. 63-95.

SÉVERINE, David. **The specificities of female drug addiction**. [serial on the internet] 2004 August [cited 2004 December 10]; [about 03 p.]. Available from: <http://www.drugtext.org/library/articles/peddr0033.htm>. Acesso em: 24/10/2007.

SIEGEL, Ronald. K. **Intoxication** – Life in Pursuit of Artificial Paradise. New York: E. P. Dutton, 1989.

SILVA, Girlene Alves da. **Da aparência à essência: o cuidado no cotidiano do portador do HIV**. 2002. 170p. Tese (doutorado) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2002.

SILVA, Maria Tereza Ramos da. **Programa Viva Nordeste**: Pré-Diagnóstico da Região Nordeste de Amaralina. (Relatório Pré-liminar), 2005.

SILVA, Joana Azevedo da; DALMASO, Ana Silva Whitaker. **O agente comunitário de saúde e suas atribuições**: os desafios para os processos de formação de

recursos humanos em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 6, n. 10, p.75-94, fev. 2002.

SIMÕES BARBOSA, Regina Helena. **Mulheres, Reprodução e AIDS**. As tramas na ideologia na assistência a gestante hiv+. 2001, 314p. Tese (doutorado em Educação). Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2001.

SOLLA, Jorge José Santos; MEDINA, Maria Guadalupe. & DANTAS, M. B. P. O PACS na Bahia: Avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. **Saúde em Debate**, v.51, p.4-15, 1996.

SPINK, Mary Jane Paris. O conceito de representações sociais na abordagem psicossocial. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p. 300-308, jul./set. 1993.

SPRICIGO, Jonas Salomão; ALENCASTRE, Márcia Bucchi. O enfermeiro de unidade básica de saúde e o usuário de drogas – um estudo em Biguaçu-SC. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p.427-432, mar./abr. 2004.

TESSER, Charles Dalcanale. Medicalização Social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.10, n.19, p.61-76, jan/jun 2006.

TROTTA BORGES, Márcia Terezinha; SIMÕES BARBOSA, Regina Helena. As marcas de gênero no fumar feminino: uma aproximação sociológica do tabagismo em mulheres. **Ciência e Saúde Coletiva**: ABRASCO, 2006. [acessado 2007 Nov 5]. Disponível em:
<http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=8677>

UNITED NATIONS PUBLICATION. **World Drug Report**. [serial on the internet]. 2005 Jan [cited 2005 Apr 30]; (1): [about 10 p.]. Disponível em:
<http://www.unodc.org/unodc/world_drug_report.html>. Acesso em: 20/07/2005.

UNITED NATIONS PUBLICATION. **World Drug Report**. [serial on the internet]. 2006 Jan [cited 2006 June 25]; (1): [about 10 p.]. Disponível em:
<http://www.unodc.org/unodc/world_drug_report.html>. Acesso em: 28/08/2006.

UNITED NATIONS PUBLICATION. **World Drug Report**. [serial on the internet]. 2007 Jan [cited 2007 jule 20]; (1): [about 10 p.]. Disponível em:
<http://www.unodc.org/unodc/world_drug_report.html>. Acesso em: 27/07/2007.

WAGNER, Wolfgang. Representações sociais: gênese, estrutura e relações. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denize Cristina (Org.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB; 1998. p 3-25.

WALSH, Diana Chapman; SORENSEN, Glorian; LEONARD, Lori. Gender, Health, and cigarette smoking. In: AMICK, Benjamin C.; LEVINE, Sol; TARLOV, Alvin R.; WALSH, Diana Chapman (Orgs.). **Society e Health**. Oxford: University press, 1995. p.131-171.

WINGOOD, Gina M.; DICLEMENTE, Ralph J. Application of the Theory of Gender and Power to Examine HIV-Related Exposures, Risk Factors, and Effective Interventions for Women. **Health Education & Behavior**. v. 27, n. 5, p. 539-565, out. 2000. Disponível em: <http://heb.sagepub.com/cgi/content/abstract/27/5/539>. Acesso em: 27/10/2007.

WONG, Yut-Lin . **Mainstreaming the Gender Perspective into the Health Sector**, UN CSW Expert Group Meeting on Women and Health, September 1998, disponível em <http://www.eldis.org/static/DOC6253.htm>. Acesso em: 21/05/06.

WRIGHT, Maria da Glória Miotto. O fenômeno das drogas e a Profissão de Enfermagem na América Latina. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 197-198, abr./jun. 2004.

VALA, Jorge. A análise do conteúdo. In: SILVA, A.S.; PINTO, J.M. (Org.). **Metodologia das ciências sociais**. Porto: Afrontamento, 1986. p.101-128.

VELHO, Gilberto (Org.). **Desvio e divergência**: uma crítica da patologia social. 7.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1999. 144p.

VIEIRA, Elizabeth Meloni. Medicalização do Corpo Feminino. In: Giffin, Karen (Org.). **Questões da Saúde Reprodutiva**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

VILLELA, Wilza; DINIZ, Simone. **A epidemia da AIDS entre as mulheres**. São Paulo: NEPAIDS/CFSS, 1998. p.60-72.

XAVIER, Iara Maria. et al. Enfermagem e AIDS: saber e paradigma. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p.65-73, nov. 1997.

ZILBERMAN, Mônica. Uso de drogas entre mulheres. In: BAPTISTA, Marcos, CRUZ, Marcelo Souza, MATIAS, Regina (Org.). **Drogas e pós-modernidade**: prazer, sofrimento e tabu. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2003. v.1. p.175-85.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Teste de Associação Livre de Palavras

PESQUISA: Práticas e representações de profissionais de saúde a cerca do consumo de drogas por mulher: um olhar numa perspectiva de gênero.

PESQUISADORA: Jeane Freitas de Oliveira

IDENTIFICAÇÃO:

Iniciais do nome ou nome fictício: _____

Sexo _____ idade _____ estado civil _____

Profissão _____ Religião _____

Tempo de atuação na unidade: _____

Data: _____ Hora: _____

Estímulos indutores:

I. O que lhe vem a sua cabeça quando lhe falo a palavra **drogas**?

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

II. O que lhe vem a sua cabeça quando lhe falo a expressão: **consumo de drogas** ?

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

III. O que lhe vem a sua cabeça quando lhe falo a expressão: **homem usuário de drogas**?

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

IV. O que lhe vem a sua cabeça quando lhe digo a expressão: **mulher usuária de drogas**?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

5. _____

V. O que lhe vem a sua cabeça quando lhe falo a expressão: **assistência à pessoa usuária de drogas?**

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Sou aluna do curso de doutorado do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e estou realizando uma pesquisa sobre o consumo de drogas. Pretendo analisar as práticas e representações de profissionais de saúde acerca do consumo de drogas. Para tanto, serão entrevistado(a)s profissionais em atuação em uma unidade da rede básica de saúde. gostaria de contar com sua participação.

