

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**AUTOIMAGEM, REPERCUSSÕES SOCIAIS E  
PONTOS DE APOIO PARA USUÁRIOS DE  
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Valquíria Toledo Souto**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2015**

**AUTOIMAGEM, REPERCUSSÕES SOCIAIS E PONTOS DE APOIO  
PARA USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

**Valquíria Toledo Souto**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) como requisito para obtenção do título de **Mestra em Enfermagem**.

**Orientadora: Profa. Dra. Marlene Gomes Terra**

**Co-orientadora: Profa. Dra. Sadjá Cristina Tassinari de Souza Mostardeiro**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2015**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Toledo Souto, Valquíria  
AUTOIMAGEM, REPERCUSSÕES SOCIAIS E PONTOS DE APOIO  
PARA USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS / Valquíria  
Toledo Souto.-2015.  
97 p. ; 30cm

Orientadora: Marlene Gomes Terra  
Coorientadora: Sadjá Cristina Tassinari de Souza  
Mostardeiro  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem, RS, 2015

1. Saúde mental 2. Imagem corporal 3. Usuários de  
drogas 4. Problemas sociais 5. Enfermagem I. Gomes  
Terra, Marlene II. Tassinari de Souza Mostardeiro, Sadjá  
Cristina III. Título.

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Mestrado em Enfermagem**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de Mestrado:**

**AUTOIMAGEM, REPERCUSSÕES SOCIAIS E PONTOS DE APOIO  
PARA USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

elaborada por  
**Valquíria Toledo Souto**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Mestra em Enfermagem**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

---

**Marlene Gomes Terra, Dra.**  
(Presidente/Orientadora)

---

**Sadja Cristina Tassinari de Souza Mostardeiro, Dra.**  
(Co-orientadora)

---

**Adriane Rubio Roso**  
(Doutora em Psicologia. UFSM)

---

**Carmem Lúcia Colomé Beck**  
(Doutora em Enfermagem. UFSM)

---

**Maria Denise Schimith**  
(Doutora em Enfermagem. UFSM)

Santa Maria, 24 de abril de 2015.

## **DEDICATÓRIA**

*Dedico este trabalho aos usuários do CAPS AD pela oportunidade de compartilharmos momentos de aprendizagem e me inspirarem desejo de superação a cada dia.*

## AGRADECIMENTOS

À **Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)**, em especial ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGenf)**, pelas oportunidades de crescimento acadêmico, acolhendo-me durante a Graduação e o Mestrado.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pelo apoio à minha pesquisa por meio de concessão da bolsa de mestrado.

**Aos membros da minha banca**, Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Adriane Roso, Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Carmem Lúcia Colomé Beck, Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Denise Schimith, pela disponibilidade e empenho em participar e contribuir com este estudo.

À **minha orientadora**, Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Marlene Gomes Terra, por ter me acolhido afetuosamente desde a graduação, e proporcionar momentos de muito aprendizado. Por perceber os momentos de angústias, me ouvir com carinho, amizade e acreditar nas minhas potencialidades.

À **minha coorientadora**, Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Sadja Cristina Tassinari de Souza Mostardeiro, de quem senti muita falta devido seu afastamento, mas de quem lembro sempre com muito carinho e admiração.

Às **demais professoras do Departamento de Enfermagem**, em especial à Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> **Janice Sarubbi de Moraes** pela amizade, e pelos ensinamentos compartilhados que extrapolam o mundo acadêmico.

**Ao Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade - PEFAS** pelos momentos de conhecimento compartilhado e qualificação da minha formação. Em especial às amigas **Keity, Mariane, Daiana, Joze, Cristiane (Tóia), e Raíssa** pelo carinho, parceria, cumplicidade e apoio durante toda a minha trajetória na graduação e pós-graduação.

**Aos profissionais do CAPS AD**, por acreditarem na proposta do estudo e viabilizarem a sua realização naquele serviço, em especial a Enfermeira **Lúcia** pelo acolhimento carinhoso e colaboração em um momento importante.

**Ao Douglas**, meu namorado, pelo companheirismo, amor, compreensão em todos os momentos. Por estar ao meu lado me motivando, ajudando, confortando nos momentos difíceis e apoiando meus sonhos.

**Aos meus familiares e amigos** que estiveram por perto nos bons e nos difíceis momentos, revitalizando energias, oferecendo palavras de estímulo. Todos foram fundamentais para a conclusão desta caminhada.

**MUITO OBRIGADA!**

## RESUMO

Dissertação de Mestrado  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Universidade Federal de Santa Maria

### **AUTOIMAGEM, REPERCUSSÕES SOCIAIS E PONTOS DE APOIO PARA USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS**

AUTORA: ENFA. MDA. VALQUÍRIA TOLEDO SOUTO  
ORIENTADORA: PROFA. DRA. MARLENE GOMES TERRA  
CO-ORIENTADORA: PROFA. DRA. SADJA CRISTINA DE SOUZA MOSTARDEIRO  
Data e Local da Defesa: Santa Maria, 24 de abril de 2015.

O presente estudo objetivou conhecer como os sujeitos que fazem uso de substâncias psicoativas percebem a sua imagem corporal e analisar as repercussões sociais e os pontos de apoio identificados pelos sujeitos que fazem uso de substâncias psicoativas. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, desenvolvida por meio da utilização de metodologia problematizadora, com a aplicação do Arco de Charles Maguerez. Participaram da pesquisa 16 sujeitos que estavam em tratamento em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), de um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. A produção dos dados da pesquisa ocorreu entre os meses de abril a junho de 2014, por meio da realização de cinco “encontros reflexivos”. A análise dos dados ocorreu em três fases: coleta e organização; codificação; e, identificação dos temas emergentes. Por se tratar de pesquisa com seres humanos, os aspectos éticos foram respeitados conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Como resultados, foram identificados três temas emergentes: o uso de substâncias psicoativas e os reflexos sobre a autoimagem; as repercussões sociais que envolvem estar um usuário de substâncias psicoativas; e, os pontos de apoio potencializadores de mudanças. Conclui-se que a autoimagem construída por esses sujeitos sofre influências de uma vida atravessada pelas experiências de uso de substâncias psicoativas, repercutindo em sentimentos de autodesvalia, problemas com a autoestima e autocuidado. Vivenciam um contexto social repleto de preconceito, são rotulados, estigmatizados, de tal forma que passaram a adotar os estereótipos negativos a si próprios. Demonstaram atitude desesperançosa frente a possíveis mudanças nesse cenário de discriminação e exclusão. Apesar disso, encontram apoio para continuar o tratamento e encarar os problemas do cotidiano no CAPS AD, na família e na fé. Nesse sentido, reitera-se a importância de implantação/manutenção de espaços para desmitificar certas concepções que ampliam a estigmatização social desses sujeitos, e incentivar que os usuários ocupem os espaços de participação social na luta por políticas e práticas que ampliem/garantam sua condição de cidadania.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Saúde mental. Imagem corporal. Usuários de drogas. Problemas sociais.

## **ABSTRACT**

Master Dissertation  
Postgraduate Program in Nursing  
Federal University of Santa Maria

### **SELF-IMAGE, SOCIAL EFFECTS AND SUPPORT POINTS FOR USERS OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES**

AUTHOR: Enfa. Mda. Valquíria Toledo Souto  
ADVISOR: Profa. Dra. Marlene Gomes Terra  
CO-ADVISOR: Profa. Dra. Sadjá Cristina Tassinari de Souza Mostardeiro  
Place and Date of Defense: Santa Maria, April 24, 2015.

The present study aimed to know how the guys who use psychoactive substances perceive their body image and analyze the social impact and the support points identified by the subjects that make use of psychoactive substances. It is an exploratory and descriptive research, with qualitative approach, developed by the use of problematizing methodology, with the application of the Arc by Charles Maguerez. 16 subjects participated in the research, who were under treatment in a Center of Psycho and Social Attention Alcohol and Drugs (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), from a municipality of the countryside of the state of Rio Grande do Sul, Brazil. The production of the data research occurred between the months of April and June, 2014, through the performance of five “reflexive meetings”. The analysis of the data occurred in three phases: collection and organization; codification; and, identification of the emerging themes. Because it is a research with human beings, the ethical aspects were respected according to Resolution 466/12 of the National Council of Health. As results, we identified three emerging themes: the use of psychoactive substances and the reflexes about the self-image; the social echoes that evolve to be a user of psychoactive substances; and the points of support that potentialize the changes. We concluded that the self-image constructed by these subjects suffer influences of a life crossed by the experiences of use of psychoactive, echoing in feelings of not valuing themselves, problems with the self-esteem and self-care. They experience a social context full of prejudice, they are tagged, stigmatized, in such a way that they started to adopt the negative stereotypes for themselves. They demonstrate a hopeless attitude in front of possible changes in this scenario of discrimination and exclusion. Nevertheless, they find support to continue the treatment and to face the problems of the routine in CAPS AD, in the family and in faith. In this sense, we reiterate the importance of implantation/maintenance of spaces to demystify certain conceptions that amplify the social stigmatization of these subjects, and encourage that the users occupy the spaces of social participation in the fight for policies and practices that expand/ensure their condition of citizenship.

**Keywords:** Nursing. Mental health. Body image. Drug users. Social problems.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1</b> - Esquema do Arco da Problematização de Charles Maguerez.....	31
<b>Figura 2</b> - Convite para participação na pesquisa.....	35
<b>Figura 3</b> - Painel “Despertar para a vida” construído pelos participantes do 2º encontro reflexivo.....	49
<b>Figura 4</b> - Síntese do processo reflexivo a partir das etapas do Arco da Problematização...	55

## LISTA DE ANEXOS

<b>Anexo A</b> - Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFSM.....	89
<b>Anexo B</b> - Declaração Universal dos Direitos Humanos.....	90
<b>Anexo C</b> - A lição da Águia.....	94

## LISTA DE APÊNDICES

<b>Apêndice A</b> - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	96
<b>Apêndice B</b> - Termo de Confidencialidade.....	98

## SUMÁRIO

<b>1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	12
<b>1.1 Contextualização da temática e a problemática do estudo</b> .....	12
<b>1.2 Justificativa do estudo</b> .....	14
<b>1.3 Objetivos do estudo</b> .....	16
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	17
<b>2.1 O corpo e a imagem corporal</b> .....	17
<b>2.2 As substâncias psicoativas no cenário atual: usos, usuários e seus contextos</b> .....	19
<b>2.3 A produção do cuidado ao sujeito faz uso de substâncias psicoativas na perspectiva da atenção psicossocial</b> .....	21
<b>2.4 Tendências na abordagem da imagem corporal nos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem do Brasil</b> .....	23
<b>3 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	29
<b>3.1 Tipo de pesquisa</b> .....	29
<b>3.1.1 A problematização com o Arco de Charles Maguerez</b> .....	30
<b>3.2 Cenário da pesquisa</b> .....	32
<b>3.2.1 Aproximação e ambientação com o cenário da pesquisa</b> .....	33
<b>3.3 Participantes da pesquisa</b> .....	35
<b>3.4 A produção e análise dos dados</b> .....	36
<b>3.5 Aspectos éticos da pesquisa</b> .....	39
<b>4 DESCREVENDO O PROCESSO REFLEXIVO</b> .....	42
<b>4.1 Primeiro encontro reflexivo: a realidade refletida no espelho</b> .....	43
<b>4.2 Segundo encontro reflexivo: caminhando para o despertar</b> .....	46
<b>4.3 Terceiro encontro reflexivo: construindo correntes</b> .....	49
<b>4.4 Quarto encontro reflexivo: (des)igualdade de direitos</b> .....	51
<b>4.5 Quinto encontro reflexivo: aprendendo a voar</b> .....	53
<b>5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS TEMAS EMERGENTES</b> .....	56
<b>5.1 O uso de substâncias psicoativas e os reflexos sobre a autoimagem</b> .....	57
<b>5.2 Repercussões sociais que envolvem estar um usuário de substâncias psicoativas</b> .....	63
<b>5.3 Os pontos de apoio potencializadores de mudanças</b> .....	68
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	75
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	79
<b>ANEXOS</b> .....	88
<b>APÊNDICES</b> .....	95

# 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

## 1.1 Contextualização da temática e a problemática do estudo

A autoimagem corporal pode ser entendida como “a figuração de nosso corpo formada em nossa mente”, ou seja, a forma pela qual o nosso corpo se apresenta para nós. Estamos sempre construindo um modelo de nós mesmos que se modifica constantemente, pois somos, necessariamente, um corpo entre corpos (SCHILDER, 2000, p.7).

A nossa imagem corporal é elaborada de acordo com nossas experiências, edificadas desde o nascimento, por meio das ações e atitudes dos outros, sejam por palavras ou atos, dirigidos ao nosso corpo. Uma imagem corporal sempre é, de alguma forma, um somatório das imagens corporais da sociedade, construída em consonância com nossas relações mais próximas (SCHILDER, 2000).

O espaço social tende a construir corpos submetidos a regras multideterminadas. Em todas as sociedades o poder está intimamente ligado ao corpo, e sobre ele se estabelecem obrigações, limitações, e proibições (FOCAULT, 2008). No mundo contemporâneo, vivemos em uma sociedade de consumo com ênfase nos valores da instantaneidade, em que a valorização social atribuída ao corpo tem ganhado destaque, já que o capitalismo tem no corpo o seu maior consumidor. Esses são considerados condicionamentos e condicionantes sociais que levam os sujeitos à adoção de hábitos e costumes, muitas vezes para satisfazer a necessidade de pertencimento, inclusão e aceitação, relativas à própria questão da sobrevivência em sociedade (MARQUES, 2012).

Dentre as consequências marcantes desse modo de produção está o impacto na vida cotidiana, ao gerar um grande esvaziamento do desejo de ser das pessoas que, por vezes, respondem às exigências desse contexto sociocultural com a dependência de substâncias psicoativas (BRASIL, 2014). As drogas, ou substâncias psicoativas, assim denominadas pela sua capacidade de produzirem alteração no Sistema Nervoso Central, passaram a ocupar um papel preponderante no imaginário social.

Atualmente, o fenômeno do uso de drogas assumiu diferentes concepções, passando de uma visão jurídico-moral que as considera o “grande mal” da sociedade que deve ser reprimido e o usuário culpabilizado, a uma visão biomédica que desconsidera a multidimensionalidade do fenômeno ao considerá-la apenas uma doença. Ambas as

concepções, de certa forma reducionistas, estão misturadas no senso comum constituindo a forma cotidiana da sociedade lidar com a questão do uso de drogas (BRASIL, 2014).

Essas concepções, que desconsideram a complexidade do problema, instigam a classificação desses usuários ora como delinquentes, ora como doentes crônicos, o que tem lhes tornado histórica e culturalmente sujeitos excluídos e estigmatizados que, por vezes, vivenciam situações de desqualificações, repreensões, constrangimentos, humilhações, agressões ao corpo físico-psíquico e à imagem que deles se construiu: de “drogado”, “infrator”, “perigoso” (NUNES; TORRENTÉ, 2009).

Assim, disseminam-se os estereótipos, como uma construção sociocultural que segrega e gera sofrimento. Situação que remete os corpos a serem “vitimizados por políticas de saberes/poderes que nos identificam, classificam, recalcam, estigmatizam, enfim, formam e deformam as imagens que temos de nós mesmos e dos outros” (RUSSO, 2005, p. 83).

Ao sujeito que faz uso de substâncias psicoativas, há outras formas de perceber a sua imagem? Como viabilizar a construção de novos significados que deem um sentido a vida desses sujeitos alterando a representação que fazem de si mesmo a fim de poderem se descrever com maior autoestima e menos sofrimento? Essas inquietações nos motivaram a querer ativar espaços para discutir como os usuários de substâncias psicoativas vivenciam esse lugar de exclusão e quais as influências para a construção de suas autoimagens.

Hoje, o que se percebe é que o preconceito e a exclusão social podem contribuir para afastar os usuários dos serviços de saúde e dos espaços de participação social e política. Acreditamos que ainda hoje não há lugares suficientes de discussões para entender quem é esse sujeito que desenvolve uma relação autodestrutiva com as drogas, que subjetividades esses rótulos associados a eles ocultam, quais são as suas angústias e potencialidades.

Para a realização desse estudo, o olhar foi orientado concebendo a imagem corporal como uma construção que é produzida na história de vida dos sujeitos e que, por essa construção, aqueles que fazem uso abusivo de substâncias psicoativas encontram-se oprimidos, necessitando lançarem-se a um ato de ressignificação de sua própria imagem. A dialogicidade proposta neste estudo, sustentada em uma metodologia problematizadora, buscou possibilitar aos sujeitos um agir reflexivamente, e a capacidade de aprenderem, não para adaptarem-se à imagem que se formou na sociedade, mas, sobretudo, para transformarem essa realidade (FREIRE, 2005).

Nos últimos anos, às discussões sobre a relação corpo-ser e humano-sociedade tornaram-se primordiais àqueles que, de alguma forma, trabalham com o corpo em diversos espaços, como os profissionais que atuam em serviços de saúde. Se fazem necessárias

investigações que explorem as significações, representações e valores atribuídos ao corpo nos distintos grupos sociais, assim como as mudanças das atitudes frente ao corpo em certas enfermidades (CANESQUI, 2011).

A importância dos profissionais de saúde compreenderem o significado que a imagem corporal tem para os sujeitos está na possibilidade de perceberem as influências e o impacto que esta pode causar nas ações de cuidado (MOSTARDEIRO; PEDRO, 2010). Assim, procurando conhecer e promover reflexões acerca da autoimagem construída pelos sujeitos usuários de substâncias psicoativas, este estudo foi guiado no sentido de não estabelecer propostas fechadas, mas sim de conhecer a realidade dos sujeitos e, por meio de um processo coletivo de reflexões, visualizarmos possibilidades de transformações. Para tanto, elencamos como **questões norteadoras de pesquisa:** como os sujeitos que fazem uso de substâncias psicoativas percebem a sua imagem corporal? E o que essa percepção engendra em seus cotidianos?

## 1.2 Justificativa do estudo

A questão norteadora dessa pesquisa derivou de experiências pessoais e acadêmicas que começaram a ser instigadas no início do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), quando éramos estimulados a olhar para o corpo como um espaço expressivo. Naquele período, exercia atividades extracurriculares como bolsista assistencial na Unidade de Internação Psiquiátrica, do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Este foi um cenário que propiciou contato com pacientes com transtornos mentais, assim como, com o mundo do sujeito que convive com estigmas. Daí a percepção de que os corpos estão velados pela lógica assistencial de saúde vigente. O corpo do outro, enquanto objeto de trabalho dos profissionais de saúde, é fragmentado, exposto, muitas vezes desrespeitando a autonomia e privacidade do sujeito, e não é visto/percebido em suas necessidades reais.

Ainda dentro da academia, tive a oportunidade de realizar atividades como bolsista de iniciação científica em um projeto vinculado ao Programa de Auxílio à Pesquisa ao Recém-doutor, intitulado “O cuidado em situações de alteração da imagem facial: percepções dos cuidadores da enfermagem”<sup>1</sup>, no segundo semestre do ano de 2012, que me possibilitou continuar as reflexões e discussões sobre questões relativas ao corpo e imagem corporal.

---

<sup>1</sup>Projeto de Pesquisa com Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CAAE 0396.0.243.000-11, coordenado pela Enf<sup>a</sup> Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sadjá Cristina Tassinari de Souza Mostardeiro.

Ao mesmo tempo, e como motivadora maior para a investigação desse objeto de pesquisa, participei como monitora e participante dos cursos oferecidos pelo Centro Regional de Referência de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas da UFSM, onde pude acompanhar as discussões mais focalizadas na área da dependência química propostas durante os cursos, sempre mediadas por metodologias ativas. Em cada um deles, os debates foram impregnados de diferentes concepções, conceitos e construções acerca da imagem do sujeito que faz uso de substâncias psicoativas.

Além disso, atribuo à minha participação no Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS), que tem como sublinhas de pesquisa: as Políticas e práticas de cuidado na saúde mental e dependência química das pessoas, famílias e sociedade; e, Tendências emancipatórias no contexto da educação em saúde e do ensino da enfermagem que fomentaram as inquietações desencadeadoras dessa pesquisa.

Para dar sustentação a necessidade de realizar o presente estudo de campo, realizamos previamente um estudo de revisão narrativa, de caráter bibliográfico, com busca em bases de dados nacionais e internacionais, que permitiu evidenciar que a temática da imagem corporal não é algo novo em investigações científicas. Esta vem aparecendo nas publicações de diferentes áreas do conhecimento, principalmente na psicologia, ciências sociais, antropologia, educação física, comunicação, medicina (psiquiatria) e enfermagem.

Nos estudos da área da enfermagem tem-se abordado: a convivência com a alteração da imagem corporal (MOSTARDEIRO; PEDRO, 2010; ZOTTIS; LABRONICI, 2002); a insatisfação com a autoimagem (OLIVEIRA et al., 2010; MARTINS; CARVALHO, 2008; REPETTO; SOUZA, 1999); modelos de atenção/adaptação a imagem alterada (SOUSA et al., 2008; NEWELL, 1991,2002; PRICE, 1990); a imagem cultural e as manifestações corpóreas do enfermeiro (COLPO; CAMARGO; MATTOS, 2006; PROCHNOW; LEITE; TREVIZAN, 2006; NASCIMENTO et al., 2005) entre outras temáticas. Em sua maioria, os estudos encontrados apresentavam abordagem qualitativa e, como resultados, expunham a relevância da imagem corporal como dimensão a ser explorada, tendo em vista a compreensão da dinâmica das relações dos sujeitos entre si e com o mundo. Destaca-se nestes estudos a ausência de pesquisas que abordassem a questão da imagem corporal com os sujeitos que fazem uso de drogas, apesar da evidente importância já enunciada.

Por todo o exposto, diante da lacuna desse aspecto do conhecimento e da possibilidade de contribuir para o processo de conscientização, tanto dos participantes, quanto dos profissionais de saúde, no que se refere à reflexão sobre a imagem corporal e influências no cuidado de si e do outro, bem como para subsidiar possíveis discussões na construção da

assistência na rede de atenção, está o alicerce em que se justifica a realização da presente pesquisa.

### **1.3 Objetivos do estudo**

Foram traçados os seguintes objetivos para esta pesquisa:

- conhecer como os sujeitos que fazem uso de substâncias psicoativas percebem a sua imagem corporal.
- analisar as repercussões sociais e os pontos de apoio identificados pelos sujeitos que fazem uso de substâncias psicoativas.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

Neste capítulo apresentamos alguns conceitos acerca da temática explorada, com uma contextualização histórica sobre o corpo, a imagem corporal, o cenário que permeia o uso de substâncias psicoativas na atualidade e perspectivas de produção do cuidado. Ainda, são apresentadas as tendências na abordagem da imagem corporal em teses e dissertações produzidas no Brasil.

### **2.1 O corpo e a imagem corporal**

Por sua perfeição e complexidade o corpo sempre foi objeto de curiosidade, o que fez com que diferentes áreas do conhecimento em determinado período da história o tornassem objeto de estudo. Na idade média, era percebido como centro dos acontecimentos, tendo uma idolatria divina sobre ele e uma conseqüente separação do corpo profano e sagrado. A moral cristã inibia qualquer tipo de prática direcionada para o culto ao corpo, pois o mesmo poderia tornar a alma, sagrada, em impura (CASSIMIRO et al., 2012).

Na Renascença, o significado do corpo passa a ter base científica, indicando um dualismo entre corpo-mente. O corpo foi descrito por Platão como o cárcere da alma. Posteriormente, Descartes relacionou a constituição do homem em duas substâncias: uma pensante - a alma, e outra material - o corpo, visto como objeto para carregar a alma pensante (GONÇALVES; AZEVEDO, 2007).

Já na idade moderna essa separação corpo-mente surgiu com a desestruturação do poder da igreja católica, proporcionando uma reorientação na forma de pensar o homem e sua relação com o corpo. Esta visão moderna, a qual investiu a sociedade capitalista, traz em si um modelo de corpo-máquina, socialmente oprimido e manipulável, visto do prisma do ganho econômico a qualquer custo (FOUCAULT, 1986, p. 80).

Atualmente, um dualismo contemporâneo aliado ao avanço tecnológico vem separando o homem de seu próprio corpo que é transformado em um objeto a ser moldado e modificado, conforme os padrões do momento. Desse modo, o corpo tornou-se “um fator de individualização”, no qual são feitas modificações no intuito de corrigir as imperfeições e ser mais bem aceito socialmente (DURKHEIM, 1995).

Na atualidade, a relação do indivíduo com o seu corpo se dá sob a égide do domínio de si. O homem contemporâneo é convidado a construir o corpo, a conservar sua forma, a

modelar sua aparência, a ocultar o envelhecimento ou a fragilidade e a manter sua saúde potencial (LE BRETON, 2003). O corpo é consagrado como emblema de si mesmo, onde o próprio sujeito é o mestre-de-obras que decide a orientação de sua existência. Pesquisas oriundas das ciências biomédicas têm buscado projetar o corpo perfeito para uma saúde perfeita, cabendo à ciência a eterna busca por esse ideal que parece se transformar num novo “ideal” para a felicidade humana. Cuidar do corpo visando a melhor aparência a ser projetada em público, vai se tornando, gradualmente, uma necessidade para as pessoas. Essa necessidade é acompanhada pelo crescimento de conhecimentos relativos ao corpo nas áreas da estética, saúde e educação, de técnicas e objetos que lhes correspondem (AZEVEDO, 2005, p. 27).

Quanto a noção de imagem corporal, propriamente dita, esta surgiu com o neurologista e psiquiatra Paul Schilder, que sugeriu a sua compreensão a partir de três estruturas corporais: a fisiológica, responsável pelas organizações anatomofisiológicas; a libidinal, conjunto das experiências emocionais vividas nos relacionamentos humanos; e a estrutura sociológica, baseada nas relações pessoais e na aprendizagem de valores culturais e sociais (SCHILDER, 2000).

Para o autor supracitado, a imagem corporal é um fenômeno multifacetado. Em suas investigações, ele analisou a imagem corporal considerando os aspectos do corpo orgânico, mas também da psicanálise e da sociologia. A partir de suas concepções, este estudioso indica que, para além de uma construção cognitiva, a imagem corporal é também uma reflexão dos desejos, atitudes emocionais e interação com os outros (SCHILDER, 2000).

