

TELMA ELIANE GARCIA CLAJUS OLIVEIRA

**PREVENÇÃO AO USO E ABUSO DE DROGAS: UM RECORTE
NA HISTÓRIA INTELECTUAL DA ENFERMAGEM**

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, de Telma Eliane Garcia Clajus Oliveira

Prof. Dr. Marcos de Souza Queiróz
Orientador

CAMPINAS

2002

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL
SEÇÃO CIRCULANTE

200307466

TELMA ELIANE GARCIA CLAJUS OLIVEIRA

***PREVENÇÃO AO USO E ABUSO DE DROGAS: UM RECORTE
NA HISTÓRIA INTELECTUAL DA ENFERMAGEM***

*Dissertação de Mestrado apresentada à
Pós-Graduação da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade Estadual de
Campinas, para obtenção do título de
Mestre em Enfermagem.*

ORIENTADOR PROFESSOR DOUTOR MARCOS DE SOUZA QUEIROZ

CAMPINAS

2002

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	T/UNICAMP
	OL4P
V	EX
TOMED BC/	52721
PROC.	16-124/03
C	☐
D	☒
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	15/03/03
Nº CPD	

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP**

CM00181013-6

13 ID 284940

OL 4^a p

Oliveira, Telma Eliane Garcia Clajus

Drogadição – um recorte na história intelectual da enfermagem /
Telma Eliane Garcia Clajus Oliveira. Campinas, SP : [s.n.], 2002.

Orientador : Marcos de Souza Queiroz

Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Loucura. 2. Drogas – Abuso - Prevenção. I. Marcos de Souza
Queiroz. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas. III. Título.

Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado

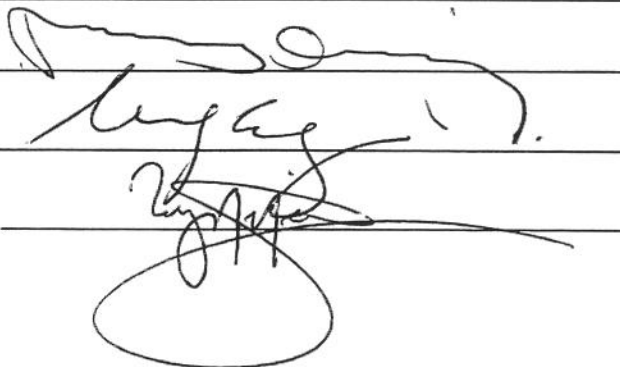
Orientador(a) Prof.(a) Dr.(a) - Marcos de Souza Queiróz

Membros:

1. Prof. Dr. Marcos de Souza Queiróz

2. Profa. Dra. Vera Engler Cury

3. Prof. Dr. Edgar Salvadori de Decca



The image shows three handwritten signatures in black ink. The first signature is for Prof. Dr. Marcos de Souza Queiróz, the second is for Profa. Dra. Vera Engler Cury, and the third is for Prof. Dr. Edgar Salvadori de Decca. The signatures are written over horizontal lines.

**Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas**

Data: 27/02/2002

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho aos jovens
adolescentes do Instituto Adventista
São Paulo e às Ciências Humanas.*

AO DEUS CRIADOR, por me suster com saúde, discernimento, coragem e fé;

PROFESSORES DOUTORES

Ao Prof. Dr. Marcos de Souza Queiroz, por ter prazer em partilhar seu conhecimento com capacidade e humildade, mas principalmente por acreditar em mim;

À Profª. Dra. Maria Inês Monteiro Cocco, pelo ânimo e apoio nos momentos difíceis;

Ao Prof. Dr. Edgar Salvadori De Decca, por ser solícito mesmo diante das impossibilidades, colaborando com sua intelectualidade especial;

FAMÍLIA E FAMILIARES

A Wagner Kurt e Walner Garcia Clajus Oliveira, meus filhos, por me fazerem crer na prevenção e na possibilidade de se influenciar na construção de um caráter equilibrado, nos anos em que abandonei a Enfermagem e me dediquei a eles;