Esta pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética desta Instituição, inclui um roteiro de entrevista apenas com perguntas sobre o tema trabalhado não apresentando assim nenhum tipo de risco aos participantes. Esclareço que as informações serão utilizadas exclusivamente para fins de pesquisa científica, não sendo feita em qualquer momento menção ao seu nome. O questionário é identificado apenas por iniciais ou um nome fictício escolhido pela pessoa participante.

Sua participação nesta pesquisa é inteiramente voluntária. Se não quiser, não precisa responder todas as perguntas. Você também pode desistir de continuar a entrevista em qualquer momento.

Acredito que as informações que você pode dar são fundamentais para o desenvolvimento de atividades assistenciais de cunho preventiva, educativa e terapêutica para pessoas usuárias de drogas e toda clientela. Se você tem qualquer dúvida, por favor, pergunte que esclarecerei.

Declaro estar ciente e que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa **“Práticas e representações de profissionais de saúde acerca do consumo de drogas: um olhar na perspectiva de gênero”** e aceito participar.

Salvador de de 2006.

Assinatura do(a) Entrevistado(a)

Pesquisadora: Jeane Freitas de Oliveira
Identidade COREn: 29.304/ Bahia - Rua Augusto Viana, s/n, Vale do Canela, Escola de Enfermagem Cep: 41 110- 060. Salvador-Bahia.

APÊNDICE C - Roteiro para entrevista

PESQUISA: Práticas e representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas por mulher: um olhar numa perspectiva de gênero

PESQUISADORA: Jeane Freitas de Oliveira

I. IDENTIFICAÇÃO

Nº. _____ Local _____ Data _____
 Nome/Iniciais _____ Idade _____
 Sexo _____ Estado civil _____ Religião _____
 Cor _____ Profissão _____
 Tempo de formado _____ Especialização/Pós graduação _____
 Tempo de atuação na unidade: _____

II. QUESTÕES:

1 SOBRE A COMUNIDADE, UNIDADE E CLIENTELA ATENDIDA

- Gostaria de começar a entrevista pedindo para você falar sobre seu trabalho aqui. (o que e como faz, há quanto tempo, em que horário, dificuldades e/ou facilidades em relação aos problemas apresentados pela clientela)
- Por favor, fale-me sobre a clientela que você atende nesta unidade (características—idade, sexo, escolaridade, cor, ocupação, atividade);
- Comente sobre os principais problemas sociais e de saúde que acometem a clientela que você atende e sobre dificuldades e/ou facilidades que têm para realizar tratamento, buscar assistência, realizar exames, etc)
- Dentre as diversas situações apresentadas pela clientela atendida você identifica diferenças em relação a homens/mulheres? E em relação a essas duas categorias sexuais relacionadas à idade, raça, etnia, classe social?

2 SOBRE O CONSUMO DE DROGAS E A PESSOA USUÁRIA DE DROGAS

- O consumo de consumo de drogas é apresentado como um grave problema social e de saúde. O que você pensa sobre isso?
- Na sua concepção, o que leva uma pessoa ao uso e abuso de drogas?
- Você identifica fatores distintos relacionados aos homens e as mulheres, jovens, adultos ou idosos, ou mesmo em relação á classe social?
- Comente sobre o consumo de drogas nesta comunidade. Se possível ilustre com alguma situação ocorrida.

- Fale-me sobre o consumo de drogas por mulheres. Comente sobre situações observadas ou vivenciadas em clientes, familiares ou amigos;
- Comente sobre situações que você já enfrentou com pacientes relacionadas ao consumo de drogas (Instituição; sexo, idade, cor/raça, ocupação, aspecto físico e psicológico da pessoa atendida, medidas adotadas por você diante da situação)

3 SOBRE A ASSISTÊNCIA Á SAÚDE

- Você se sente preparada para lidar com questões relacionadas ao consumo de drogas? Fale-me sobre esta situação.
- Em sua opinião como deve ser a assistência para pessoas usuárias de drogas?
- Comente sobre a formação dos profissionais de saúde em relação às questões sobre drogas;
- Há algo que você gostaria de abordar sobre o consumo de drogas?

APÊNDICE D – Banco de dados do TALP gerado pelo software TRI-DEUX versão 2.2

TRI-DEUX Version 2.2

IMPortation des MOTs d'un fichier de questions ouvertes
ou de mots associ,s ... un stimulus - janvier 1995
Renseignements Ph.Cibois UFR Sciences sociales Paris V
12 rue Cujas - 75005 PARIS
Programme IMPMOT

Le fichier de sortie mots courts tri,s est jeane.DAT
et servira d'entr,e pour TABMOT
Le fichier de position en sortie sera jeane.POS
et servira d'entr,e pour TABMOT
Le fichier d'impression est jeane.IMP
Position de fin des caract,ristiques 4
Nombre de lignes maximum par individu 3

Le stimulus est en fin de mot et sera report,
en fin de caract,ristiques ... la position 5
il sera laiss, en fin de mot
Nombre de lignes lues en entr,e 102
Nombre de mots ,crits en sortie 2211
Nombre de mots de longueur sup,rieure ... 10 = 0
seuls les 10 premiers sont ,t, imprim,s
D,coupage en mots termin,
Tri termin,

