

Texto 01

Acolhimento em Políticas Sobre Drogas no SUAS: A inserção do Outro em um contexto de alteridade social

Estamos iniciando o curso com a temática “Acolhimento em Políticas Sobre Drogas no SUAS”. Durante o período do curso vamos mergulhar na problemática das Drogas para aprender a aprender, desconstruindo modelos mentais de exclusão social e construindo novas pontes de aprendizagem significativas para melhor acolher os(as) usuários(as) dos equipamentos do SUAS/PE.

O desafio de lidar com as drogas é algo de dimensão global. O cenário mundial nos mostra que novas drogas sempre surgem e que são cada vez mais potentes. Durante centenas de anos



não foi possível encontrar uma Política Sobre Drogas 100% eficaz para atuar com essa problemática. Assistimos a Guerra às Drogas e o braço da repressão que se mostrou incapaz de ganhar essa guerra, que tem se mostrado um problema social e de saúde pública. É preciso entender que o modelo repressivo nunca funcionou, apenas fortalece os sistemas de

exclusão como: o encarceramento em massa e genocídio da população negra entre outras violências estruturais .

A história da humanidade mostra que o consumo de drogas não retrocedeu, mas vem aumentando ao longo do tempo histórico com a descoberta de novas substâncias e o uso abusivo que causa a dependência química que gera males ao(a) usuário(a) e suas famílias com efeito em toda a sociedade. Por isso devemos aprender e entender de maneira conceitual desprovida de estigmas e preconceitos o tema das drogas na sociedade brasileira. Mas também é necessário traçar estratégias para reduzir os danos que essa realidade traz.

Pensando a Droga, segundo definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), é **qualquer substância não produzida pelo organismo** que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento. Uma droga não é por si só boa ou má. Existem substâncias que são usadas com a finalidade de produzir efeitos benéficos como o tratamento de doenças e são consideradas medicamentos.

Mas também existem substâncias que provocam malefícios à saúde, os venenos ou tóxicos. É interessante refletir que a mesma substância pode funcionar como medicamento em algumas situações e como tóxico em outras. As principais drogas são usadas para alterar o funcionamento cerebral, causando modificações no estado mental, no psiquismo, são conhecidas também como substâncias psicoativas. Nem todas as substâncias psicoativas têm a capacidade de provocar dependência. No entanto, há substâncias aparentemente inofensivas e presentes em muitos produtos de uso doméstico que podem causar dependência.

As substâncias listadas na Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão (CID-10), em seu Capítulo V (Transtornos Mentais e de Comportamento) inclui:

Álcool;
Opioides (morfina, heroína, codeína, diversas substâncias sintéticas);
Canabinoides (maconha);
Sedativos ou hipnóticos (barbitúricos, benzodiazepínicos);
Cocaína;
Outros estimulantes (como anfetaminas e substâncias relacionadas à cafeína);
Alucinógenos;
Tabaco;
Solventes voláteis.

Classificação das drogas

Do ponto de vista legal as drogas podem ser classificadas como drogas lícitas e ilícitas.

DROGAS LÍCITAS	DROGAS ILÍCITAS
As que podem ser livremente comercializadas e as que estão submetidas a certas restrições. Por exemplo, bebidas alcoólicas e tabaco não podem ser comercializados para crianças e adolescentes. No caso de medicamentos, alguns só podem ser adquiridos por meio de prescrição médica especial.	As que são proibidas por lei.

De acordo as ações aparentes das drogas sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), conforme as modificações observáveis na atividade mental ou no comportamento da pessoa que utiliza a substância, as drogas podem ser classificadas em:

DEPRESSORAS da atividade mental.	ESTIMULANTES da atividade mental.	PERTURBADORAS da atividade mental.
---	--	---

O consumo das drogas na sociedade e sua legalização estar sendo colocados em pauta com maior ênfase nos últimos anos, tendo em vista que a guerra declarada a ela na década de 1970 nos Estados Unidos e nem a proibição do álcool, por exemplo, na década de 1920, surtiram efeitos que diminuíssem seu consumo, tráfico e os outros problemas que elas acarretam para o funcionamento dessa sociedade e dos demais países do mundo. Nesse sentido, é possível considerar que o extermínio das mais diversas drogas no mundo é um pensamento bastante utópico.

Neste sentido, a Drogadição ou toxicodependência são termos genéricos que designam toda e qualquer modalidade de dependência química por parte de um ser humano ou a alguma droga (substância química). Termo usado para definir o processo de "adição" de "drogas". Os fatores que levam a necessidade do uso de substancias química no organismo de um determinado indivíduo por ordem psíquica, física ou social.