Nesse sentido, entende-se o conceito de imagem corporal como algo que transcende ao próprio corpo, considerando as condições de subjetividade criadas a partir de diversas influências, incluindo o próprio corpo, sua noção de esquema corporal e sua relação com determinada situação ou contexto (BITTENCOURT et al., 2009). O conceito de esquema corporal é originário da neurologia, e foi utilizado pela primeira vez, em 1911, por Henry Head, do London Hospital. Ele foi o primeiro a construir uma teoria afirmando que cada indivíduo constrói o modelo ou figura de si mesmo que, constitui um padrão contra o julgamento da postura e dos movimentos corporais (BARROS, 2005).

O conceito de Schilder amplia o proposto por Henry Head, pois sugere, ainda, que a experiência com a imagem do próprio corpo relaciona-se à experiência de terceiros com seus corpos. Seguindo essa linha de pensamento, da imagem multifacetada, outros pesquisadores passaram a conceber a imagem como resultante das relações dos sujeitos com o mundo,

abrangendo sua dimensão de corpo físico, psíquico e social (FROIS; MOREIRA; STENGEL, 2011).

Acreditamos que o conceito de imagem corporal foi um valioso horizonte teórico para balizar este estudo. Partindo-se da concepção de que, na sociedade atual, há uma busca desenfreada para atender aos anseios estereotipados de corpo, a dimensão sociológica ganha centralidade na configuração da imagem corporal. Trata-se de um dos fenômenos mais impressionantes na sociedade, em que a criação de estereótipos sofre grande influência dos meios de comunicação, que vendem imagens de corpos “perfeitos”, associando-os com a ideia de que, quem os possui, será valorizado socialmente e, aos desviantes, cabe a invisibilidade.

As imagens e representações que os sujeitos constroem, acerca uns dos outros, influenciam em seu relacionamento interpessoal, podendo facilitar uma aproximação ou desencadear afastamento, este ocorrendo nos casos em que a imagem construída não é compatível com o que, para eles, é visto como aceitável (GOETZ et al., 2008). Atualmente, configurou-se um cenário em que a aparência passou a valer socialmente como se fosse a apresentação moral, pessoas brancas e bem vestidas são de “boa índole”, e a elas não é atribuído nenhum tipo de preconceito ou crime, já as de traços contrários a esse modelo, estabelecido socialmente, seriam vistas como de “má índole” ou perigosas (GONÇALVES; AZEVEDO, 2007). Nesse sentido, as construções sociais do que é belo ou feio, certo ou errado, admirável ou passível de estigmatização, regulam as relações das pessoas com o mundo.

A imagem expõe os sujeitos a um olhar apreciativo do outro e, principalmente, os coloca na tabela do preconceito que o fixam de antemão numa categoria social ou moral, conforme o aspecto ou detalhe da vestimenta e conforme a forma do rosto ou do corpo. Os estereótipos fixam-se com predileção sobre as aparências físicas e as transformam naturalmente em estigmas, em marcas fatais de imperfeição moral ou de pertencimento a determinado grupo social (LE BRETON, 2006).

## **2.2 As substâncias psicoativas no cenário atual: usos, usuários e seus contextos**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), substância psicoativa, ou droga, é qualquer substância não produzida pelo organismo que possui capacidade de agir sobre um ou mais de seus sistemas, causando alterações em seu funcionamento. Entre essas substâncias inclui-se o álcool, tabaco, opioides (morfina, heroína e outras substâncias sintéticas), os canabinoides (maconha), sedativos (barbitúricos, benzodiazepínicos),

alucinógenos, solventes voláteis, cocaína (em pó, pasta ou base, nesta última denominada de crack), e outros estimulantes (BRASIL, 2014).

Por uso de drogas entende-se a autoadministração de qualquer quantidade de substância psicoativa. Já o abuso diz respeito a um padrão desajustado de uso, indicado pela sua continuação apesar do reconhecimento da existência de um problema social, ocupacional, psicológico ou físico, persistente ou recorrente. Quanto ao uso nocivo refere-se a um padrão de consumo de qualquer substância psicoativa que cause dano para a saúde (físico ou mental). (BRASIL, 2014).

Já a dependência de substâncias psicoativas é uma doença que aglomera diversas disciplinas do conhecimento científico para a sua compreensão, sendo considerada um fenômeno complexo e plurideterminado. A perspectiva transdisciplinar refere-se a uma leitura de múltiplas dimensões necessárias ao conhecimento e à abordagem desse fenômeno, buscando definir a diversidade de situações sem perder de vista a sua globalidade e a singularidade de suas manifestações em cada sujeito que se apresenta (ou é apresentado) como dependente (BRASIL, 2014). Cabe a concepção de dependência como um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e psicológicos que indicam que uma pessoa tem o controle do uso de substância psicoativa prejudicado, e persiste nesse uso a despeito de consequências adversas (BRASIL, 2006).

As substâncias psicoativas, do ponto de vista legal, podem ser classificadas em: lícitas (aquelas legalmente comercializadas) e ilícitas (com comercialização proibida por lei) (BRASIL, 2014). Estatísticas apresentadas pela SENAD, sobre o consumo de drogas no Brasil, revelaram que 12,3% das pessoas com idades entre 12 e 65 anos são dependentes de álcool, sendo este destaque entre as drogas lícitas. Ainda, em pesquisa realizada nas 108 maiores cidades do país, evidenciou que 74,6% da população já utilizou álcool pelo menos uma vez na vida (uso na vida). Para as drogas ilícitas esses índices foram de 8,8% para maconha, 2,9% para cocaína, e 0,7% para o crack (CARLINI et al., 2006).

Sabe-se que as políticas públicas sobre drogas, embora apresentem avanços significativos ao longo dos anos, ainda são incipientes. Hoje já se compreende o uso/abuso de drogas como um problema de saúde pública e não apenas relacionado ao âmbito da segurança pública e justiça. Já se discute uma abordagem dos sujeitos de forma mais ampliada, com atividades de prevenção ao uso indevido, atenção à saúde e reinserção social. Contudo, a concepção de enfrentamento ao consumo de drogas impregnado na sociedade brasileira ainda está relacionada a posturas repressoras, de violência e marginalização (SANTOS; OLIVEIRA, 2012).

Nesse cenário, observa-se uma tendência de que estas posturas de repressão se destaquem quando se trata do enfrentamento ao consumo de drogas ilícitas, como o crack e outras formas similares de cocaína fumada (*merla* e *oxi*). Nota-se um esforço para a formulação de programas de atenção direcionados aos sujeitos que fazem uso dessas drogas, embora se saiba que o consumo das drogas lícitas, como o tabaco e o álcool é considerado um dos problemas médico-sociais mais graves da sociedade moderna (VARGAS; LUIS, 2008).

No cenário atual, vê-se a “sociedade do espetáculo”, com a veiculação na mídia de situações de violência de toda ordem associada ao uso de droga, fortalecendo uma lógica excludente e segregadora, e tornando-se, também, um empecilho àquelas que necessitam de cuidado. Nos dispositivos de saúde, como o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), serviços estratégicos para a organização da rede de cuidados às pessoas com sofrimento mental e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, persistem práticas distantes de noções de promoção de saúde e cidadania, em que os cuidados com os usuários de substâncias psicoativas são esvaziados de sentido e pouco resolutivos, seja por falta de informação, manejo, ou ainda, pelo preconceito (NUNES et al., 2010).

No que se refere à enfermagem, evidencia-se que os profissionais que atuam nesses espaços carecem de formação específica na área da dependência química, levantando uma demanda que aponta a necessidade de se buscarem estratégias, como a educação em serviço, para garantir uma assistência de qualidade aos sujeitos dependentes de substâncias psicoativas (VARGAS; DUARTE, 2011).

### **2.3 A produção do cuidado ao sujeito que faz uso de substâncias psicoativas na perspectiva da atenção psicossocial**

O avanço das políticas públicas tem repercutido em importantes avanços na área da Saúde Mental. No Brasil, a aprovação da Lei Nº 10.216/01, Lei da Reforma Psiquiátrica, vem repercutindo na construção de novas formas de produzir cuidado aos sujeitos com transtornos mentais, em um movimento que busca transição gradual do modo hospitalocêntrico, centrado no hospital psiquiátrico, para o modo psicossocial, centrado no cuidado territorial ao usuário, efetivando suas práticas por meio da atenção psicossocial (BRASIL, 2001; COSTA-ROSA, 2000).

Nesse contexto de construção de mudanças na lógica de atenção em saúde mental, as propostas para o campo de cuidados aos sujeitos com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas foram referidas primeiramente no ano de 2003, por meio da Política

do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, que delimitou entre seus princípios norteadores: a atenção integral; a base comunitária; a territorialização; a lógica da redução de danos; e a intersectorialidade. Assim, assumiu-se o compromisso de implementação de redes de atenção que privilegiem a inserção comunitária desenvolvida a partir de práticas de serviços extra-hospitalares em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2003).

Diante da necessidade de trabalhar na lógica da territorialidade, a regulamentação da Portaria GM/MS nº 3.088/2011 propôs a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), a qual preconiza o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, visando ampliar e promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

A RAPS é constituída de sete componentes: Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização; Reabilitação Psicossocial. E tem como principais pontos de atenção: Unidades Básicas de Saúde; Núcleos de Apoio à Saúde da Família; Consultórios de Rua; Centros de Convivência; Centros de Atenção Psicossocial nas suas diferentes modalidades; Atenção de Urgência e Emergência; Unidades de Acolhimento; Serviços de Atenção em Regime Residencial; Leitos de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas em Hospitais Gerais; Serviços Residenciais Terapêuticos (BRASIL, 2011).

No momento em que prioriza o cuidado no território, a atenção psicossocial apresenta novas demandas aos profissionais, ao usuário, à família e à sociedade (MIELKE et al., 2010). Assim, para realizar o cuidado a esse indivíduo, são utilizados dispositivos terapêuticos substitutivos ao hospital psiquiátrico, como centros de atenção psicossocial (CAPS), serviços residenciais terapêuticos (SRT), ambulatórios especializados, leitos/unidades em hospital geral, atenção básica, entre outros, compondo a Rede de Atenção Integral em Saúde Mental, a qual deve ser articulada entre si e com os demais serviços do sistema de saúde, respeitando as particularidades e necessidades de cada local (BRASIL, 2004).

A rede trabalha sob a lógica da territorialidade, visando que o sujeito em tratamento possa retomar suas relações e atividades dentro da comunidade onde reside, atendendo

também as necessidades explicitadas por seus familiares. Na atenção psicossocial, a unidade familiar é o objeto do cuidado das equipes de saúde mental, percebendo-a como integrante fundamental no tratamento, na recuperação e no processo de reabilitação psicossocial. Por isso, é imprescindível que a família seja acompanhada pelos serviços substitutivos de saúde mental de maneira que suas necessidades sejam acolhidas (MIELKE et al., 2010).

A construção desse modelo de cuidado em rede reforça as potencialidades dos territórios admitindo que a responsabilidade pelo cuidado é uma prática de diferentes atores. Substitui-se a lógica do encaminhamento pela responsabilização compartilhada, isto é, o percurso do usuário na rede passa a ser acompanhado pelos profissionais que o atendem, seja na atenção primária, seja nos CAPS ou em outros serviços na rede de cuidados (COSTA et al., 2012).

Entre os diferentes dispositivos de atenção que compõem a rede, os CAPS funcionam como articuladores estratégicos dessa lógica, com espaços específicos para adultos, crianças ou adolescentes e dependentes de álcool e outras drogas. Também devem compor a rede os recursos das comunidades por meio de organizações não-governamentais, associações de moradores, cooperativas de trabalho, escolas, associações, famílias e todos os demais dispositivos que estejam disponíveis no território (BRASIL, 2004).

Para realizar o cuidado ao usuário de substâncias psicoativas na perspectiva da atenção psicossocial também é necessário considerar o tripé: acolhimento, vínculo e corresponsabilização. O acolhimento é a recepção do usuário, que requer aspectos subjetivos indispensáveis, como a disponibilidade dos profissionais, a escuta atenta e empática, livre de julgamentos e preconceitos morais, buscando resolver suas demandas no próprio serviço ou articulando com outro se necessário. O vínculo refere-se a um processo estabelecido na relação usuário-profissional que requer o desenvolvimento de confiança, compromisso e respeito pelo alcance de objetivos comuns, por exemplo, a busca de saúde. Já a corresponsabilização é o compartilhamento da responsabilidade no processo de busca da saúde (BRASIL, 2014).

#### **2.4 Tendências na abordagem da imagem corporal nos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem do Brasil**

A fim de delinear a tendência das teses e dissertações sobre imagem corporal defendidas nos Programas de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf) do Brasil realizei um levantamento bibliográfico, no mês de junho de 2013.

Para a busca dos documentos, utilizou-se o formulário de pesquisa da CAPES, utilizando as palavras-chave “enfermagem” e “imagem corporal” no campo “assunto”. Realizei a busca sem delimitar um recorte temporal, a fim de alcançar um maior número de produções existentes sobre a temática. Assim, inicialmente estabeleci como critérios de inclusão: ser da temática da imagem corporal; ser pesquisa desenvolvida por enfermeiros ou por PPGEnf e ter resumo disponível online, na íntegra e gratuitamente. E, como critérios de exclusão: tese ou dissertação sem resumo ou com incompletude ou duplicados no banco de dados.

A seleção das produções científicas aconteceu a partir da leitura dos títulos e resumos. Para auxiliar a visualização dos dados, realizou-se um mapeamento dos estudos selecionados, através da construção de um quadro sinóptico, composto pelas variáveis: código, título, autor, ano, programa de pós-graduação, delineamento, nível acadêmico (Tabela 1). Os resultados foram distribuídos em frequências absoluta (n) e relativa (%), e analisados quanto aos seus objetivos. Sendo assim, após a leitura e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão selecionou-se 15 produções.

Tabela 1 – Mapeamento das 15 produções selecionadas.

<i>Código</i>	<i>Título</i>	<i>Autor</i>	<i>Ano</i>	<i>Programa de Pós-Graduação</i>	<i>Delineamento</i>	<i>Nível Acadêmico</i>
A1	A experiência de viver em obesidade e cirurgia bariátrica: significados e sentidos	Christiane de Moraes Casoni Cardoso	2012	PPGENF Universidade Federal de Mato Grosso	Estudo qualitativo, sustentado nos conceitos da hermenêutica (História de Vida Focal e entrevistas)	Mestrado
A2	A representação social das vivências de adolescentes portadores de insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico	Rafael Souza Moreno	2012	PPGENF Universidade Federal de São Paulo	Estudo qualitativo com base na abordagem das Representações Sociais (entrevista individual)	Mestrado
A3	O cuidado em situações de alteração da imagem facial: percepções dos pacientes, acadêmicos e docentes da Enfermagem	Sadja Cristina Tassinari de Souza Mostardeiro	2010	PPGENF Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Pesquisa qualitativa exploratória (entrevistas semi-estruturadas e a técnica de grupo focal)	Doutorado

A4	Cirurgia bariátrica: demandas bio-psico-sociais	Jaqueline Amorim Gomes de Miranda	2007	PPGENF Universidade Federal da Bahia	Pesquisa qualitativa, descritiva (entrevista semi-estruturada)	Mestrado
A5	Narrativas de vida de mulheres submetidas à mastectomia: contribuições para a enfermagem	Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino	2007	PPGENF Universidade Federal do Rio de Janeiro	Estudo de natureza qualitativa ( história de vida)	Doutorado
A6	O ser idoso estomizado sob o olhar complexo: uma proposta de gerontotecnologia educativa	Edaiane Joana Lima Barros	2007	PPGENF Universidade Federal do Rio Grande	Pesquisa, com abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso (como instrumento, o formulário e o ecomapa, e como técnicas, a entrevista, a observação assistemática e a gravação)	Mestrado
A7	Representações sociais da condição de estar estomizado por câncer	Ana Filipa Marques Vieira Cascais	2007	PPGENF Universidade Federal de Santa Catarina	Pesquisa qualitativa (realização de entrevistas semi-estruturadas e a realização de uma oficina)	Mestrado
A8	O cuidar de enfermagem ao cliente com afecção cutânea: paradigma sociopoético	Euzeli da Silva Brandão	2003	PPGENF Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro	Abordagem Sociopoética e Método do Grupo Pesquisador (utilização de duas técnicas).	Mestrado
A9	Imagem corporal de mulheres colostomizadas	Adelaide Carvalho da Fonseca	2003	PPGENF Universidade Federal da Bahia	Pesquisa qualitativa descritiva (pesquisa em prontuários, seguida da entrevista)	Mestrado
A10	Adolescência: época de metamorfose e uma doença inesperada - Um Estudo Sobre o Cuidado de Enfermagem ao Adolescente em Tratamento Hemodialítico.	Alessandra Sant'anna Nunes	2003	PPGENF Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro	Estudo quanti-qualitativo. (questionário semi-estruturado, após a sua aplicação realizado discussão à luz do referencial teórico de Jean Watson)	Mestrado
A11	Higiene corporal na visão da equipe de enfermagem: estudo em hospitais públicos	Eloíde André Oliveira	2002	PPGENF Universidade Federal da Paraíba	Estudo descritivo, do tipo survey	Mestrado

A12	do município de João Pessoa – PB Congruência entre o enfermeiro e o paciente com Síndrome da Imunodeficiência adquirida quanto aos conceitos : percepção de doença e imagem corporal	Maria Angela Repetto	1998	PPGENF Universidade Federal de São Paulo	Pesquisa quantitativa (escala de Diferencial Semântico de Osgood)	Mestrado
A13	A realidade e o imaginário das mães com filhos portadores de hidrocefalia congênita: representações sociais em relação à cirurgia	Angelina Maria Aparecida Alves	1996	PPGENF Universidade Federal do Rio de Janeiro	Pesquisa qualitativa (entrevista e dinâmica de criatividade e sensibilização)	Mestrado
A14	A bolsa na mediação estar ostomizado estar profissional: análise de uma estratégia	Vera Lucia Conceição Gouveia Santos	1996	PPGENF Universidade de São Paulo	Pesquisa qualitativa	Doutorado
A15	A enfermagem e a imagem corporal de pacientes hysterectomizadas	Maria Marcia da Silva Ramos	1988	PPGENF Universidade Federal da Bahia	Pesquisa quantitativa (aplicação de um formulário)	Mestrado

Das 15 produções, 73,33% (n=11) corresponderam a dissertações, e 26,67% (n=4) a teses. Estas se apresentaram no período entre os anos de 1988 e 2012, sendo que o ano de maior número de produções foi do ano de 2007, com 26,6% (n=4) das teses e dissertações. Seguido do ano de 2003, com 20% (n=3), e dos anos de 2012 e 1996, com 13,33% (n=2) publicações cada. Ainda, com (n=1) 6,66% dos estudos, foram identificados os anos de 1988, 1998, 2002 e 2010.

Em relação às regiões promotoras dos estudos, o destaque foi evidenciado na região Sudeste, com 46,66% (n=7). A região Nordeste apresentou 26,66% (n=4) dos estudos. A região Sul foi responsável pela publicação de 20% dos estudos (n=3), e a região Centro-oeste, por 6,66% (n=1).

Quanto aos Programas de Pós-graduação a que os estudos estão vinculados, o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da Universidade Federal da Bahia foi quem mais produziu conhecimento na temática, correspondendo a 20% (n=3) dos estudos. Em 13,33% (n=2) estão vinculados os PPGENFs da Universidade Federal do Rio de Janeiro; Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e Universidade Federal de São

Paulo. Os PPGENFs que obtiveram 6,66% (n=1) publicação, até o período da coleta, foram os PPGENFs da Universidade Federal da Paraíba; da Universidade Federal de Santa Catarina; Universidade Federal do Rio Grande; Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Universidade Federal de Mato Grosso e Universidade de São Paulo.

No que se refere ao delineamento dos estudos, observamos a predominância de estudos com abordagem qualitativa, que representaram 66,66% (n=10). As pesquisas quantitativas corresponderam a 13,33% (n=2). Ainda surgiram estudos com abordagem sóciopoética, estudo quanti-qualitativo e estudo descritivo do tipo survey, com 6,66% (n=1) cada.

Nas pesquisas com abordagem qualitativas selecionadas, consideramos importante destacar as técnicas utilizadas para coleta de dados, que compreenderam entrevista e dinâmica de criatividade e sensibilização (n=1), entrevistas semi-estruturadas e a técnica de grupo focal(n=1), História de Vida Focal e entrevistas (n=1), entrevistas semi-estruturadas e a realização de uma oficina(n=1); pesquisa em prontuários seguida da entrevista (n=1), entrevista e observação assistemática (n=1), apenas história de vida (n=1), e apenas entrevista semi-estruturada (n=3).

Os objetivos dos estudos foram analisados, e evidenciaram algumas aproximações, em relação a essência do que os autores buscaram. Ainda que tenham sido realizados com diferentes sujeitos e cenários, identificamos que os estudos A1, A2, A5, A6, A7, A9, A10, A12, A13 buscaram conhecer, em profundidade ou não, as experiências, significações, representações que os pacientes, familiares ou profissionais de saúde, vivenciaram frente a situações que influenciam e alteram a imagem do corpo. Tais objetivos vão ao encontro do caráter multidimensional que envolve a temática da imagem corporal, enquanto formação de identidade, que sofre influências psicossocioculturais, e está relacionada com processos de adoecimento.

As pesquisas de âmbito perceptivo, relacionadas à imagem corporal, vêm buscando seu espaço, fundamentadas na compreensão de que não se vê a imagem pura e simples dos sujeitos, mas o fenômeno que surge da identidade corporal e da relação do sujeito com o mundo, uma vez que o objeto de estudo tem caráter multidimensional e necessita ser visto sob diversos ângulos (TAVARES et al., 2010).

Da mesma forma, os estudos A4, A8, e A15, que convergem na abordagem das necessidades de cuidado que os pacientes com imagem alterada possuem, são pertinentes, pois dão voz a esses sujeitos e trazem direcionamentos para a prática assistencial da enfermagem.

Os estudos A3 e A14 aproximaram-se em seus objetivos por buscarem, essencialmente, as circunstâncias de cuidado ao paciente com alteração na imagem do corpo. Sabe-se que o cuidar do corpo do outro carrega em si diversas emoções e sentimentos, que podem ser constatados ou projetados pela imagem que se vê, e vão determinar a circunstância em que o cuidado se realiza. Sendo assim, considera-se que essas vivências são oportunidades ímpares para o desenvolvimento de competências necessárias para a formação da enfermeira no decorrer da trajetória acadêmica (MOSTARDEIRO; PEDRO, 2011).

O estudo A11, que buscou verificar como os profissionais de enfermagem definem os conceitos de higiene e higiene corporal, abordando algumas questões sobre imagem corporal, não apresentou aproximação com os demais estudos.

O predomínio para pesquisas com abordagem qualitativa, que representaram a maioria dos estudos dessa revisão, justifica-se pela temática abranger aspectos subjetivos. Entendemos que este estudo poderá contribuir para o processo reflexivo dos profissionais de enfermagem, no que se refere a temática da imagem corporal e sua relação com o cuidado. Ainda, a partir deste, pretende-se contribuir com a síntese do conhecimento que está sendo produzido na área de enfermagem, em relação aos processos de cuidar, ensinar e aprender as questões teóricas e filosóficas do corpo.

### **3 PERCURSO METODOLÓGICO**

A metodologia é o caminho do pensamento e da prática exercida na abordagem da realidade. O percurso metodológico inclui as concepções teóricas, o conjunto de técnicas que propiciaram a construção da realidade e, ainda o potencial criativo do estudioso que está desenvolvendo o trabalho científico (MINAYO, 2010).

Neste capítulo, apresentamos os aspectos considerados relevantes no desenvolvimento desta prática reflexiva com os sujeitos que fazem uso de substâncias psicoativas, quais sejam: a caracterização do tipo de pesquisa, o cenário e os participantes do estudo, os aspectos éticos da pesquisa, bem como, as etapas de produção e análise dos dados.

#### **3.1 Tipo de pesquisa**

Esta pesquisa caracteriza-se por ser exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, desenvolvida em uma perspectiva participativa, por meio da utilização de metodologia problematizadora com a aplicação do Arco de Charles Maguerez.

Na área da saúde, os estudos qualitativos baseiam-se na concepção trazida das Ciências Humanas, em que não se busca estudar o fenômeno em si, e sim seu significado individual ou coletivo na vida das pessoas. Esse significado tem função estruturante e organizadora, ou seja, a partir do que as coisas (fenômenos, fatos, eventos, sentimentos, vivências, ocorrências) significam é que as pessoas moldam suas vidas, e a partir do compartilhamento dos significados que as “coisas” ganham é que se organizam os grupos sociais (TURATO, 2013).

Essa abordagem articula-se com propostas problematizadoras à medida que permitem conhecer a realidade, aprofundando-se no universo dos significados. Também das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, que são construídas pelos sujeitos em seu contexto natural, no qual pensam sobre o que fazem, e interpretam as suas ações a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (POLIT; HUNGLER; BECK, 2011).

A escolha por esta abordagem aconteceu pela necessidade em conhecer e discutir as questões relacionadas à imagem corporal de sujeitos que fazem uso de substâncias psicoativas, numa perspectiva dialógica, coletiva e participativa. A metodologia problematizadora atendeu tal necessidade e serviu como um caminho de orientação e influência construtiva para a reflexão desses sujeitos sobre problemas relacionados à sua realidade.

A Metodologia da Problematização vem sendo considerada como um método apropriado para o ensino, para o estudo, para solução de problemas de trabalho, e para a investigação acadêmica (BERBEL, 1999). Seu potencial nesta pesquisa esteve na possibilidade de aproximações, encontros e diálogo com os sujeitos envolvidos no processo e, por meio de sua proposta pedagógica, de natureza política, instigar transformações em seu cotidiano.

Acreditamos que a relação dialógica implantada por meio da metodologia problematizadora escolhida permitiu conhecer os conflitos, contradições e convergências que representam a imagem corporal para a situação existencial dos sujeitos que fazem uso de substâncias psicoativas. Assim, o caminho traçado para o estudo buscou oferecer propostas abertas, que partissem da realidade dos sujeitos, sendo passível de questionamentos e reorientação. Não se pretendia que tais propostas assumissem características de prontas, acabadas.

### 3.1.1 A problematização com o Arco de Charles Maguerez

A metodologia problematizadora tem origem na concepção da educação histórico-crítica, com finalidade de preparar o ser humano na tomada de consciência do seu mundo e atuar intencionalmente para transformá-lo (PRADO et al., 2012). Essa metodologia encontra como facilitador para sua operacionalização o “Método do Arco”, criado pelo francês Charles Maguerez.