Les mots sont mis en 4 caractšres

Impression de la liste des mots

aadol4	aado	1	abafa4	abaf	1	aband2	aba1	1	aband3	aba2	1
aband4	aba3	8	absur1	absu	1	abusol	abus	1	abuso2	abu1	1
abusol4	abu2	1	acaba3	acab	1	aces5	aces	1	acolh5	acol	4
adol1	adol	7	adol2	adol	5	adol3	ado2	5	adol4	ado3	2
aereo3	aere	1	afast2	afas	1	agest4	ages	3	agesta4	agel	2
agito3	agit	1	agoni2	agon	1	agres1	agre	4	agres2	agr1	4
agres3	agr2	22	agres4	agr3	8	agres5	agr4	1	aids2	aids	1
ajuco5	ajuc	1	ajuda1	ajul	1	ajuda5	aju2	2	ajufa3	aju3	1
ajufa5	aju4	10	alcol	alco	1	alco2	alcl	1	alegr1	aleg	1
alien1	alie	4	alien2	alil	1	alsaul	alsa	1	altcol	altc	1
aluci2	aluc	2	ambi2	ambi	1	ambic3	amb1	1	amiz2	amiz	1
amor5	amor	7	analf3	anal	1	angus1	angu	1	angus3	ang1	1
ansil	ansi	1	ansiel	ansl	1	apeli3	apel	1	apofa5	apof	8
apoiol	apol	1	apoiol5	apo2	18	apote5	apo3	1	armad3	arma	1
arte3	arte	1	arti2	art1	1	artic5	art2	1	asesp5	ases	1
asfam2	asfa	1	ashos5	asho	1	asmed5	asme	1	asoin1	asoi	1
aspro5	aspr	1	aspsi5	aspl	18	atein5	atei	3	atidp1	atid	1
atidp5	atil	1	ativi5	ati2	1	atsoc2	atso	1	audes1	aude	1
audes2	aud1	2	audes3	aud2	1	audes4	aud3	1	ausfa2	ausf	1
autod2	auto	1	autoe5	aut1	5	baseal	base	1	best3	best	1
beves3	beve	1	bmarg4	bmar	1	bpraz3	bpra	1	briga1	brig	1
briga2	bril	4	briga4	briz	3	bsolul	bsol	1	burra4	burr	1
burro3	burl	1	busca2	busc	1	busca3	bus1	1	bxas4	bxas	1
bxest1	bxes	2	bxest2	bxel	5	bxest3	bxel	12	bxest4	bxel	14
bxst2	bxst	1	caades4	cade	1	cala2	cala	1	camer1	came	1
caos2	caos	1	capro5	capr	1	cara5	cara	1	carel	carl	3
care3	car2	4	care4	car3	3	caren3	car4	1	causa5	caus	2
cfaci4	cfac	2	cheir2	chei	2	choca4	choc	2	ciga1	ciga	1
cland2	clan	1	cnegal	cneg	1	cocal	coca	2	coca2	cocl	2

coita4	coit	1	come2	come	1	comp1	com1	1	compr1	com2	2
compr5	com3	6	compu3	com4	1	compx4	com5	1	comum5	com6	1
comun5	com7	2	comus4	com8	2	condal	cond	1	confa4	con1	1
conhl	con2	1	conso4	con3	1	consul	con4	2	consu2	con5	1
consu3	con6	1	contr1	con7	2	contr2	con8	1	convi2	con9	1
coragl	cora	1	coseq3	cose	1	costu4	cos1	1	cosum3	cos2	2
covi2	covi	1	cpris4	cpri	1	cproil	cpr1	1	cpxao3	cpxa	1
cpxao4	cpx1	2	crian2	cria	3	crimel	cri1	5	crime4	cri2	1
crmsoc3	crms	2	csvoll	csvo	8	csvol2	csv1	5	csvol3	csv2	1
csvol4	csv3	2	cuide5	cuid	1	cura5	cura	1	curi2	curl	8
curi3	cur2	1	curi4	cur3	1	curio2	cur4	2	curio3	cur5	1
curti3	cur6	1	curti4	cur7	1	danos1	dano	3	danos2	dan1	1
dareal	dare	1	dasad3	dasa	1	dasfl	das1	1	dcom3	dcom	1
ddome5	ddom	1	decad2	deca	1	decad4	dec1	1	decep2	dec2	1
deci2	dec3	1	dedi5	dedi	2	defam1	defa	2	defam2	def1	9
defam3	def2	2	defam4	def3	10	defi5	def4	4	defic5	def5	3
degen1	dege	1	degral	degl	1	degra4	deg2	1	degua2	deg3	1
deleg3	dele	1	delin2	dell	1	demp3	demp	1	deodt1	deod	1
depd1	depd	6	depd2	dep1	9	depd3	dep2	1	depdq1	dep3	1
depdt1	dep4	5	depdt2	dep5	7	depdt3	dep6	22	depdt4	dep7	15
depq1	dep8	1	depr1	dep9	7	depr2	ep10	4	depr4	ep11	4
depre1	ep12	1	depre2	ep13	3	depre3	ep14	3	derot3	dero	1
derot4	der1	1	derp3	der2	1	desaf1	desa	1	desaf3	des1	1
desaf4	des2	5	desaj1	des3	1	desam1	des4	1	desar2	des5	1
desas1	des6	1	desat3	des7	1	desc1	des8	1	desc2	des9	1
desca2	es10	1	desco2	es11	2	desct1	es12	1	desct2	es13	1
desct3	es14	2	desct4	es15	2	desem2	es16	1	desem4	es17	1
desen1	es18	1	desep2	es19	2	desep4	es20	1	deseq1	es21	6
deseq2	es22	7	deseq3	es23	5	deseq4	es24	1	deses1	es25	1
deses2	es26	2	desesp2	es27	1	desesp3	es28	1	desesp4	es29	1
deset4	es30	1	desfa2	es31	1	desgo4	es32	1	desig4	es33	1
desin1	es34	1	desiq1	es35	2	desiq4	es36	1	desle4	es37	2
desoc3	es38	1	desog1	es39	1	desor1	es40	3	desor3	es41	5
desor4	es42	4	despel	es43	4	despr1	es44	1	despr3	es45	2
dessej2	es46	1	dest1	es47	2	destf1	es48	2	desti2	es49	1
destr1	es50	17	destr2	es51	12	destr3	es52	8	destr4	es53	2
desum5	es54	1	desvl1	es55	1	deus5	deus	4	dfam1	dfam	5
dfam2	dfa1	3	dicls2	dic1	1	difem4	dife	2	dific3	dif1	1
difip4	dif2	1	difps3	dif3	1	dinam5	dina	1	dinh1	din1	1
dinh2	din2	1	dinhe1	din3	1	dinhe2	din4	3	dinte2	din5	1
direc5	dire	1	disc1	disc	1	disc5	dis1	1	discd1	dis2	1
discd3	dis3	1	discr1	dis4	2	discr2	dis5	1	discr3	dis6	6
discr4	dis7	5	discr5	dis8	4	disepl	dis9	1	disfa1	is10	2
dist3	is11	1	dista3	is12	1	divid2	divi	2	dment3	dmen	1
doenc1	doen	5	doenc2	doel	11	doent3	doe2	12	doent4	doe3	6
doenç1	doe4	2	domid3	domi	1	doenc1	doe	1	dopad3	dopa	1
dpais1	dpai	1	dqcoi4	dqco	2	dresp3	dres	1	drota2	drot	1
dsejo2	dsej	1	dsemp2	dsel	1	dsfam3	dsfa	1	dsont3	dson	1
dstru4	dstr	1	duvid1	duvi	1	educa5	educ	3	edufa2	edul	1
efeco1	efec	1	egois3	egoi	1	emuil	emui	1	encam5	enca	4
esper2	espe	2	esper5	espl	5	estim1	esti	2	estim2	est1	6
estim3	est2	3	estim4	est3	1	estra2	est4	1	eufo2	eufo	2
evasa1	evas	1	excd3	excd	1	excit3	exc1	1	exclu1	exc2	5
exclu2	exc3	1	exclu3	exc4	7	exclu4	exc5	11	exper2	expe	3
exsoc5	exso	2	facil3	faci	2	facil4	fac1	1	facom3	fac2	1
facom4	fac3	1	facom5	fac4	1	fadia4	fadi	1	fadin2	fad1	1
faedu2	faed	1	fafam2	fafa	1	fafam4	faf1	4	fafel	faf2	1
fafe3	faf3	1	fafe4	faf4	1	fainf3	fain	1	falen2	fale	1
falim1	fall	1	falim2	fal2	2	falor2	fal3	1	famil	fami	1
fami5	fam1	3	famor1	fam2	11	famor2	fam3	6	famor3	fam4	4
famor4	fam5	5	fampr2	fam6	2	faor1	faor	1	faper2	fape	1