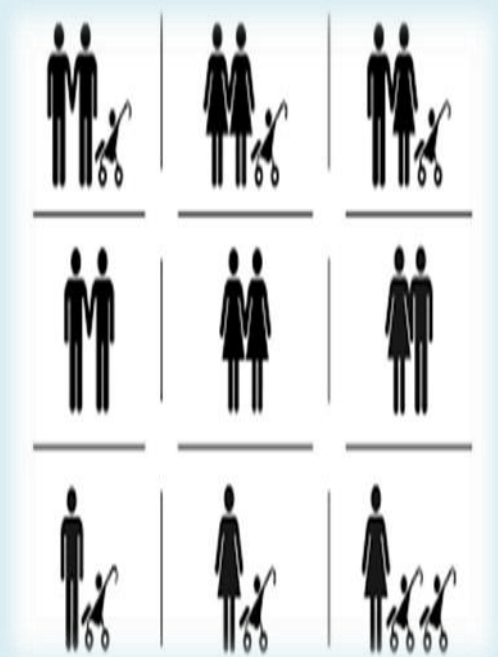
A droga, por si só, não é boa nem má, depende da relação que o sujeito estabelece com ela. Os(As) usuários(as) tem o direito de usar drogas, como também tem o direito de acesso as políticas públicas que visam o tratamento para aqueles(as) que não querem parar de usar drogas como para os(as) usuários(as) que querem parar de usar drogas.

Pensando no cuidado e humanização do cuidado às famílias atendidas, vamos saber os eixos estruturantes do SUAS e como acolher os(as) usuários(as) de drogas e suas famílias:

A Política social do (SUAS) tem como eixos estruturantes: a matricialidade sociofamiliar; descentralização político-administrativa e territorialização, estabelecendo novas bases para a relação entre Estado e sociedade civil; financiamento; controle social com participação popular e



normas definidas para informação, o monitoramento e a avaliação, além de política de recursos humanos própria, estabelecendo ainda a organização da assistência em dois níveis de proteção, divididos em: **Proteção Social Básica** e **Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade**.



A família como locus privilegiado de intervenção do Serviço Social tem aparecido nos últimos anos como preocupação de órgão internacionais e governamentais de âmbito nacional, estadual e municipal. Isso se dá a partir da Constituição Federal de 1988, que dedicou um capítulo específico – artigo 226 – e fixou “a família tem especial atenção do Estado inovando consideravelmente os tratos político e social de família”. (JOSÉ FILHO, 2007, p. 144).

Pensar a família, atualmente, não é tarefa fácil, tendo em vista toda transformação e particularização sobre o tema desde sua origem e surgimento desse conceito. Família, hoje, pressupõe novos arranjos entre seus membros, o que nos permite imaginar as diversas configurações existentes. Um único conceito é insuficiente para abrangê-la, devido às diversas ramificações que o tema pressupõe.

Os conceitos de família atuais não obedecem ao conceito tradicional de família nuclear, pois são compostas por grupos que, com variadas composições, são unidos por laços de afeto, aliança, afinidade, solidariedade, respeito, cuidados mútuos, muito além dos traços de consanguinidade vigentes nas formas de se pensar e compreender as famílias no passado.



Além disso, as diferenças socioeconômicas e culturais alteram os vínculos familiares e contribuem para uma relação dinâmica, fazendo que, muitas vezes, os papéis particulares se modifiquem entre seus membros.



As famílias que acessam os equipamentos públicos precisam em primeiro lugar serem acolhidas. Se levarmos em conta a ideia básica de acolhimento, que é de dar refúgio, abrigo ou proteção, podemos entender que **o acolhimento é a criação de um ambiente seguro para quem o acessa**. O acolhimento é uma **postura ética** que implica na escuta do(a) usuário(a) em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços.

A Assistência Social, antes da movimentação por sua institucionalização política, materializada através da Política Nacional de Assistência Social – PNAS, era centrada nos indivíduos e na oferta de ações imediatistas e pontuais. Propunha-se a resolver, imediatamente, determinada demanda do indivíduo, por meio de atendimentos pontuais, após os quais se dava o caso por encerrado. Sem levar em conta muitas vezes, o contexto familiar ou social em que esse indivíduo vivia, ou, ainda, outras vulnerabilidades que o indivíduo poderia apresentar. Ao longo dos anos, essa forma de atuação mostrou ter pouca efetividade no enfrentamento de problemas sociais cada vez mais complexos.