O Arco de Charles Maguerez foi implantado, primeiramente, na formação para o trabalho de analfabetos originários de países africanos, que migraram para países em desenvolvimento para trabalhar. Diante da impossibilidade de dar aulas expositivas, pois eles tinham dificuldades em compreender e falar francês, bem como de tentar qualquer metodologia de pesquisa de conhecimento através de leitura e escrita, Maguerez propôs a compreensão de conteúdos específicos do trabalho, da língua e da cultura do novo país, partindo da observação da realidade (BORDENAVE, PEREIRA, 1982).

O esquema, abaixo, (Figura 1) foi denominado como “método do arco” porque as suas cinco etapas de funcionamento começam e terminam na realidade, descrevendo uma sequência que compreende: observação da realidade e definição de um problema; levantamento de pontos-chave; teorização; definição de hipóteses de solução; aplicação à realidade (BORDENAVE, PEREIRA, 1982).



Figura 1 – Esquema do Arco da Problematização de Charles Maguerez. Fonte: Bordenave (1994).

Por sua eficácia, este modelo ganhou a adesão de estudiosos como Juan Díaz Bordenave, Adair Martins Pereira, além da pesquisadora brasileira Neusi Aparecida Berbel, que a partir de 1992, iniciou com um projeto especial de ensino na área da saúde, na Universidade Estadual de Londrina (UEL), contribuindo com o caminho para uma educação problematizadora no ensino (BORDENAVE, PEREIRA, 1982; BERBEL, 1998).

A proposta problematizadora desta metodologia se concretiza na realidade dos sujeitos que dela participam. O arco tem como ponto de partida a realidade vivida, o aspecto da realidade em que o tema que será trabalho acontece na vida real. Para utilizar esta metodologia, os sujeitos são levados a observar a realidade de forma atenta para identificar aquilo que se mostra carente, preocupante, necessário, problemático (BERBEL, 1998).

Depois de definido o problema, inicia-se um trabalho de reflexão acerca dos possíveis fatores que estão associados a este, podendo-se responder ao seguinte questionamento: Por que existe esse problema identificado na realidade? O que o gerou? Nessa busca das razões da existência desse problema, com o conhecimento que possuem neste momento, os sujeitos são levados a definir os pontos-chave, ou aspectos que precisam ser conhecidos, melhor compreendidos para se buscar uma resposta para esse problema. Nesse momento, pode-se escolher uma fonte de estudo e informação para esclarecer o problema. É a etapa de teorização, em que tudo é levado em conta, inclusive a subjetividade de cada um em relação ao real. Com a análise e discussão das informações colhidas, caminha-se para a elaboração de hipóteses de solução. Estas devem ser criativas, ações novas, diferentes, elaboradas de forma a propiciar alguma mudança no aspecto da realidade do qual se extraiu o problema. A próxima etapa, a aplicação à realidade, é uma etapa de ação concreta sobre a realidade para a

solução do problema, o encaminhamento para a solução do mesmo, ou a sua transformação em algum grau (BERBEL, 1998).

A metodologia problematizadora objetiva aumentar a capacidade do sujeito em se tornar um participante e um agente de transformação social, bem como desenvolver neste, a capacidade de observar a realidade imediata ou circundante, detectar todos os recursos disponíveis e encontrar formas de organização do trabalho e da ação coletiva (BORDENAVE, 1994). Não há uma metodologia única, nem técnicas fixas que devem ser seguidas, mas o que esta apresenta é um caminho metodológico capaz de orientar uma prática/pesquisa preocupada com o desenvolvimento de seus participantes e com sua autonomia intelectual, visando o pensamento crítico e criativo, além da preparação para uma atuação política (BERBEL, 1998).

### **3.2 Cenário da pesquisa**

O local escolhido para a realização da pesquisa foi o Centro de Atenção Psicossocial Álcool de Drogas (CAPS AD), de um município do interior do estado do Rio Grande do Sul, Brasil. O serviço entrou em funcionamento a partir do ano de 2003, e vem integrando a rede de serviços de saúde mental, sendo especializado no atendimento de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. Esse CAPS AD tem sido campo de aulas práticas e de estágio supervisionado de acadêmicos de Cursos de Graduação em Enfermagem de duas instituições de ensino do município. Assim, é um serviço que estimula e valoriza o ensino-pesquisa-extensão e fomenta a integração ensino-serviço.

Os CAPS AD são serviços de atenção psicossocial para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, previstos para cidades com mais de 200.000 habitantes, ou cidades que, por sua localização geográfica (municípios de fronteira, ou parte de rota de tráfico de drogas) ou cenários epidemiológicos importantes, necessitem deste serviço para dar resposta efetiva às demandas de saúde mental. Funcionam durante os cinco dias úteis da semana, e têm capacidade para realizar o acompanhamento de cerca de 240 pessoas por mês. A equipe mínima prevista para os CAPS AD é composta por 13 profissionais de nível médio e superior (BRASIL, 2005).

O CAPS AD, cenário desta pesquisa, funciona de segunda à sexta-feira, das 8h às 18h, sem fechar ao meio dia. Neste serviço é oferecido tratamento terapêutico para a população de adolescentes e adultos dentro das modalidades: intensivo, semi-intensivo, e não-intensivo:

- modalidade intensiva: os usuários permanecem no CAPS AD de segunda a sexta-feira pelo turno da manhã ou pelo turno da tarde;
- modalidade semi-intensiva: o usuário frequenta de duas a três vezes por semana o CAPS AD e, geralmente, participa dos grupos que ocorrem no turno específico em que estão inseridos (da manhã ou da tarde);
- modalidade não-intensiva: o usuário vai ao CAPS AD para consultas agendadas e/ou frequentam os grupos uma vez por semana.

A equipe do serviço é composta atualmente por uma psiquiatra, uma médica clínica geral, uma enfermeira, uma fisioterapeuta, dois psicólogos, dois técnicos de enfermagem, uma redutora de danos, um assistente social, dois técnicos em saúde mental, uma assistente administrativa, e uma funcionária para serviços gerais. Ainda, conta com a atuação do Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, como parte de um vínculo com uma instituição de ensino do município.

A escolha por esse cenário foi intencional, considerando que os CAPS são considerados articuladores da rede de atenção de saúde mental, devendo ser incentivadores da autonomia dos sujeitos, e como prevê a Lei da Reforma Psiquiátrica em seu artigo 4º, § 1º: “visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio” (BRASIL, 2001).

### 3.2.1 Aproximação e ambientação com o cenário da pesquisa

A aproximação com o cenário da pesquisa aconteceu antes da conclusão do projeto de pesquisa, no final do ano de 2013, quando fomos até o serviço falar da minha intenção em desenvolver um estudo naquele local. Nesta primeira aproximação, por meio de conversas individuais com alguns profissionais da equipe, expusemos a temática de estudo que desejávamos explorar, com o intuito de levantar as percepções dos mesmos sobre a relevância e pertinência, e pudemos sentir que a proposta foi acolhida.

Já a ambientação no cenário ocorreu durante o período de fevereiro a abril do ano de 2014, antes do início das atividades de produção dos dados junto aos sujeitos. Durante esse tempo, passei a frequentar o serviço semanalmente, em dias da semana diferentes. Este foi em um período em que me dediquei a observar e conhecer a dinâmica do processo de trabalho da equipe e do serviço em si, suas atividades diárias, as relações entre os profissionais da equipe, e entre equipe-usuários-familiares.

Aos poucos, fui me familiarizando com os funcionários do CAPS AD, e conhecendo aqueles usuários que poderiam vir a ser os participantes da pesquisa. Particpei das diversas atividades ofertadas pelo serviço, como o acolhimento e construção do Plano Terapêutico Singular (PTS), atividades de consulta específicas do núcleo da enfermagem, atividades em grupo terapêutico ou de expressão artística, acompanhando os profissionais do quadro permanente e da residência multiprofissional. Ao mesmo tempo, buscava me instrumentalizar teoricamente para a coleta de dados, realizando leituras de referências essenciais na temática, e buscando apoio em estudos que já haviam desenvolvido uma proposta semelhante a minha.

Depois de algumas semanas participando das atividades, começamos a pensar em aspectos de operacionalização da coleta de dados. Estávamos preocupadas em relação ao melhor dia e horário para realizar os encontros sem prejuízos às demais atividades realizadas no serviço, também, com o espaço físico disponível para que estes encontros fossem realizados garantindo a privacidade e conforto aos participantes, e com os usuários que ficariam mais motivados e implicados com a proposta.

Diante disso, em acordo com a enfermeira do serviço e com a orientadora da pesquisa, resolvemos, então, focar na realização da proposta com os usuários que frequentavam especificamente um grupo terapêutico que era de responsabilidade desta profissional do serviço. Esta foi uma estratégia que guiou a seleção dos sujeitos que participariam da pesquisa, embora tenhamos também acordado que não excluiria os demais usuários que frequentavam o serviço de também participarem caso estes demonstrassem interesse.

Esse grupo, o qual eu já vinha participando, acontecia semanalmente nas quartas-feiras, no turno da manhã, com duração média de uma hora. O grupo já estava constituído há tempo no serviço, e tinha enfoque em trabalhar com questões como autoestima e qualidade de vida. A partir dessas combinações, continuei realizando minha ambientação dentro deste grupo, participando de todos os encontros e atividades, e construindo vínculos mais potentes com aqueles sujeitos.

Neste contexto, comecei a apresentar melhor a minha proposta de pesquisa, expor meus objetivos, planos e convidar os usuários a participarem dos encontros que seriam colocados em prática em seguida. Os usuários mostraram-se motivados com a proposta e interessados em participar. Ouvi deles alguns relatos que me impulsionaram a planejar e programar as atividades, e o apoio dos profissionais do serviço, principalmente, da enfermagem, deram-me confiança para dar seguimento neste processo.



Figura 2 - Convite para participação na pesquisa.

Consideramos que essa etapa de aproximação e ambientação no serviço assumiu importância fundamental para o resultado deste estudo, pois permitiu conhecer de perto o universo cultural da população atendida, o funcionamento do serviço, suas particularidades, e como se estabelecem às relações profissional-usuário. Conseguimos planejar o momento ideal de iniciar a coleta de dados, os detalhes que viabilizassem a realização dos encontros, bem como refletir sobre o método de pesquisa e a viabilidade de sua execução.

Esse período de trabalho em campo é considerado uma etapa central em pesquisa qualitativa em saúde, pois esta demanda uma relação de intersubjetividades e de interação social com o pesquisador, que resulte em conhecimentos novos, que podem ser confrontados com a realidade concreta e com pressupostos teóricos, ampliando a construção de saberes (MINAYO, 2010). Nas pesquisas que envolvem sujeitos que fazem uso de drogas, torna-se importante aproveitar esse momento para construir relações de confiança, por meio da oferta de um atendimento cuidadoso, a fim de ajudá-los a superar os medos de exporem-se e serem julgados como estão habituados (RIBEIRO; AZEVEDO; TURATO, 2013).

### 3.3 Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram selecionados a partir dos seguintes **critérios de inclusão**: ser usuário adulto, homem e/ou mulher, vinculado ao referido serviço e que durante o período da coleta de dados já estivesse inserido como participante do grupo terapêutico escolhido previamente. E, como **critério de exclusão**: usuários que estiverem sob efeito de

algum tipo de substância psicoativa que os impedissem de compreender os objetivos propostos.

De acordo com os registros de controle de presença nesse grupo terapêutico, a média de participantes a cada encontro, nos três meses que antecederam o início da coleta de dados, foi de oito (8) usuários. No período da produção dos dados, 16 usuários buscaram este grupo e aceitaram ser participantes da pesquisa. Deste total, cinco (5) usuários foram os que estiveram presentes em todos os encontros propostos (cinco encontros reflexivos); dois usuários estiveram presentes em quatro encontros, um participou de três encontros, quatro usuários participaram em dois encontros, e quatro usuários estiveram presentes em apenas um encontro.

### 3.4 A produção e análise dos dados

A produção dos dados da pesquisa ocorreu entre os meses de abril a junho de 2014, conforme previsto no cronograma, com a realização de cinco encontros em grupo, os quais denominei de “Encontros Reflexivos”, guiados pela metodologia problematizadora com a aplicação do Arco de Charles Maguerez. O encerramento da produção dos dados em cinco encontros deu-se pela saturação do tempo disponível para a sua realização (TURATO, 2013), bem como, pelo entendimento de que as informações emergidas alcançaram os objetivos propostos.

Os encontros aconteceram quinzenalmente, com a participação de um total de 16 sujeitos que fazem uso de drogas, e duração média de uma hora e trinta minutos, sempre no mesmo local – uma sala reservada disponibilizada pelo CAPS AD, que geralmente é utilizada para a realização de oficinas.

Como modo de organização teórica, em cada encontro as atividades foram desenvolvidas norteadas pelas cinco fases do Arco da Problematização proposto por Charles Marguerez (BORDENAVE, 1994): observação da realidade, identificação dos pontos-chaves, teorização; levantamento de hipóteses de solução, e intervenção na realidade.

Na primeira fase do Arco, o processo iniciava partindo da **observação da realidade**, geralmente disparada por alguma dinâmica de grupo ou leitura que estimulasse os participantes a expressarem suas ideias e construções. Nesse momento, o grupo fazia uma primeira leitura de determinado contexto ou situação até a identificação de um problema.

Entre as informações emergidas, alguns **pontos-chaves** do(s) problemas(s) iam se revelando. Como facilitadora, fazia algumas intervenções no sentido de levantar

questionamentos sobre as relações causais de certas situações. Nessa fase, poderia recorrer aos conhecimentos científicos que auxiliassem o raciocínio dos usuários para a compreensão do problema para além de suas manifestações empíricas, conhecendo os princípios teóricos que o explicam (COLOMBO; BERBEL, 2007).

A etapa de **teorização** consistia na fase de aproximação da verdade, em que os participantes acessam os seus conhecimentos sobre os pontos-chave, externalizam ao grupo, ouviam e analisavam a opinião dos demais participantes e, assim, iam confrontando a realidade com os conhecimentos existentes e que poderiam ajudar na resolução do “problema”. Nesse movimento, os sujeitos se veem naturalmente movidos a pensar em alternativas de solução para o(s) problema(s) encontrado(s) (BERBEL, 1998). Esta é a fase em que os participantes estão se instrumentalizando para possibilitar uma ação reflexiva e transformadora de suas experiências frente aos problemas próprios de suas realidades.

O **levantamento de hipóteses** para o problema em estudo ocorria mais ao final do encontro, por meio do confronto das hipóteses levantadas com a realidade vivenciada pelos usuários. Ressaltamos aqui que as hipóteses de solução manifestadas, assim como os encaminhamentos ao longo do encontro, nasceram de uma construção coletiva, sendo o espelho do processo reflexivo a que o grupo conseguiu alcançar no momento.

Após serem levantadas as hipóteses de solução, buscávamos fixar as ideias fundamentais discutidas para uma **intervenção na realidade**. Nesta fase esperava-se que os participantes do “encontro reflexivo” estivessem sensibilizados para um novo olhar sobre o problema levantado, podendo alcançar a sua ressignificação.

Como um processo dinâmico, a cada encontro busquei seguir as fases propostas pelo Arco, possibilitando uma releitura constante da realidade, e o início de um novo processo. No entanto, enquanto facilitadora, não reprimi os vários momentos de ir e vir necessários ao processo reflexivo desses usuários. A avaliação da proposta de estudo ocorreu ao longo de todo o processo, possibilitando um movimento de ação-reflexão-ação dos participantes envolvidos.

Ainda que possuísse inquietações e posicionamento contrário em relação a algumas concepções defendidas pelo grupo em alguns momentos, as intervenções foram feitas somente no sentido de problematizar algumas ideias oriundas do senso comum. Em cada encontro buscava estimular os participantes a construírem suas concepções livres de julgamento moral, sem reproduzir pensamentos hegemônicos que subjulgam os sujeitos que fazem uso de drogas, mas estar aberto para repensar e reconstruir suas próprias visões sobre si e o outro.

Os participantes eram esclarecidos no início de cada encontro sobre os aspectos éticos da pesquisa, recebendo cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), e do Termo de Confidencialidade (Apêndice B). Com o consentimento de cada um, utilizei um gravador digital em todos os encontros para registrar as informações que surgiam. Além disso, carregava comigo um caderno de anotações no qual assinalava algumas palavras que eram ditas com mais ênfase, a presença e envolvimento dos participantes no processo, impressões relacionadas a comunicação verbal e não verbal, bem como minhas reflexões pessoais e aproximações teóricas que surgissem no momento do encontro ou logo após o término. Também, foram realizados registros fotográficos de materiais que foram construídos, como painéis, para fins ilustrativos.

Após cada encontro as gravações eram transcritas na íntegra, com auxílio de uma bolsista de iniciação científica vinculada ao projeto que foi contemplado com o Fundo de Incentivo à Pesquisa (FIPE/2014). As anotações também foram digitadas e, juntamente com as transcrições, foram organizadas em um quadro sinóptico para análises primárias.

Na transcrição dos depoimentos preservei a linguagem coloquial utilizada pelos sujeitos, mas suprimimos algumas palavras e expressões, como: “né”, “aham”, “hum”, para facilitar a leitura, no entanto, sem prejuízo de sentido. Também, utilizei alguns símbolos para facilitar o entendimento do texto: como o uso de reticências [...] no fim ou no início de uma frase para suprimir a mesma quando é muito extensa, ou quando os sujeitos faziam uma pausa mais extensa entre as falas, pois estavam pensando sobre o assunto antes de falar.

A análise dos dados produzidos durante os encontros ocorreu em três fases, conforme os modelos propostos por Morse e Field (1995), e adaptados por Monticelli (2003):

a) Coleta e organização dos dados: iniciou tão logo comecei a produção dos dados, quando já tinha, ainda que de modo esboçado, observações, anotações acerca dos meus sentimentos, as relações teóricas, interpretações e análises primárias, bem como anotações sobre aspectos do desenvolvimento metodológico do encontro.

Com inspiração em um modelo desenvolvido por Monticelli (2003), esses dados foram organizados em um quadro sinóptico contendo: dados brutos do “encontro reflexivo” (transcrição na íntegra) na primeira coluna à esquerda; reflexões metodológicas e teóricas provenientes do caderno de anotações, na coluna à direita.

b) Codificação: após a organização dos dados no quadro sinóptico, iniciamos a fase de codificação, buscando encontrar nos dados transcritos, frases, parágrafos ou temas-chave que refletiam o enfoque principal do diálogo que estava ocorrendo nos encontros. Para chegar a esta codificação, foi necessário realizar inúmeras leituras das informações transcritas.

c) Identificação dos temas emergentes: após a identificação dos códigos em cada encontro, foram necessárias novas leituras até que conseguíssemos captar os pontos de informações convergentes, os que mais apareciam, ou que eram expressos com maior ênfase. O conjunto dos códigos com características similares representaram o(s) tema(s) emergente(s) de cada encontro.

Após concluirmos estas etapas, iniciamos a discussão dos temas emergentes em um capítulo a parte deste estudo, onde trazemos as discussões ancoradas na literatura científica atual sobre a temática, e nas interpretações diante do conhecimento apropriados em minha trajetória. Salientamos que, apesar da descrição da análise em fases sequenciais neste estudo, o processo foi construído em um movimento constante de ir e vir.

### **3.5 Aspectos éticos da pesquisa**

Para a realização desta pesquisa foi apresentada, inicialmente, a proposta à equipe multiprofissional do CAPS AD. Na sequência o projeto foi encaminhado ao Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Santa Maria com a finalidade de solicitar autorização para sua execução junto ao referido serviço. Após, o projeto de pesquisa foi apresentado a Banca de Exame de Qualificação e, posteriormente, registrado no Sistema de Informações para o Ensino (SIE) e no Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS). E, finalmente, o protocolo do projeto de pesquisa foi registrado na Plataforma Brasil visando à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), sendo aprovado em 14/01/2014 sob Parecer CAAE Nº 26521413.5.0000.5346.

Ainda, assumimos o compromisso de seguir a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. A presente Resolução 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 (BRASIL, 2012).

Após aprovação do Protocolo do Projeto junto ao CEP, referente à autorização para a realização da pesquisa, informamos a equipe do CAPS AD sobre o início das atividades de pesquisa, quais sejam: aproximação e ambientação com o campo e realização dos encontros reflexivos. Ressaltamos que, embora estivesse realizando ambientação com o serviço e aproximação com os sujeitos, somente após autorização formal do CEP é que os sujeitos

foram formalmente convidados a participar da pesquisa, sendo agendado o primeiro encontro conforme a disponibilidade de todos que aceitaram, no período determinado para a produção de dados.

As atividades no primeiro encontro foram iniciadas agradecendo a participação dos sujeitos. Estes receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), para a apresentação oficial do projeto, seus objetivos, e esclarecimentos sobre as suas participações no processo. Ainda, no primeiro momento, foi esclarecido aos participantes que as atividades seriam registradas por meio de um gravador digital, para facilitar posteriores registros e transcrições. Também, foram consultados para a utilização de uma câmera para registro fotográfico de materiais que fossem desenvolvidos pelos participantes (como banners, desenhos, entre outros), a fim de ilustrar tais construções.

Sendo assim, as atividades dos encontros, somente iniciaram após a leitura do TCLE junto aos participantes da pesquisa, em que a pesquisadora apresentava a justificativa e o objetivo da pesquisa. Também, esclarecia possíveis dúvidas e sinalizou a responsabilidade em preservar a privacidade dos participantes e das informações coletadas, garantindo o **anonimato**, e a utilização das informações somente para fins científicos, assumindo os preceitos éticos que regulamentam as normas em pesquisas com seres humanos. Após analisar e, se concordassem com seu conteúdo, foi solicitada a assinatura dos participantes em duas vias, ficando uma em posse deles e outra com a pesquisadora. Além do TCLE, as pesquisadoras assumiram o compromisso ético conforme descrito no Termo de Confidencialidade (Apêndice B).

Para garantir o **sigilo e confidencialidade** dos participantes, estes foram identificados pela letra ‘P’, por ser a inicial da palavra participante, seguida de um número arábico (P1, P2, P3...). Eles foram esclarecidos que teriam acesso às pesquisadoras responsáveis pela pesquisa, em qualquer etapa, para esclarecimento de eventuais dúvidas, bem como a possibilidade de retirar seu consentimento da participação na pesquisa, respeitando a sua **autonomia**. Ainda, foi esclarecido aos participantes que a não participação na pesquisa não iria afetar o tratamento que estes estão realizando no serviço.

Também, foram informados em relação aos **custos**, ou seja, da ausência de despesas ou compensações financeiras pela participação na pesquisa. As despesas adicionais foram absorvidas pelo orçamento da pesquisa.

Quanto aos **benefícios**, estes foram indiretos, proporcionando maior conhecimento científico sobre o tema estudado, pois o estudo irá contribuir na construção do conhecimento

para a área da enfermagem e da saúde, no que tange ao cuidado ao sujeito dependente de substâncias psicoativas.

No que se refere aos **riscos**, durante a realização dos encontros poderiam ocorrer alguns desconfortos emocionais pelo fato dos participantes recordarem de algumas situações que os sensibilizaram em suas vidas. Nessas situações, a pesquisadora poderia concluir a discussão e, se necessário, poderia encaminhar o participante ao cuidado de um profissional do serviço, previamente acordado. Entretanto, isto não ocorreu.

Os achados da pesquisa, juntamente com o TCLE e TC, serão guardados, durante cinco anos, pela pesquisadora responsável da pesquisa, em um armário fechado, na sala 1445, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e os participantes poderão ter acesso a eles para em caso de surgirem quaisquer dúvidas. Após esse período os dados serão destruídos.

Como pesquisadoras, assumimos o compromisso de utilizar os dados e o material coletado para a realização desta pesquisa e formação de um banco de dados. É importante salientar que as informações farão parte de um arquivo confidencial no computador de uso exclusivo para pesquisas. O compromisso ético, político e social do pesquisador na devolução dos resultados será por meio desta dissertação, bem como da apresentação dos resultados em reunião de equipe e grupo de estudos de Educação Permanente que acontece no CAPS AD, e publicação de artigos científicos.

## 4 DESCREVENDO O PROCESSO REFLEXIVO

Para iniciar a descrição dos resultados, apresentamos o quadro a seguir (Quadro 1), o qual foi organizado com a finalidade de facilitar a caracterização dos participantes, buscando aproximar o leitor da situação em que se encontravam os sujeitos que participaram desse processo reflexivo. Para fins de organização, a codificação dos sujeitos participantes foi realizada utilizando-se a letra ‘P’ (de Participante) seguida de um número que representa a ordem em que estes foram se manifestando nos encontros.

Participante	Idade	Sexo	Modalidade de tratamento	Tempo aproximado de tratamento	Substância Psicoativa em uso abusivo
P1	38	Masculino	Semi-intensiva	1 ano	Cocaína, Álcool, Tabaco
P2	58	Masculino	Semi-intensiva	1 ano e 6 meses	Álcool, Tabaco
P3	51	Masculino	Semi-intensiva	1 ano	Álcool
P4	53	Masculino	Semi-intensiva	11 anos	Álcool, Tabaco
P5	58	Masculino	Semi-intensiva	2 anos	Álcool
P6	43	Masculino	Semi-intensiva	1 ano	Álcool, Tabaco
P7	46	Feminino	Semi-intensiva	2 anos	Álcool
P8	48	Feminino	Semi-intensiva	4 anos	Álcool, Crack, Tabaco
P9	37	Masculino	Semi-intensiva	1 mês	Álcool, Crack
P10	54	Masculino	Semi-intensiva	2 anos	Álcool, Crack, Tabaco
P11	56	Masculino	Semi-intensiva	6 meses	Álcool
P12	38	Masculino	Semi-intensiva	2 anos	Álcool
P13	32	Masculino	Semi-intensiva	1 ano	Álcool, Maconha
P14	31	Masculino	Semi-intensiva	2 anos	Álcool, Cocaína
P15	43	Masculino	Semi-intensiva	3 semanas	Álcool, Tabaco
P16	42	Masculino	Semi-intensiva	2 meses	Álcool, Cocaína

Quadro 1: Caracterização das participantes do estudo quanto idade, sexo, modalidade de tratamento no CAPS AD, tempo de tratamento, substância que faz(ia) uso abusivo.

Entre os 16 sujeitos da pesquisa, 14 são do sexo masculino e duas do sexo feminino, com idades entre 31 e 58 anos. Todos estavam vinculados ao serviço em modalidade semi-intensiva de tratamento no período da coleta de dados, ou seja, frequentando o serviço de duas a três vezes por semana. Em relação ao tempo de tratamento dos problemas relacionados ao uso de substâncias, variou de três (03) semanas a 11 anos. A maioria (dez) dos sujeitos declarou fazer uso exclusivo de drogas consideradas lícitas, como o álcool e o tabaco, os demais com histórico de uso concomitante de álcool e cocaína/crack e outras drogas.

