

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**MARCIO ADRIANO DA MOTTA**

**ESTIGMA NO CAPS AD III: PREVENÇÃO DE MARCAS INDELÉVEIS**

**FLORIANÓPOLIS (SC)**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**MARCIO ADRIANO DA MOTTA**

**ESTIGMA NO CAPS AD III: PREVENÇÃO DE MARCAS INDELÉVEIS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Profa. Orientadora: Priscila Orlandi Barth**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **ESTIGMA NO CAPS AD III: PREVENÇÃO DE MARCAS INDELÉVEIS** de autoria do aluno MARCIO ADRIANO DA MOTTA foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

---

**Profa. Msc. Priscila Orlandi Barth**  
Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**  
Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**  
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
**2014**

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, grandes cuidadores! Enfermeiros da minha vida.  
À minha mãe Lourdes, que os exemplos recebidos de uma vida plena, de garra e determinação, permaneçam em mim e que eu possa transmitir a outras gerações.

Ao meu grande pai, por acreditar em mim e ter me ensinado a sonhar, lutar e vencer.  
Aos meus queridos irmãos e irmãs, que apesar da distância os tenho como grandes amigos e companheiros.

Obrigado por tudo!

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>05</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>09</b>
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>13</b>
<b>4 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>	<b>16</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>20</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>21</b>

## RESUMO

Mesmo reconhecendo o estigma como marcador de diferenças individuais e sociais, não se trata de atributo fixo, mas de uma construção sociocultural, portanto histórica e mutável, e que estabelece relações de desvalorização do outro. Dessa forma, insere-se em contextos e processos socialmente construídos. Este estudo tem como objetivo destacar algumas das linhas mais importantes que caracterizam o estigma bem como identificar algumas das principais conclusões que possam orientar a prática e as respostas aos desafios do sofrimento humano e de saúde causado pela discriminação e os possíveis impactos que o processo de estigmatização acarreta sobre os serviços de saúde para confeccionarmos uma cartilha educativa. O estudo foi realizado na cidade de Fortaleza – CE, tendo o CAPS AD III da Regional II como local para implementação do estudo e pelo fato do pesquisador desenvolver suas atividades laborais neste aparelho. O intuito foi construir material que orientasse e alertasse sobre o estigma que se esconde nos cantos de parede do CAPS, nas atitudes, olhares da sociedade e dos profissionais, uma vez que ele é velado, mas de alguma forma emerge em determinados momentos e falas das pessoas que dele padecem. Ressalta-se, portanto, a necessidade de conhecimento e empoderamento da cartilha educativa pelos profissionais, usuários, família e sociedade e quando necessário à capacitação desses profissionais para práticas de tratamento, reabilitação e, sobretudo, de prevenção relacionadas ao estigma vivenciado e sofrido pelos usuários, e que incluam não só o aprimoramento técnico como também a mudança de crenças e atitudes sobre as pessoas estigmatizadas.

## 1 INTRODUÇÃO

Algumas doenças, ainda, são temidas por ser expressão de algo que é socialmente digno de admoestação, bem como por representar o estágio último de miséria humana. Nesse sentido persiste, no imaginário social, dos que discriminam, como forma de relação da sociedade com o doente, o processo de estigmatização, principalmente da doença mental e do uso abusivo de drogas.

No processo de formação do estigma social, as características negativas atribuídas à determinada condição são reconhecidas não somente pelo grupo externo mas também internalizadas pelas pessoas portadoras desse estigma, o que influencia diretamente as crenças e os sentimentos das pessoas em relação às características atribuídas como negativas (RONZANI, ANDRADE, 2006).

Nesse sentido, muitas vezes, em situações de saúde, a condição de estigmatização pode ser muito mais danosa do que a doença em si (RONZANI et al. 2009), e pode contribuir significativamente para a perda da qualidade de vida dessas pessoas (PELUSO, BLAY, 2008).

As drogas, e seu uso, foram estigmatizadas, no século X, tornando-se sinônimo de heresia, quando era associada a cultos mágicos, religiosos e usos terapêuticos para aliviar o sofrimento. A dor e o martírio da carne eram concebidos pelos cristãos como formas de aproximação com Deus. A busca por cura limitara-se ao uso de recursos simbólicos, como substâncias conhecidas por “pó de múmia”, “pó de chifre de unicórnio”, indulgências eclesiásticas, óleos santos, velas e água benta (ESCOHOTADO, 1994).

Na China, as experiências e relatos de estigma são apanhadas de uma cultura densa, com características peculiares e vivenciadas de forma bastante intensa, principalmente na China pré Mao Tsé-tung, esse padrão define pessoas adultas normais categorizadas, comparadas à aquelas que são tratadas como não-pessoas, nulidades, ou mesmo não-humanos. Estas experiências expressam algo das tragédias universais da vida social, mas também, falam das formas individuais do ser humano conviver com isso (KLEINMAN *et al*, 2011).