Por isso, a proposta da Assistência Social enquanto Política e estruturada enquanto Sistema, é centrar suas ações nas famílias e em seus territórios e não se limitar a apenas atender as demandas de forma fragmentada. Busca reconhecer e investir nas potencialidades dos indivíduos e das comunidades, fomentando o protagonismo e a autonomia. Por isso, a importância da segurança da acolhida na tipificação dos processos relacionais nos atendimentos aos(as) usuários(as) do SUAS.

SEGURANÇA DE ACOLHIDA

1. Ter acolhida suas demandas, interesses, necessidades e possibilidade;
2. Receber orientações e encaminhamentos, com o objetivo de aumentar o acesso a benefícios socioassistenciais e programas de transferência de renda, bem como aos demais direitos sociais, civis e políticos;
3. Ter acesso a ambiência acolhedora;
4. Ter assegurada sua privacidade.

Segurança de acolhida: da Tipificação aos processos relacionais

1.1) Refletir sobre a descrição na tipificação "Ter acolhida suas demandas, interesses, necessidades e possibilidades" e como traduzir estas questões nas nossas práxis?

1.2) Acolher ou se disponibilizar para o outro é valorizar como o usuário se apresenta é o serviço estar de porta aberta para o usuário, com suas vivências e seu sofrimento;

1.3) Apreender a intervenção construída pela Redução de Danos e Riscos como constituída prioritariamente, de uma ética do respeito à pessoa.

Neste sentido, refletindo sobre a Segurança de Acolhida que deve ser aprofundada, pontuamos uma reflexão sobre a **escuta qualificada**, que também é conhecida como escuta ativa, é, como o próprio nome sugere, uma espécie de **escuta de excelência**, em que, quem se propõe a ouvir deseja obter o maior nível de compreensão possível em relação ao relato apresentado. Podemos dizer que, em linhas gerais, a importância da escuta ativa está associada com a nossa capacidade de criar laços sociais mais fortes e saudáveis. É através dessa escuta que conseguimos compreender melhor os outros e, conseqüentemente, a nós mesmos.

Identificou-se o entendimento da escuta qualificada, mudanças produzidas por esta, e frustrações diante da sua ausência, nos(as) usuários(as). Verificou-se que a escuta qualificada possui potencial terapêutico quando realizada. Mas para realizar um acolhimento humanizado com uma escuta qualificada devemos romper com o etnocentrismo que habita dentro de nós, que reproduzimos de maneira naturalizada por ser produto de nossos valores pessoais.



Indicação de leitura: ROSENBERG, Marshall B. **Comunicação Não-Violenta**: Técnicas para aprimorar relacionamentos pessoais e profissionais. 1ª edição, Editora Ágora, 2006.

Para melhor compreender o etnocentrismo vamos precisar compreender os termos alteridade, estranhamento e subjetividade.

ETNOCENTRISMO

- **Etnocentrismo** é um conceito antropológico, segundo o qual a visão ou avaliação que um indivíduo ou grupo de pessoas faz de um grupo social diferente do seu é apenas baseada nos valores, referências e padrões adotados pelo grupo social ao qual o próprio indivíduo ou grupo fazem parte.
- Essa avaliação é, por definição, preconceituosa, feita a partir de um ponto de vista específico. Basicamente, encontramos em tal posicionamento um grupo étnico considerar-se como superior a outro. Do ponto de vista intelectual, etnocentrismo é a dificuldade de pensar a diferença, de ver o mundo com os olhos dos outros.

Agora que já sabemos o conceito do etnocentrismo vamos ler a tirinha da Mafalda e fazer algumas alusões aos acolhimentos no SUAS , e refletir sobre nossa prática diária.



É de extrema importância que os profissionais do SUAS tenha um olhar desprovido de seus valores para realmente ocorrer uma **escuta qualificada**, que se volte para o atendimento dos

anseios do(a) cidadão(ã) que vai procurar os serviços, principalmente quando falamos de famílias e usuários de drogas.

Os(As) usuários(as) de drogas, devido ao estigma que historicamente foi imputado a eles(as), já tem uma resistência muito grande de procurar os equipamentos públicos, seja o SUAS e/ou o SUS. Também por isto, e não só por isto, o acolhimento tem que ser de excelência com uma escuta qualificada desprovida de olhares etnocêntricos. O(A) profissional tem que estar aberto(a) a ouvir a necessidade real do usuário sem ter uma solução pronta para ele, mas construir com os usuários pontes de resiliência, para atender suas expectativas emocionais, psicológicas e físicas, no momento do acolhimento.