A seguir, apresento a narrativa de cada um dos cinco encontros realizados no caminhar do processo reflexivo. A descrição foi organizada tal como ocorreu, envolvendo as etapas da Metodologia da Problematização com o Arco de Charles Maguerez. Para exemplificar apresento alguns trechos de depoimentos que sugerem o caminho percorrido.

Quando optamos por desenvolver os encontros com os sujeitos que fazem uso de substâncias psicoativas (usuários do CAPS AD), ancorada em uma proposta problematizadora, talvez não imaginássemos as potencialidades desse caminho metodológico para a investigação acadêmica e, principalmente, para a ressignificação de suas formas de pensar. Para além de um processo reflexivo sobre os problemas existentes em suas vidas relacionados à autoimagem, o que construímos foi um processo educativo transformador, em que buscamos, por meio do compartilhamento de experiências, as causas e soluções para construir outra realidade.

Ao longo de todo o processo, procuramos cuidar para que prevalecesse o objetivo proposto na pesquisa, além da atenção aos preceitos de ética como os da solidariedade e respeito entre os participantes e com os colegas do serviço, disposição para ouvir e trocar experiências, bem como o reconhecimento e respeito de nossas limitações. Nossos encontros foram permeados pelo estabelecimento de confiança e, isto permitiu maior acessibilidade às experiências dos participantes.

#### **4.1 Primeiro encontro reflexivo: a realidade refletida no espelho**

Programei o primeiro encontro com muito cuidado para que nada prejudicasse o desenvolvimento do estudo. Cheguei antes do horário combinado com os participantes para organizar a sala e o lanche que seria oferecido, organizei as cadeiras em torno da mesa para que sentássemos em círculo, deixei meu caderno de notas e os dois gravadores de áudio prontos para serem utilizados.

A ansiedade era grande pelo desafio em ser, além de pesquisadora, facilitadora de um processo reflexivo. Seria uma experiência nova para mim, o que me deixava preocupada, mas ao mesmo tempo fortalecida pela relação de parceria e vínculo que havia conquistado com os usuários, durante a ambientação no campo, o que foi fundamental para que iniciasse as atividades com grande motivação e mais segurança.

No horário combinado, os participantes começaram a chegar para o nosso encontro. Neste dia estavam presentes seis usuários do CAPS AD. O ambiente em que ocorreu o encontro foi uma sala onde normalmente os usuários realizam oficinas de expressão artística. Esperei mais alguns minutos até que todos se acomodassem e iniciei lembrando alguns detalhes do trabalho, objetivos a serem alcançados, a forma como iríamos trabalhar, entre outros. Em seguida, distribuí a todos os presentes duas cópias do TCLE, e uma do TC. Expliquei o que significavam e o que garantiam aqueles documentos. Como não surgiram

dúvidas, solicitei a assinatura dos participantes e o retorno de uma das vias do TCLE para que guardasse comigo. Após este momento de orientações e da obtenção do Consentimento de todos por escrito, o gravador foi ativado.

Para este primeiro encontro não estabelecemos nenhum roteiro fechado. A ideia era iniciarmos conhecendo mais uns aos outros e, perceber/identificar como estes participantes se viam. Pensando nisto e nas inquietações que nos moveram a querer conhecer a imagem de si desses usuários que utilizei uma técnica de apresentação, a qual denominei “Quem sou eu?” Para esta técnica adaptei um espelho dentro de uma caixa de papelão, e naquele momento entreguei ao primeiro participante que iria iniciar as apresentações. Orientei que cada um que fosse se apresentar segurasse a caixa, e olhando para dentro dela falasse sobre si para os colegas e para a pessoa que estava ali (refletida no espelho).

Naquele momento de encontro com a própria imagem no espelho foi ocorrendo uma primeira leitura da realidade dos participantes e a identificação do problema que necessitava ser problematizado: a autoimagem foi alterada pelo uso das drogas. Por meio de expressões individuais foram começando a surgir alguns pontos-chaves do problema que eram peculiares da realidade daquele grupo, e podem ser sintetizados como: o olhar-se no espelho não transmite uma imagem boa; a droga afeta a imagem, altera o comportamento, e muda a personalidade.

É até meio complicado falar assim e se olhar no espelho, não dá um ... não transmite uma imagem boa! (P1)

A pessoa que nunca bebeu, não vou dizer que não vai ter problema também. Mas, a fisionomia da pessoa é diferente pra quem usa isso aí [bebida alcoólica]. (P3)

A pessoa com álcool na cabeça muda. Acha tudo mais fácil [...]. (P4)

Eu quando bebia, antigamente, eu era danado! A minha personalidade trocava, virava um animal, como diz o ditado [...]. (P5)

À medida que estes pontos iam se revelando, eram lançados novamente ao grupo para buscarmos refletir sobre as crenças e as causas que podem ter influenciado esses usuários a vivenciarem o problema identificado. Nesse momento, os relatos remontavam a experiências relacionadas ao início do uso abusivo de drogas, lembranças do passado, vivências positivas e negativas. Senti como se naquela discussão estivessem fazendo um balanço de tudo o que viveram.

Fundamentada nas reflexões até aqui desenvolvidas, instiguei os sujeitos a apontarem possíveis alternativas para “solucionar” o problema desvelado. Se a imagem de si é influenciada pela representação de ser um usuário de drogas, como podemos transformá-la?

Ter pensamentos bons de repente. Tirar os pensamentos ruins da cabeça. Isso não é fácil! (P1)

A gente ter orgulho da gente, isso é bom. Eu tenho orgulho de mim, porque eu sou o que eu sou. Eu sou aqui ou em qualquer lugar eu sou a mesma pessoa e me controlo [...]. (P2)

Eu acho que é tentar cada dia se observar e tentar fazer melhor que o outro. Não estacionar, regredir, tudo dentro do possível [...] mas, tem que ser de dentro para fora. Se tu não está bem por dentro, não adianta querer te ajeitar. Não lesar ninguém, não ter maldade. Graças a Deus nessa parte eu estou bem. Nosso mal, modo de dizer, é a bebida. (P3)

Cada dia é um dia. Hoje é hoje. O ontem passou. Se eu caí ontem, eu estou pensando em levantar hoje, meu passado ficou. [...] Às vezes, beleza não é o que é importante, tem que ter saúde. (P4)

Eu quando olho pra minha cara, a única coisa que eu penso é: o que que eu posso fazer hoje? E eu sempre procuro fazer bem. O que é errado depois eu mesmo me cobro, principalmente quando é a bebida. A bebida é uma coisa errada pra mim. E a minha vida é assim! Eu vou levando a minha fisionomia do jeito que eu sou. Isso aí pra mim é indiferente [aparência] (P5)

Eu acho que pra melhorar a imagem nossa assim... é nós se esforçar por nós mesmos. Lutar, não desistir nunca. Tem que ter bastante força e ir contra as tentações. Por isso, que eu acho que uma imagem bonita é o cara lutar, não se entregar. Se o cara pensar negativo vai sempre dar coisas ruins. Tem sempre que pensar pra frente. Tentar sempre ajudar os outros e ajudar eu mesmo. A mente tem que estar sempre limpa, nunca ter pensamentos negativos, sempre positivos. (P6)

Com estas reflexões é possível perceber que a solução de problemas como, por exemplo, da relação com a própria imagem, para esses sujeitos, está fortemente influenciada pela necessidade de manterem-se abastêmios, com autocontrole e, isso, requer uma luta constante. A droga, no caso a bebida alcóolica, é considerada um mal que deve ser eliminado de suas vidas.

Quando realizamos grupos de conversas, não podemos desconsiderar o saber apreendido pela experiência, ou seja, a explicação do mundo desses sujeitos é a compreensão da sua própria presença no mundo (FREIRE, 2013). O grupo realizou uma leitura do seu mundo, no qual há um cenário de luta diária de mudança na relação com as drogas. Interpretamos que seria necessário buscarmos construir uma conscientização muito maior acerca do problema, e das influências sobre o/do meio social na construção desses significados para esses sujeitos.

Pela limitação de tempo que nos estava posto, terminei dando sequência ao nosso encontro, encaminhando-o para o momento de fixarmos/sintetizarmos as soluções apontadas pelo grupo para transformar, de alguma maneira, a realidade apresentada. Os sujeitos, resumidamente, assim elencaram:

Ter pensamentos positivos, tirar os negativos, o ódio da cabeça. (P1)

Sempre tu vai arrumar um que vem com baixo astral, ai tu vai te incomoda tu, mas não pode deixar isso acontecer. (P2)

Pensando bem assim, já que nós falamos em autoimagem e autoestima, se nós achar que nós estamos bem assim, pode de repente outra pessoa dizer que não esteja; então, é sempre tentando melhorar. (P3)

Tomar um banho, ir na igreja com a esposa, bem barbeadinho. (P4)

Eu penso assim, um ajudar o outro, entre nós mesmos. Se ele está mal, eu posso sempre ajudar ele, dar conselho, desejar tudo de bom pros meus amigos, sempre pensar no lado positivo. (P6)

Pensar e agir motivados por experiências positivas, não se deixar abalar pelo que as outras pessoas pensam, não se acomodar, mas buscar espaços de convívio social, e ajudarem-se uns aos outros, foram maneiras de aplicação real vislumbrada por esses sujeitos, até então, para mudança em seus contextos.

Para o fechamento do encontro, convidei cada um dos participantes a avaliar o encontro reflexivo, expressarem seus sentimentos com relação ao momento vivido:

Eu não gostei de me olhar, conversar comigo no espelho. O resto foi bom. Fora conversar com o espelho, eu gostei. (P1)

É, eu também, só que o cara não sabe como se expressa. (P2)

Eu gostei, e cada vez que tu fizer as reunião, se eu tiver por aí, eu vou ser o primeiro a entrar na porta. A gente se sente à vontade, eu me senti à vontade! (P5)

Eu me senti bem, eu gostei. Eu me senti a vontade também, e falei o que eu estava sentindo. (P6)

Associamos a avaliação positiva dos sujeitos participantes desse encontro a dinamicidade própria da metodologia da problematização, que instiga um permanente movimento de busca de uma realidade que se desvela progressivamente. Interessante neste encontro foi despertar a necessidade de reflexão por parte dos envolvidos sobre questões subjetivas que podem interferir no seu cotidiano, sendo motivo de sofrimento. Percebemos que, para que certas visões sejam modificadas, há um longo caminho a ser percorrido, e ainda há muito que ser repensado e discutido, no entanto, o primeiro passo já foi dado.

#### **4.2 Segundo encontro reflexivo: caminhando para o despertar**

Após o primeiro encontro, partimos para a fase de preparação do próximo. Neste momento, estava me sentindo bastante apreensiva, pois agora havia um grupo de pessoas envolvidas com a nossa proposta, e era fundamental conseguir despertar nestes sujeitos a

importância de estar repensando atitudes e comportamentos com relação à forma como encaram a própria imagem.

Ao analisarmos os temas emergidos no primeiro encontro, sentimos a necessidade de retornar ao grupo uma síntese dessas ideias que foram expostas. A proposta seria realizar a revisão de pontos que antes estavam ao nível do senso comum, possibilitando ao grupo rever suas posições e aprofundar conhecimentos (BERBEL, 1999).

Iniciamos o segundo encontro com um pouco de atraso, pois até o horário combinado haviam chegado apenas dois usuários. Neste dia o tempo estava frio, havia chovido bastante durante a madrugada, o que me deixou preocupada, pois ao longo do tempo que estava acompanhando o serviço e conhecendo melhor, especialmente, aquele grupo de usuários, identifiquei que entre eles havia alguns vivendo em condições precárias de moradia, ou até mesmo, em situação de rua.

Entendemos que inúmeros deveriam ser os fatores que dificultam a presença/permanência desses sujeitos no serviço. Poderia citar, por exemplo, a condição de que estejam “sóbrios” para participar das atividades. E pensando nisso, após uma noite fria de inverno, quando o uso de drogas, como as bebidas destiladas, são uma das poucas alternativas que alguns usuários encontram para aquecer o corpo, lembrei da importância de valorizar e investir em cada momento de encontro com esses sujeitos.

Depois de um tempo aguardando, compareceram cinco usuários. Iniciei agradecendo a presença dos que estavam ali. Falei da minha motivação em fazer com que esses encontros fossem momentos agradáveis, que pudessem contribuir para refletirmos sobre situações que nos afetam e vislumbrarmos possibilidades para modificá-las. Para iniciar as atividades, pedi para que me ajudassem a colar um papel pardo na parede, de forma que ficasse visível para todos. Enquanto isso, distribuí em cima da mesa, tiras de papel que continham trechos de frases que emergiram do encontro anterior. Em cima da mesa também havia recortes de folha em branco que os sujeitos utilizaram para reescrever ou complementar as frases após as novas reflexões.

Observando o problema pudemos identificar entre os pontos-chaves: os estragos causados pelo uso da droga na aparência; a perda da vaidade; conflitos nas relações afetivas; e, a exclusão social.

É aquilo ali mesmo. Se descuida da aparência. (P2)

A única coisa que nós temos certeza é essa (que a droga faz estragos). Tanto moral, como físico, orgânico, psicológico. De tudo quanto é jeito! Altera o comportamento também... (P6)

Ah Altera! Eu sou assim, eu durmo até na rua [...] Eu tive épocas que nem vontade de tomar banho eu tive. Tomava pra não feder. (P7)

Ao instigar reflexões que ajudassem a pensarmos possíveis hipóteses de solução para o problema levantado, as falas indicaram novamente que para esses sujeitos a solução estaria na alteração da relação com a droga.

Tem que dar um argumento. Bota um argumento na mente. “Olha, não posso beber por causa disso, ou daquilo”. Arruma uma boa desculpa pra não beber, porque se tu não acha uma desculpa boa pra não beber, não consegue parar. (P3)

Tu tem que ser mais forte que a bebida, dizer “eu não vou beber e não quero beber”. (P5)

Se tu for beber, tenta se controlar. Tomar menos, como tu tomava antes. Tenta diminuir. Tem que diminuir aos pouquinho. Daí tu vai ver, numa hora tu toma conta. E não a bebida toma conta de você. Não pode jamais deixar! Tu que tem que ter força. (P6)

As reflexões trazidas pelo grupo revelam essa luta constante dos usuários para controlar a vontade de fazer uso da substância psicoativa. Neste momento depositam a responsabilidade, e também a culpa, em exercer esse (des)controle somente em si mesmos.

Estava um pouco apreensiva com os rumos daquele encontro, pois o atraso para iniciar limitou o tempo para discussão. Para dar seguimento, sugeri que cada um expusesse e depois registrasse no painel, sua concepção sobre o que seria necessário para se sentir bem com a imagem que tem, ou ainda, ter uma imagem “bonita”:

Eu pra mim ter uma imagem bonita é ter equilíbrio. É estar equilibrado. Se tu tomar um foguetaço hoje, amanhã tu te olha no espelho está com a imagem raspada. Então, tu mantendo a média ... (P2)

Pra ter uma imagem bonita tem que se sentir bem consigo mesmo, principalmente, com seu interior. (P3)

Ter a mente e o corpo em uma só sintonia. E se sentir bem. A tua autoestima tem que ser pra frente, não dá pra deixar a peteca cair. (P6)

Eu tenho que me manter sóbria e ter a consciência que estou tentando. (P7)

Finalizamos o segundo encontro revisando e analisando as ideias construídas e registradas de maneira escrita no painel. Propus que pensássemos um título para o painel, que remetesse ao significado daquele momento. O título sugerido pelo grupo foi “Despertar para a vida”. Percebi que a realização dos encontros levava os participantes a poder conhecer melhor não somente a sua realidade e a de seus pares, mas também se conhecerem melhor.



Figura 3 - Painel “Despertar para a vida” construído pelos participantes do 2º encontro reflexivo.

### 4.3 Terceiro encontro reflexivo: construindo correntes

No período que antecedeu este encontro, houve alguns imprevistos que acabaram estendendo o intervalo até que nos reuníssemos para o encontro reflexivo novamente. Entretanto, como continuei frequentando o serviço em estágio de docência foi muito interessante observar a movimentação e reflexão dos sujeitos em pequenos grupos sobre o que havíamos conversado.

Para esse encontro, programamos uma dinâmica de discussão utilizando balões (bexigas) e um novelo de lã. Antes de iniciar, enchi o número de balões equivalente ao de usuários que participariam aquele dia. Dentro de cada balão, havia uma palavra relacionada a pontos-chaves surgidos dos encontros anteriores que mereciam novas discussões, como: autoestima, autocuidado, aceitação, aparência, confiança, exclusão, família, preconceito, respeito, rótulos, sociedade.

Este encontro contou com 12 participantes, o que exigiu de mim bastante concentração pois ficaram mais agitados, dispersos, falando juntos, necessitando que ao longo do encontro pactuássemos a colaboração de todos para ouvir e falar coordenadamente. Um participante de cada vez iniciou a discussão com a palavra que surgia. Quando as reflexões de determinado ponto “esgotavam”, escolhiam o próximo participante a estourar o balão, passando junto uma ponta do novelo de lã.

A discussão em grupo dos pontos levantados permitiu desvelarmos outros aspectos importantes percebidos pelos usuários: o rótulo e preconceito não perdem com o tempo, vão levar pra sempre; o preconceito é maior para os que estão em condições financeiras piores, sentem-se desvalorizados pelos familiares, pois estes ressaltam mais os defeitos e erros do que as conquistas.

Preconceito sempre vai existir, ninguém vai mudar. Tem pessoas aí que tu pensa que não bebem, são tudo arrumadinha, são os piores, mas eles olham só pros mais fracos, pros grandão ninguém acha, ninguém tem preconceito com eles porque eles têm dinheiro. (P6)

Pode estar dez, quinze anos sem beber, vai ter sempre o preconceito. (P9)

Isso aí (preconceito) é um peso que a gente vai carregar pro resto da vida. (P11)

Considerando essas vivências expostas, partimos para a busca de propostas que pudessem solucionar tais situações:

Acho que tu não deve se sentir sempre excluído, tu tem que estar bem e provar pra eles que tu mudou, que tu não era aquela pessoa que tu era antes, que não podia chegar numa festa e ficar na festa. Tem que mostrar pra eles que tu mudou, que tu pode ficar junto ali. (P5)

A gente deve mostrar pra eles que a gente não deve ter preconceito com as pessoas, a gente tem que tentar ajudar as pessoas, não porque a pessoa bebeu ou foi drogada, a pessoa não vai ser sempre drogada ela vai tentar mudar. (P6)

Eu tenho que me segurar nessas coisas (na confiança da família) e procurar confiar em mim o máximo que eu puder, que eu não vou fazer isso eu acho ... (P7)

Então pra gente voltar a mostrar pra eles que a gente quer sair fora do poço, como a P7 disse ali, tá na gente. E aproveitar esse momento que a gente está passando no CAPS pra ir pra frente. Essa é a única maneira que nós vamos ter... Mostrar pra nós mesmos que nós temos condições e somos fortes. (P8)

Quando todos os participantes já haviam estourado seu balão e tido oportunidade de expressar suas ideias, nos encaminhamos para a finalização do terceiro encontro reflexivo. Sugeri que todos agora ficassem em pé segurando a sua ponta do fio de lã, e observassem o que havíamos formado:

Parece um anel rodoviário. (P2)

Uma rede? (P5)

Uma teia. (P6)

Pra mim, acho que nós formamos uma corrente. (P8)

Eu pra mim uma estrada. (P10)

Aproveitei esse momento para refletirmos a importância de não estarmos sozinhos pra enfrentar todos esses problemas. Como forma de intervir nessa realidade estimei-os a pensar então nos pontos fortes que eles têm pra conseguir enfrentar esses “problemas”:

Nos ajudando uns aos outros, acreditando uns nos outros, ajuda a gente melhor. (P5)

Nunca desistir do que tu pretende alcançar, nunca desistir! (P6)

Não contar nossas derrotas, contar nossas vitórias, principalmente aqui, nós vamos formar, nós somos uma família, e vamos tentar nos ajudar uns aos outros. Com a ajuda de vocês que são os profissionais. (P8)

Apesar das dificuldades em coordenar esse grupo maior de usuários, neste encontro, particularmente, fiquei muito feliz e estimulada com o trabalho que estava desenvolvendo, pois pude confirmar a cada depoimento dos usuários a importância desse espaço de diálogo, que eles estavam reconhecendo como um espaço de ajuda mútua.

Começamos a entender que o diálogo vem se apresentando, principalmente, como possibilidade de um aprender recíproco, e a busca de uma ação e reflexão autêntica sobre a realidade individual e coletiva. Estes encontros nos quais todos os participantes podem usar da palavra, em condições de horizontalidade, possibilitam que todos tenham as mesmas oportunidades de “ler” e “escrever” o mundo (FREIRE, 2013).

#### **4.4 Quarto encontro reflexivo: (des)igualdade de direitos**

As discussões levantadas até aqui sinalizavam que esses sujeitos vivem em um contexto de enfrentamento diário da discriminação presente na sociedade, e na busca constante de reconhecimento de sua cidadania. Essa postura vem sendo impulsionada por todos os avanços decorrentes do movimento da reforma psiquiátrica, que ao buscar transformar o modelo de atenção em saúde mental, procura o reconhecimento do usuário como sujeito de direitos.

Pensando nesta caminhada, planejamos para o quarto encontro propor aos usuários que nossas discussões permeassem aspectos relacionados aos direitos humanos. Neste dia seis usuários estiveram presentes. Inicialmente a proposta foi partir da compreensão desses usuários sobre direitos humanos:

São os direitos que todos nós temos e não é observado por quase ninguém, mais ou menos isso. Criticam a gente de qualquer maneira, pisam em cima da gente, mas os direitos humanos da gente ninguém dá valor. (P5)

Direitos humanos é ser uma pessoa que seja respeitada. É uma questão de sobrevivência, se respeitar e ser respeitado. Direitos Humanos é ... proteger. (P6)

Direitos humanos partem de tudo quanto é ponto, mas arrebenta sempre na parte mais fraca. (P13)

Essas concepções indicam como situação problema a sensação de violação e desigualdade de direitos expressas por esses sujeitos. Quando se aborda a questão dos direitos humanos é importante entender que estes foram/são construídos historicamente. Nesse sentido, optei por narrar brevemente um panorama histórico dos movimentos que deram início as discussões sobre direitos humanos, iniciados com a Revolução Francesa, e seus “ideais” de igualdade, liberdade e fraternidade para a construção de um modelo social mais democrático.

Para problematizar as discussões distribuí a todos os presentes uma cópia da Declaração Universal de Direitos Humanos (Anexo B), que retoma tais ideais, e realizamos juntos a leitura, da qual alguns pontos foram surgindo:

É só no papel... Quem tem dinheiro tem um tratamento, quem não tem, é outro. Tu é lembrado só na hora de votar. Na hora que tu vai votar todo mundo te aperta a mão, dá tapinha nas costas, no ombro. Depois que entra lá pra dentro (cargos públicos) nunca mais te viram, nem te conhecem. Aí já era! (P2)

A gente é rejeitado pela sociedade que não dão os direitos que a gente tem que ter. (P5)

Isso aí é só no papel, porque ninguém trata a pessoa assim. Entre nós aqui um respeita o outro, mas na rua ninguém respeita ninguém. (P6)

Nessa questão de direitos, até no tratamento. Acho que o tratamento que dão pra nós assim, ficar em fila e coisrada ... Isso não é de direitos humanos! (P14).

A violação dos direitos está muito voltada para a falta de um sistema que ofereça igualdade de oportunidades. Os direitos presentes nesta declaração, que foi um marco para a humanidade são, na realidade, resguardados e garantidos às elites, e numa perspectiva de garantias da liberdade mais individual (COIMBRA; LOBO; NASCIMENTO, 2008).

Há evidência desse distanciamento entre o “que está no papel” e a realidade desses usuários. Quando instigados a refletir sobre quem influencia para que haja essas desigualdades referiram:

A sociedade. Tem pessoas que ficam cuidando da vida dos outros. Eu, por exemplo, depois que eu tive pancreatite eu bebia cachaça, conhaque, vodka, e bebia mesmo. Aí que eu caí no hospital e me mandaram aqui pro CAPS, e não bebi mais nada disso. Mesmo assim, se eles me vêem indo lá pro bar jogar já jogam na cara. (P2)

Todas as pessoas. A maioria de fora que não entende o que a pessoa está passando realmente, o que acontece com a vida da pessoa. (P6)

Para finalizar o encontro busquei instigá-los a refletir, diante do que havíamos conversado, sobre que estratégias dispomos para garantir o respeito aos nossos direitos:

Olha, é não deixar que tratem a gente diferente, com preconceito, porque senão que direitos humanos é esse aí? (P2)

Ficar bravo não vale a pena. Pra que eu vou me incomodar mesmo? Eu agarro e dou risada, viro a costa e vou embora. (P5)

Tu nunca vai estar bom. O negócio é tu não dar bola pra ninguém. (P6)

Primeiro tem que olha pra si próprio. A pessoa tem que seguir o caráter, erguer a cabeça e muitas pessoas o cara tem que ignorar. (P13)

Ninguém é perfeito, todo mundo erra. Então, não adianta condenar aquele que é drogado ou bêbado. Primeiro tem que olhar pra mim, pra depois eu condenar ele, criticar ele. Eu penso assim. (P14)

Esta dicotomia entre o ideal e o que realmente vem sendo efetivado na prática nos leva a refletir sobre as possíveis justificativas para este fato. Sabemos que a dependência química vem associada a muito sofrimento, e tem relação estreita com os aspectos sociais, como a miséria, desestruturação familiar. Esses elementos são causa e não efeito da droga, e precisam ser enfrentados como tal. É justamente a ausência de Direitos Humanos que propicia o uso abusivo de drogas (ALBUQUERQUE, 2012).

Antes de encerrar lembrei os presentes que nosso próximo encontro seria para encerramento deste processo reflexivo do qual eu estava sendo facilitadora, mas que gostaria muito que todos buscassem sempre estarem presentes nos espaços de diálogos ofertados naquele serviço. O movimento permanente de reflexão-ação-reflexão é necessário para promover a transformação da realidade e garantir uma assistência adequada, de modo contínuo e não apenas pontual.

#### **4.5 Quinto encontro reflexivo: aprendendo a voar**

No nosso quinto encontro reflexivo, último proposto para este estudo, a proposta foi de realizarmos uma avaliação da experiência vivida. Neste dia estavam presentes sete usuários os quais se encontravam eufóricos, e exprimiam um sentimento de pesar com o encerramento das atividades.