No contexto chinês um indivíduo que é considerado incapaz de cumprir obrigações sociais será visto como nonperson – não pessoa, e por isso são consideradas incapazes de ser adultos normais e, portanto não merecem ser tratadas com dignidade”. A noção de produtividade exaltada e exigida pelo sistema capitalista, vivenciado intensamente pela China, pode ser fator importante do caráter de exclusão que o estigma impregna na doença mental (KLEINMAN *et al*, 2011).

Algo que também é vivenciado no Brasil, isso porque tem uma estreita relação com a exclusão das pessoas que não acompanham o “desenvolvimento”, daí a extrema dificuldade relacional dos doentes mentais numa sociedade francamente marcada por valores mercantilistas.

Todas as doenças são socialmente construídas no nível da experiência, baseadas na forma como os indivíduos passam a entendê-las, como tecem suas identidades e como vivem com e apesar delas. Tais conhecimentos sobre as enfermidades não é necessariamente encontrado objetivamente na natureza; mais do que isso, ele é construído e desenvolvido por indivíduos e grupos reivindicadores, muitas vezes, carregados de juízos de valor.

No campo das doenças mentais, o que se observa em pesquisas anteriores no Nordeste do Brasil é uma experiência vivida do estigma como passividade, “ser um paciente”, cujos sintomas são mais provenientes da própria experiência do que da doença em si, revelando uma estreita relação com sentimentos de desqualificação, baixa autoestima e incapacidade de assumir a responsabilidade por si mesmo, sua vida e a comunidade (MOREIRA, 2002).

A sociedade, de certa forma, conduz as pessoas estigmatizadas a um caminho sinuoso que deixa transparecer algo que muitos autores chamam de sofrimento social. Esta mesma sociedade que fortemente cria seus códigos de convivência também é capaz de fomentar a construção de práticas excludentes e discriminatórias que se consubstanciam no sofrimento social. Sentimentos como humilhação, vergonha, medo, culpa, como efeitos de vivências em condições sociais específicas, podem se configurar como formas violentas de sofrimento, com causas e consequências relacionadas a um meio social compartilhado (CARRETEIRO, 2003).

Muitas condições de saúde, dentre elas, a saúde mental, são estigmatizadas pela população em geral, incluindo os profissionais de saúde (BERGER, WAGNER, BAKER, 2005), sendo o consumo de álcool e outras drogas uma das condições mais estigmatizadas (PALM, 2006; CORRIGAN; LUNDIN, 2001).

O interesse por esta temática se deu por meio de atividades laborais desempenhadas no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas e por perceber que é um assunto pouco discutido nas reuniões de profissionais do serviço bem como por observar a forma como a sociedade julga e marca tais pessoas, principalmente porque a grande maioria vive em situação de rua.

Diante do exposto, busca-se abordar o tema estigma no CAPS AD III de forma que os profissionais se empoderem de tal assunto que possam promover a prevenção de marcas indelévels e que possam compreender melhor o assunto levando-se em conta o contexto em que está inserido.

Há uma grande necessidade de demonstrar à sociedade e aos profissionais de saúde que não existe um único perfil de usuário, desvinculando-o do estigma/estereótipo de criminoso e irresponsável, evitando que o preconceito os rotule e os marginalize. Esta mesma sociedade que fortemente cria seus códigos de convivência também é capaz de fomentar a construção de práticas excludentes e discriminatórias que se consubstanciam no sofrimento social.

A reconstrução do eu, desfeito pelo estigma, perpassa por um longo caminho que precisa ser encarado com todas as forças e ajuda de muitas pessoas, principalmente os familiares e a comunidade local. Todos devem saber o que é o estigma e como se pode combatê-lo, transformar a não pessoa em pessoa completa e repleta de direitos e respeito; devolver a personalidade que lhe foi castrada.

Muitos usuários de substância psicoativa sofrem estigma porque na maioria das vezes a sociedade toma uma postura moralista, tendendo a julgá-los. São julgados como pessoas mau caráter, de má vontade, criminosos ou abortados. Além disso, como o uso de algumas drogas é feito de forma arriscada e em lugares insalubres e de maneira precária, associa-se tudo isso à autodestruição. No entanto, muitos deles mantêm uma família, possuem atividades laborais e têm vida social ativa. Essa imagem desvirtuada, atribuída a quem usa drogas, principalmente ilícitas, contribui para sua exclusão social (CORRÊA; MAXIMIANO, 2013).

Não se pretende, portanto, hierarquizar saberes e fazeres voltados para a compreensão ou o alívio do sofrimento humano, mas sim, de apresentar uma visão que valorize fundamentalmente, as dimensões socioculturais da construção da doença; não esquecendo que a doença apresenta condições que resistem à separação entre as dimensões física, psicológica, mental e espiritual.