O estigma é uma marca de conotação negativa, que leva o sujeito a ser marginalizado e a ter dificultado seu acesso a direitos e serviços. A existência do estigma está associada ao isolamento social, à baixa qualidade de vida e a não busca por direitos e serviços de saúde. O que, neste caso, geralmente traduz-se no agravamento da situação do dependente de drogas por não ter acesso a um atendimento preventivo adequando.



Esse conceito tem uma estreita relação com a sociabilidade, pois o “eu” só existe a partir da percepção da presença do outro. O aprendizado ocorre nas relações que se estabelecem com esse “outro” nas muitas experiências e vivências, quando se constata as diferenças. Na prática da alteridade não existe a preocupação com a destruição da outra cultura em seu modo de agir, pensar ou falar. A alteridade leva à cidadania, estabelecendo-se uma relação construtiva com a diferença, identificando-a e aprendendo com ela.

De acordo com Carlos Rodrigues Brandão, “[...] o diferente é o outro, e o reconhecimento da diferença é a consciência da alteridade, isto é, a descoberta do sentimento que se arma dos

símbolos da cultura para dizer que nem tudo é o que eu sou e nem todos são como eu sou. Homem e mulher, branco e negro, senhor e servo, civilizado ou não”.

o que é alteridade?



O conceito de alteridade está amplamente ligado à ideia de tolerância e fraternidade. Relaciona-se à fundamentabilidade da existência do “outro”, de um indivíduo diferente daquilo que a pessoa é em si mesma, ou seja, a experiência completa do indivíduo com o mundo em que vive só é possível devido a sua natureza social, ao ter que conviver com pessoas diferentes dele mesmo que o façam refletir sobre a sociedade em que vive. Dessa maneira, a alteridade é a ideia de aceitação desse outro diferente, o bom

convívio com aquilo ou aquele que é distinto, sem considerar esse “outro” errado por ser/vivenciar características próprias.

Ter o conhecimento sobre alteridade nos ajuda a perceber a importância de respeitar a subjetividade dos(as) usuários(as) que acessa os serviços.

O OLHAR DO OUTRO PELO OUTRO NO ACOLHIMENTO SUAS

A filosofia e a antropologia atribuem à palavra alteridade o sentido de colocar-se no lugar do outro, numa relação interpessoal, colaborando para que ocorra um diálogo entre as culturas, as religiões, as crenças, onde um aprende com o outro e as convicções diferentes são respeitadas.

Não significa que seja necessário abandonar nossos valores por princípios diferentes dos nossos, mas significa respeitar a crença do próximo, e até reafirmar valores esquecidos. Assim, podemos dizer que o conceito de alteridade pode dar subsídio para o fortalecimento das raízes que se tornaram vulneráveis com o tempo.

A subjetividade é formada através das crenças e valores do indivíduo, com suas experiências e histórias de vida. Na teoria do conhecimento, a subjetividade é o conjunto de ideias, significados e emoções, baseados no ponto de vista do sujeito, e, portanto, influenciados por seus interesses e desejos particulares. Em oposição, a objetividade produz o que pode ser verificável por diferentes sujeitos. Entende-se subjetividade como um processo no qual o sujeito se apresenta como resultado da convergência de vetores de produção, que ganham forma ao se

conectar a múltiplos elementos como as relações familiares, a mídia, a cultura, a arte, a violência social, entre outros.

Com relação aos(as) usuários(as) de drogas, existe o estereótipo de que o(a) usuário(a) é “bandido”, “traficante”, ou “fraco” que “não sai do vício por que não tem força de vontade” etc.



Muitas vezes, reduzindo ao “vício” o que se compreende por dependência química. Dialogicamente é necessário o ajuste de lentes para essa problemática, com vistas ao não limitá-la ao plano individual do sujeito e sim levar para o diálogo ampliado e intersectorial das políticas públicas (saúde, social, educação entre outras). A existência persistente desses estereótipos na sociedade sobre o(a) usuário(a) de drogas, inclusive entre profissionais dos serviços, diminui a percepção para a real necessidade de atenção às pessoas que não se enquadraram naquele modelo fechado e aparente do que seria “usuário de drogas”. Ou seja, por não corresponderem aos elementos que compõem o estereótipo que foi construído na sociedade sobre usuários(as) de drogas, provavelmente o diagnóstico sobre o uso/abuso de drogas não será adequadamente investigado e o tratamento direcionado será apenas para o sintomatologia mais aparente, ocasionando provavelmente o agravamento do problema de saúde da pessoa que a solução.

Relatório Global sobre Álcool e Saúde – 2018

A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou em 21 de setembro o Relatório Global sobre Álcool e Saúde 2018, que traz informações sobre o consumo de álcool no mundo e avalia os avanços realizados desde a publicação da Estratégia Global para Redução do Uso Nocivo de Álcool, em 2010.