A avaliação do grupo foi positiva, por meio do diálogo conseguiram sentir-se ajudados, bem como ajudar aos “colegas”. Como facilitadora dos encontros, neste momento, sentia uma sensação de alívio e satisfação pelo processo construído, assim como, de alegria em ter conquistado a confiança desses sujeitos que ao longo dos encontros se mostraram empenhados em contribuir com as discussões, e referiam preocupação em estar colaborando com a pesquisa.

Para encerrar o processo reflexivo propus ao grupo que realizássemos a leitura de uma fábula que havia levado com uma cópia para cada um deles. A fábula, “Lição da Águia” (Anexo C), conta a estória de uma águia que foi encontrada quando pequena por um caçador, que a levou para seu sítio e passou a tratá-la como uma galinha. Assim, a águia passou a incorporar hábitos de galinha, deixando até mesmo de voar. Até que um naturalista, conhecendo suas capacidades de águia, começou a incentivá-la a recuperar sua confiança e autoestima. A águia superou sua fase de galinha, inferiorizada, insegura, medrosa e lançou-se aos céus assumindo a grandeza de suas capacidades. Depois da leitura desta “lição”, naturalmente os participantes foram manifestando suas interpretações:

Bonito. Ela tinha capacidade e coisa, mas ela se tratava como uma galinha. (P6)

Ela foi criada como uma galinha e passou a agir como uma galinha! (P9)

Depois ela percebeu que tinha o céu ... a liberdade dela estava no céu. (P11)

Em seguida, fiz uma intervenção questionando: qual a relação dessa fábula com o grupo?

É que pra botar a gente pra baixo isso aí tem aos montes. Pra te dar força, são poucos! (P2)

Eu, pelo que falou aqui, a águia viver em um galinheiro é um problema. É a mesma coisa que a gente viver misturado na base do álcool e das drogas, que é a mesma porcária. Então a gente, nós seres humanos, somos... temos uma capacidade de sermos conscientes, de vivermos a vida decentemente. E a gente com essas caídas aí que a gente fica independente é uma situação muito complicada. A situação dessa águia aí é uma situação nossa. É estar envolvido num lugar errado, com as coisas erradas, que é a bebida e a droga. Que na nossa vida isso é errado, não é o certo. É a mesma coisa que essa águia ser levada para um galinheiro. É, nós que estamos aqui cientes para ser tratado, pra vivermos, pra voltarmos ao sistema de normalidade. Então, a gente tem que se livrar dessas porcarias que é complicado. (P5)

A coragem ... sempre continuar lutando! Quantas vezes é assim na vida da gente. As pessoas, às vezes, nos colocam pra baixo. Não, tu não é capaz de fazer isso! Várias vezes isso tem aos montes. (P6)

É a mesma coisa que no nosso caso, encontra o rumo sempre no lixo, tomando cachaça. Eu fui um baita de um profissional, fui não ... sou ainda. E o que eu quero enfiado em um lixo da vida? Lá não é o meu lugar. Lixo que só arruma fofoca, briga, e pra falar do cara ali. Tu vira a costa e já estão falando de ti. (P15)

Em seguida, propus que pensássemos, então, qual seria a lição da águia para levarmos para o nosso cotidiano:

No caso, que nem a águia, ela não sabia da capacidade que ela tinha ... No caso que nem nós, nós sabia. Eu sabia a capacidade que tinha de poder mudar, de poder voltar minha vida. E é isso aí, eu estou aprendendo a voar de novo ... (P3)

A liberdade, coragem [...] Tem que encarar a realidade. (P6)

Que na verdade a gente não pode ter medo do que tem pra nós. A gente, que nem eu, eu estive inseguro... no meio de droga. Agora mesmo eu não posso dizer nada. Estou bem, dois meses. Mas eu quero é viver livre mesmo. Eu quero, que nem eu disse pro pessoal e o pessoal não acredita cara eu vou sentir falta ... não foi que nem da outra vez eu sonhava eu acordava com o gosto eu passava a noite toda ... eu perguntava pra minha irmã eu não sai de casa ... eu ficava a noite toda sonhando a noite toda como se estivesse fumando entendeu ... acordava de manha com o gosto da droga de manhã ... Então hoje em dia eu quero ver se eu me livro disso tudo. Com a vontade que eu tenho, se Deus quiser vou me ajudar e com a ajuda de vocês que também é muito importante (P16).

Acreditamos que o encerramento dos encontros com essas reflexões confirmam a riqueza dos momentos que pudemos compartilhar durante o período da coleta de dados, que para além dos propósitos científicos proporcionaram uma forma de problematizar as potencialidades que estas pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas têm e que, por vezes, são espoliadas por uma sociedade que as rotula e estigmatiza, tornando-as desacreditadas de sua capacidade de serem sujeitos da própria história.

Para ilustrar o processo reflexivo vivido durante a etapa de produção dos dados construímos a síntese a seguir (Figura 4):

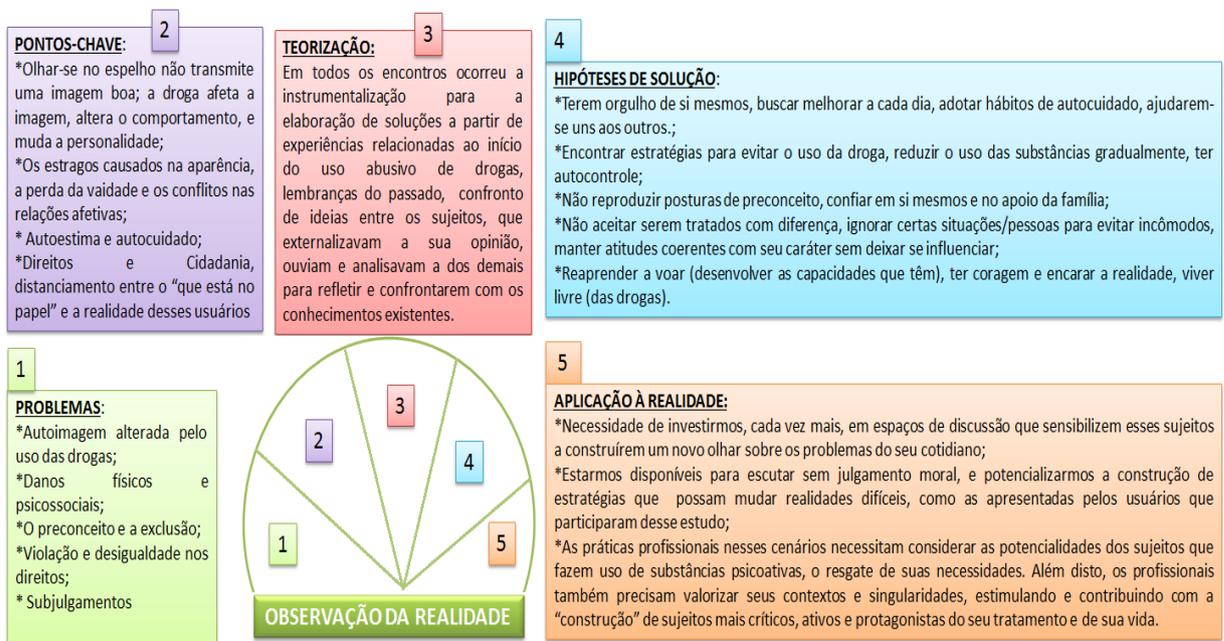


Figura 4 – Síntese do processo reflexivo a partir das etapas do Arco da Problematização

## 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS TEMAS EMERGENTES

Na tentativa de compreendermos melhor o problema de pesquisa e de fundamentarmos as reflexões surgidas, este capítulo trata da terceira fase da etapa de análise: a identificação, análise e discussão dos temas emergentes. A operacionalização desta etapa foi possível somente após a codificação das informações considerando a intensidade com que eram expressos em cada encontro, seguido da identificação das aproximações de significados dos códigos entre si, e agrupamento dos códigos em grandes temas emergentes.

Para ilustrarmos este processo de análise, optamos por elaborar um quadro apresentando os códigos relacionados a cada encontro e ao tema emergente a que se refere (Quadro 2). Na sequência, será apresentada a discussão e aprofundamento de reflexões acerca dos temas, ancorada na literatura científica atual.

	<b>QUADRO SÍNTESE</b>	
	<b>Códigos de cada encontro</b>	<b>Temas emergentes</b>
<b>1º ENCONTRO REFLEXIVO</b>	C1: Olhar no espelho não transmite imagem boa	<b>O uso de substâncias psicoativas e os reflexos sobre a autoimagem</b>
	C2: A imagem bonita é lutar	
	C3: A fisionomia é indiferente, o importante é o interior	
	C4: A droga modifica a imagem, faz estragos	
	C5: Quando bebia virava um animal	
	C6: Se a autoestima está baixa descuida da aparência	
	C7: O tratamento no Caps	<b>Os pontos de apoio potencializadores de mudanças</b>
	C8: O apoio dos amigos do Caps	
	C9: O apoio da família	
<b>2º ENCONTRO REFLEXIVO</b>	C1: A imagem bonita/boa	<b>O uso de substâncias psicoativas e os reflexos sobre a autoimagem</b>
	C2: Os estragos na aparência	
	C3: A perda da vaidade	
	C4: Relações afetivas prejudicadas	<b>Repercussões sociais que envolvem estar um usuário de substâncias psicoativas</b>
	C5: As pessoas excluem	
	C6: As pessoas tratam diferente	
<b>3º ENCONTRO REFLEXIVO</b>	C1: Medo de olhar no espelho	<b>O uso de substâncias psicoativas e os reflexos sobre a autoimagem</b>
	C2: Viram um lixo	
	C3: A perda da autoestima	
	C4: Perderam tudo	<b>Repercussões sociais que envolvem estar um usuário de substâncias psicoativas</b>
	C5: Surgem conflitos familiares	
	C6: Familiares não respeitam	

	C7: Sofrem preconceito, são rotulados	<b>Os Pontos de Apoio potencializadores de mudanças</b>
	C8: As pessoas excluem	
	C9: Acredita em si mesmo	
	C10: Buscou tratamento pra não decepcionar família	
	C11: Apoio em Deus (fé)	
	C12: Apoio dos colegas do Caps	
<b>4º ENCONTRO REFLEXIVO</b>	C1: As pessoas excluem	<b>Repercussões sociais que envolvem estar um usuário de substâncias psicoativas</b>
	C2: Sofrem preconceito	
	C3: Ficam com marcas pra toda vida	
	C4: Há desigualdades no tratamento	
	C5: Sofrem perdas	
<b>5º ENCONTRO REFLEXIVO</b>	C1: Apoio dos colegas do Caps	<b>Os Pontos de apoio potencializadores de mudanças</b>
	C2: Precisam ajudar uns aos outros	
	C3: A coragem	
	C4: A liberdade	
	C5: A esperança	

Quadro 2 – Quadro síntese dos códigos relacionados a cada encontro e os temas emergentes correspondentes.

### 5.1 O uso de substâncias psicoativas e os reflexos sobre a autoimagem

A elaboração da imagem de si é uma forma de construção de identidade. Para os sujeitos deste estudo, essa identidade compreende uma história de vida atravessada pelas experiências de uso abusivo de substâncias psicoativas, que modificaram a forma como percebem a própria imagem. Nos depoimentos, os sujeitos relatam como o encontro com o espelho tornou-se uma experiência difícil/negativa.

É eu nem gosto de me olhar no espelho! (P1)

Olha, a minha visão no espelho hoje acredito que poderia ser bem melhor. De toda a loucura, todos os estragos que nós impomos ao nosso corpo, posso dizer assim ... pra estragar antes do tempo, eu acho que eu poderia estar com uma fisionomia melhor. Com essa droga no corpo isso (mudança na imagem) é pior. (P3)

É péssimo olhar no espelho! Eu, como mulher, acho péssimo me olhar no espelho. Tanto que eu não estou usando nem brinco, nem anel, que eu sempre gostei. E vai juntando tudo. As lembranças ruins das coisas que eu fiz. Aí passa aquela vontade de ... me arrumar. (P7)

Alguns autores têm descrito a capacidade de encontros com o espelho lançarem-nos a um turbilhão de experiências afetivas (GODOY, 2010; FERRARI, ALCÂNTARA, 2004). O espelho tem o poder de nos atrair, pois aproxima para o seu espaço virtual os reflexos e reflexões que compõem a nossa autoimagem, mas ele também nos aprisiona.

Nessa perspectiva, estamos “irremediavelmente presos à nossa imagem”, e o espelho apenas evidencia essa prisão, podendo trazer o sentimento de incômodo ou estranheza. No entanto, paradoxalmente, é o espelho que, também, nos apontará a necessidade de libertação, inerente à sensação aprisionante (GODOY, 2010, p.101).

No processo de estruturação da nossa imagem corporal, as experiências e sensações obtidas por ações e reações dos outros em nossas relações sociais tem grande importância. Em situações desfavoráveis de saúde, como na dependência química, essas ações repercutem em autopercepções que alteram a imagem corporal desses indivíduos submetidos ao quadro patológico (FERREIRA; THOMPSON, 2002). Considerando a sociedade em que estamos inseridos, onde predominam valores éticos e morais que reprimem não apenas a droga, mas, sobretudo, o usuário, é compreensível que a autoimagem construída por esses sujeitos seja negativa.

Ela está falando de imagem. A nossa imagem é péssima! A coisa mais pior é a nossa imagem, péssima! E quando a gente está errado e não quer se consertar, sempre errante, errante, errante, a nossa imagem não tem como ficar boa. (P3)

Ah! ... eu tive um momento, assim, que eu tinha até medo de me olhar no espelho, porque eu fiquei num estado ... Deplorável! Porque eu estava perdida, no fundo do Crack. Pra começar nem queria me olhar! E o dia que eu fui me olhar, assim, me apavorei! (P8)

Que nem ela falou, a gente vira um lixo! [...] eu não queria me ver no espelho. Cheguei a ficar dez meses sem tomar banho, sem fazer a barba. A barba desse tamanho (gesticula mostrando), cabelo sujo ... (P9)

Esses são reflexos de influências sócio-culturais introjetadas na concepção de mundo que a grande maioria das pessoas formou, onde o que desvia do padrão é “feio”, errado, inferior. Por isso, sentem-se como um 'lixo', um vulto, amedrontados e amedrontadores. Nos últimos anos, essas concepções estigmatizantes tomaram proporções maiores nas discussões sobre saúde e segurança pública, principalmente, através dos meios de comunicação, quando entrou em pauta a questão do uso do crack (ROMANINI; ROSO, 2012).

De acordo com último Relatório Brasileiro sobre Drogas, o uso na vida de crack - uma substância estimulante produzida a partir do cozimento da pasta base da cocaína combinada com bicarbonato de sódio – representou um índice de 0,7% em 2005, enquanto drogas lícitas

como o álcool, que são responsáveis pelos principais problemas de saúde pública no país, alcançou um índice de 74,6% de uso na vida. Apesar disso, atualmente, as políticas tem direcionado atenção, principalmente, para as drogas ilícitas, com enfoque para o crack devido sua relação com a violência e “periculosidade” (BRASIL, 2009).

Tal contexto tem tido particular influência da midiaticização da cultura sobre as drogas, onde, principalmente a televisão, veicula imagens simbólicas sobre o crack que produzem uma ideia de que todos os usuários ficam “viciados” logo na primeira vez, todo “crackeiro” (especialmente os pobres) se torna um criminoso, entre outros juízos. Essa situação acaba por “estabelecer e/ou manter a ideologia do usuário de drogas como delinquente ou como um doente” (ROMANINI; ROSO, 2012 p. 493).

Com a disseminação dessas ideias no imaginário social, o usuário de drogas acaba incorporando e até mesmo reproduzindo atitudes de submissão e preconceito:

[...] a fisionomia da pessoa é diferente pra quem usa isso aí [substância psicoativa]. Basta nós ver, o antes e depois, o caco que a pessoa fica, qualquer coisa, qualquer tipo de droga. A pessoa olha assim ... até perde a palavra. Então, quer dizer, fica imaginando ... Nós somos um vulto igual! (P3)

Porque diante dessas drogas nós somos todos iguais entende? Tudo pra baixo, não tem quem melhore ... (P8)

Nossa autoimagem é também uma ilusão que pode nos levar a uma identificação restritiva e empobrecedora. Esses depoimentos evidenciam a construção de uma identidade que os coloca na condição de oprimidos socialmente. Para Freire (2005), oprimidos são todos aqueles que perderam a consciência de suas possibilidades e que vivem adaptados ao sistema da estrutura dominante.

Uma característica dos oprimidos é a autodesvalia, que resulta da introjeção que eles fazem da visão que deles tem os opressores. Essa introjeção a que se refere Paulo Freire resulta numa alienação sobre as condições concretas, sociais, que os levaram a se encontrar na posição de "oprimidos" Esse sentimento faz com que o usuário de drogas construa uma imagem de si que é exatamente igual a que o opressor (sociedade) tem dele, e que o mostra como um transgressor, marginal, incapaz, etc. Quando esta autoimagem é incorporada, o homem perde a capacidade de questionar sua realidade, e menos ainda de transformá-la. (FREIRE, 2013).

Aliado a isso, a existência de uma realidade social adversa pode potencializar os danos para o usuário de substâncias psicoativas, levando-o a acreditar em sua incapacidade pessoal

de produzir mudanças. Nessa situação, ocorrem prejuízos significativos à autoestima dos usuários.

Os participantes desse estudo definiram a autoestima como consequência de uma percepção sobre si, sobre o próprio corpo. Um bom nível de autoestima é considerado um fator protetor, que isola o sujeito das influências não-saudáveis. Assim, estes sujeitos têm menor vulnerabilidade perante a conduta antissocial (BECOÑA, 1999). E no sentido contrário, quando a autoestima pessoal encontra-se armazenada, devido a um evento negativo, pode provocar um aumento nos níveis de ansiedade, ou seja, o indivíduo reage buscando alternativas para enfrentar a situação. Em muitos dos casos, esta situação resulta em formas pouco apropriadas ou nocivas para a saúde, como o uso de álcool e outras drogas (LÓPEZ; MORENO, 2002).

Esses sujeitos que fazem uso de substâncias psicoativas acreditam que a autoestima pode ser alterada em função do estabelecimento ou não de relações afetivas, que influenciam na motivação para o cuidado de si.

Se o cara está com a autoestima baixa, não arruma nem pro fumo, não tem namorada, nem uma mina quer, o cara nem quer se olhar no espelho. Se o cara já tem uma namoradinha, ó, faz a barbinha ... (P1)

É o que eu estou dizendo: se tu tiver alguém, vai tentar sempre estar melhor. Limpinho, tomar banho, se pentear, fazer a barba. Às vezes, uma pessoa que autoestima está lá embaixo, ela não está nem aí. Só chega e sai pra rua. (P6)

A baixa autoestima e as expectativas negativas levam sujeitos com problemas associados ao uso de substâncias persistirem em comportamentos problemáticos, apesar dos prejuízos nas diversas áreas da vida. Com o desenvolvimento da dependência, se intensifica a redução de interesses do indivíduo para os assuntos que não estejam relacionados à droga, passando a se dedicar totalmente à obtenção da substância. Esse comportamento passa a ser rotina na vida do usuário que, após o tratamento, ao retornar para o convívio familiar, pode sentir-se em inatividade por não estar usando a droga. O convívio com seus sentimentos é de certa forma perigosa, pois surgem as inabilidades e experimentam a angústia de viver (BRASIL, 2014).

Como estratégias para que essa situação não ocorra é importante que nos espaços onde os usuários procuram tratamento sejam incentivados a recomeçar a gostar de si mesmo, valorizar a vida, recuperar amigos, resgatar sua dignidade, autoconfiança e recuperar a autoestima.

A autoestima se transforma. A pessoa se isola e se atira na droga. [...] Aí tem que ser de dentro pra fora (a mudança). Se tu não está bem por dentro não adianta querer te ajeitar, fica assim mesmo. (P3)

No uso, a primeira coisa que a gente perde é a autoestima. Aí a gente pára, começa o tratamento, fica bem, e a primeira coisa que a gente começa a recuperar é ela de novo. Eu, hoje, minha autoestima, graças a Deus, está lá em cima. [...] Hoje, a primeira coisa que eu penso é na autoestima, sabe, me sentir bem, estar bem, estar limpo, sabe? Por mim, primeiro por mim, sabe, e depois por ela (filha). (P9)

Assim como a autoestima, a autoimagem desses usuários se transforma com as transformações do seu mundo interior. Isso reflete a nossa incrível habilidade em fugir de nós mesmos e a grande dificuldade em nos visitarmos por trás das aparências. Por vezes, isso pode alimentar um ciclo que, no caso dos usuários de drogas, dificulta a tomada de decisões/escolhas mais conscientes.

O uso abusivo de drogas constitui, sem dúvida, um fenômeno complexo. O sujeito que faz uso de substâncias psicoativas, frente às dificuldades cotidianas, encontra na droga um caminho quimicamente efetivo para superar a sua fragilidade. O ato de usar a droga pode ser considerado como uma busca narcisista de prazer. O desejo e o prazer com a substância psicoativa, ou droga, poderá substituir qualquer outra vontade ou prazer (GABATZ et al., 2013). Essas sensações, características da dependência química, podem ser experimentadas de formas diferentes dependendo da substância utilizada e em qual quantidade, da pessoa que as usa, e das circunstâncias do uso (SILVEIRA; DOERING-SILVEIRA, 2014).

O uso de drogas se adapta, geralmente, às características de cada contexto, produzindo diferentes efeitos, tanto subjetivos quanto sociais. Os efeitos de uma droga dependem de três fatores: a droga, o usuário e o ambiente. Cada usuário, com suas características biológicas e psicológicas tende a apresentar reações diversas sob ação de drogas. Se tomarmos como exemplo o álcool, a bebida de uso prevalente desses sujeitos, os efeitos produzidos pelo uso dessa substância podem ser a euforia, a desinibição, e com aumento da dose, aparecem às dificuldades para executar tarefas, diminuição dos reflexos e do equilíbrio, entre outros, que podem refletir em prejuízos nas suas relações (BRASIL, 2014). Os usuários conseguem perceber essas mudanças:

Se não bebesse e não fumasse o cara estaria mais inteiro. Mas assim, falando da parte nociva do álcool e da droga, a aparência ela é abalada, sempre pra menos. Agora a questão do caráter também no álcool é outra coisa, não tem dúvida que a pessoa não tem nada a ver com ela sã. (P3)

A pessoa com álcool na cabeça, muda. Acha tudo mais fácil [...] E numa palavra o cara pode magoar uma pessoa. (P4)

Para além das mudanças na aparência, referem alterações nas suas atitudes, refletindo em construções corporais marcadas por sentimentos negativos, que sugerem desaprovação a pessoa “que se tornam” quando fazem uso das substâncias psicoativas. O uso de drogas e o comportamento humano são questões complexas que requerem enfoque holístico de modo contínuo (HECKMANN; SILVEIRA, 2009).

Os sintomas desencadeados pelo uso abusivo de álcool, a droga citada nestes depoimentos, atingem aspectos físicos e psicológicos, com repercussão social. Os sintomas físicos manifestam-se como pequenos sinais de abstinência, que podem ser neuromusculares, caracterizados por tremores, câibras ou parestesias; digestivos, caracterizados por náuseas ou vômitos; neurovegetativos, por suores, taquicardia ou hipotensão ortostática; e psíquicos, tais como: ansiedade, humor depressivo, irritabilidade, insônias ou pesadelos. Quanto aos sintomas psicológicos, caracterizam-se três elementos principais: a alteração do comportamento, a perda de controle e o desejo intenso de consumir mais. Quando os problemas provenientes do uso abusivo do álcool se tornam frequentes nas diversas áreas de inserção do indivíduo, como na família, no trabalho, e nos demais espaços sociais que o usuário ocupa, surgem os conflitos que contribuem para desestruturação das relações sociais (HECKMANN; SILVEIRA, 2009).

As mudanças na personalidade e no caráter descrito pelos participantes podem estar estreitamente relacionadas com a inabilidade para controlar impulsos associada ao uso de drogas. Por vezes, o usuário pode tornar-se agressivo e se auto lesionar para conseguir a droga. Pode, também, utilizar de estratégias de manipulação e de sedução para obtê-la (STUART, 2001).

Por isso, é tão difícil encontrar fórmulas que sejam permanentes de resolução, porque a dependência química envolve danos biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, culturais, ético-legais e morais. Embora não confirmada essa relação, existem estudos que verificam uma associação do uso de drogas e da violência, sendo que o consumo de drogas é um importante fator de risco para comportamentos violentos, como homicídios, suicídios, violência doméstica e acidentes de trânsito (MADRUGA et al., 2010; LARANJEIRA, DUAILIBI, PINSKY, 2005)

Nesse sentido, entendemos a necessidade de que os profissionais de saúde ao responsabilizarem-se pela produção de saúde desses usuários dirijam as suas ações para a prevenção do uso de drogas e a promoção da saúde através do aconselhamento tanto de usuários como de seus familiares, provocando reflexões capazes de motivar mudanças de

comportamento, autocontrole e prevenção das recaídas, necessárias para o desenvolvimento de um estilo de vida mais saudável.

## **5.2 Repercussões sociais que envolvem estar um usuário de substâncias psicoativas**

O uso abusivo substâncias psicoativas condiciona os sujeitos usuários a repercussões sociais que atingem várias esferas de seu cotidiano. Em seus depoimentos, os sujeitos desta pesquisa revelam um contexto social repleto de preconceito, no qual muitas vezes são rotulados, estigmatizados, sem conseguir vislumbrar possibilidades de mudanças. Esses sujeitos são vitimizados por um sistema que os julga e exclui, acarretando em sofrimento e fragilização especialmente nas relações com amigos e familiares. Nesse contexto, consumir alguma droga é estar condicionado a ser a própria droga:

O que usa álcool vai ser rotulado por alcoólatra. O que usa droga vai ser rotulado por drogado. Isso aí é como ela falou do filho dela recém mesmo, ela vai ter sempre esse rótulo! (P2)

A gente fica rotulado. O rótulo a gente vai levar pro resto da vida. Isso aí sempre vão ter um pé atrás com a gente. Por mais que a gente tente. Desconfiança sempre vai ter, nunca vai ser a mesma coisa. Tu fica marcado! (P9)

Se tu bebia, se tu tinha um vício de alguma droga ou coisa, eles vão dizer que tu sempre é aquilo ali. (P11)

Essa marca ou rótulo a que se referem esses sujeitos é o que podemos chamar de estigma. O termo estigma foi criado pelos gregos para se referirem a sinais corporais que identificassem algo diferenciado ou ruim sobre a moral de alguém. O estigma é uma marca social que certos indivíduos carregam por possuírem característica diferente daquela considerada normal/ padronizada socialmente (GOFFMANN, 1988).