Os resultados desse estudo possibilitarão o desenvolvimento de programas de prevenção efetivos, ação que, em termos de custo-benefício, seria de extrema valia ao Estado, porquanto, o tratamento de comorbidades psiquiátricas, neurocognitivas são mais dispendiosas que o investimento em eficientes programas de prevenção. Em suma, este estudo terá como enfoque estimular mais estudos nessa área, com particular atenção sobre a forma como a redução da estigmatização pode ser levada em conta em políticas sobre o álcool, crack e outras drogas conscientizar os profissionais de saúde para edificação de uma nova prática assistencial voltada para cuidados transdisciplinares e intersetoriais qualificados e que respeitem estes princípios por meio de ações e atitudes embasadas na ética e na bioética.

Mesmo reconhecendo o estigma como marcador de diferenças individuais e sociais, não se trata de atributo fixo, mas de uma construção social e cultural, portanto histórica e mutável, e que estabelece relações de desvalorização do outro. Dessa forma, insere-se em contextos e processos socialmente construídos. O estado de saúde de uma população é associado ao seu modo de vida e ao seu universo social e cultural.

Este estudo tem como objetivo destacar algumas das linhas mais importantes que caracterizam o estigma bem como identificar algumas das principais conclusões que possam orientar a prática e as respostas aos desafios do sofrimento humano e de saúde causado pela discriminação e os possíveis impactos que o processo de estigmatização acarreta sobre os serviços de saúde para confeccionarmos uma cartilha educativa.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O termo estigma pode ser definido como marca física ou social de conotação negativa, indelével ou que leva o portador dessa marca a ser marginalizado ou excluído de algumas situações sociais. Ocorre quando se atribuem rótulos e estereótipos negativos a estas pessoas e alguns dos seus comportamentos (RONZANI, ANDRADE, 2006).

Pode-se dizer então, que várias questões imbricadas no uso de drogas têm estado fortemente associadas aos fatores culturais, sociais, políticos e econômicos. Contudo, algo relevante é o quanto essa forma de perceber o uso de drogas e as leis que foram sendo criadas ao longo dos anos gerou algo que se reflete hodiernamente: o estigma com relação àqueles que usam drogas, principalmente ilícitas.

Segundo Goffman (1998), o indivíduo estigmatizado é rotulado com aquele que tem uma característica diferente da que a sociedade prevê, existindo ligação do estigma com a questão do desvio, a sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas, definindo os atributos comuns e naturais para cada uma dessas categorias.

De acordo com Kleinman *et al* (2011), o estigma está atrelado às experiências psicológicas e interpessoais de ser desacreditado e discriminado por causa de uma condição humana particular - principalmente relacionadas às condições de saúde ou doença, sendo isso, uma realidade universal do ser humano e da “qualidade” humana, estudada por cientistas sociais e psiquiatras. Em todo o mundo indivíduos estigmatizados são negligenciados, abusados e marginalizados.

Os estigmatizados e os “desviantes normais” não constituem exceções ou opostos, mas talvez, formem um continuum e que “a manipulação do estigma é uma característica geral da sociedade, um processo que ocorre sempre que há normas de identidade” (GOFFMAN, 1998).

Conforme Monteiro e Villela (2012), as manifestações de estigma e discriminação são resultados da interdependência entre os vários fatores associados tanto ao nível macrossocial, envolvendo relações de poder e dominação, bem como as características individuais do grupo, e sociais que moldam as interações sociais.

O indivíduo estigmatizado, em nossa realidade, passa a sentir-se inferiorizado e/ou limitado em relação aos demais de sua comunidade, ou de fora dela. Sua identidade é reduzida simplesmente

ao seu “defeito”, que “ofusca todas as outras dimensões de sua existência, aptidões e qualidades (FONSECA, 2001).

Na experiência da doença mental, o estigma faz referência à ignorância e à forte incidência de conceitos falsos. A discriminação resultante disso pode ser tão incapacitante quanto a doença em si, pois o estigma diminui a autoestima, impedindo a habilidade para fazer amigos e a possibilidade para arranjar emprego (CORRIGAN, LUNDIN, 2001).

Nos casos mais terríveis de estigma e discriminação as consequências podem acabar sendo muito danosas às pessoas que sofrem ou sofreram tal rótulo, elas podem morrer socialmente e isso levá-las à incapacidade de proteger a própria vida (KLEINMAN *et al*, 2011).

O estigma na doença mental, está no caráter abstrato, subjetivo e invisível desta, que faz com que o sujeito desenvolva uma imagem negativa de si próprio perante a sociedade e acabe aceitando sua morte social.

A partir do momento que o indivíduo internaliza tal rótulo, condicionado pela sociedade que o discrimina, ele descrê em si mesmo e, isso, leva o sujeito a internalizar as marcas negativas de seu estigma, sentindo-se impotente, inútil, incompreendido, levando-o ao autoestima (CORRIGAN, LUNDIN, 2001).