faper4	fap1	1	fapoi1	fap2	2	fapoi2	fap3	4	fapoi3	fap4	5
fapoi4	fap5	1	fapoi5	fap6	26	fappu2	fap7	2	fares3	fare	1
farfi4	far1	1	fativ2	fati	2	fcopi5	fcop	1	fcpro5	fcpr	1
fdero3	fder	1	fdest1	fdel	1	fdeus1	fde2	3	fdeus3	fde3	1
fdial2	fdia	1	fedor3	fedo	1	feduc2	fed1	1	felxi5	felx	1
fequi2	fequ	1	fespe1	fesp	1	fespe5	fes1	1	fespr5	fes2	4
fhig3	fhig	2	filho4	filh	2	fimdt1	fimd	1	finfo1	finf	2
fitin4	fiti	1	flata5	flat	1	fobvil	fobv	1	fodia5	fodi	1
fomas3	foma	1	fome2	fom1	2	fopvil	fopv	2	fopvi2	fop1	1
forca1	forc	1	forif2	for1	1	fpesp5	fpes	1	fptlindig2fpt11		11
frac1	frac	1	frac2	fra1	1	frac3	fra2	1	frac4	fra3	14
fracol	fra4	5	fraco2	fra5	2	fraco3	fra6	12	fraco4	fra7	2
fragil	fra8	3	fragi2	fra9	2	freal3	frea	2	freli2	frel	1
frust2	frus	1	fruta4	frul	1	fugal	fuga	2	fuga2	fug1	9
fuga3	fug2	2	fuga4	fug3	5	fumat3	fuma	3	fumo2	fum1	1
furto2	furt	1	fverg4	fver	1	gapoi5	gapo	5	gene2	gene	1
gesta4	gest	2	gevio3	gevi	1	giria3	giri	1	grisc3	gris	1
grupol	grup	1	grupo2	grul	3	hippe3	hipp	2	hippe4	hip1	2
horad5	hora	1	hori4	hor1	1	huma5	huma	1	humil1	hum1	1
humil4	hum2	1	icomp3	icom	2	iflca3	iflc	1	iflud3	ifl1	1
iflud4	ifl2	10	iflud5	ifl3	1	ilusol	ilus	1	imat2	imat	2
imatu2	imal	1	impot3	impo	1	impro2	impl	1	imuso4	imus	1
incen3	ince	1	incen5	incl	1	incer3	inc2	1	inclu3	inc3	1
incom3	inc4	1	incom4	inc5	1	incso5	inc6	3	indep4	inde	1
indiv1	ind1	1	ineap2	inea	1	inex3	inel	1	infam4	infa	1
infel1	inf1	3	infel2	inf2	2	infel4	inf3	5	infer1	inf4	1
infl3	inf5	1	infld3	inf6	1	influ3	inf7	2	infor5	inf8	4
inoc1	inoc	1	inpar4	inpa	1	insat1	insa	1	insat2	ins1	1
insat3	ins2	3	inseg1	ins3	2	inseg2	ins4	5	insen3	ins5	1
insoc5	ins6	3	insta3	ins7	1	integ5	inte	15	intel3	intl	1
inter2	int2	1	inter5	int3	9	inti4	int4	2	intrpr5	int5	1
intra2	int6	1	intrq1	int7	1	intrq2	int8	3	intrq3	int9	1
inut1	inut	1	iposb3	ipos	1	iraci3	irac	1	iresp1	ires	2
iresp2	ire1	3	iresp3	ire2	2	iresp4	ire3	5	irev3	ire4	1
irres1	irre	1	jovem1	jove	1	jovem2	jov1	3	jovem3	jov2	6
jovem4	jov3	2	ladra3	ladr	1	ladrol	lad1	1	lei2	lei2	1
liber2	libe	1	liber3	lib1	1	limit3	limi	1	louc3	louc	1
louc4	lou1	1	louco1	lou2	6	louco2	lou3	3	louco3	lou4	6
maca3	maca	1	maca4	mac1	1	mach4	mac2	1	macon1	mac3	5
macon2	mac4	2	macro1	mac5	1	mae4	mae4	1	maere4	mae1	1
maflu2	mafl	1	magra3	magr	1	magre4	mag1	1	mahum1	mahu	1
maint1	main	1	mald1	mald	3	males2	mall	1	malhu1	mal2	3
malre3	mal3	1	malsa2	mal4	1	maltr3	mal5	1	malu2	mal6	1
mamad3	mama	1	margil	marg	2	margi2	mar1	2	margi3	mar2	7
mata3	mata	1	matar2	mat1	1	matra5	mat2	1	mauti5	maut	2
mcaml	mcam	5	mcare4	mcal	3	mche3	mche	1	mcomp2	mcom	2
mcomp4	mcol	1	mcond2	mco2	1	mcui4	mcui	1	mdad4	mdad	1
mdado2	mda1	1	mdesc4	mdes	1	mdisc4	mdis	26	mdtra4	mdtr	1
medil	medi	1	medic1	med1	3	medic2	med2	2	medic5	med3	1
medo1	med4	4	medo2	med5	4	medo3	med6	5	medo4	med7	3
meduc2	med8	1	mendi3	mend	1	mendi4	men1	1	menti4	men2	1
mesta2	mest	1	mfeio4	mfei	2	mfsdo4	mfsd	1	mfsub4	mfs1	1
midia2	midi	1	midia3	mid1	1	midia5	mid2	1	miflu2	mifl	2
miflu3	mif1	1	minf2	minf	2	minfl1	min1	1	minfl2	min2	10
minfl3	min3	8	minfl4	min4	2	minfo3	min5	1	miser1	mise	1
moda1	moda	1	moda2	mod1	6	moda3	mod2	1	moda4	mod3	1
modif4	mod4	1	momt2	momt	1	mortel	mort	25	morte2	mor1	7
morte3	mor2	6	morte4	mor3	4	mppop1	mppo	1	mprop1	mpro	1
mgefi4	mgef	1	mqnt4	mqnt	1	mrbon4	mrbo	1	mreal5	mrea	1
mtdho4	mtdh	1	muhab5	muha	1	mula4	mula	1	mulco4	mull	3
multi5	mul2	1	multp5	mul3	1	mvest3	mves	1	mviol4	mvio	2