A Eduardo Clajus Oliveira, meu esposo, que por sua ausência em campo missionário permitiu um maior aprofundamento em meu trabalho, e com seu retorno me trouxe um colo;

À Esmeralda Assumpção Garcia e a Adauto Garcia de Jesus, meus pais, por me ensinarem o valor da honestidade e da perseverança;

À MA. Thalita Regina Garcia da Silva, minha irmã, que mesmo muito ocupada se dispôs a participar da correção;

AMIGOS

Ao Prof. Luiz Soares de Lima e ao Dr. Regines de Araújo, por disponibilizarem tempo e talento intelectual para enriquecer meu trabalho;

A **Capes**, por me permitir dedicação por tempo integral ao mestrado, através de bolsa demanda social.

“É nossa tarefa estudar o homem e devemos, portanto, estudar tudo aquilo que mais intimamente lhe diz respeito, ou seja, o domínio que a vida exerce sobre ele”.

“Estudar as instituições, costumes e códigos, ou estudar o comportamento e mentalidade do homem, sem atingir os desejos e sentimentos subjetivos pelos quais ele vive, e sem o intuito de compreender o que é, para ele, a essência de sua felicidade, é, em minha opinião, perder a maior recompensa que se possa esperar do estudo do homem.”

Malinowski

	PÁG
RESUMO.....	xxi
INTRODUÇÃO.....	25
OBJETIVOS.....	33
Objetivo geral.....	35
Objetivos específicos.....	35
MATERIAL E MÉTODOS.....	37
CAPÍTULO I: DA TEMPERANÇA À PREVENÇÃO.....	43
PARTE I: Os vícios na Antiguidade.....	45
PARTE II: Os vícios na Era Clássica.....	49
2.1. O paradigma positivista – período racional.....	50
2.2. O período racional e o surgimento da necessidade de prevenção.....	53
CAPÍTULO II: A RACIONALIDADE POSITIVISTA E A PREVENÇÃO.....	57
PARTE I: A disciplina e o exame na dicotomia entre loucura e vício.....	60
PARTE II: Os conflitos na psiquiatria - interposição entre o racional e o social..	63
PARTE III: A ilegalidade como mecanismo de controle social e prevenção.....	66
3.1. A prevenção eugênica no Brasil.....	67
3.2. A enfermagem brasileira e a eugenia.....	68
3.3. O período eugênico e o controle social como prevenção.....	69

CAPÍTULO III: A RACIONALIDADE MODERNA E A DROGADIÇÃO.....	73
PARTE I: A racionalidade moderna e as transformações sociais.....	75
PARTE II: O modelo biomédico e a prevenção às drogas.....	78
PARTE III: A indústria farmacêutica e a epidemia de drogas.....	82
PARTE IV: A posição periférica da Enfermagem.....	85
CAPÍTULO IV: CONTRADIÇÕES NO DISCURSO DA PREVENÇÃO ÀS DROGAS	89
PARTE I: Publicações dos organismos internacionais.....	91
PARTE II: Abordagens preventivas na temática das drogas.....	97
2.1. Níveis de prevenção.....	97
2.1.1. Nível primário.....	97
2.1.2. Nível secundário.....	97
2.1.3. Nível terciário.....	97
2.2. Relação entre tratamento e prevenção.....	98
2.3. Modelos de atuação.....	103
2.4. Modelos conceituais.....	104
2.4.1. Modelo jurídico –moral.....	104
2.4.2. Modelo biológico de doença.....	104
2.4.3. Modelo sócio cultural.....	105
2.4.4. Modelo psicossocial.....	105
CAPÍTULO V: O PARADIGMA PÓS- MODERNO E A VISÃO CULTURAL DA DROGADIÇÃO.....	107
PARTE I: A influências de novas teorias nas concepções médicas.....	109
PARTE II: A configuração de um novo paradigma.....	110
PARTE III: As contribuições de Lèvi-Strauss e Victor Turner.....	114
3.1. A liminaridade e os grupos marginais.....	115
3.2. Contribuição dos estudos etnográficos nas pesquisas sobre drogas.....	119