O mais agravante é que o estigma passa a representar o indivíduo: o que fica bastante evidente no portador de transtorno mental, por exemplo, é a sua condição de “louco”, que se torna pública, desta forma, o estigma não permite que a individualidade da pessoa se revele.

A reconstrução do eu, desfeito pelo estigma, perpassa por um longo caminho que precisa ser encarado com todas as forças e ajuda de muitas pessoas, principalmente os familiares e a comunidade local. Todos devem saber o que é o estigma e como se pode combatê-lo, transformar a não pessoa em pessoa completa e repleta de direitos e respeito; devolver a personalidade que lhe foi castrada.

Devido à prevalência de uma perspectiva de psicologia social em estudos sobre este tema, o estigma e o preconceito foram definidos principalmente como atitudes negativas realizadas por alguns em relação ao valor de grupos específicos: minorias raciais e étnicas, pessoas que sofrem de doença mental, pessoas com o HIV, e assim por diante (PARKER, 2012).

Possuir ou internalizar tal marca, muitas vezes imposta pela sociedade, pode levar a uma característica diferente da que estava prevista, que os “normais” são os que não se afastam (negativamente) das expectativas particulares definidas. Como resposta destes aos estigmatizados,

encontram-se discriminações, preconceitos, ideologias que pretendem explicar a inferioridade e o perigo que ela representa, bem como a utilização de termos depreciativos para referir o estigma, tais como aleijado, bastardo, retardado, velho etc.

Conforme Corrigan e Lundin (2001), a perpetuação de atitudes auto-estigmatizantes promove uma fuga social do portador de doença, principalmente doença mental, diante da sociedade, devido ao medo de revelar sua doença, mantendo-a em “segredo”, gerando discriminação e mitos infundados. Isso os leva à incapacidade de viver significativamente, e ao sofrimento psíquico para o sujeito e sua família (MOREIRA, 2002).

Entende-se que o estigma aparece como uma situação em que a pessoa não se encontra habilitada para uma aceitação plena da sociedade; é um atributo que causa uma grande diferença na vida de quem o sofre, com isso assume uma carga pejorativa, que inferioriza, sendo estabelecida a partir de critérios impostos arbitrariamente nas relações sociais cotidianas (GOFFMAN, 1998).

Conquistar reconhecimento perante a sociedade que discrimina o diferente, o socialmente desfavorecido, o homem do campo, a pessoa doente, o deficiente físico e até os iguais não é algo fácil para os estigmatizados; (re)viver socialmente, para não ser sepultado pelo estigma e discriminação. Estas pessoas precisam combater e não aceitar o rótulo que lhe impõem. Criar forças para recuperar a sua personalidade que foi obnubilada pela sociedade que o quis torná-lo uma não pessoa.

Nesse sentido, percebe-se que existe uma aproximação com a visão antropológica sobre o sofrimento social; que pode ser descrito como o resultado de “danos devastadores que a força social impõe na experiência humana” (KLEINMAN, DAS, LOCK, 1977).

Criamos um modelo social do indivíduo e, no processo das nossas vivências, nem sempre é imperceptível a imagem social do indivíduo que criamos; essa imagem pode não corresponder à realidade, mas ao que Goffman (1998) denomina de uma identidade social virtual. Os atributos, nomeados como identidade social real, são, de fato, o que pode demonstrar a que categorias o indivíduo pertence.

Portanto há a necessidade da superação do rótulo “dependentes químicos”, entendendo que essas pessoas são cidadãos que devem ser respeitados em sua integralidade. Aqueles que buscam ajuda para o enfrentamento e tratamento da dependência são esses mesmos cidadãos, sujeitos de direitos, que descobriram que sozinhos, não conseguirão enfrentar o problema.

A qualidade de seu trabalho de orientação estará diretamente relacionada à forma como você e sua comunidade encaram essa situação. É necessário identificar e entender o que acontece em sua comunidade, respeitando as diferenças e as características entre as pessoas e as diferentes culturas.

É sempre importante refletir sobre sua própria maneira de pensar a respeito do uso de crack, álcool e outras drogas, revendo conceitos e buscando informações para conseguir de fato reconhecer, prevenir e encaminhar para tratamento as pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas, mudando sua postura e deixando de lado os preconceitos. Um passo importante é ter conhecimentos provenientes de estudos científico sobre a real situação do consumo de drogas e o que determina esse consumo.

Homem e sociedade estão e estarão sempre interligados, e o único meio de compreender suas ações como sujeito que vive em sociedade, é a partir de sua existência concreta, nunca desvinculada do mundo, da sociedade, da cultura, da história. Ele vivencia o estigma em suas relações, com o outro, com a sociedade e na interseção da relação homem e mundo, e assim constrói socialmente a doença (sickness), aqui vislumbrado, o estigma (MOTTA, 2014).