naju3	naju	4	naju4	naj1	2	nanre5	nanr	1	naprel	napr	1
nconf3	ncon	1	nconf4	ncol	3	ndire5	ndir	1	neat2	neat	1
necaj2	neca	1	necaj3	necl	5	neces1	nec2	2	neces2	nec3	2
neces3	nec4	2	neces4	nec5	1	neces5	nec6	3	negat1	nega	2
negoc1	neg1	2	negoc2	neg2	3	neide4	neid	2	nerv2	nerv	1
nexis5	nexi	3	nres4	nres	1	nreso4	nrel	1	nsei5	nsei	5
nsres4	nsre	2	ocupa5	ocup	6	odose2	odos	1	olhin1	olhi	1
omi5	omi5	1	oport5	opor	13	opsoc2	opso	2	opvid5	opvi	2
orgso5	orgs	2	orien5	orie	7	orient5	oril	1	otimo5	otim	1
ouvir5	ouvi	3	overm3	over	2	pabus2	pabu	1	paci5	paci	3
pacid1	pac1	1	padot2	pado	1	papoi4	papo	1	parce4	parc	11
parte2	par1	1	parti5	par2	2	parze2	par3	1	pavor2	pavo	2
paz4	paz4	1	pbele4	pbel	1	pcdin3	pcdi	1	pcpro3	pcpr	1
pcpro4	pcp1	2	pcqco3	pcqc	1	pdest3	pdes	1	pdif3	pdif	1
pecom3	peco	2	pena1	pena	4	pena2	pen1	2	pena3	pen2	5
pena4	pen3	3	penor3	pen4	1	perca5	perc	1	percol	per1	1
perda1	per2	2	perda2	per3	3	perda4	per4	1	perdm1	per5	1
perigl	per6	1	perme3	per7	2	permi2	per8	2	permo1	per9	1
persi5	er10	2	perte2	er11	1	pertu3	er12	1	pespe5	pesp	13
pespg5	pes1	1	piedel	pied	1	pintr4	pint	1	pmulh1	pmul	1
pncon3	pnco	1	pncon4	pncl	1	pobrel	pobr	4	pobre2	pobl	3
pobre3	pob2	1	pobre4	pob3	2	pobre5	pob4	2	polit2	poli	1
polit3	poll	1	posse2	poss	1	ppaju3	ppaj	1	ppasd3	ppal	3
ppcom3	ppco	2	ppopt3	ppop	1	pprox1	ppro	1	pqdoe1	pqdo	1
praz2	praz	1	praz4	pral	1	praze2	pra2	1	praze3	pra3	2
praze4	pra4	2	prec4	prec	1	preca5	prel	19	preco5	pre2	1
prejul	pre3	7	preju4	pre4	1	preocl	pre5	1	preoc2	pre6	3
preoc3	pre7	2	presal	pre8	1	presa2	pre9	1	prest4	rel0	1
prev5	rel1	1	preve5	rel2	4	pris1	pris	2	prisa4	pril	1
prisa5	pri2	1	probl	prob	2	prob2	pro1	1	prob3	pro2	1
probf2	pro3	2	probl2	pro4	2	probl4	pro5	4	profa3	pro6	1
profa4	pro7	1	profi2	pro8	1	progr4	pro9	2	proin4	rol0	1
proms3	rol1	1	proso4	rol2	1	prosp2	rol3	1	prost2	rol4	1
prost4	rol5	26	prote5	rol6	1	prtra3	prtr	1	pruim3	prui	1
psafa3	psaf	1	psfut3	psfu	1	pslim3	psli	1	pslin3	psll	1
psoc1	psoc	2	psoc2	psol	2	psoci3	pso2	1	ptvio3	ptvi	1
puni1	puni	1	puni5	pun1	1	quest3	ques	1	raival	raiv	1
raiva3	rail	3	rara5	rara	2	rasta3	rast	1	rasta4	ras1	1
rdst3	rdst	1	reabil	reab	1	reabi5	real	2	rebell	rebe	1
rebel2	reb1	1	rebel3	reb2	2	recu4	recu	1	recup5	recl	3
refug1	refu	1	refug2	ref1	3	refug3	ref2	1	refug4	ref3	1
regre2	regr	1	reiso5	reis	2	rejei2	reje	1	rejei3	rej1	1
rejei4	rej2	1	rela5	rela	1	relis4	rell	1	respe5	resp	1
respo4	res1	1	respo5	res2	1	revoll	revo	3	revol4	rev1	2
rind5	rind	1	ripro2	ripr	1	risco4	risc	2	risdo4	ris1	1
roubo1	roub	5	roubo2	roul	7	roubo3	rou2	3	rsoc3	rsoc	5
ruim1	ruim	22	ruim2	ruil	1	ruim3	rui2	1	ruim4	rui3	1
ruim5	rui4	2	ruina1	rui5	2	saciz4	saci	1	samfi3	samf	2
samig3	sam1	1	samor4	sam2	3	sarje3	sarj	1	sarti5	sarl	3
sbsen4	sbse	1	scont3	scon	2	scora3	scol	1	sdom3	sdom	1
sefam4	sefa	1	segur2	segu	1	semoc3	semo	1	semoc4	sem1	1
sempr3	sem2	1	sensi4	sens	1	sepre5	sepr	1	servi5	serv	4
sespl	sesp	1	sesti3	ses1	2	sestr5	ses2	1	sfor3	sfor	1
sfutu3	sfut	2	shum3	shum	2	sifin1	sifi	1	simpa5	simp	1
sines3	sine	1	sinfo4	sin1	1	sinis3	sin2	1	sint3	sin3	1
sinte5	sin4	1	sjuiz4	sjui	1	slim1	slim	1	sobj3	sobj	1
sobrv2	sobl	1	sobvi1	sob2	1	socup3	socu	1	sofre1	sofr	1
sofri1	sofl	5	sofri2	sof2	6	sofri3	sof3	2	sofri4	sof4	2
solid1	sol1	5	solid4	sol1	1	solid5	sol2	1	solit3	sol3	5
solt3	sol4	2	solu5	sol5	2	sopor3	sopo	2	sperd1	sper	1
spoir4	spoi	1	sprec5	spre	2	sqvid4	sqvi	1	srecu3	srec	1