Seguem abaixo as principais informações deste documento, com destaque especial para o

Brasil.

Consumo per capita

Globalmente estima-se que quase metade da população com 15 anos ou mais (44,5%) nunca consumiu álcool e cerca de 43% da população são bebedores atuais (consumiram nos últimos 12 meses). A média de consumo per capita mundial foi de 6,4 L de álcool puro.

No Brasil, cerca de 21,4% da população nunca ingeriu bebidas alcoólicas e aproximadamente 40% consumiram nos últimos 12 meses. Entre os brasileiros que beberam neste período, os homens são maioria (54%, versus 27,3% das mulheres). O consumo estimado em 2016 foi de 7,8 L de álcool puro per capita. Esses dados sugerem uma redução no consumo de álcool pela população brasileira em relação à 2010 (8,8 L de álcool puro per capita). Estima-se que homens consumam 13,4 L por ano, e as mulheres, 2,4 L por ano. Vale destacar que o consumo está abaixo da média da região das Américas (8L de álcool puro per capita); porém maior do que a média mundial (6,4 L).

Aproximadamente $\frac{1}{4}$ do álcool puro (25,5%) consumido no mundo é ilegal e, portanto, não regulamentado. Em alguns países, essa taxa chega a 50% (Sudoeste da Ásia e Região do Mediterrâneo, por exemplo). No Brasil, a proporção estimada é de 15,5%, cerca de 1,2 L do consumo per capita de álcool puro.

As bebidas destiladas correspondem ao tipo de bebida mais consumido no mundo (44,8%), seguido da cerveja (34,3%) e do vinho (11,7%). Na Região das Américas a cerveja é o tipo de bebida mais consumido (53,8%), seguido dos destilados (31,7%) e do vinho (13,5%). No Brasil, a sequência é a mesma, mas as proporções são um pouco diferentes: 62% cerveja, 34% destilados e 3% vinho.

Beber Pesado Episódico (binge drinking)

Além da quantidade de álcool consumida, o padrão de consumo utilizado ao longo do tempo interfere no risco para prejuízos. O Beber Pesado Episódico (BPE), padrão de uso que equivale a 60 gramas ou mais (cerca de 5 doses* ou mais) de álcool puro em uma única ocasião ao menos uma vez no último mês, está associado a diversos problemas agudos, como acidentes e violência. Foi observada uma diminuição da frequência de BPE no mundo, de 22,6% em 2000 para 18,2% em 2016, na população com 15 anos ou mais. Já no Brasil, este padrão foi reportado por 19,4% das pessoas (32,6% entre homens; 6,9% entre mulheres;), em 2016, havendo um aumento em relação aos dados de 2010 (12,7% da população; 20,7% entre homens e 5,2% entre mulheres).

Consequências do uso do álcool

O uso nocivo do álcool é um dos fatores de risco de maior impacto para a morbidade, mortalidade e incapacidades em todo o mundo, relacionado a 3 milhões de mortes em 2016 – o equivalente a quase 5,3% de todas as mortes no mundo. A OMS ainda destaca que houve uma diminuição no nível global de mortes e morbidade atribuíveis ao álcool (13,0% e 10,6%, respectivamente); porém o ônus global de doenças atribuíveis ao álcool ainda é muito significativo.

No Brasil, o álcool esteve associado a 69,5% e 42,6% dos índices de cirrose hepática, a 36,7% e 23% dos acidentes de trânsito e a 8,7% e 2,2% dos índices de câncer – respectivamente, entre homens e mulheres em 2016. Especificamente sobre os transtornos relacionados ao uso do álcool, estima-se que 4,2% (6,9% entre homens e 1,6% entre mulheres) dos brasileiros preenchem critérios para abuso ou dependência. Nota-se, portanto, uma diminuição em relação a 2010, quando a prevalência estimada era de 5,6% (8,2% entre homens e 3,2% entre mulheres).

As consequências do uso de álcool também oneram a sociedade, de forma direta e indireta, potencializando os custos em hospitais e outros dispositivos do sistema de saúde, sistema judiciário, previdenciário, perda de produtividade do trabalho, absenteísmo, desemprego, entre outros. Ainda, em todo o mundo, nota-se que as faixas etárias mais jovens (20-49 anos) são as principais afetadas em relação a mortes associadas ao uso do álcool, traduzindo como uma maior perda de pessoas economicamente ativas.