### 3 MÉTODO

Considera-se que a metodologia de um trabalho ou pesquisa científica esteja sempre adequada ao objeto de estudo, oferecendo elementos teóricos para a análise, além de ser operacionalmente factível.

O produto deste trabalho será um recurso tecnológico, em formato de cartilha que de forma educativa vislumbrará o estigma gerado dentro dos serviços de saúde, buscando esclarecer o que é o estigma como ele acontece e quais danos pode trazer aos usuários de Substância Psicoativa - SPA.

O estudo foi realizado no município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, é a quarta maior capital do país, segundo dados do censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) apresentando um total 2.452.185 habitantes (IBGE, 2010).

Fortaleza possui 1.712 estabelecimentos de saúde, entre privados e públicos, inscritos no cadastro nacional de saúde. A cidade possui 88 Unidades Básicas de Saúde, distribuídas nas seis Secretarias Executivas Regionais (FORTALEZA, 2008).

Até 2004, a cidade de Fortaleza possuía apenas três Centros de Atenção Psicossocial – CAPS Geral e sete Hospitais Psiquiátricos, sendo apenas um público e seis conveniados ao Sistema Único de Saúde – SUS. Em 2005, importantes ações foram realizadas, como a ampliação e recuperação dos CAPS que já existiam e a implantação de novos serviços (ANDRADE, et. al., 2007).

Hodiernamente, o município conta com 14 (catorze) Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, destes seis CAPS GERAL tipo II, seis CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD) e dois CAPS infantil.

Voltados para o atendimento da população que sofre de transtornos mentais e decorrentes do uso abusivo ou de dependência de Substâncias Psicoativas (SPA), os CAPS surgiram como serviços que reforçaram a desinstitucionalização, que está presente na política de saúde mental brasileira desde os anos 1980. O CAPS AD é um dispositivo voltado para o atendimento/acolhimento da população que faz uso abusivo de SPA. Existem em municípios que tenham mais de 100.000 habitantes, funcionando de 08:00 às 18:00 horas (BRASIL, 2003).

O estudo foi realizado na Secretaria Executiva Regional II (SER II), tendo o CAPS AD III desta regional como local para implementação do estudo e pelo fato do pesquisador desenvolver suas atividades laborais neste aparelho e por possuir bom relacionamento com os diversos profissionais que atendem aos pacientes desta circunscrição; optou-se por esta local de estudo.

A SER II é formada por 20 bairros, onde moram 325.058 pessoas. O grande objetivo da Regional II é reduzir os desníveis sociais entre seus bairros. A Regional II abrange a Aldeota, bairro com grande adensamento comercial e de serviços, responsável por importante fatia da arrecadação municipal. Os bairros da SER II são: Aldeota, Cais do Porto, Cidade 2000, Cocó, De Lourdes, Dionísio Torres, Engenheiro Luciano Cavalcante, Guararapes, Joaquim Távora, Manuel Dias Branco, Meireles, Mucuripe, Papicu, Praia de Iracema, Praia do Futuro I e II, Salinas, São João do Tauape, Varjota, Vicente Pinzon (FORTALEZA, 2008).

Essa Regional apresenta alguns contrastes, ao mesmo tempo em que tem bairros com alto nível socioeconômico também convive com características marcantes, de outros bairros, como baixo nível socioeconômico, baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), grandes bolsões de pobreza com nível elevado de miséria, violência, analfabetismo, alcoolismo, drogadição e desemprego.

Teremos como público alvo os profissionais de saúde, principalmente, os familiares e a sociedade, aos quais buscaremos empoderar e reforçar atitudes socializantes, demonstrando que atitudes estigmatizantes causam grandes danos aos usuários de substância psicoativa e prejudicam o seu tratamento.

As informações e observações foram analisadas à luz da literatura para o entendimento e compreensão do assunto em destaque, optou-se pela produção de cartilha educativa por julgar-se como método de boa compreensão, de tecnologia mais adequada para se abordar tal assunto e porque se tem o desejo de alcançar o maior número de pessoas possíveis quando na possibilidade de distribuição de tal tecnologia.

O presente estudo não será submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa, uma vez que não foram utilizados dados relativos a seres humanos ou descrições sobre as situações assistenciais, pois optamos abordar o assunto estigma fazendo leituras direcionadas ao tema e com a preocupação de se produzir material educativo, no caso uma cartilha.

Para realização desse trabalho enfocaremos os princípios da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que incorpora sob a ótica do indivíduo e das coletividades,

referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado.

Ainda de acordo com a resolução supracitada que apresenta de forma explícita, em sua justificativa inicial, deve haver foco no âmbito bioético dos estudos, ao valorizar “o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devida aos participantes das pesquisas envolvendo seres humanos”; “o desenvolvimento e o engajamento ético, inerentes ao desenvolvimento científico e tecnológico”; e que “todo o progresso e seu avanço devem, sempre, respeitar a dignidade, a liberdade e a autonomia do ser humano”.