sreli1	srel	1	sreli5	sre2	1	srumo3	srum	1	ssenb4	ssen	1
strab3	stra	1	subill	subi	1	subj11	sub1	1	subor4	sub2	4
subs11	sub3	2	supli1	supl	1	sverg4	sver	1	svinc4	svin	1
svinf3	svil	2	svirt4	svi2	1	taba2	taba	1	tarfi2	tarf	1
tatoo3	tato	3	tatoo4	tatl	3	tcaro5	tcar	1	tenta2	tent	1
teror2	tero	2	toler1	tole	1	tormel	torm	1	trab3	trab	1
traba5	tra1	2	tradi5	tra2	1	trafil	tra3	3	trafi2	tra4	9
trafi3	tra5	4	trafi4	tra6	3	trage2	tra7	1	tragr3	tra8	1
tra14	tra9	1	traic4	ral0	1	tranq3	rall	1	trans2	ral2	1
trata3	ral3	1	trata5	ral4	4	tresp5	tres	1	trest4	tre1	1
trist1	tris	11	trist2	tril	4	trist3	tri2	4	trist4	tri3	4
trpre1	trpr	1	ualc4	ualc	1	usaall	usaa	1	usaci3	usa1	1
usacl4	usa2	1	usaco3	usa3	1	usaco4	usa4	1	usalc3	usa5	1
usama3	usa6	1	usama4	usa7	1	usame4	usa8	1	uso2	uso2	1
usoa2	uso1	1	usoc2	uso2	1	usoe2	uso3	1	usof2	uso4	1
usofa3	uso5	1	usoi2	uso6	1	usoil2	uso7	5	usuar1	usua	1
valor4	valo	1	vazio2	vazi	2	vazio3	vaz1	2	vdifi4	vdif	1
venen1	vene	1	venol	ven1	1	vergo4	verg	1	vicid1	vici	1
vicio1	vic1	2	vicio2	vic2	3	vida3	vida	1	vida5	vid1	7
vidas4	vid2	1	vilt4	vilt	4	viole1	viol	24	viole2	viol	7
viole3	vio2	14	viole4	vio3	10	violt3	vio4	9	vitim1	viti	1
vitim2	vit1	1	vitim4	vit2	1	vonta2	vont	1	vtpro5	vtpr	21
Nombre de mots entr,s				2211							
Nombre de mots diff,rents				936							

Impression des tris ... plat

Question 015 Position 15 Code-max. 3

Tot. 1 2 3
 2211 708 1060 443
 100 32.0 47.9 20.0

Question 016 Position 16 Code-max. 2

Tot. 1 2
 2211 400 1811
 100 18.1 81.9

Question 017 Position 17 Code-max. 5

Tot. 1 2 3 4 5
 2211 179 770 709 506 47
 100 8.1 34.8 32.1 22.9 2.1

Question 018 Position 18 Code-max. 0

Tot. 0
 2211 2211
 100100.0

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
**COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA**

Formulário de Aprovação do Comitê de Ética em Pesqu

Registro CEP: 045-06/CEP-ISC

Projeto de Pesquisa: "PRÁTICAS E REPRESENTAÇÕES DE PROFISSIONAIS DE
ACERCA DO CONSUMO DE DROGAS POR MULHERES: um olhar numa perspectiva de:

Pesquisador Responsável: JEANE FREITAS DE OLIVEIRA

Área Temática: Grupo III

Os Membros do Comitê de Ética em Pesquisa, do Instituto de Coletiva/Universidade Federal da Bahia, reunidos em sessão ordinária no dia setembro de 2006, e com base em Parecer Consubstanciado, resolveu p aprovação.

Situação: APROVADO

Salvador, 28 de setembro de 2006.

VILMA SOUSA SANTANA

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Saúde Coletiva
Universidade Federal da Bahia

ANEXO B – Artigo: Segurança/polícia continua operação no Nordeste de Amaralina

SNN

**NÃO PERCA ESTA OPORTUNIDADE
GARANTA JÁ O SEU ESPAÇO**

ANUNCIE CONOSCO

SNN

Pesquisa

Pesquisar:

Campina Grande

Mín.: 21°C
Máx.: 29°C



Mais previsões

SNN

Policia

Segurança/Polícia continua operação no Nordeste de Amaralina

A polícia continua realizando diligências na área do Nordeste de Amaralina, onde quatro traficantes foram presos em operação realizada anteontem à tarde, na Travessa Santa Rosa, Vale das Pedrinhas e rua das Bananeiras. As diligências tiveram a participação de agentes das 7ª e 28ª Delegacias (Rio Vermelho e Nordeste) e de militares da 40ª CIPM, com sede no Nordeste. Os policiais apreenderam grande quantidade de armas, incluindo uma metralhadora, drogas e munição.