Esse tipo de estigma é chamado de estigma social ou público. As pessoas que fazem uso de drogas sofrem constantemente com os efeitos prejudiciais desse processo de estigmatização, o qual se estabelece alimentando um círculo vicioso: o estigma desencadeia o preconceito e a discriminação, e estes, por sua vez, encorajam a manutenção do estigma (RONZANI, 2014).

Quando o usuário se torna consciente das visões negativas que as outras pessoas da sociedade têm sobre o uso de drogas, e percebe-se como “portador” de um estigma, essa percepção pode desencorajá-lo a buscar os serviços de tratamento, como o CAPS AD, pois estes são espaços de inclusão de um grupo estigmatizado (RONZANI, 2014). Os sujeitos deste estudo descrevem a sensação de que o preconceito está em todos os lugares, mas principalmente,

frequentar o CAPS AD, e mostrar a carteirinha no ônibus são fatores que contribuem para estigmatizá-los ainda mais:

Tu sai aqui no portão, tu puxa uma carteira no ônibus é uma vergonha. Tu puxa pro cobrador todo mundo fica te olhando. E o pior dessa carteirinha que diz assim álcool e droga, carteirinha especial. Todo mundo olha, parece que o cara é aleijado. (P2)

Eu sou condenado até hoje, sempre fui, sou até hoje e vou ser sempre, e por eu estar aqui no CAPS, ainda gozam comigo porque eu estou aqui! (P5)

O preconceito também está no ônibus, aquela carteirinha, aquele baita carteirão! Tu vai puxar e todo mundo fica te olhando, é um drogado, um alcoólatra. Se tu puxa a carteirinha pra dar para o cobrador, todo mundo fica te olhando, ficam fazendo assim ó (espichando os olhos) ... Às vezes, se sente humilhado ... Às vezes, dá vontade de xingar as pessoas: porque que estão me olhando? O preconceito já está ali mesmo, por exemplo. Essa baita carteira grandona. Podiam ter feito menor. (P6)

O preconceito, o estigma, a discriminação e outros tantos problemas sociais que fazem parte da vida dos usuários do CAPS AD se configuram como grande entrave para a construção da identidade desses sujeitos como cidadãos. Está implicado questões tanto macroestruturais, percebidas como de difícil solução (ZANATTA; GARGHETTI; LUCCA, 2012) como em questões mais pontuais e teoricamente mais fáceis de conseguirmos mudanças, como o tamanho da carteira do ônibus.

Os efeitos desse processo de estigmatização instalado, também são revelados pelos sujeitos desse estudo quando exprimem atitude desesperançosa frente a essas situações. Por mais que passem os anos, e evoluam no tratamento, acreditam que nunca será a mesma coisa, pois para os outros, eles sempre serão aquela pessoa do passado:

Preconceito sempre vai existir, ninguém vai mudar. Isso é mentira, se eu falar que alguém vai mudar, ninguém vai mudar! [...] Quem te conheceu, quem conheceu sabe que usou, que tu usa, que tu bebe, qualquer lugar vai ter esse preconceito, sempre! Por mais que tu esteja parado. (P6)

Eu acho que se a gente está tentando, as pessoas não devem estar falando... de a gente chegar num lugar: hoje tu não bebeu? Tu está bem hoje? De te olhar bem no rosto, nos olhos da gente... (P7)

Vê se tu não está cheirando a droga ou álcool ... [Complementou P7] (P10)

Eu acho que vou passar a vida toda me tratando, me cuidando, que eu vou ser sempre aquela pessoa do passado. (P8)

Pode estar dez, quinze anos sem beber, vai ter sempre o preconceito. (P9)

Isso aí é um peso que a gente vai carregar pro resto da vida. No momento que nós sair aqui de dentro e sair pro lado de fora daquela porta: está saindo um viciado. E tu pode parar, pode fazer 10 anos que tu não beba, que tu vai sempre ser aquilo ali. (P11)

A desesperança representa a perda das expectativas sublimes da vida, um abatimento que tem poder de frustração (FREIRE, 2011). Os sujeitos compreendem que mesmo que consigam manter a abstinência - melhor aceita moral e socialmente pela sua determinação de ajustamento - ainda estarão submetidos a situações de vigilância e desconfiança permanentes. Isso ocorre devido a disseminação da concepção da dependência química como uma doença incurável, que pode estabilizar-se, mas estará sempre presente, tornando a pessoa que faz uso de drogas sempre um “diferente”, em quem não se pode confiar por estar sujeito permanentemente a crises e recaídas (MORAES, 2008).

É necessário pensarmos nas influências que culminam na construção desse padrão discriminatório. Uma delas está na hegemonia do discurso antidrogas na sociedade atual, que reflete em ações repressoras e a adoção de uma perspectiva exclusivamente biomédica-curativa (ROMANINI, ROSO, 2012; VEDOVATTO, 2010; RONZANI et al., 2009). Ainda, o preconceito com o uso/usuário de drogas inclui o fato de que, diversas vezes, o consumo de drogas não é visto nem como um problema de saúde, mas como falha de caráter, fazendo com que seja atribuída ao usuário a responsabilidade pelo aparecimento e pela solução do seu problema (RONZANI, 2014).

Entendemos, assim, a necessidade de ampliarmos e aprofundarmos os debates sobre a questão das drogas, de maneira que se desfaça naturalmente a imagem negativa associada ao sujeito que faz uso dessas substâncias, para que se torne possível modificar esse cenário de exclusão que está posto. Os sujeitos participantes desta pesquisa sentem-se excluídos pela sociedade, pela própria família, e por alguns amigos. Não são convidados para festas, não recebem atenção, sentem que aos poucos vão sendo esquecidos pelas pessoas:

Nós somos excluídos da própria família, e por alguns conhecidos, porque a amizade não existe! Nos convidam pra algumas festinhas, pra alguma coisa, mas somos excluídos de festa de casamento, aniversário ... somos excluídos. Como é que eles vão convidar um bêbado, um cheirador pra uma festa de casamento que daqui a pouco vai estar loucão de pó, metendo uísque e esculhambando o casamento? Não tem como! (P1)

Fui num aniversário. Cheguei lá o pessoal nem me olhava, não conversava comigo. Mas, o que que eu quero com a porcaria disso aqui. Ninguém quer conversar comigo! Daí eu olhava pra tudo o que era lado e passava aquelas bandejinha cheia de copinho de conhaque, disso, daquilo. Vou pegar uma garrafa disso aqui e vou largar embora daqui. E não te dão atenção ... não estou incomodando ninguém e ninguém vai me incomodar. (P4)

As pessoas excluem a gente do meio. Não convidam a gente pra um aniversário, pra um almoço ... pra nada. Porque se eles lá vão tomar (bebida alcoólica), a gente vai querer também tomar. Eu, no caso, vou ficar bêbada porque não vou parar naquilo ali. E as pessoas acabam excluindo a gente. (P7)

A sociedade marginaliza muita gente, no sentido de, nós somos a margem da sociedade. Não somos incluídos na sociedade. A aparência da gente vai mudando dia a dia, o pessoal vai esquecendo da gente. Mas, quem está fazendo tudo isso pra desaparecer e sumir é a gente próprio gurizada. Então, pra gente voltar a mostrar pra eles que a gente quer sair fora do poço, como P7 disse ali, então está só na gente. E aproveitar esse momento que a gente está passando no CAPS pra ir pra frente. Essa é a única maneira que nós vamos ter. (P8)

Eu era queimado das festas. Já sabiam que se eu ia na festa era um fiasco. E aí quando eu chegava já iam dizendo: lá vem ele! Eu ficava isolado deles. (P9)

Há muito tempo eu não sou convidado pra uma festa de casamento. (P10)

Esses sujeitos demonstraram, por meio de alguns depoimentos, que aderem a essa visão negativa da sociedade, de tal forma que passam a aplicar os estereótipos negativos a si próprios. Tal condição caracteriza o que é chamado de estigma internalizado, que os leva a atribuírem a responsabilidade pela recuperação só em si mesmos (RONZANI, 2014). Isto mostra que “a sociedade exclui para incluir e esta transmutação é condição da ordem social desigual, o que implica o caráter ilusório da inclusão” (SAWAIA, 2001, p. 8). Essa condição revela as formas de apatia e de impotência predominantes em determinados grupos que incorporam e aceitam sua própria exclusão por meio da internalização de crenças dominantes e opressoras (DAL POZZO; FURINI, 2010).

Diante disso, percebemos a importância de instigarmos nesses sujeitos a “desacomodação” com estes condicionamentos, e a intervenção por mudanças. Essas implicam a dialetização entre a denúncia da situação desumanizante e a anúncio de sua superação. Não ocorrem como um processo natural, mas a partir de uma escolha, uma necessidade humana de transformação (FREIRE, 1983).

Como estratégias para instrumentalizar a pessoa que faz uso de drogas nessa transformação, e reduzir o sofrimento relacionado ao estigma internalizado, os profissionais de saúde podem atuar estimulando a participação em espaços de discussão, como os propostos na etapa de coleta de dados desta pesquisa, que contribuem para a construção de uma noção de identidade, autoestima, habilidades de enfrentamento e integração social; além do incentivo à autonomia, participação ativa no processo de tratamento e produção de saúde (RONZANI et al., 2014).

Quando falamos em reabilitação/tratamento para reinserir socialmente pessoas que fazem uso de drogas, estamos legitimando, de algum modo, que esse uso teve consequências de âmbito social (para além dos aspectos físicos e psíquicos), como o isolamento, rompimentos, afastamentos, que necessitam ser resgatados. Ou seja, podemos dizer que as

consequências da dependência de drogas são, elas mesmas, os pressupostos da necessidade de reinserção social (GANEV; LIMA, 2011).

No âmbito da vida de pessoas que passaram a viver sob tal condição, a reinserção social é alocada como possibilidade desses sujeitos deixarem de reproduzir práticas que os levaram a situações de autodestruição, alienação, isolamento e/ou exclusão social, e voltarem a ter suas potencialidades desenvolvidas (OBID, 2015). A reinserção social, garantida como finalidade permanente no atendimento em saúde mental pela Lei 10.216/2001, precisa ser estimulada pelos profissionais nos serviços (BRASIL, 2001).

Diversas são as atividades desenvolvidas pelos CAPS AD nessa perspectiva de promover a reinserção social das pessoas que fazem uso de drogas. Dentre elas, destacam-se: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação); atendimento em grupos (psicoterapia, oficinas, atividades de suporte social, entre outras); atendimento de desintoxicação, além de ações direcionadas à comunidade (apoio matricial em UBS, ESF), participação em eventos, articulação para inserção no mercado de trabalho, entre outras (BRASIL, 2004; XAVIER; MONTEIRO, 2013).

Numa pesquisa desenvolvida em 30 CAPS dos estados da região Sul, usuários, familiares e equipe consideraram as atividades em grupo, como oficinas, ferramentas essenciais no processo de socialização, principalmente pela capacidade de fortalecer vínculos, reforçar as potencialidades, e desencadear processos de geração de renda (KANTORSKI et al., 2009). No entanto, também é possível afirmar que não há possibilidade de reinserção social efetiva sem políticas públicas que as propiciem e garantam. Práticas efetivas para a reinserção social passam pelo desafio dialógico de ouvir para inserir, e consideram como prioridade a melhora da qualidade de vida dos sujeitos envolvidos (GANEV; LIMA, 2011).

Em relação aos sujeitos desta pesquisa entendemos que a busca pelo tratamento diante das situações limites em que se encontravam já reflete a desacomodação inicial diante deste obstáculo que se tornou a dependência química em suas vidas. Esta é uma luta permanente que busca recuperar para além da imagem que foi alterada, a sua condição de cidadania. A qualidade de vida e saúde de qualquer ser humano está diretamente relacionada à cidadania, que deve ser assegurada por meio de ações coletivas por parte do poder público e da sociedade, contemplando as áreas da saúde, educação, lazer, trabalho, enfim, a garantia de seus direitos de igualdade, não se limitando a questões individuais da pessoa (DIMENSTEIN; LIBERATO, 2009).

O desafio de organizar os serviços e sistemas de cuidados aos usuários de drogas é enorme, pois sabemos que o estigma, o preconceito e a discriminação aos usuários é uma

barreira importante para o tratamento (RONZANI, 2014). Pelo caminho percorrido até o momento acreditamos que somente a partir de uma mudança de postura frente ao “problema das drogas”, é que será possível às pessoas que fazem uso dessas substâncias exercerem sua cidadania plena. Resta acreditar e apostar na capacidade de evolução ética do ser humano, e na transformação de padrões e condutas de discriminação e exclusão social.

### 5.3 Os pontos de apoio potencializadores de mudanças

Os depoimentos que foram codificados e compuseram este tema revelaram que os sujeitos deste estudo encontram força para o enfrentamento dos problemas relacionados a condição de ser usuário de substâncias psicoativas na sociedade atual apoiando-se em recursos como o serviço do CAPS AD, a família e a fé. O CAPS AD é mencionado como um ponto disparador de mudanças. Enquanto estão em tratamento nesse serviço sentem-se bem, pois conseguiram estabelecer relações de amizade e coleguismo que servem de apoio e contribuem para que tudo dê certo:

Quando me olhei no espelho eu disse: tá, vai pra caixa! Aí comecei a me tratar. E olha, perto do que eu estava, estou até... melhorei bastante. Estava com o coringa bailando [...] Depois que eu vim aqui pro CAPS, eu tomo vinho, uma cerveja, mas as destiladas eu não tomei mais. (P2)

A minha imagem mudou muito depois que eu vim pro CAPS. Comecei a me tratar, parei com a bebida. (P3)

Estou me sentindo bem aqui no CAPS com todos os meus amigos, meus colegas. Estou deixando a bebida, andava bebendo demais e indo pra casa de cara cheia. Estou cuidando mais da minha família, cuidando da minha mãe que está doente, fez uma cirurgia e está precisando de mim. Aqui com o apoio de vocês está tudo dando certo. (P6)

Depois que vim pra cá me sinto melhor, conversando, comendo direitinho, tomando as medicações direitinho, me sinto melhor ainda. (P9)

Para esses sujeitos o CAPS AD assumiu importância fundamental, pois influenciou em mudanças de hábitos que repercutiram de forma positiva na saúde e nas relações. Serviços como o CAPS AD, citado pelos sujeitos do estudo, foram criados em função da necessidade de oferta de um serviço de saúde que acolhesse tanto o aumento da demanda de usuários de substâncias psicoativas como a necessidade de atendimento diário a estas pessoas e suas demandas (BRASIL, 2004).

Essa foi uma estratégia adotada no Brasil a partir da adoção da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, exigindo a busca de novas estratégias de

contato e de vínculo com o usuário e sua família, além do reconhecimento de suas singularidades. Uma característica desses serviços é o funcionamento de “portas abertas”, que significa que não deve haver restrição para o usuário acessar, nem imposição de posturas e valores morais (BRASIL, 2003).

A busca de atendimento no CAPS AD pode acontecer de várias formas, como por exemplo, por demanda espontânea (pelos próprios usuários), acompanhados/ a pedido de familiares ou por meio de encaminhamentos de outros serviços da rede, como das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF), dos Serviços de Emergência, Hospitais Gerais, Conselho Tutelar, Serviços Assistenciais (Abrigos, Albergue, Secretaria de Assistência Social) e via demandas judiciais. As motivações que influenciam esses sujeitos a procurarem o serviço podem ser tanto pessoais, quanto por insistência de familiares, ou ainda pelas comorbidades clínicas decorrentes da dependência química, como evidenciado nos depoimentos supracitados.

O uso crescente e os danos provocados, direta ou indiretamente, pelo consumo de substâncias psicoativas resulta na presença cada vez maior de comorbidades. A bebida alcoólica, substância de uso prevalente entre os usuários, afeta principalmente o fígado, podendo gerar sérias complicações, como a esteatose (fígado gorduroso), hepatite alcoólica e cirrose alcoólica. Além do fígado, outros órgãos que também podem ser afetados são o pâncreas e o estômago. No pâncreas, a bebida alcoólica é um dos principais fatores responsáveis pela pancreatite aguda e crônica (FIGLIE; BORDIN; LARANJEIRA, 2004).

Outra questão que se sabe, e aparece implícita nos depoimentos dos usuários, é que existem variações nas formas de abordagem dentro dos diferentes serviços de CAPS AD, ou até mesmo, dos diferentes profissionais de um mesmo serviço, sustentadas por divergências ideológicas manifestas na forma de abordar e tratar o problema da dependência de drogas: de um lado o tratamento baseado na abstinência, e de outro a redução de danos. Acreditamos que essas diferentes perspectivas de produção de saúde não podem ser vistas como concorrentes, mas como recursos possíveis que necessitam ser flexibilizados em função das diferentes situações e contextos, respeitando a necessidade e autonomia do usuário.

A complexidade de se trabalhar com essas questões reforça o desafio de organizar os serviços com profissionais capacitados para atender as diferentes demandas dos usuários de substâncias psicoativas, e evitar que estes reproduzam visões equivocadas sobre como “resolver o problema das drogas” (RONZANI, 2014 p.5). Para além das abordagens técnicas de cuidado, é fundamental que os profissionais busquem identificar esses pontos de apoio de cada usuário, para juntos articularem novos projetos.

Outro ponto de apoio descrito por alguns sujeitos deste estudo foi a família. A família pode ser considerada como uma unidade que cuida de seus membros, sendo o seu principal agente socializador, e responsável pelo atendimento de suas necessidades básicas (ELSEN; SOUZA; MARCON, 2011). Os estudos têm destacado a importância da inclusão da família no campo da saúde mental, como forma de resgatar os vínculos afetivos perdidos ao longo do processo de adoecimento para que haja evolução no tratamento, principalmente, quando se trata da dependência química (SILVA et al., 2012; SCHENKER, MINAYO, 2004).

Para alguns usuários ter alguém da família para dar apoio e conselho é fundamental para a consolidação de uma relação mais saudável com as drogas. Sem isto, o tratamento ficaria mais difícil. E a motivação para continuar o tratamento está no apoio da família, principalmente, na vontade de não desapontar os filhos:

O importante é um conselho de uma pessoa mais velha da família mesmo. Dizer assim: tu está bebendo demais. Procura te controlar! Alguém pra te dar um apoio. Se o cara não tiver ninguém pra te dar um apoio, aí já é mais difícil. A pessoa já se atira, não se cuida, não se lava, fica isolado, a fisionomia da pessoa fica acabada e vai se enterrando. Tu tendo um problema, conversando com uma pessoa, desabafando com alguém, tu está saindo do fundo. (P3)

É ali que eu vou me segurando, os meus filhos. O meu filho mais velho: mãe, força, não te entrega!. Uma vez eu estava bem boa, aí eu cortei meu cabelo. Eu gostei. Aí meu filho foi janta lá em casa, eu tomei banho, me pintei, botei brinco ... Faz tempo ... Aí meu filho chegou lá: ué, que que é isso mãe? Já vai pra festa? Eu disse: Não. É que a mãe está viva! Eu disse pra ele. E depois foi caindo tudo de novo (os olhos encheram de lágrimas). (P7)

Atualmente, com as mudanças no modelo de atenção, há o reconhecimento da importância do papel da família, que precisa ocupar o centro das funções de cuidado. A família é a mais comprometida com o problema e a personagem que mais possui recursos para auxiliar o seu ente usuário de substâncias psicoativas, desde que devidamente estimulada e acompanhada (AZEVEDO, 2010). Desse modo, a abordagem familiar precisa ser considerada como parte do tratamento, não apenas nos CAPS, mas em qualquer instituição que trabalhe com pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas (SILVA et al., 2012).

No entanto, da mesma forma que as relações familiares podem servir de apoio para alguns usuários, para outros, a relação familiar já está desgastada:

A minha família na vida foi meu pai, minha mãe e minha avó. O resto dos filhos que eles deixaram aí, hoje em dia, eu não quero nem enxergar eles, só por causa da bebida. [...] Aqui dentro eu tenho amigos, mas a minha família, longe de mim! (P5)

Eu, bem dizer, eu não posso contar com o apoio da família, porque se eu contar com o apoio da família, eu me afundo na droga, porque eu acho que o que a família quer mesmo é me ver por terra. Então, tudo que eu estou fazendo é por mim. (P8)

Ela (filha) não chega perto de mim quando eu estou barbudo. E ela vinha e olhava meus dedo, tudo queimado, “Que que tu fez aí? Isso ai foi no serviço? Machucou no serviço?” E era queimado de droga. E isso aí deixa a gente mais pra baixo ainda. Dá uma tristeza! (P9)

Eu acho que é assim, que às vezes é mais fácil os colegas (do CAPS AD) do que os de casa. Os da família mesmo, não te dão apoio, não te dão força. (P11)

Outros estudos já apontaram a família como um componente ambíguo da rede social, que pode tanto contribuir para o consumo da droga, quando não apoia seu membro usuário ou o “rejeita”, como pode ser fator protetor quando o “ajuda” (NEVES; MIASSO, 2010). O que se sabe é que as consequências da dependência química podem ocasionar a desestruturação da vida familiar, social e profissional. As tarefas extras e a convivência com comportamentos que podem ser inapropriados são situações que causam desgaste físico, mental, emocional e social (ZANATTA; GARGHETTI; LUCCA, 2012).

Os próprios sujeitos referem o desgaste da família, que cansa de tantas mentiras que acabam inventando para esconder o problema com as drogas. E, embora cada membro da família já tenha passado por alguma fase ruim, eles sentem que os familiares não valorizam suas conquistas, não enxergam as coisas boas que eles realizaram, só apontam os defeitos. Com isso, são poucos os membros familiares com quem ainda podem buscar apoio, e por vezes, preferem não procurar a família.

A família cansa de tanto a gente mentir pra elas. E tudo era a base de mentira. Eu nunca fui assim, como diz, de desacatar família, brigar com a família não. Então, eu chegava em casa e todo dia eu tinha uma nova mentira, e aquela mentira fazia com que eles se consolassem com aquilo, aí ... eu ia saindo, fui indo, fui indo, fui indo, fui indo ... Mas, eles (familiares) não enxergam o presente, eles não enxergam as coisas boas, eles só enxergam as coisas ruins [...] eu tenho meus defeitos, nunca escondi meus defeitos. Mas pô, será que no meio desses meus defeitos eu nunca tive nenhuma qualidade? Eu acho que eu devo ter sim! [...] Esses dias eu perguntei para o meu filho maior, que ele é casado e tudo, porque ele vem me cobrar: é, agora vê se melhora e vai pras droga de novo. Eu disse: todo esse tempo que eu usei droga, eu nunca te dei nada? Eu nunca fiz nada de bom pra ti? Ele respondeu: até fez alguma coisa de bom, mas as coisas ruins cobriram as coisas boas que fez. (P8)

[...] eu larguei a família pra morar na rua, comendo lixo. Eu cheguei num ponto que minha família ia me vê, minha irmã ia me vê e não me reconhecia do estado que eu fiquei. (P9)

Esse cenário cheio de ressentimentos, de culpa, tristeza, e desconfiança alimenta novas discussões e discriminações que reforçam as motivações para o uso de substâncias psicoativas, distorcendo e destruindo a autoconfiança e a autoestima dos usuários e da própria família. O estresse emocional no cotidiano dessas famílias tem sido a causa de afastamentos

entre seus membros, o que indica a necessidade de que todos os envolvidos sejam incluídos no cuidado (SILVA et al., 2012).

A família precisa ser considerada como uma parceira, mas também reconhecida como “co-dependente”, em situação de adoecimento. Como tal, necessita de acompanhamento terapêutico para aprender a lidar com estas situações e poder atuar junto a seu familiar que faz uso de drogas de forma mais instrumentalizada, ajudando-o no enfrentamento da crise e investindo em novos projetos de vida (ALVAREZ et al., 2012).

Os profissionais da saúde inseridos nos diferentes níveis de atenção necessitam oferecer apoio à família, auxiliando-a a compreender e enfrentar o cotidiano que envolve cuidar do usuário de substância psicoativa, seja por meio de uma escuta, de informações/orientações, individualmente ou em grupos de familiares, buscando possibilitar a percepção da situação real que estão vivendo, por meio do conhecimento de dados mais concretos sobre o problema e da redução do preconceito relacionado aos sujeitos que fazem uso de drogas (ALVAREZ et al., 2012).

Além do apoio que encontram no CAPS AD e na família, para alguns usuários a religiosidade e a fé vêm sendo identificadas como fatores protetores ao consumo de drogas:

A gente está se tratando e graças a Deus está conseguindo. E não é fácil! Então, por isso, estou me tratando e vou tentar não fazer mais arte, como eu fiz todo esse tempo, e com fé em Deus vai dar certo. (P3)

Com a vontade e a fé que eu tenho, se Deus quiser vou me ajudar! (P16)

Evidências científicas têm mostrado que as pessoas que frequentam regularmente um culto religioso, ou que enfatizam importância à sua crença religiosa, ou ainda que praticam, no cotidiano, as propostas da religião professada, apresentam menores índices de consumo de substâncias psicoativas. Além disso, as pessoas que fazem uso dessas substâncias apresentam uma melhora quando seu tratamento é permeado por uma abordagem espiritual, de qualquer origem, quando comparados a dependentes que são tratados exclusivamente por meio médico (SANCHEZ; NAPPO, 2007).

A religiosidade pode atuar de maneira benéfica à medida que oferece suporte emocional, apoio e permite aos sujeitos o sentimento de pertencer a um grupo social. Algumas instituições acolhem esses sujeitos proporcionando estratégias de “combate” ao uso de drogas e oferta de uma oportunidade de “resgate”:

Não é barbada tirar o diabinho [que induz ao uso de substância psicoativa] da cabeça! Por isso, eu me apeguei a Deus. E faço minhas orações todos os dias. (P3)

[...] uma coisa que eu aprendi, eu leio muito, já li a Bíblia “Deus não ama o pecado, mas ele adora o pecador”. Deus não quer resgatar talvez tu que está bem, Ele quer resgatar nós que estamos no fundo do poço: é o ladrão, é o bandido, é o viciado, é o drogado, é o alcoólatra. É esse aí que ele quer buscar. E eu acredito que só assim pra nos salvar! (P8)

O estudo realizado por Sanchez e Nappo (2007), que analisou intervenções religiosas emergentes para recuperação da dependência de drogas em grupos de católicos, evangélicos e espíritas, revelou a importância dada à oração como “técnica de tratamento”, e a fé como promotora de qualidade de vida. Nos três grupos analisados o “tratamento” tinha como objetivo a abstinência total, não sendo admitida a possibilidade de sucesso por meio de redução de danos.