## 4 RESULTADO E ANÁLISE

O universo do usuário de substância psicoativa se olhado na perspectiva antropológica, não é visto como obstáculo maior à efetividade dos programas e práticas terapêuticas, mas como o contexto onde se enraízam as concepções sobre as doenças, as explicações fornecidas e os comportamentos diante delas.

Procuramos desenvolver importante aparelhagem conceitual e metodológica para o estudo sistemático das maneiras culturais de pensar e de agir associadas à saúde. Ela permite examinar as relações (interações e contradições) entre os modelos de prática, que suportam a organização dos serviços, os programas de prevenção, as intervenções terapêuticas e os modelos culturais dos usuários. A partir daí, obtivemos parâmetros para a reformulação da questão da adequação por meio da cartilha a ser trabalhada nos diferentes momentos de atendimento ao usuário de substância psicoativa.

Observando o contexto no qual a doença está inserida, podemos compreender melhor o seu (re)significado, a sua representação de doença que cada indivíduo apresenta e as diferentes maneiras de lidar com ela. Compreender o sujeito doente é, assim, analisá-lo como participante do contexto sócio-econômico-cultural, vislumbrá-lo holisticamente, por meio da sua história de vida e da percepção da sua experiência vivida diante do que lhe aflige, reflexões que são suscitadas na tecnologia a ser desenvolvida.

Um mecanismo que vislumbra o contexto do usuário de substância psicoativa e que se dá por meio das práticas terapêuticas no território acontece com Consultório de Rua, enquanto dispositivo do campo da saúde, ele vai sendo demarcado. Com esta tecnologia há também a oportunidade da troca de saberes entre os profissionais da área da saúde, na perspectiva da integralidade. A diversidade das intervenções é favorecida ao se considerar o contexto sócio-histórico de cada usuário de substância psicoativa (BRASIL, 2010; MACRAE, 2001).

Devido à relevância do tema abordado, sugere-se que estudos futuros avaliem as práticas dos profissionais de saúde de uma forma mais ampla, a fim de identificar não só a estigmatização do problema de saúde em questão, mas também que sejam observadas as diversas formas de interação e como família e sociedade entendem o processo saúde doença e estigma.

Algumas morbidades são peculiarmente atreladas por significados culturais – que não são diretamente derivados da natureza das condições de saúde, as quais adaptam a maneira como a sociedade responde a seus portadores e influencia as experiências de tais doenças.

Homem e sociedade estão e estarão sempre interligados, e o único meio de compreender suas ações como sujeito que vive em sociedade, é a partir de sua existência concreta, nunca desvinculada do mundo, da sociedade, da cultura, da história. Ele vivencia o estigma em suas relações, com o outro, com a sociedade e na interseção da relação homem e mundo, a interação, a cultura e a sociedade a qual ele pertence dá a tonalidade desta experiência, que passa a ter cores diferentes conforme as nuances da cultura onde ele vive.

A fenomenologia baseada na filosofia de *Merleau-Ponty*, considera o estigma como algo que é compreendido de forma “mundana”, isto é, na interseção do singular com o universal, do individual com o social, na relação de mútua constituição entre o homem e o mundo (MOREIRA, 2004).

Hodiernamente, a crise dos valores chega a ameaçar a vida, a integridade e a dignidade do ser humano, a “produção” do estigma acaba contribuindo para a perpetuação do preconceito fortemente enraizado em nossa sociedade. Deste modo, toda contribuição ética é bem-vinda, uma vez que as discussões que envolvam os problemas éticos passem, necessariamente, pelas vias acadêmicas.

Ressalta-se, também, que, no centro de toda ética, existe o conceito de responsabilidade. Assumir responsabilidades é, de algum modo, realizar corajosamente a ação à que se impõe refletir, levando em conta a situação concreta, em sua singularidade e complexidade, e diversas balizas éticas, segundo sua especificidade (DURAND, 2003).

A filosofia moral kantiana apresenta sólidos fundamentos para a teoria da autonomia da pessoa. Kant (1986) afirma em *Fundamentos da metafísica dos costumes*:

... os seres racionais chamam-se pessoas porque sua natureza os distingue já como fins em si mesmos, isto é, como algo que não pode ser usado meramente como meio, e, portanto, limita neste sentido todo capricho (e é um objeto do respeito) (KANT, 1986 p. 78-79).

Em conformidade com autor acima citado, o princípio supremo da moralidade, é o da autonomia da vontade e, por esta razão, o homem é o ser legislador. O homem é legislador porque é livre com liberdade de autodeterminação e, ao mesmo tempo, é o fim que fundamenta a

vontade. Os princípios de autonomia e beneficência têm uma origem e fundamentação filosóficas das quais é impossível prescindir.