Destaque nacional: campanha Vida Urgente

Em uma seção dedicada a medidas para reduzir o comportamento de beber e dirigir, a OMS destacou a campanha brasileira Vida Urgente. Trata-se de uma ação comunitária desenvolvida pela Fundação Thiago de Moraes Gonzaga, organização que visa promover a conscientização e mudanças de comportamento em relação a beber e dirigir em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul. Uma pesquisa prévia realizada pela instituição mostrou que 85% dos jovens entrevistados considera que aplicativos de mobilidade são a maneira mais confiável de ajudá-los a chegar em casa com segurança depois de beber. A partir desse resultado, a campanha Vida Urgente firmou parceria com um serviço de táxi para fornecer alternativas seguras de mobilidade em ocasiões de consumo de álcool.

Uma maneira pela qual a campanha ajuda a vincular os bebedores ao serviço de táxi é através de suas blitzes, em que grupos de voluntários realizam atividades e realizam testes de bafômetro e oferecem códigos promocionais de aplicativos de táxi. A campanha teve resultados positivos durante o Carnaval, feriado com altas taxas de mortes por acidentes de trânsito. Desde o início da campanha houve uma redução das mortes causadas por acidentes de trânsito em Porto Alegre. O número de mortes por acidentes de trânsito por 100.000 habitantes é menor nessa cidade (7) em comparação ao estado Rio Grande do Sul (14,9) e no Brasil como um todo (23,4).

Considerações finais - Relatório Global sobre Álcool e Saúde – 2018

Para a OMS, a prevenção e redução do uso nocivo do álcool devem ser tratadas como prioridade e a organização enfatiza a necessidade de os países concentrarem mais esforços nas áreas-alvo recomendadas na Estratégia Global para Redução do Uso Nocivo de Álcool, para que seja possível alcançar a meta previamente estipulada de redução relativa de 10% no consumo nocivo mundial em 2025.

As políticas do álcool definidas em um país, e seu nível de eficácia, no que concerne ao controle e regulamentação, auxiliarão a determinar seu nível de vulnerabilidade ao uso nocivo e aos malefícios do álcool.

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório Global sobre Álcool e Saúde - 2018. Genebra, Suíça



Ainda para auxiliar nas reflexões deste curso, cito um estudo intitulado, ***Estereótipos dos profissionais de saúde em relação a alcoolistas em Juiz de Fora-MG, Brasil***

Segundo dados apontados no estudo em 2004, estimava-se que 20% dos pacientes tratados na rede primária faziam uso de álcool de alto risco (BRASIL, 2004). O contato inicial destes com os serviços de saúde acontece por intermédio de clínicos gerais, que pouco detectam o acometimento pelo uso, trazendo consequências negativas sobre diagnóstico e tratamento (ADAMS et al., 1998; HAPPELL; CARTA; PINIKAHANA, 2002; BRASIL, 2004).

Além da falta de conhecimento sobre os sintomas do uso abusivo e da dependência do uso de álcool, os profissionais de saúde apresentavam atitudes muitas vezes estigmatizantes em relação ao alcoolista (GASSMAN, 2007; KELLEHER, 2007; RONZANI; ANDRADE, 2006), o que, segundo apontado, trazem consequências negativas para esse paciente, como diminuição da busca por ajuda e baixa autoestima (CORRIGAN et al., 2006; VOGEL; WADE; HAAKE, 2006).

O estigma ocorre quando há coexistência de rotulação, estereótipos, separação, perda de status e discriminação em uma situação de poder que permite que esses componentes interajam (LINK; PHELAN, 2001). Dentre os fatores listados, a estereotipização pode assumir um papel principal no desenvolvimento, na manutenção e perpetuação da estigmatização, formando um conjunto de crenças que guiam o processamento da informação e atribuições, podendo produzir profecias autorrealizadoras (BIERNAT; DOVIDIO, 2003).

Tabela 1. Descrição das características da população estudada entre os profissionais de saúde (N = 183)

Características da população		Hospital geral	Saúde mental	Total
A) Dados sociodemográficos		%	%	%
Gênero	Feminino	68,9	64,7	67,8
	Masculino	31,1	35,3	32,2
Profissão	Auxiliares e técnicos de enfermagem	50,0	6,0	37,9
	Médicos	20,5	42,0	26,4
	Profissionais de nível de escolaridade superior	9,8	40,0	18,1
	Enfermeiros	11,4	12,0	11,5
	Outros técnicos e auxiliares	8,3	0,0	6,0
Estado civil	Casados	59,5	72,9	63,1
	Solteiros	29,0	12,5	24,6
	Divorciados	7,6	14,6	9,5
	Viúvos	3,8	0,0	2,8