Vale destacar que a oração, por vezes, é considerada por algumas entidades como o substituto da terapia farmacológica, adquirindo função ansiolítica semelhante a um fármaco. Acredita-se que além de tranquilizar a pessoa que faz uso de drogas, por meio de um estado meditativo e de alteração da consciência, a oração também possibilita dividir a responsabilidade do “tratamento” com Deus (CORUH et al., 2005). Nos depoimentos, acima, percebemos o quanto esses sujeitos sentem-se acolhidos, protegidos e amparados na fé em Deus, no seu potencial de sua salvação e auxílio na luta contra os “diabinhos”.

Não há como negar a importância da fé para o enfrentamento das dificuldades que encontramos ao longo da vida. Mas, consideramos pertinente estar atentos ao discurso moral difundido por algumas religiões que, por vezes, semeiam uma cultura do medo, da domesticação. Entre as organizações da sociedade civil vinculadas a instituições religiosas e filantrópicas, que compõem a rede de serviços disponível às pessoas que fazem uso de drogas, encontram-se os grupos de ajuda mútua, como os Alcoólicos Anônimos (A.A.) e Narcóticos Anônimos (N.A), e algumas Comunidades Terapêuticas (CT).

Os grupos de ajuda mútua, como A.A. e N.A, consistem em encontros em que sujeitos, que se identificam pela condição compartilhada de dependência química, trocam experiências a respeito da doença e do processo de recuperação. Esta é baseada, geralmente, em um programa de “12 Passos” que propõem o (re)aprendizado de um novo estilo de vida fundamentada na manutenção da abstinência, no apoio para enfrentar as dificuldades diárias sem o uso do álcool, além de propor uma nova forma de se posicionar mediante a vida (AGUIAR, 2011).

Já as Comunidades Terapêuticas são, geralmente, sítios ou fazendas localizadas em zona rural, com a finalidade de receber pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas, tendo seu processo terapêutico pautado na realização de tarefas internas e nas relações

interpessoais estabelecidas. No Brasil, as CT se diferenciam em relação à metodologia empregada no tratamento, variando de um modelo religioso-espiritual, ou modelo com base em atividade laboral, e ainda outras centradas no modelo médico, assistencialista, podendo haver uma mistura dessas abordagens. Evidencia-se existência de instituições com bom padrão de serviços e organização, mas também, com aspectos negativos, como por exemplo, o fundamentalismo religioso, a exploração de trabalho escondida na defesa da “laborterapia” (DAMAS, 2013).

O que se tem percebido no Brasil é que se configurou um cenário influenciado pelo discurso proibicionista e pró-abstinência que encontrou nas CTs uma alternativa de efetivação de práticas que refletem no esvaziamento da discussão antimanicomial, em que vemos a emergência de um modelo que reedita uma série de questões contrárias à criação de serviços substitutivos à internação. Assim, discute-se o encaminhamento às comunidades terapêuticas, em detrimento do debate acerca da falta de implementação de serviços substitutivos em número suficiente para garantir o acesso e a integralidade na assistência à pessoa que faz uso de drogas (PACHECO; SCISLESKI, 2013).

Os pontos de apoio (CAPS AD, Família, Religião) que surgiram como temas emergentes nesta pesquisa também já foram identificados em outro estudo, sobre a rede de proteção social da pessoa que faz uso de drogas, como vínculos que favorecem o processo de tratamento da dependência química e que precisam ser mantidos (SOUZA; KANTORSKI; MIELKE, 2006). Concordamos com as autoras em relação à necessidade de manutenção desses pontos identificados, e entendo a necessidade de construção de novos pontos/vínculos que possam estar auxiliando no tratamento e na reinserção social desses sujeitos.

Cada vez mais, emerge a necessidade de que os profissionais conheçam a rede de atenção de suas regiões e desempenhem ações intersetoriais e extramuros capazes de romper com a institucionalização da prática assistencial (CAVALCANTE et al., 2012). O modo de produzir saúde vigente atualmente ainda carece de serviços atuando em cuidado compartilhado, com uma melhor assistência para as famílias, com capacidade para refletir coletivamente sobre os problemas e elaborar novas estratégias, ou buscar outros recursos, que deem conta da complexidade que envolve construir mudanças na relação desses sujeitos com as drogas.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As construções socioculturais acerca dos usuários de substâncias psicoativas tornaram-lhes sujeitos historicamente excluídos e estigmatizados. Neste estudo, buscamos promover um processo reflexivo com esses sujeitos sobre a sua autoimagem corporal, utilizando uma proposta problematizadora, operacionalizada pelo Arco de Charles Maguerez.

O processo reflexivo aconteceu em cinco encontros (“encontros reflexivos”), dos quais identificamos três temas emergentes que permearam as discussões: o uso de substâncias psicoativas e os reflexos sobre a autoimagem; as repercussões sociais que envolvem estar um usuário de substâncias psicoativas; e os pontos de apoio potencializadores de mudanças.

A autoimagem construída por esses sujeitos sofreu influências de uma vida atravessada pelas experiências de uso de substâncias psicoativas. Trazem sentimentos negativos, refletindo em problemas com a autoestima e autocuidado. Além das mudanças na aparência, referem alterações nas suas atitudes sugerindo desaprovação a pessoa que se tornaram por fazer uso dessas substâncias. Pudemos perceber que essas são construções influenciadas por um paradigma proibicionista que está enraizado em preconceito, visões ideológicas e excludentes que influenciam os próprios sujeitos a reproduzirem essa postura de autodesvalia.

Em relação ao tema que abordou as repercussões sociais que envolvem estar um usuário de substâncias psicoativas, revelou que os sujeitos, participantes desta pesquisa, vivenciam um contexto social repleto de preconceito, em que muitas vezes são rotulados, estigmatizados, de tal forma que passaram a adotar os estereótipos negativos a si próprios. Sentem que o preconceito não irá terminar ainda que interrompam definitivamente o consumo de drogas, mostrando atitude desesperançosa frente a possíveis mudanças nesse cenário de discriminação e exclusão. A reinserção social é vista como uma possibilidade de voltarem a ter suas potencialidades desenvolvidas.

Diante dessas repercussões sociais, esses sujeitos encontram apoio para continuar o tratamento e encarar os problemas do cotidiano no CAPS AD, na família e na fé. O CAPS AD é visto como um espaço disparador de mudanças, que propicia adoção de hábitos mais saudáveis, suporte emocional e interação social. Em relação à família, esta foi revelada como um componente ambíguo de apoio, que pode ser tanto um fator de proteção, quando dá conselhos e serve de motivação para o tratamento, quanto um fator de risco, quando as

relações já estão fragilizadas e o cenário familiar cheio de ressentimentos e desconfiança, o que nutre novas discussões e discriminações que reforçam as motivações para o uso de substâncias psicoativas. Quanto ao apoio na fé, foi relacionado ao sentimento de pertencimento a um grupo social, que acolhe e se mostra como um aliado no “combate” ao uso de drogas.

Acreditamos que a reflexão crítica sobre os temas discutidos poderá convergir para a percepção de sua autonomia, permitindo aos sujeitos alcançar a ressignificação dessa imagem. A realização desses encontros reflexivos foi uma possibilidade de ampliar os espaços para questionamentos, expressão de opiniões, posicionamentos, tendo como enfoque uma proposta de mudança da realidade vivenciada. Os sujeitos ao refletirem sobre os problemas do cotidiano que os inquietavam, puderam delimitar coletivamente possíveis soluções a serem incorporadas.

No primeiro encontro o problema identificado foi que a autoimagem foi alterada pelo uso das drogas. Assim, ao final desse encontro, as reflexões levaram a fixar como soluções: terem orgulho de si mesmos, buscar melhorar a cada dia, adotar hábitos de autocuidado, ajudarem-se uns aos outros. No segundo encontro, foi identificado como problema: o uso das drogas repercute em danos físicos e psicossociais. E as soluções apontadas foram: encontrar estratégias para evitar o uso da droga, reduzir o uso das substâncias gradualmente, ter autocontrole. No terceiro encontro, o problema emergido de situações da realidade exposta foi principalmente a questão do preconceito/estigma, cujas soluções relacionadas foram: não reproduzir posturas de preconceito, confiar em si mesmos e no apoio da família. No quarto encontro o problema explorado foi a violação e desigualdade de direitos expressas por esses sujeitos, e as soluções encontradas foram: não aceitar serem tratados com diferença, ignorar certas situações/pessoas para evitar incômodos, manter atitudes coerentes com seu caráter sem deixar se influenciar. O quinto encontro partiu da analogia com o “problema da águia” que eles identificaram como sendo um problema que também vivenciam: a submissão ou subjulgamento pela condição em que se encontram. Como lição/solução apontadas: reaprender a voar (desenvolver as capacidades que têm), ter coragem e encarar a realidade, viver livre (das drogas).

Acreditamos que esta vivência permitiu a cada um dos sujeitos, e para as pesquisadoras de modo especial, crescimento tanto profissional quanto pessoal. Isto foi possível pelas trocas, reflexões e soluções formuladas, que contribuíram para a construção de um novo olhar sobre o outro em suas singularidades e o grupo como identidade. A cada novo encontro fui aprendendo a ouvir mais, a conhecer cada um dos sujeitos, seus valores e ideais,

e a me aproximar um pouco dessa realidade que é adversa, mas ao mesmo tempo tão presente nas minhas inquietações. Sentimos que ao longo do processo reflexivo alguns sujeitos foram naturalmente impulsionados a modificar certas atitudes, no sentido de dedicar mais tempo ao cuidado de si, de estarem abertos para escutar o outro, mudar certas posturas pessimistas, e manifestar maior comprometimento com possíveis transformações. Talvez, porque quanto mais reflete sobre sua realidade, mais o ser humano pode analisá-la de forma crítica e, assim, inserir-se nela enquanto sujeito, compreendê-la e comprometer-se a transformá-la.

Consideramos fundamental destacar a importância da relação dialógica propiciada pela utilização da metodologia problematizadora escolhida, pois permitiu explorar os conflitos, contradições e convergências que caracterizavam esse grupo de usuários. O Arco de Maguerez forneceu o caminho estratégico para instigar a ação-reflexão-ação desses sujeitos sobre as suas realidades, e pude comprovar suas reais potencialidades como método tanto de ensino-aprendizagem quanto de pesquisa. Como fragilidade relacionada à utilização do Método do Arco nesta pesquisa, destacamos a dificuldade de aprofundamento da etapa de teorização, seja pela limitação temporal para a realização de cada um dos encontros, seja pela compreensão dos participantes, ficando esta etapa restrita a troca de experiências de vida.

Destacamos como aspecto positivo no desenvolvimento deste estudo a realização de ambientação no cenário da pesquisa. Acreditamos que esta deveria ser uma etapa indicada como habitual em novas pesquisas que utilizem a mesma metodologia, e queiram explorar cenários tão complexos como os serviços que prestam atenção aos sujeitos que fazem uso de drogas. Também considero como aspectos fundamentais: o comprometimento dos usuários com a continuidade dos encontros; o conhecimento compartilhado e o incentivo constante da minha orientadora durante todos os momentos de construção compartilhada desse caminho.

Atribuímos a este processo reflexivo a qualidade de inacabado, pois embora tenha explorado temas importantes que influenciam a construção da autoimagem dos usuários de substâncias psicoativas, indo ao encontro do que propunha como objetivo inicial, estes foram analisados em perspectiva, e revelaram um cenário de influências e repercussões que merecem ser aprofundados. Os usuários que participaram deste estudo mostraram serem sujeitos críticos, em permanente processo de construção, na busca constante de ser mais, que tem a capacidade de refletir, criar e recriar, ou seja, com grandes potencialidades a serem exploradas tendo em vista a melhoria de suas condições de vida.

Avaliamos que este estudo contribui com a produção de conhecimento em enfermagem e na área da saúde sobre aspectos que envolvem pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, acrescentando novos aprofundamentos e perspectivas, de modo

especial em relação a autoimagem construída em decorrência do contexto de uso de substâncias. Os pontos desvelados na experiência vivenciada por meio deste estudo abrem rumos a outros caminhos, que permitam melhorar a compreensão sobre como os usuários de substâncias psicoativas vivenciam esse lugar de exclusão, e qual o papel do CAPS AD diante das desarticulações familiares e sociais que dificultam a sua reinserção.

Este estudo não apresenta soluções permanentes para aplicação a realidade de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, pois entendemos que estas se constroem a todo instante. De acordo com as novas vivências, os novos modos de pensar e agir também vão acontecendo. Entretanto, acreditamos que estes resultados possam instigar outros profissionais de saúde mental a repensarem suas práticas diante de usuários e familiares, bem como afirmar as potencialidades de atividades em grupo quando realizadas numa perspectiva de horizontalidade. Para isso, apontamos a necessidade de realização de atividades de educação permanente que potencializem a formação profissional para atuar em grupos, de modo que estes possuam embasamento teórico-metodológico para a sua realização.

Ainda, reiteramos a importância de manutenção/implantação de espaços para reforçar estratégias para os problemas que surgem no cotidiano desses sujeitos, desmitificar certas concepções que ampliam a sua estigmatização social, e incentivar que ocupem os espaços de participação social na luta por políticas e práticas que ampliem/garantam sua condição de cidadania. Este é um processo contínuo, que exigirá envolvimento dos profissionais e que deve ser revitalizado a cada dia.

## REFERÊNCIAS

- AGUIAR, E.S. A dimensão educativa em Narcóticos Anônimos: uma perspectiva sociocomunitária. **Revista de Ciências da Educação**, - Ano XIII – n. 24, 1º Sem. 2011  
Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/205170961/Revista-de-Ciencias-da-Educacao-n-24#scribd>
- ALBUQUERQUE, D. S. Internação compulsória: posição contrária. **Jornal Carta Forense**, São Paulo, 01 abr. 2012. Disponível em:  
<http://www.cartaforense.com.br/conteudo/artigos/internacao-compulsoria-posicaocontraria/8670>. Acesso em 03 mar. 2015.
- ALVAREZ, S. Q. et al. Grupo de apoio/ suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 102-108, jun. 2012.
- AZEVEDO, R. C. S. **Modos de conhecer e intervir – a constituição do corpo no cuidado de enfermagem no hospital**. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.
- BARROS, D. D. Imagem corporal: a descoberta de si mesmo. **Hist. cienc. Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, ago. 2005 . Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702005000200020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702005000200020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 out. 2013.
- BECOÑA I. Factores de riesgo y Protección. **Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas**: Plan Nacional de drogas. España: Universidad de Santiago de Compostela; 1999. Disponível em: [ttp://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/bases.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/bases.pdf)
- BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface — **Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n. 2, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/08>. Acesso em: 25 nov 2013.
- BERBEL, N. A. N. **Metodologia da problematização**: fundamentos e aplicações, Londrina: Ed. UEL, 1999.
- BITTENCOURT, A. R. et al. A Temática da Imagem Corporal na Produção Científica Nacional da Enfermagem: um Destaque para os Pacientes com Câncer. **Rev bras cancerol.**, v. 55, n. 3, p. 271-278, jul/ago/set. 2009. Disponível em:  
[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_55/v03/pdf/75\\_revisao\\_literatura2.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_55/v03/pdf/75_revisao_literatura2.pdf). Acesso em: 12 out. 2013
- BORDENAVE, J. D. PEREIRA, A. M. **Estratégias de Ensino Aprendizagem**. 12 ed. Rio de Janeiro - Petrópolis: Editora Vozes, 1982.
- BORDENAVE, J. D. **Capacitação Pedagógica – Área de Saúde** In: Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Recursos Humanos para o SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 1994, 60p.

BRASIL. **Lei da Reforma Psiquiátrica**: promulgada em 6 de abril de 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm)>. Acesso em: 26 Out. 2012

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília (DF); 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. **Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas**. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15\\_anos\\_caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio15_anos_caracas.pdf). Acesso em: 12 set. 2013

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004. 86p.

\_\_\_\_\_. **Glossário de álcool e drogas**/ Tradução e notas: J. M. Bertolote. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006. 132p.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas** / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP; organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempluk e Lúcia Pereira Barroso. – Brasília: SENAD, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: 18 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas Regulamentadoras sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Resolução 466.2012**. Brasília: CNS; 2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias**/ Ministério da Justiça. 6 ed. – Brasília, DF: SENAD/NUTE-UFSC, 2014.

CANESQUI, A. M. A sociologia do corpo. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 15, n. 36, mar. 2011 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832011000100025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100025&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 22 abr. 2014.

CARLINI, E. A. et al. II Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil – 2005. São Paulo: **Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas**/Departamento de Psicobiologia, Universidade Federal de São Paulo; 2006.

CASSIMIRO, E. S. et al. As concepções de corpo construídas ao longo da história ocidental: da gregia antiga à contemporaneidade, **Metávoia**, São João del-Rei/MG, n.14, 2012.

Disponível em: [http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalable/4\\_GERALDO\\_CONFERIDO.pdf](http://www.ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/revistalable/4_GERALDO_CONFERIDO.pdf)

CAVALCANTE, L. P. et al. Rede de apoio social ao dependente químico: ecomapa como instrumental na assistência em saúde. **Rev Rene**, v.13, n. 2, p. 321-31, ago. 2012. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/215>. Acesso em 12 ago. 2014.

COIMBRA, C. M. B.; LOBO, L. F.; NASCIMENTO, M. L.. Por uma invenção ética para os Direitos Humanos. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.89-102, 2008.

COLOMBO, A. A.; BERBEL, N. A. N. A Metodologia da Problematização com o Arco de Maguerez e sua relação com os saberes de professores. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 28, n. 2, p. 121-146, jul./dez. 2007. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminasoc/article/viewFile/3733/2999>. Acesso em: 2 dez 2013.

COLPO, J. C.; CAMARGO, V. C.; MATTOS, S. A. A imagem corporal da enfermeira como objeto sexual na mídia: um assédio a profissão. **Cogitare Enferm**, v. 11, n. 1, p. 67-72, jan-abr; 2006.

CORUH, B. Does religious activity improve health outcomes? A critical review of recent literature. **Explore (NY)**, v. 5, n. 3, p. 186-91, 2005.

COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar In AMARANTE, Paulo (org.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

COSTA, A. et al. Desafios da Atenção Psicossocial na Rede de Cuidados do Sistema Único de Saúde do Brasil. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 7, jun. 2012. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_artte](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_artte)

DAL POZZO, C. F.; FURINI, L. A. O conceito de exclusão social e sua discussão. **Revista Geo Atos**. Departamento de Geografia da FCT/UNESP, Presidente Prudente, n. 10, v.1, p 86-92, jan./jun. 2010. Disponível em: <http://revista.fct.unesp.br/index.php/geografiaematos/article/viewFile/225/claytonn10v1>

DAMAS, F. B. Comunidades Terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. **Rev. Saúde Públ.** Santa Cat., Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 50-65, jan./mar. 2013. Disponível em: <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/viewFile/173/201>

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Cad Bras Saúde Mental**, v.1, n.1, s/n, jan./abr. 2009.. Disponível em: [http://www.esp.rs.gov.br/img2/21\\_Magda\\_dimenstein.pdf](http://www.esp.rs.gov.br/img2/21_Magda_dimenstein.pdf) Acesso em: 18 dez. 2014.

DURKHEIM, E. **Da divisão do trabalho social**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.

ELSEN, I.; SOUZA, A. I. J; MARCON, S. S. **Enfermagem à família: dimensões e perspectivas**. Maringá(PR): Eduem; 2011.

FERRARI, A. G.; ALCÂNTARA, J. V. N. Estádio do espelho, identificação e constituição subjetiva: algumas considerações. **Pulsional: Revista de Psicanálise**, v.17, n.178, p. 7-14, 2004.

FIGLIE, N. B.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em Dependência Química**. São Paulo: Roca; 2004.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramallete. 35. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

FERREIRA, C. A. M.; THOMPSON, R. **Imagem e Esquema Corporal**. São Paulo: Lovise, 2002.

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido**. 42. ed. Rio de Janeiro, RJ : Paz e Terra, 2005.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 17ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. 47ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

FROIS, E.; MOREIRA, J.; STENGEL, M. Mídias e a imagem corporal na adolescência: o corpo em discussão. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 16, n. 1, mar. 2011 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722011000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722011000100009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 out. 2013.

GABATZ, R. I. B. et al . Percepção do usuário sobre a droga em sua vida. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 3, ago. 2013 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452013000300520&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000300520&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 jan. 2015.

GANEV, E.; LIMA, W. L. Reinserção social: processo que implica continuidade e cooperação. **Revista Serviço Social & Saúde**. UNICAMP Campinas, v. X, n. 11, jul. 2011 Disponível em: file:///C:/Users/VALQU%C3%8DRIA/Downloads/5.Ganev%20(1).pdf

GODOY, L. M. Espelhos, reflexos, reflexões (Parte I). **J. psicanal.**, São Paulo, v. 43, n. 79, dez. 2010. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-58352010000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352010000200006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 23 fev. 2015.

GOETZ, E. R et al. Representação social do corpo na mídia impressa. **Psicol. Soc.**, v.20, n. 2, p. 226-36. 2008. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/psoc/v20n2/a10v20n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20n2/a10v20n2.pdf). Acesso em: 10 out. 2013

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988. Disponível em:  
<https://we.riseup.net/assets/212390/versions/1/Erving%20Goffman%20ESTIGMA.pdf>

GONÇALVES, A. S.; AZEVEDO, A. A. A re-significação do corpo pela educação física escolar, face ao estereótipo construído na contemporaneidade. **Rev Pensar a Prática**, v. 10, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fef/article/view/1083/1683>

HECKMANN, W.; SILVEIRA, C. Dependência do álcool: aspectos clínicos e diagnósticos. In: **Álcool e suas consequências**: uma abordagem multiconceitual. Barueri, SP: Minha Editora, 2009. pp.49-50.

KANTORSKI, L. P. et al. Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 4, n. supl. 1, p.29-35. 2009.

LARANJEIRA, R.; DUAILIBI, S.; PINSKY, I. Álcool e violência: A Psiquiatria e a saúde pública. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. 3, p. 176-177, 2005.

LE BRETON, D.. **Adeus ao corpo: Antropologia e sociedade**. Campinas: Papirus, 2003.

LE BRETON, D. **A sociologia do corpo**. Petrópolis: Editora Vozes; 2006. 104 pp.

LÓPEZ, G. T.; MORENO, J. B. **La Depresión y Autoestima como Predictores de Comportamientos de altos riesgos**. Madrid; Universidad Autónoma de Madrid; 2002.

MADRUGA, C. S. et al. Early life exposure to violence and substance misuse in adulthood: The first Brazilian national survey. **Addictive Behavior**, v. 36, n. 3, p. 251-255, 2010.

MARQUES, C. P. A crise do corpo na sociedade contemporânea: uma reflexão à luz da filosofia e da bioética. **Revista Bioéthikos** - Centro Universitário São Camilo. v.6, n. 4, p. 416-421, 2012. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/98/06.pdf>

MARTINS, F.T.M.; CARVALHO, E.C. A percepção do paciente referente a ser portador de um cateter de longa permanência. **Rev Esc Enferm USP**, v.42, n.3, p.526-31; 2008.

MIELKE, F.B, et al. A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n.4, p. 761-5, out/dez. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.6812>.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª Edição revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, p.22-23, 2010.

MONTICELLI, M. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias no contexto do nascimento hospitalar**: uma etnografia de alojamento conjunto. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e

profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n.1, p. 121-133, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/16.pdf>

MORSE, J. M.; FIELD, P.A. **Qualitative research methods for health professionals**. 2. ed. London: Sage, 1995.

MOSTARDEIRO, S. C. T. S.; PEDRO, E. N. R. Pacientes com alteração da imagem facial: circunstâncias de cuidado. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, RS. v. 31, n. 1, p. 100-107, mar. 2010. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/11071/8443>. Acesso em: 31 out. 2012.

MOSTARDEIRO, S.C.T.S; PEDRO, E.N.R. O cuidado de enfermagem em situações de alteração da imagem facial. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 32, n.2, p. 294-301 Jun 2011.

NASCIMENTO, M.A.L.; FIGUEIREDO, N.M.A.; CARDIM, M.G.; GHIDINI, R. A comunicação visual transmitida pela imagem corporal da enfermeira aos acadêmicos de enfermagem. **Online Braz J Nurs.**, v.4, n.1, abril; 2005.

NEWELL, R. Body-image disturbance: cognitive behavioural formulation and intervention. **J Adv Nurs.**; v.16, n.12, p.1400-5, dec 1991.

NEWELL, R. Living with disfigurement. **Nurs Times**, v.98, n.15, p.34-5. Apr, 2002.

NEVES, A. C. L; MIASSO, A. I. “Uma força que atrai”: o significado das drogas para usuários de uma ilha de Cabo Verde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. spec, p. 589-97, mai/jun. 2010.

NUNES, D.C; SANTOS, L.M.B; FISHER, M.F.B; GUNTZEL, P. “...outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas...” In L. M. B. Santos (Org.), **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. Porto Alegre: Ideograf/Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul. 2010. Disponível em: <http://www.crprs.org.br/upload/edicao/arquivo48.pdf>. Acesso em: 27 set 2014.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M. Estigma e Violências nenhum trato com a loucura: Narrativas de Centros de Atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. **Rev. Saúde Pública** , São Paulo. v. 43, supl. 1, ago. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000800015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000800015). Acesso em: 26 set 2013.

OBID. **Reinserção Social**. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>

OLIVEIRA, C. L. et al. Câncer e imagem corporal: perda da identidade feminina. **Rev. Rene**, vol. 11, n. Esp., p. 53-60, 2010.

PACHECO, A. L.; SCISLESKI, A. Vivências em uma comunidade terapêutica Universidade Regional Integrada e das Missões – URI. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 165-173, jul/dez. 2013.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B.P.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação das evidências para a prática da enfermagem/ tradução: Denise Regina de Sales – 7. Ed.** – Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRADO, M. T. et al. Arco de Charles Maguerez: Refletindo estratégias de metodologia ativa na formação de profissionais de saúde. **Escola Anna Nery**, v.16, n.1, p. 172-177, jan/mar. 2012.

PRICE, B. A model for body-image care. **Journal of Adv Nursing**, v. 15, n. 5, p. 585–593, May 1990.