Os presos, identificados como Tiago da Conceição dos Santos, Alan Carlos Santana de Oliveira, o "Cebola", Marcelo Almeida Sales, e Fábio Brito dos Santos, o "Lacraia", foram autuados em flagrante pela delegada Dilma Maria França dos Santos, plantonista da 28ª DP, por tráfico de drogas, porte ilegal de arma e formação de quadrilha.

Em poder dos criminosos foram apreendidos 1kg de maconha prensada, outra quantidade em granel, 300g de cocaína em barra, dez papelotes de "crack" embalados, uma metralhadora com dois carregadores, um par de algemas e farta quantidade de munição de diversos calibre, incluindo 45, privativa das Forças Armadas.

Durante a operação, mais quatro pessoas foram detidas e conduzidas à 28ª DP, sendo liberadas após prestarem depoimento, por não terem antecedentes criminais e por não ficar comprovada a participação delas no tráfico. Os policiais apreenderam uma adolescente, supostamente ligada aos traficantes, conduzindo-a para a Delegacia do Adolescente Infrator (DAI).

Canais

- Página Inicial
- Micarande 2008
- São João 2008
- Campina Grande
- João Pessoa
- Paraíba
- Nordeste
- Brasil
- Mundo
- Política
- Policial
- Saúde
- Esporte
- Entrevista
- Mundo Estranho
- Quem é Destaque
- Educação e Cultura
- Ciências e Tecnologia
- Encontros e Carnaval 2008
- Anuncie
- Fale Conosco

Sexta-feira, 29 de fevereiro de 2008

ANEXO C – Artigo: Fim de rixas no Nordeste de Amaralina: paz ou ameaça?

4

SALVADOR E BAHIA
ENTREVISTA COM EDUARDO CONCEIÇÃO
Marlene Lopes

SALVADOR, SEGUNDA-FEIRA, 5/3/2007

SALVADOR

& região metropolitana

salvador@grupotarde.com.br



MARCO AURELIO MARTINS

ADOÇÃO DE ANIMAIS A Feira Filhotes Fofinhos, realizada ontem no Jardim de Ala, resultou na adoção de 50 cães e gatos. Quem não aproveitou a chance para ter um animal de estimação pode aproveitar as próximas edições mensais. **PÁGINA 8**

A TARDE

SEGURANÇA PÚBLICA | Moradores vêem "trégua" como fato positivo, mas polícia diz ter informações de manobra de traficantes

Fim de rixas no Nordeste de Amaralina: paz ou ameaça?

SAMUEL LIMA

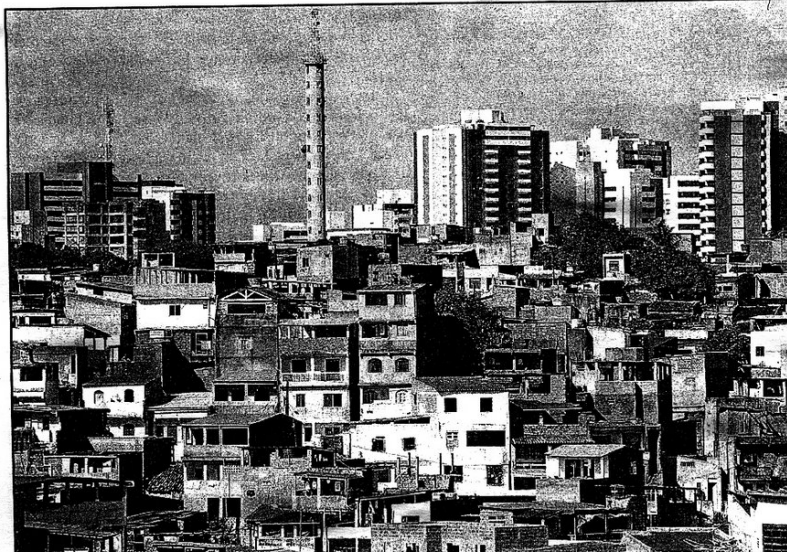
slima@grupotarde.com.br

Quando começou a circular, no final do ano passado, a informação era encarada como mero boato. Mas os próprios moradores do Nordeste de Amaralina e bairros vizinhos já admitem uma "trégua" entre grupos rivais que moram nas diversas regiões do bairro. No entanto, a natureza do suposto "momento de paz", que teria se iniciado há quase três meses, é que vem dividindo opiniões.

Enquanto lideranças comunitárias destacam a interrupção de conflitos entre moradores — as chamadas "rixas" — que resultavam em muitas brigas e mortes de jovens, fontes policiais trabalham em cima de informações de que a dita trégua estaria se dando entre gangues e grupos de traficantes, encobrindo uma união entre quadrilhas para dominar o tráfico de drogas em toda a Salvador.

Estudante de direito e auxiliar jurídica do projeto *Rastros de Paz*, que trabalha com jovens em situação de risco no bairro, a jovem Roberta Nascimento acredita que o clima de tensão diminuiu no Nordeste. Roberta lembra com clareza do dia em que a "paz" foi anunciada: "Em 16 de dezembro (de 2006), havia muitos jovens circulando em grupos pela vizinhança. Eles diziam que, a partir daquele momento, podiam andar por locais onde antes não iam temendo serem agredidos por conta das rixas entre áreas rivais". Segundo a estudante, "havia jovens que não participavam dos trabalhos do projeto porque tinham medo de entrar nos locais em que fazíamos as ações". Roberta é moradora da comunidade do Boqueirão — região populosa, carente de políticas públicas e, conseqüentemente, violenta.

DESEMPREGO – O epidemiologista Francisco Santana, um dos



EDMAR MELO | 1.11.2006

Com mais de 80 mil habitantes e muitos problemas estruturais, o bairro vive polêmica com suspensão de rixas entre comunidades

"Ouvi depoimentos de pessoas que não passavam por determinado lugar do bairro há dez anos, mesmo sem ter qualquer envolvimento com o tráfico, e ficavam emocionadas por poderem andar sem medo"

Eduardo Conceição, do Fórum de Entidades do Nordeste de Amaralina |

diretores da Federação das Associações de Bairro de Salvador (Fabs), evitou polemizar sobre a "trégua", mas tem idéias claras sobre a origem da violência no Nordeste de Amaralina. Estudioso do tema e morador do bairro, ele aponta carências estruturais como fatores para a instalação do crime. "Cerca de 60% dos jovens do bairro estão desempregados, são poucas as alternativas para sobreviver e falta qualidade de ensino. O tráfico

de drogas aqui é pura consequência desta situação", avalia. "Somos vítimas da desigualdade e é preciso uma intervenção séria do governo aqui", adverte.