Tabela 2. Médias e erros da média dos itens da escala de estereótipos divididos por fator

Fator I – Alcoolistas possuem pouca força de vontade		
Proposição	Média	Erro da média
Alcoólatras não têm força de vontade.	2,86	0,14
Alcoólatras são pessoas sem determinação.	2,71	0,14
Alcoólatras são pessoas moralmente fracas.	2,45	0,13
Alcoólatras não querem parar de beber.	2,34	0,12

(continua)

Tabela 3. Diferenças das medianas e valores Z entre os serviços em relação aos itens da escala

Itens	Z	p	Medianas	
			Serviço de saúde mental	Hospital geral
Alcoólatras são pessoas moralmente fracas.	-3,44	0,01	1	2
Alcoólatras são pessoas sem determinação.	-2,86	0,04	1	2
Alcoólatras raramente prejudicam alguém a não ser a si próprios.	-2,36	0,02	1	1
Alcoólatras não têm força de vontade.	-2,26	0,02	2	3
Alcoólatras têm menos formação escolar do que a maioria das pessoas.	-1,97	0,05	2	1

Discussão

A hipótese levantada no estudo de que a escolaridade influencia os estereótipos foi corroborada, provavelmente porque os profissionais de nível de escolaridade superior recebem mais informações a respeito do problema do uso de álcool e drogas do que aqueles de nível técnico, portanto apresentam uma visão menos estereotipada. O convívio direto também não influenciou no resultado da escala de estereótipos, embora possa explicar por que os profissionais de saúde mental apresentam algumas crenças menos estereotipadas do que os de hospital geral.

O contato tem sido apontado na literatura como um importante fator para redução de atitudes negativas perante usuários de álcool e drogas e doentes mentais em geral (ALEXANDER; LINK, 2003), embora alguns autores apontem que este contato deva acontecer sob condições específicas para que haja mudanças (CORRIGAN et al., 2001; PEREIRA et al., 2002).

O estudo em tela, segundo os autores, apresenta limitações de natureza metodológica: quanto ao desenho do tipo transversal, não fornecendo dados sobre a estabilidade dos estereótipos em relação aos alcoolistas; a desejabilidade social, pela natureza do tema e população-alvo; a comparação feita entre a escolaridade poderia ter sido feita por anos de estudos, aumentando a sensibilidade estatística e a validade externa do estudo.

Outra limitação apontada foi a existência de diferentes aspectos relacionados às atitudes dos profissionais que devem ser também abordados como o estigma social. Por ser um dos primeiros estudos no Brasil com essa população, os resultados podem ser úteis para o planejamento e realização de futuras pesquisas com a mesma temática. Fornecendo, ainda que

preliminarmente, dados empíricos que sugerem mudanças nos cursos de formação de profissionais de saúde, tanto de nível técnico quanto de nível de escolaridade superior, e na criação de programas de capacitação aos profissionais em exercício.

Os estereótipos são um dos componentes ligados ao processo de estigmatização, sendo necessária também uma maior compreensão de outros componentes relacionados à estigmatização, como autoestima, distância social, reações emocionais, rotulação e atitudes (LYSAKER et al., 2008; SILVEIRA; MARTINS; RONZANI, 2009; WATSON et al., 2007; CORRIGAN et al., 2006). Além de os estereótipos estarem envolvidos com as crenças dos profissionais de saúde, eles também estão presentes nos usuários dos serviços de saúde, comprometendo assim atitudes de busca por tratamento (VOGEL; WADE; HACKLER, 2007).

Dessa forma, o estudo dos estereótipos pode prover o acesso de usuários de álcool e outras drogas aos serviços de saúde, garantindo o direito dessa população ao serviço público. São também necessárias investigações nessa população com diferentes arranjos metodológicos.

Considerações finais do estudo

O estudo apresentou resultados preliminares a respeito dos estereótipos dos profissionais de saúde em relação a usuários de álcool. Avaliar os estereótipos e outros componentes como crenças e atitudes desses profissionais é fundamental para a melhoria dos serviços de saúde e do atendimento para essa população, com o propósito de garantir um atendimento igualitário. Conhecidas essas crenças generalizadas, é possível modificar a formação dos profissionais e repensar as práticas já existentes.

Considerações...

Não haverá acolhimento humanizado enquanto o(a) profissional exercer em sua prática profissional, seu etnocentrismo ao olhar o(a) usuário(a) do serviço com o mesmo olhar dos estereótipos violentos e discriminatórios sobre usuários(as) de drogas.