PROCHNOW, A. G.; LEITE, J. L.; TREVIZAN, M. A. Manifestações culturais e corpóreas do enfermeiro na sua prática gerencial. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, n.3, p449-57, jul/set. 2006.

REPETTO, M.A.; SOUZA, M.F. Congruência entre o enfermeiro e o paciente com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida quanto aos conceitos: percepção da doença e imagem corporal. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v.12, n.2, p. 85-93, 1999.

RIBEIRO, D. V. A.; AZEVEDO, R. C. S.; TURATO, E. R.. Por que é relevante a ambientação e a aculturação visando pesquisas qualitativas em serviços para dependência química?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 6, June 2013 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000600033&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600033&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 29 jun. 2013.

ROMANINI, M.; ROSO, A.. Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação?. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 32, n. 1, 2012 . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932012000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 out. 2013.

RONZANI, T. M. **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas : guia para profissionais e gestores /** Telmo Mota Ronzani, Ana Regina Noto, Pollyanna Santos da Silveira ; colaboradores Ana Luísa Marlière Casela – Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014. 24 p.

RUSSO, R. Imagem corporal: construção através da cultura do belo. **Mov Percepç.** v. 5, n. 6, p.80-90, 2005. Disponível em: <http://189.20.243.4/ojs/movimentopercepcao/viewarticle.php?id=39>. Acesso em 18 set. 2013.

SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Rev. Psiq. Clín.** 34, supl 1; 73-81, 2007. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol34/s1/73.html>

SANTOS, J. A.T.; OLIVEIRA, M. L. F. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **J Nurs Health**, Pelotas (RS); v.1, n. 2, p. 82-93, jan/jun. 2012.

SAWAIA, B. Introdução: Exclusão ou inclusão perversa? In: **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social.** Petrópolis: Vozes, 2001. p. 7-11.

SCHENKER, M.; MINAYO, M.C.S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão de literatura. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n.3, p. 649-59, 2004.

SCHILDER, P. **A imagem do corpo**: as energias construtivas da psique. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2000.

SILVA, B. L. C. et al. Participação da família no tratamento dos usuários do centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*, Vitória, v.14, n 4, p 61-68, out/dez, 2012. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/5120/3846>

SILVEIRA, D. X.; DOERING-SILVEIRA, E. Classificação das substâncias psicoativas e seus efeitos. In: \_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias / Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 6. ed. Brasília, DF : SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014. Cap. 3, p. 67-86.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; MIELKE, F. B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. **Rev Eletr Saúde Mental Álcool Drogas**, v. 2, n.1, p.1-17, 2006. Disponível em: <http://www2.eerp.usp.br/resmad>. Acesso em: 14 mar 2015.

SOUSA, F.; LOPES, M.; FERNANDES, A. et al. Convergência com a realidade do termo imagem corporal na mulher mastectomizada: análise reflexiva segundo Barnum. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói (RJ), v. 7, n.3, Oct 2008.

STUART, G. W. Respostas quimicamente mediadas e transtornos relacionados a substâncias. In: STUART, G. W, LARAIA, M. T. **Enfermagem psiquiátrica**: princípios e práticas. 6. ed. Porto Alegre: Artemed; 2001.

TAVARES, M. C. G. C. F. et al. Avaliação perceptiva da imagem corporal: história, reconceituação e perspectivas para o Brasil. **Psicol estud**, v.15, n.3, p.509-18, Jul/Set 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141373722010000300008&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722010000300008&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S1413-73722010000300008

TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas 6 ed., Editora Vozes, 2013, 688 p.

VARGAS, D.; DUARTE, F. A. B. Enfermeiros dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e drogas (CAPS Ad): a formação e a busca pelo conhecimento específico da área. **Texto & Contexto Enferm**, v.20, n.1, p.119-126, 2011. Disponível em: [http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3842/art\\_VARGAS\\_Enfermeiros\\_dos centros\\_de\\_atencao\\_psicossocial\\_em\\_2011.pdf?sequence=1](http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3842/art_VARGAS_Enfermeiros_dos centros_de_atencao_psicossocial_em_2011.pdf?sequence=1) Acesso em: 18 nov. 2014.

VARGAS, D; LUIS, M.A.V. Álcool, alcoolismo e alcoolista: concepções e atitudes de enfermeiros de unidades básicas distritais de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.16, n.spe, p.543-50. 2008. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rlae/v16nspe/pt\\_07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16nspe/pt_07.pdf). Acesso em: 26 set. 2013.

VEDOVATTO, S. M. A. Contrapondo o discurso midiático sobre drogas – nem tão feios, nem tão sujos, nem tão malvados: pessoas de bem também usam drogas! In L. M. B. Santos (Org.), **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. Porto Alegre: Ideograf/Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010. Disponível em: <http://www.crprs.org.br/upload/edicao/arquivo48.pdf>. Acesso em: 27 set. 2013.

XAVIER, R. T.; MONTEIRO, J. K. Tratamento de Pacientes Usuários de crack e outras drogas nos CAPS AD. **Psic. Rev.** São Paulo, volume 22, n.1, 61-82, 2013. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/viewFile/16658/12511> Acesso em: 22 nov 2014.

ZANATTA, A. B; GARGHETTI, F. C.; LUCCA, S. R. O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas sob a percepção do usuário. **Rev Baiana Saúde Pública**, v. 36, n.1, p. 225-37, 2012. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2012/v36n1/a3011.pdf>. Acesso em 21 out 2013.

ZOTTIS, C.; LABRONICI, L.M. O corpo obeso e a percepção de si. **Cogitare Enferm**; v.7, n. 2, p.21-29, dez. 2002

## **ANEXOS**

## ANEXO A – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFSM

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA  
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A IMAGEM CORPORAL DE DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: UMA ABORDAGEM EMANCIPATÓRIA

**Pesquisador:** Marlene Gomes Terra

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 26521413.5.0000.5346

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 513.041

**Data da Relatoria:** 14/01/2014

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação de mestrado e tem por objetivo "promover um processo reflexivo com sujeitos dependentes de substâncias psicoativas sobre a sua imagem corporal, a partir do referencial teórico-metodológico da Pedagogia Libertadora de Paulo Freire". A autora apresenta fundamentação teórica consistente e justifica detalhadamente sua metodologia e a técnica de procedimento relativa às entrevistas, bem como a população alvo e o número de entrevistados. O termo de pesquisa relativo à hipótese deveria ser reelaborado, uma vez que remete a uma problemática e não a uma afirmação, contudo, esse fato não interfere na viabilidade do projeto. Analisa adequadamente os riscos e formas de evitar seus efeitos. O cronograma está adequado. Todos os documentos obrigatórios instruem a submissão.

#### Objetivo da Pesquisa:

Promover um processo reflexivo com sujeitos dependentes de substâncias psicoativas sobre a sua imagem corporal, a partir do referencial teórico-metodológico da Pedagogia Libertadora de Paulo Freire.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto avalia adequadamente os riscos ao sugerir que, diante dos eventuais desconfortos emocionais, o encontro poderá ser concluído e o entrevistado encaminhado para uma assistência

Endereço: Av. Fioravina, 1000 - Prédio da Reitoria - 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi CEP: 97.105-900

UF: RS Município: SANTA MARIA

Telefone: (55)3220-9362

E-mail: oep.ufsm@gmail.com

## **ANEXO B – Declaração Universal dos Direitos Humanos**



### **DECLARAÇÃO UNIVERSAL DOS DIREITOS HUMANOS**

Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III)  
da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948

#### **Preâmbulo**

Considerando que o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e de seus direitos iguais e inalienáveis é o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo,

Considerando que o desprezo e o desrespeito pelos direitos humanos resultaram em atos bárbaros que ultrajaram a consciência da Humanidade e que o advento de um mundo em que os homens gozem de liberdade de palavra, de crença e da liberdade de viverem a salvo do temor e da necessidade foi proclamado como a mais alta aspiração do homem comum,

Considerando essencial que os direitos humanos sejam protegidos pelo Estado de Direito, para que o homem não seja compelido, como último recurso, à rebelião contra tirania e a opressão,

Considerando essencial promover o desenvolvimento de relações amistosas entre as nações,

Considerando que os povos das Nações Unidas reafirmaram, na Carta, sua fé nos direitos humanos fundamentais, na dignidade e no valor da pessoa humana e na igualdade de direitos dos homens e das mulheres, e que decidiram promover o progresso social e melhores condições de vida em uma liberdade mais ampla,

Considerando que os Estados-Membros se comprometeram a desenvolver, em cooperação com as Nações Unidas, o respeito universal aos direitos humanos e liberdades fundamentais e a observância desses direitos e liberdades,

Considerando que uma compreensão comum desses direitos e liberdades é da mais alta importância para o pleno cumprimento desse compromisso,

#### **A Assembléia Geral proclama**

A presente Declaração Universal dos Direitos Humanos como o ideal comum a ser atingido por todos os povos e todas as nações, com o objetivo de que cada indivíduo e cada órgão da sociedade, tendo sempre em mente esta Declaração, se esforce, através do ensino e da educação, por promover o respeito a esses direitos e liberdades, e, pela adoção de medidas progressivas de caráter nacional e internacional, por assegurar o seu reconhecimento e a sua observância universais e efetivos, tanto entre os povos dos próprios Estados-Membros, quanto entre os povos dos territórios sob sua jurisdição.

#### **Artigo I**

Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade.

#### **Artigo II**

Toda pessoa tem capacidade para gozar os direitos e as liberdades estabelecidos nesta Declaração, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição.

#### **Artigo III**

Toda pessoa tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal. Artigo IV  
Ninguém será mantido em escravidão ou servidão, a escravidão e o tráfico de escravos serão proibidos em todas as suas formas.

#### **Artigo V**

Ninguém será submetido à tortura, nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante.

**Artigo VI**

Toda pessoa tem o direito de ser, em todos os lugares, reconhecida como pessoa perante a lei.

**Artigo VII**

Todos são iguais perante a lei e têm direito, sem qualquer distinção, a igual proteção da lei. Todos têm direito a igual proteção contra qualquer discriminação que viole a presente Declaração e contra qualquer incitamento a tal discriminação.

**Artigo VIII**

Toda pessoa tem direito a receber dos tributos nacionais competentes remédio efetivo para os atos que violem os direitos fundamentais que lhe sejam reconhecidos pela constituição ou pela lei.

**Artigo IX**

Ninguém será arbitrariamente preso, detido ou exilado.

**Artigo X**

Toda pessoa tem direito, em plena igualdade, a uma audiência justa e pública por parte de um tribunal independente e imparcial, para decidir de seus direitos e deveres ou do fundamento de qualquer acusação criminal contra ele.

**Artigo XI**

Toda pessoa acusada de um ato delituoso tem o direito de ser presumida inocente até que a sua culpabilidade tenha sido provada de acordo com a lei, em julgamento público no qual lhe tenham sido asseguradas todas as garantias necessárias à sua defesa.

2. Ninguém poderá ser culpado por qualquer ação ou omissão que, no momento, não constituíam delito perante o direito nacional ou internacional. Tampouco será imposta pena mais forte do que aquela que, no momento da prática, era aplicável ao ato delituoso.

**Artigo XII**

Ninguém será sujeito a interferências na sua vida privada, na sua família, no seu lar ou na sua correspondência, nem a ataques à sua honra e reputação. Toda pessoa tem direito à proteção da lei contra tais interferências ou ataques.

**Artigo XIII**

Toda pessoa tem direito à liberdade de locomoção e residência dentro das fronteiras de cada Estado.

2. Toda pessoa tem o direito de deixar qualquer país, inclusive o próprio, e a este regressar.

**Artigo XIV**

1. Toda pessoa, vítima de perseguição, tem o direito de procurar e de gozar asilo em outros países.

2. Este direito não pode ser invocado em caso de perseguição legitimamente motivada por crimes de direito comum ou por atos contrários aos propósitos e princípios das Nações Unidas.

**Artigo XV**

Toda pessoa tem direito a uma nacionalidade.

2. Ninguém será arbitrariamente privado de sua nacionalidade, nem do direito de mudar de nacionalidade.

**Artigo XVI**

Os homens e mulheres de maior idade, sem qualquer restrição de raça, nacionalidade ou religião, têm o direito de contrair matrimônio e fundar uma família. Gozam de iguais direitos em relação ao casamento, sua duração e sua dissolução.

2. O casamento não será válido senão com o livre e pleno consentimento dos nubentes.

**Artigo XVII**

Toda pessoa tem direito à propriedade, só ou em sociedade com outros.

2. Ninguém será arbitrariamente privado de sua propriedade.

**Artigo XVIII**

Toda pessoa tem direito à liberdade de pensamento, consciência e religião; este direito inclui a liberdade de mudar de religião ou crença e a liberdade de manifestar essa religião ou crença, pelo ensino, pela prática, pelo culto e pela observância, isolada ou coletivamente, em público ou

em particular.

**Artigo XIX**

Toda pessoa tem direito à liberdade de opinião e expressão; este direito inclui a liberdade de, sem interferência, ter opiniões e de procurar, receber e transmitir informações e idéias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras.

**Artigo XX**

Toda pessoa tem direito à liberdade de reunião e associação pacíficas.

2. Ninguém pode ser obrigado a fazer parte de uma associação. **Artigo XXI**

Toda pessoa tem o direito de tomar parte no governo de seu país, diretamente ou por intermédio de representantes livremente escolhidos.

2. Toda pessoa tem igual direito de acesso ao serviço público do seu país.

3. A vontade do povo será a base da autoridade do governo; esta vontade será expressa em eleições periódicas e legítimas, por sufrágio universal, por voto secreto ou processo equivalente que assegure a liberdade de voto.

**Artigo XXII**

Toda pessoa, como membro da sociedade, tem direito à segurança social e à realização, pelo esforço nacional, pela cooperação internacional e de acordo com a organização e recursos de cada Estado, dos direitos econômicos, sociais e culturais indispensáveis à sua dignidade e ao livre desenvolvimento da sua personalidade.

**Artigo XXIII**

1. Toda pessoa tem direito ao trabalho, à livre escolha de emprego, a condições justas e favoráveis de trabalho e à proteção contra o desemprego.
2. Toda pessoa, sem qualquer distinção, tem direito a igual remuneração por igual trabalho.
3. Toda pessoa que trabalhe tem direito a uma remuneração justa e satisfatória, que lhe assegure, assim como à sua família, uma existência compatível com a dignidade humana, e a que se acrescentarão, se necessário, outros meios de proteção social.
4. Toda pessoa tem direito a organizar sindicatos e neles ingressar para proteção de seus interesses.

**Artigo XXIV**

Toda pessoa tem direito a repouso e lazer, inclusive a limitação razoável das horas de trabalho e férias periódicas remuneradas.

**Artigo XXV**

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.

2. A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social.

**Artigo XXVI**

Toda pessoa tem direito à instrução. A instrução será gratuita, pelo menos nos graus elementares e fundamentais. A instrução elementar será obrigatória. A instrução técnico-profissional será acessível a todos, bem como a instrução superior, esta baseada no mérito.

2. A instrução será orientada no sentido do pleno desenvolvimento da personalidade humana e do fortalecimento do respeito pelos direitos humanos e pelas liberdades fundamentais. A instrução promoverá a compreensão, a tolerância e a amizade entre todas as nações e grupos raciais ou religiosos, e coadjuvará as atividades das Nações Unidas em prol da manutenção da paz. 3. Os pais têm prioridade de direito na escolha do gênero de instrução que será ministrada a seus filhos.

**Artigo XXVII**

Toda pessoa tem o direito de participar livremente da vida cultural da comunidade, de fruir as artes e de participar do processo científico e de seus benefícios.

2. Toda pessoa tem direito à proteção dos interesses morais e materiais decorrentes de qualquer produção científica, literária ou artística da qual seja autor.

**Artigo XXVIII**

Toda pessoa tem direito a uma ordem social e internacional em que os direitos e liberdades

estabelecidos na presente Declaração possam ser plenamente realizados.

**Artigo XXIV**

Toda pessoa tem deveres para com a comunidade, em que o livre e pleno desenvolvimento de sua personalidade é possível.

2. No exercício de seus direitos e liberdades, toda pessoa estará sujeita apenas às limitações determinadas pela lei, exclusivamente com o fim de assegurar o devido reconhecimento e respeito dos direitos e liberdades de outrem e de satisfazer às justas exigências da moral, da ordem pública e do bem-estar de uma sociedade democrática.

3. Esses direitos e liberdades não podem, em hipótese alguma, ser exercidos contrariamente aos propósitos e princípios das Nações Unidas.

**Artigo XXX**

Nenhuma disposição da presente Declaração pode ser interpretada como o reconhecimento a qualquer Estado, grupo ou pessoa, do direito de exercer qualquer atividade ou praticar qualquer ato destinado à destruição de quaisquer dos direitos e liberdades aqui estabelecidos.

## ANEXO C - A Lição da Águia



Um certo caçador, caminhando por uma floresta, encontrou uma pequena águia. Levou-a para o seu pequeno sítio e colocou-a no galinheiro. A pequena águia logo aprendeu a se alimentar como as galinhas e a se comportar como elas. Um dia, um naturalista que passava pelo local, perguntou-lhe por que uma águia, a rainha de todos os pássaros, estava vivendo no galinheiro. Ele respondeu:

- Eu a tratei como se fosse galinha, eduquei-a desse modo. Por isso ela nunca agiu como águia.

O naturalista insistiu: - Ela tem coração de águia e certamente poderá aprender a agir como águia e aprender a voar. Ele pegou a águia nos braços e disse: - Você é uma águia, uma ave que vive nas alturas dos céus. Você pertence aos céus e não à terra. Acredite em você mesma, em suas capacidades. Bata suas asas e voe!

A águia, entretanto, estava confusa: sentia-se incapaz, medrosa, insegura. Vendo as galinhas ciscando no terreiro preferiu ir juntar-se a elas.

Inconformado, o naturalista levou a águia, no dia seguinte, para o alto do telhado da casa e insistiu novamente:

- Você é uma águia, você pertence às alturas do céu. É lá o seu lugar. É lá que você usa todas as suas capacidades. Você pode sair da situação em que estava, sentindo-se inferiorizada com as galinhas. Você pode viver nas alturas, com suas grandes capacidades de voar. Batas as asas e voe!

Mas a águia tinha sido educada para ser medrosa, para ser inferiorizada como as galinhas, incapaz. Preferiu continuar na sua vidinha acomodada como galinha, fugindo da luta, conformando-se com seu destino de viver ciscando o chão. Logo que o naturalista desceu do telhado com ela, voltou para junto das galinhas e foi ciscar o chão em busca de comida.

No 3º dia o naturalista levou a águia para o alto de uma montanha. Ergueu-a bem alto e encorajando-a disse:

- Você tem dentro de si uma grande capacidade de voar nessas alturas do céu, você tem uma visão excelente, capacidade para voar em grande velocidade, chegar pertinho do chão caçar algum animal e voar para as alturas de novo.

A águia começou a sentir, através do calor do sol, a energia cósmica que a impulsionava a assumir a sua vida a partir daquele momento. Ela sentiu-se encorajada e resolveu reformular o que pensava a respeito de si mesma, resolveu explorar o potencial que agora sentia que tinha. Não mais se sentia como uma galinha, mas como uma águia. Decidiu assumir de vez a sua vida e suas potencialidades. Por isso abriu bem as suas grandes asas e com um enorme grito que veio da profundidade do seu ser, bateu as asas e levantou vôo.

Levantou vôo em busca da sua felicidade, daquilo que ela sempre desejou realizar, lá no seu íntimo, mas antes não tinha coragem.

A partir daquele momento a águia acreditou nela, em suas capacidades e nunca mais sentiu medo e insegurança. Deixou de lado as mensagens negativas que tinha recebido em sua infância, de que ela era uma galinha, inferiorizada, insegura, medrosa. Assim, mudou a sua autoimagem e assumiu a grandeza de suas capacidades, como águia majestosa que ela era desde o início...



## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Projeto de pesquisa: A imagem corporal de dependentes de substâncias psicoativas: uma abordagem emancipatória**

**Pesquisadora Responsável:** Profa. Dra. Marlene Gomes Terra

**Contato:** (55) 3220-8029 **E-mail:** [martesm@hotmail.com.br](mailto:martesm@hotmail.com.br)

Co-orientadora: Profa. Dra Sadjá Cristina Tassinari de Souza Mostardeiro

**Mestranda pesquisadora:** Enfa Mda Valquíria Toledo Souto

**Contato:** (55) 3220-8029 **E-mail:** [valquiriatoledo@hotmail.com.br](mailto:valquiriatoledo@hotmail.com.br)

**Local da realização da pesquisa:** Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Álcool e drogas – Ad).

**Sujeitos envolvidos:** Adultos, homens e mulheres que realizam tratamento no Centro Atenção Psicossocial (CAPS álcool e drogas – Ad)

**DATA:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Prezado (a) Senhor (a):

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa de forma totalmente esclarecida, voluntária e gratuita. Serão respeitados seus valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos. Porém, antes de concordar e responder a entrevista é importante que você compreenda as informações contidas neste documento, pois os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas. Além disto, você tem o direito a garantia de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

A pesquisa intitulada “A imagem corporal de dependentes de substâncias psicoativas: uma abordagem emancipatória” é de autoria de Valquíria Toledo Souto, mestranda do programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, sob orientação da Profa Dra Marlene Gomes Terra.

**Justificativa:** A imagem corporal é uma construção que é produzida na história de vida dos sujeitos e que, por essa construção, aqueles que usam drogas encontram-se oprimidos, necessitando lançar-se a um ato de resignificação de sua própria imagem.

**Objetivos:** promover um processo reflexivo com sujeitos que fazem uso de substâncias psicoativas sobre a sua imagem corporal.

**Procedimentos:** sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de discussões (conversas) em grupo, que serão gravadas em dispositivo digital, em que o pesquisador fará algumas perguntas. Caso você não desejar, sua vontade será respeitada. O dia e horário para realização das discussões será marcado com você conforme a sua disponibilidade. O tempo de duração das discussões será conforme você desejar. Os encontros serão realizados em uma sala privada, no Caps AD, previamente reservada. O que você falar será digitado (transcrito), de maneira a resguardar a fidedignidade dos dados, e será guardado por cinco anos, por determinação ética da pesquisa sob a responsabilidade da Profa. Dra. Marlene Gomes Terra (orientadora desta pesquisa) em seu armário exclusivo para pesquisa, chaveado que está em

uma sala no Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria. Sua identidade será preservada, assegurando o anonimato e a privacidade. Após este período, os dados (transcrições) serão destruídos. Somente as pesquisadoras envolvidas nesta pesquisa terão acesso à gravação a qual será destruída logo após a sua digitação (transcrição). Os dados coletados, depois de organizados e analisados, deverão ser divulgados e publicados, ficando a pesquisadora juntamente com a professora responsável, comprometidas em apresentar o relatório da pesquisa para o serviço no qual você é acompanhado. Ainda a pesquisa será revertida em uma palestra em linguagem acessível e apresentada à equipe e aos usuários do CAPS AD.

**Benefícios:** não haverá custos ou benefícios financeiros pela participação na pesquisa. Para você, os benefícios serão indiretos, pois as informações coletadas fornecerão subsídios para a construção de conhecimento científico sobre o tema estudado, pois o estudo irá contribuir na construção do conhecimento para a área da enfermagem e da saúde, no que tange ao cuidado ao sujeito dependente de substâncias psicoativas.

**Riscos:** durante os encontros e atividades realizadas nos encontros, poderão ocorrer alguns desconfortos emocionais pelo fato dos participantes recordarem de algumas situações que os sensibilizaram em suas vidas. Caso isto venha acontecer, o encontro poderá ser concluído e você encaminhado para uma assistência imediata com um profissional (Médico) do serviço, previamente acordado. Ainda, a não participação da pesquisa, bem como a desistência não afetará a qualidade terapêutica para você no CAPS AD.

**Sigilo:** ao final desta pesquisa, os resultados serão divulgados e publicados na forma de Dissertação, bem como de artigos em Revistas da Área da Enfermagem. Sendo assim, as informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Você não será identificado em nenhum momento. A sua identificação será através da letra 'P', que é a inicial da palavra participante seguida de um número (P1, P2, P3...). Este termo será assinado em duas vias sendo que uma ficará com você e outra com a pesquisadora. A pesquisadora ainda se compromete em seguir a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, bem como do cumprimento das exigências contidas nos itens IV. 3 e IV. 4.

É importante salientar, caso você tiver alguma dúvida sobre a ética desta pesquisa, entre em contato com:

**Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFSM Av. Roraima, 1000 – Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – CEP: 97105-900, Santa Maria, RS. Telefone: (55) 3220-9362. E-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br**

Eu, \_\_\_\_\_ estou ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, aceito participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando em posse de uma delas.

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

---

Assinatura do(a) Participante

---

Assinatura da pesquisadora Enf<sup>a</sup> Md<sup>a</sup> Valquíria Toledo Souto

---

Assinatura da pesquisadora responsável Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marlene Gomes Terra

## APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

### Termo de Confidencialidade

**Título do projeto de pesquisa:** A imagem corporal de dependentes de substâncias psicoativas: uma abordagem emancipatória

**Pesquisadora responsável:** Profa. Dra. Marlene Gomes Terra

**Contato:** (55) 3220-8029 **E-mail:** [martesm@hotmail.com.br](mailto:martesm@hotmail.com.br)

Co-orientadora: Dra. Sadjá Cristina Tassinari de Souza Mostardeiro

**Pesquisador Mestranda:** Valquíria Toledo Souto

**Contato:** (55) 3220- 8029 **E-mail:** [valquiriatoledo@hotmail.com](mailto:valquiriatoledo@hotmail.com)

**Local da realização da pesquisa:** Centro de Atenção Psicossocial (CAPS álcool e drogas – Ad) “Caminhos do Sol”.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos, cujos dados serão coletados por meio de encontros em grupos, com sujeitos dependentes de substâncias psicoativas em tratamento no Centro de Atenção Psicossocial “Caminhos do Sol”. Para tanto, será utilizada uma sala disponibilizada pelos profissionais do referido serviço. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas para execução do presente projeto, construção de um banco de dados do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade, do Departamento de Enfermagem da UFSM e os desdobramentos da pesquisa. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas sob a responsabilidade da Profa. Enfa. Dra. Marlene Gomes Terra (orientadora desta pesquisa), em seu armário pessoal, chaveado, na sala nº 1445, localizada no quarto andar do Centro de Ciências da Saúde da UFSM, por cinco anos. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ...../...../....., com o número do CAAE .....

Santa Maria, ..... de.....de 2014.

---

Enfa. Profa. Dra. Marlene Gomes Terra  
Pesquisadora Responsável