No entanto, para Eduardo Conceição, do Fórum de Entidades do Nordeste de Amaralina, a suposta trégua é uma realidade e até o comércio da região estaria sendo beneficiado. "Por conta do aumento de circulação de pessoas. Dois novos pontos comerciais já foram

abertos no bairro, após o anúncio da paz entre grupos rivais", observa. "Ouvi depoimentos de pessoas que não passavam por determinado lugar há dez anos, sem qualquer envolvimento com o tráfico, e que ficavam emocionadas por poderem andar sem medo".

POLÍCIA – O major da Polícia Militar Sérgio Barros, que comandou por um ano e oito meses a 40ª Companhia Independente (40ª CIPM - Nordeste de Amaralina) confirmou ter recebido informações de que estaria ocorrendo uma "união entre traficantes da região" e que isto é decorrente de uma ordem do detento Eberson Souza dos Santos, conhecido como Pity, custodiado no Presídio Salvador, em Mata Escura.

"O que nos passaram é que Pity mandou comparsas para conversar com traficantes que agem no Nordeste para se unirem. Falam que Pity quer estender o domínio do tráfico não só ao Nordeste, mas para o subúrbio ferroviário e a Baixa da Soronha, em Itapua", declarou o major, agora no comando da 32ª CIPM (Pojuca).

Os supostos planos de consolidação do tráfico chegaram também ao conhecimento da Polícia Civil. O chefe do setor de investigação da Delegacia do Nordeste (28ª CP), José Guerreiro, revelou que planos de criminosos foram anunciados em paralelo à "trégua entre traficantes". Segundo ele, a unidade chegou a receber telefonemas com ameaças de invasão para resgate de presos. As ameaças incluíam invasão aos módulos da PM e assaltos ao comércio.

Relatos de moradores também davam conta de planos de assaltos em massa (arrastões) na Pituba, Amaralina e Rio Vermelho, durante os festejos de fim de ano e Carnaval. As investidas "em massa", até agora, não saíram do nível das ameaças e da aura de boataria.

ANEXO D – Artigo: Polícia elucida homicídio no Nordeste de Amaralina.







[Home](#)
[Institucional](#)
[Serviços](#)
[Corregedoria](#)
[Dicas](#)
[Fale Conosco](#)

Polícia Civil | Polícia Militar | Polícia Técnica | LINKS



Secretaria da Segurança Pública

Delegacia Eletrônica

Perda ou extravio de documentos

Documentos recuperados

Certificado de Antecedentes Criminais

Últimas Notícias

28/02 - Fugitivo preso em Eunápolis vai para presídio de Itabuna

27/02 - Polícia apresenta envolvidos em homicídio em Vila de Abrantes

27/02 - Mais traficantes presos no interior do Estado

26/02 - Negociava drogas na Pedra Furada

26/02 - Assaltante preso depois de roubar saxofone

[Mais \[+\]](#)



GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
ASSESSORIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL

Polícia elucida homicídio no Nordeste de Amaralina

Com a prisão de Edivaldo Alves Souza Júnior (Buiga), no Nordeste de Amaralina, a Polícia Civil elucidou o assassinato de Júlio César Rocha Lima, 19 anos, crime ocorrido em 23 de junho passado, na Rua do Balneário, naquele bairro. Edivaldo foi flagrado com um revólver calibre 38 na manhã do último domingo (10), no Vale das Pedrinhas, bebendo em companhia de outros cinco rapazes – a maioria deles com antecedentes criminais por prática de roubo e furto -, tendo confessado na 28ª CP a autoria do homicídio, durante os festejos juninos.

De acordo com a titular da 28ª CP, delegada Jussara Maria Santos Souza, várias vítimas de furtos e roubos na região já compareceram à delegacia para fazerem o reconhecimento pessoal deles. A unidade policial também recebeu diversos telefonemas denunciando o grupo. “O inquérito sobre o homicídio de Júlio César Rocha Lima, que já vínhamos investigando, será encaminhado à Justiça para que Edivaldo Alves Souza Júnior seja julgado pelo crime que acabara de confessar à Polícia”, disse a delegada.

Além de Edivaldo, também foram conduzidos à 28ª Delegacia, Luís Alberto Santos, Alessandro Lima de Carvalho (Mosquito), Edson José Santos (Vovô), Cláudio Nascimento – que portava um outro revólver calibre 38 -, além de um rapaz de prenome Adriano, que estava em companhia do grupo no momento da abordagem. Duas testemunhas reconheceram Alessandro e Edson como partícipes do assassinato de Júlio César.

À exceção de Adriano, que não tinha antecedente criminal, e de Cláudio – que fora transferido para a 12ª CP, sob suspeita de ter cometido um delito na região de Itapuã -, o restante do grupo foi apresentado hoje (14) à imprensa, pela titular da 28ª CP. A delegada Jussara Maria representou pela prisão preventiva do grupo por indício de formação de quadrilha. Cláudio Nascimento foi autuado em flagrante pelo Plantão Metropolitano, por ter assumido, na oportunidade, a posse das duas armas. Os inquéritos já estão sendo encaminhados à Justiça.

Govemo do Estado da Bahia
 Secretaria da Segurança Pública

ANEXO E – Artigo: Segurança/Traficantes flagrados com ‘erva’

CORREIO DA BAHIA

www.correiodabahia.com.br

aqui salvador

07/02/2007

Segurança/Traficantes flagrados com ‘erva’

Um denúncia anônima sobre tráfico de drogas resultou na prisão de Tiago Neves dos Santos, 20 anos, e Rogério Ferreira da Silva, 20 anos, no final da manhã de ontem, na região conhecida como Areal, entre os bairros de Nordeste de Amaralina e Santa Cruz. Com os dois estava um adolescente de 14 anos, que acabou apreendido.

Com os jovens a polícia encontrou pouco mais de 2kg de maconha a granel e 79 papelotes, além de tesoura e papel. Tiago e Rogério foram autuados em flagrante, enquanto o adolescente foi encaminhado para a Delegacia do Adolescente Infrator (Dai).