Com o passar dos anos, o acolhimento, como diretriz da Política Nacional de Humanização, vem ganhando força em sua prática e conhecimento por parte dos profissionais e gestores em saúde, porém, há muito a ser discutido sobre a operacionalização desse processo para atingir a desejada ampliação do acesso e qualificação dos serviços de saúde, assistência social e educação.



Ainda segundo a [HumanizaSUS](#):

“Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da sua capacidade de transformar a realidade em que vivem, através da responsabilidade compartilhada, da criação de vínculos solidários, da participação coletiva nos processos de gestão e de produção de saúde”.

Estamos concluindo este primeiro módulo que teve como objetivos: Compreender o Outro (usuários de drogas) para além das situações de vulnerabilidades e riscos identificadas em cada serviço e saber as realidades objetivas e subjetivas expressas nas experiências de vida tendo a cultura como base de diálogo sobre etnocentrismo, estranhamento, subjetividade, estigmas e estereótipos sociais.

Falamos que a estigmatização de pessoas invariavelmente reproduz estruturas de desigualdade dificultando o acesso a certos recursos de valor como saúde, habitação, vida social, emprego e renda, recursos estes indispensáveis para o exercício da cidadania. Se o preconceito se fundamenta em crenças que atribuem conotação negativa a determinados grupos, a discriminação pode ser considerada uma ação, uma atitude concreta, que segrega, violenta, e, até mata.

A discriminação e o preconceito andam de mãos dadas. Ao mesmo tempo, é preciso desconstruir os rótulos negativos das pessoas que usam drogas que envolvem muito mais que uma simples terminologia nas palavras de uso politicamente corretas, mas ser disseminada a qualidade e rotina de trabalho dos profissionais nos equipamentos públicos agindo diretamente no acolhimento dos usuários de drogas impactando suas vidas.

Ademais para este módulo finalizamos afirmando mais uma vez como é necessário que o acolhimento e assistência aos usuários de drogas sejam pautados no acolhimento humanizado e na redução de danos para minimizar as consequências adversas do consumo de drogas do ponto de vista da saúde e dos seus aspectos sociais. Assim, essa abordagem precisa seguir os preceitos éticos baseados na autonomia e no diálogo para facilitar o acesso desses usuários nos equipamentos públicos do (SUAS). Que vamos dar continuidade nos próximos módulos

Até o fórum e nosso chat.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988**. 49. ed. atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2014. (Coleção Saraiva de Legislação).

FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. Tradução de Salma Tannus Mucha. São Paulo: M. Fontes, 2000.

GOMIDE, Henrique Pinto et al . Estereótipos dos profissionais de saúde em relação a alcoolistas em Juiz de Fora-MG, Brasil. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo , v. 12, n. 1, p. 171-180, 2010 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872010000100014&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 fev. 2022.

Organização Mundial da Saúde (OMS). **Relatório Global sobre Álcool e Saúde - 2018**. Genebra, Suíça.

Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. **Lei Orgânica da Assistência Social (Loas)**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.

Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 dez. 1993. Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 25 nov. 2009.

Resolução conjunta Nº 1, DE 18 DE JUNHO DE 2009. Aprova o documento Orientações Técnicas: Serviços de Acolhimento para Crianças e Adolescentes.

Resolução CNAS nº 33, de 12 de dezembro de 2012. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social - NOB/SUAS.

Vídeo Drogas de Maria Rita Kehl. Disponível em: <<https://institutocpfl.org.br/as-drogas/>>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2022.

<https://educacional.cpb.com.br/conteudos/comportamento/o-olhar-do-outro-pelo-outro/>

<https://www.youtube.com/watch?v=SvkVNvQTNKQ>

<https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/familias-e-suas-diversas-configuracoes/>

<https://cisa.org.br/index.php/pesquisa/dados-oficiais/artigo/item/71-relatorio-global-sobre-alcool-e-saude-2018>.

TOMAZ, Loyana C. de L.; LENTE, Tainá Fagundes. A ALTERIDADE EM HANNAH ARENDT: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A RUPTURA DA INTOLERÂNCIA DE GÊNERO. II Simpósio de Liberdade de Gênero e Diversidade Sexual (páginas 166-172) - Grupo de Trabalho III - Abordagens críticas do ser sexual. Disponível em: <https://1library.org/article/alteridade-hannah-arendt->



[contribuiu para a ruptura da intolerância gay no Brasil.](http://www.fai.com.br/portal/pibid/adm/atividades_anexo/74df176f30bca479a211a121bfbc6a40) Acesso em: 25 de fevereiro de 2022.

http://www.fai.com.br/portal/pibid/adm/atividades_anexo/74df176f30bca479a211a121bfbc6a40