Possuímos um cenário de diversidade de modelos assistenciais, com diversificadas formas de produção de saúde; e é especificamente no cenário dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, que os profissionais de saúde se deparam, inúmeras vezes, com situações conflitantes que exigem decisões e escolhas. Estas deveriam ser balizadas pelos princípios da bioética, mas no entanto, as implicações éticas e os dilemas do atendimento que permeiam a prática, recaem sobre a decisão/escolha, individual do profissional de saúde.

De alguma forma, este pode ser um dos possíveis enunciados do princípio de autonomia em bioética. Tal princípio estabelece que o profissional de saúde respeite as decisões e ações autônomas do paciente referentes ao andamento de sua saúde e tratamento, que busque com ele construir a imunidade contra o estigma que se constrói no per passar dos dias.

O direito à autonomia do paciente, em muitos casos e situações, não é respeitado. O exercício da medicina, ao longo da história, tem sido influenciado por outro princípio, frequentemente corrompido por condutas autoritárias, ignora vontade e decisão do paciente; trata-se do princípio de beneficência. Por isso sinalizamos para a criação de uma tecnologia que favoreça decisões pautadas pela ética, que as decisões sejam partilhadas e assumidas pela equipe que assiste ao paciente.

A temática abordada aponta para uma emergente preocupação em relação ao agir ético, deve-se claramente orientar o empoderamento da tecnologia educativa de forma multiprofissional, e que as condutas e decisões vislumbrem a bioética e seus princípios.

O desafio de desenvolver o material educativo, no caso a cartilha, e nela o olhar da bioética e da ética nos fez compreender e refletir que há uma enorme necessidade de sensibilização dos profissionais, e que esta produção em saúde deve extrapolar a racionalidade e o conteúdo das publicações, e que procuremos, cotidianamente, aplicar tais conhecimentos; para que nosso discurso não enfoque somente a produção em si, mas que compreendamos e pratiquemos a lógica bioética e ética em nosso contexto laboral.

Alinhar nossos estudos e conhecimentos construídos às hodiernas demandas sociais nos ajudará a edificar mudanças que priorizem o ensino da bioética, da ética e do agir sem fazer juízo de valor. Outro aspecto ressaltado nesta tecnologia educativa é o esforço para a superação de

ações isoladas, a fim de que elas se pautem na premissa de um trabalho multiprofissional, já que a parceria é fundamental no enfrentamento de situações complexas e dilemáticas.

Finalmente, sugere-se que cada vez mais outros pesquisadores desenvolvam novos estudos que contextualizem os enfoques do estigma, que tenham preceitos de bioética e da ética no campo das ações de assistência, ensino e pesquisa, mas também se valham do gerenciamento pautado na ética.

É importante conhecer o grau e a qualidade da informação que os usuários dispõem sobre o problema do uso de substância psicoativa, da sua capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las ao seu repertório cotidiano e, também, das possibilidades efetivas de transformar suas práticas. Seria o grau de consciência que os usuários possuem dos possíveis danos decorrentes do uso e a forma como eles percebem o olhar e agir da sociedade e dos profissionais, no entanto, não é o objetivo maior deste trabalho, pois optamos pela confecção de material educativo que viesse facilitar a relação dos profissionais e usuários, não utilizamos quaisquer abordagens a nenhum deles.

Nesse sentido o intuito foi construir um material que orientasse e alertasse sobre o estigma que se esconde nos cantos de parede do CAPS, nas atitudes e olhares da sociedade e dos profissionais, uma vez que ele é velado, mas de alguma forma emerge em determinados momentos e falas das pessoas que dele padecem.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mais que transmitir informações e modelos visando à modificação dos comportamentos de risco, o norte de atuação da tecnologia educativa tem como balizador a prevenção e perpetuação do estigma, de forma a estimular uma resposta social capaz de transformar os aspectos culturais, morais, políticos e econômicos que estão na base dos comportamentos estigmatizantes.

Mesmo quando se admite que possa haver cura do estigma há crença de que “sempre fica alguma coisa por dentro”, marca indelével, a chaga que não cicatriza, a mancha que não some, algo que dificulta sua (re)inserção no grupo social. Ideias ultrapassadas aparecem como que cristalizadas no imaginário popular.

Enfrentar o problema como algo real, tanto para o doente como para aqueles que o cercam, não é tarefa simples como poderia parecer. Em decorrência de preconceitos, surgem cotidianamente entraves, tanto para o doente em assumir e seguir seu tratamento, quanto para os agentes de saúde. Por isso o desejo de divulgar e empoderar a sociedade, usuário e agentes de saúde, para que juntos consigamos fazer cicatrizar a chaga do estigma.

O estigma persiste porque ainda é aceito socialmente, porque ele muitas vezes é praticado e aceitado em nossos meio, tais pessoas são dignas de censura, bem como por representar o estágio último de miséria humana. Nesse sentido persiste, no imaginário social e como forma de relação da sociedade com o doente, o processo de estigmatização.