ANÁLISE E CONCLUSÕES.....	125
1. A persistência da ética moral.....	127
2. O período natural e a visão organicista.....	129
3. Prevenção – elo entre o natural e o social.....	130
4. Modelo sócio cultural e a pedagogia na prevenção.....	131
5. Os limites nos modelos positivistas.....	135
6. A integração do Outro numa perspectiva pós-moderna.....	138
7. Conclusões.....	146
SUMMARY.....	151
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	155

BRASIL M.S.	-	Ministério da Saúde da República Federativa do Brasil
CBEn	-	Congresso Brasileiro de Enfermagem
Cebrid	-	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
Cepen	-	Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem
Criad	-	Centro de Referência e Informação em Alcoolismo e Drogadição
EEEP	-	Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica
EPSM	-	Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental
Febract	-	Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
Iafa	-	Instituto de Alcoolismo e Farmacodependência
LSD	-	Dietilamida do Ácido Lisérgico
OEA	-	Organização dos Estados Americanos
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
ONU	-	Organização das Nações Unidas.
Opas	-	Organização Pan-Americana de Saúde
Unesco	-	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
WHO	-	World Health Organization



RESUMO

A disseminação do uso de substâncias psicoativas emerge no momento atual como uma problemática complexa e crescente. Diante das diversas questões que envolvem as causas da drogadição, os métodos usuais da ciência médica e epidemiológica têm se mostrado insuficientes, principalmente pelo fato de se tratar de uma população marginalizada. Trazendo uma revisão teórica das transformações ocorridas no pensamento científico, a partir de uma contextualização histórica dentro dos modelos arqueológicos de Foucault, sinaliza-se a influência e a contribuição da racionalidade na exclusão do indivíduo dependente químico, e nas contradições das abordagens preventivas sobre a drogadição. Considerando que as conotações socioculturais exercem marcante influência nas motivações para o uso destas substâncias, o que requer uma inserção mais direta no campo de pesquisa, deu-se destaque aos modernos métodos antropológicos que priorizam as questões culturais e a subjetividade do indivíduo dependente químico. Uma vez determinados os referenciais de análise neste contexto, esta pesquisa objetivou conhecer a colaboração científica contemporânea da Enfermagem na temática da prevenção ao uso e abuso de drogas, e se esta categoria profissional em seus trabalhos científicos tem se utilizado de métodos que permitam a escuta do Outro, o principal objeto da assistência. Através de um recorte na história intelectual da Enfermagem, utilizando o referencial teórico da História das Mentalidades, expomos o perfil das idéias dos profissionais de Enfermagem referidos nos resumos de trabalhos acadêmicos e científicos publicados nos catálogos do Cepen (Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem), e nos livros de resumos de eventos específicos: CBEn (Congresso Brasileiro de Enfermagem) e no VI Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental. A análise revela que a Enfermagem se insere nesta temática de maneira evolutiva, e sua produção científica acompanha as revoluções da ciência, demonstrando por meio de suas idéias estar aberta à introdução de um novo paradigma que surge em sintonia com fatores socioculturais, nos quais o exercício da cidadania plena pode ser praticado numa ética de interlocução e interdisciplinaridade.



INTRODUÇÃO

A disseminação do uso de substâncias psicoativas vem se tornando um tema cada vez mais abrangente, consequência imposta pela complexidade que envolve as causas da drogadição. A temática da prevenção ao uso e abuso das drogas é alvo de críticas, na medida em que as abordagens refletem seus comprometimentos com ideologias e tendências que desviam as ações de alcançar o principal objeto desta prevenção: o dependente químico.