Ressalta-se, portanto, a necessidade de conhecimento e empoderamento da cartilha educativa por parte dos profissionais, usuários, família e sociedade e quando necessário à capacitação desses profissionais para práticas de tratamento, reabilitação e, sobretudo, de prevenção relacionadas ao estigma vivenciado e sofrido pelos usuários de SPA, e que incluam não só o aprimoramento técnico como também a mudança de crenças e atitudes sobre as pessoas estigmatizadas.

Devido à relevância do tema abordado, sugere-se que estudos futuros avaliem as práticas dos profissionais de saúde de uma forma mais ampla, a fim de identificar como a estigmatização do problema de saúde em questão se associa a tais atividades.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M.; OLIVEIRA, R. F.; BASTOS, E. N. E.; FIALHO, M. B.; COSTA, L. D. Saúde Mental & Cidadania: resposta de Fortaleza. **Saúde em Debate**, v. 40, p. 57-70, jun. 2007.

BERGER, M.; WAGNER, T. H.; BAKER, L. C.). **Internet use and stigmatized illness**. Social Science & Medicine, v. 61, n. 8, p.1821-1827, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **II Chamada para Seleção de Projetos de Consultórios de Rua e Redução de Danos (PCR-II)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466/2012 que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2012.

CARRETEIRO, T. C. **Sofrimentos sociais em debate**. Psicologia USP, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 57-72, 2003.

CORRÊA. F. K.; MAXIMIANO, V. A. Z. (Orgs.). **Capacitação para comunidades terapêuticas – Conhecer para cuidar melhor: Curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2013.

CORRIGAN, P. W.; LUNDIN, R. K. **Don't Call Me Nuts: coping with the stigma of mental illness**. Illinois: Tinley Park, 2001.

DURAND, G. **Introdução geral à bioética: história, conceitos e instrumentos**. São Paulo: Loyola; 2003.

ESCOHOTADO, A. **Las drogas: de los Orígenes a la prohibicion**. Madri: Alianza, 1998.

FONSECA, E. P. A. **Faces da identidade afro-brasileira: um estudo do estigma e preconceito religiosos**. Cadernos de Estudos Sociais, Recife, v. 17, n. 1, p. 87- 108, 2001.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde de Fortaleza: 2006-2009**. Fortaleza, 2008.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1998.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 20 mar. 2014.

KANT, I. **Fundamentação da metafísica dos costumes**. Editora: Edições 70, Lisboa, 1986, 119p.

KLEINMAN, A.; DAS, V.; LOCK, M. **Social suffering**. Berkeley: University of California Press, 1997.

KLEINMAN, A.; YAN, Y; JUN, J.; LEE, S.; ZHANG, E.; TIANSHU, P.; FEI, W.; JINHUA, G. **Deep China: the moral life of the person, what anthropology and psychiatry tell us about china today**. California: University California, 2011.

MACRAE, E. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: **Dependência de drogas**. SEIBEL, S. D.; TOSCANO JR., A. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 25-34.

MONTEIRO, S.; VILLELA, W. V. **Forum on stigma, discrimination, and health: policies and research challenges**. Introduction. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1,

jan. 2012. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000100016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000100016&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 09 jan. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100016>.

MOREIRA, V. Psicopatologia Crítica. IN: MOREIRA, V.; SLOAN, T. (Orgs.), **Personalidade, ideologia e psicopatologia crítica** (pp. 109-246). São Paulo: Escuta, 2002.

\_\_\_\_\_. **O método fenomenológico de Merleau-Ponty com ferramenta crítica na pesquisa em psicopatologia**. Psicologia: reflexão e crítica, v. 17, n. 3, p. 447-456, 2004.

MOTTA, M. A. **O mundo moral local dos usuários de crack em situação de rua: construção sociocultural da doença mental**. 2014. 72 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Fortaleza – UNIFOR, Fortaleza, Ceará.

PALM, J. **Moral concerns – Treatment staff and user perspectives on alcohol and drug problems**. Doctor's degree thesis, University of Stockholm, Stockholm, 2006.

PARKER, R. **Stigma, prejudice and discrimination in global public health**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, Jan. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000100017&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 11 mar. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100017>.

PELUSO, E. T. P.; BLAY, S. L. **Public perception of alcohol dependence**. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 30, n.1, p. 19-24, 2008.

RONZANI, T. M.; ANDRADE T. A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento. In Senad (Org.), **Sistema para detecção de uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas**. (pp. 25-32). Brasília, DF: Senad, 2006.

RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F.; HIGGINS-BIDDLE, J. **Stigmatization of alcohol and other drug users by primary care providers in Southeast Brazil**. Social Science & Medicine, v. 69, n. 7, p. 1080-1084, 2009.