Segundo MACRAE(1994), uma das razões que tornam quase impossível a elaboração de programas efetivos de prevenção, principalmente aqui no Brasil, é o pequeno conhecimento sobre esses indivíduos e suas práticas. Perante as diversas questões que envolvem as causas da drogadição, os métodos usuais da ciência médica e epidemiológica não têm dado conta de abranger o problema, e têm se mostrado insuficientes. As principais razões para isso, segundo o mesmo autor, estão no fato de esta população se caracterizar pela exclusão e estigmatização. Isto impede o conhecimento real de seu perfil, distribuição geográfica, tamanho, etc. A seleção de uma amostra de acordo com os critérios usuais de representatividade estatística das pesquisas quantitativas é prejudicada e dificultada. Além disso, as respostas obtidas pela simples aplicação de um questionário são duvidosas em relação à confiabilidade das informações pessoais, dificultando a interpretação da realidade subjetiva do sujeito.

Outra questão importante está no fato de que as pesquisas geralmente são realizadas com a finalidade de embasar políticas públicas e ações que visam à diminuição do problema. Os gráficos e dados brutos não bastam para a compreensão do problema das drogas, sendo necessário obter descrições mais densas de padrões e circunstâncias de uso, o estudo de práticas de risco, a contextualização do uso em relação ao padrão e estilo de vida do usuário, e também as conotações socioculturais que influenciam nas motivações do uso por prazer, do uso controlado, e do uso patológico e dependente.

O complexo e múltiplo universo temático das drogas e da prevenção ao seu uso e abuso converge para a necessidade da interdisciplinaridade, decorrente principalmente da insuficiência de respostas que possam dar conta da realidade e apresentar soluções satisfatórias na individualização de cada 'visão' e de cada 'olhar'. O mundo contemporâneo tem sido contemplado com "a multiplicação de 'disciplinas', de objetividades discursivas especializadas, uma das características mais importantes da racionalidade moderna"

(LUZ, 1988, p.3). É provável supor que uma das características da pós-modernidade, ou da modernidade tardia, seja a harmonização dessas disciplinas em um foco multidisciplinar (WILBER, 1996).

De acordo com BIRMAN (1993), há poucas décadas, a farmacologia e a psiquiatria eram as disciplinas que detinham a hegemonia teórica no universo das drogas, e a psicanálise ocupava uma posição satélite e periférica diante da pequena experiência clínica com pacientes. Segundo MAcRAE (1994), nas últimas décadas a antropologia social e, mais recentemente, a sociologia e a ciência política, passaram a investigar o campo das drogas nas sociedades urbanas em trabalhos como os de VELHO (1975), ZINBERG (1984), MAcRAE & SIMÕES (1989), GRUND (1993) e outros.

É de interesse deste trabalho, conhecer nos trabalhos científicos e acadêmicos da enfermagem no Brasil, enquanto categoria profissional, os direcionamentos que vêm tomando os discursos, as pesquisas e prioritariamente as idéias no campo da drogadição e sua prevenção. Mais especificamente, queremos visualizar se existe uma preocupação direcionada à visão do outro (o dependente químico), utilizando-se de métodos que permitam compreendê-lo em sua subjetividade e na simbologia de seu universo sociocultural. Ou se, inversamente, estas idéias estão centralizadas no profissional, ligado não só ao saber intelectual da categoria, mas às conceituações que supõem determinantes da lógica da drogadição numa racionalidade científica que olvida o objeto deste cuidar.

Na intenção de melhor compreender as questões teóricas que influenciaram as abordagens preventivas no campo da dependência química, necessitou-se entender as mudanças no campo científico e como o desenho de cada paradigma, em cada momento histórico, determinou uma nova forma de visualizar o uso dessas substâncias. Torna-se importante previamente salientar o conceito que estaremos utilizando para a definição de paradigma. Segundo *KUHN, o paradigma seria comparado a um mapa que governa a percepção dos cientistas, e que, com o desenvolvimento real da ciência, quando ele não mais der conta da compreensão da realidade, outro é proposto.

* KUHN, T. *apud* QUEIROZ, M. S. – O Paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: Uma perspectiva antropológica. Rev Saúde Pública, São Paulo, 20: 309-17, 1986.

Diante da complexidade do tema, decidiu-se optar pelos instrumentos que a história oferece, por serem flexíveis à interdisciplinaridade e para que, na forma dinâmica que ela desenha a realidade, tentar-se delinear um recorte na história das idéias dos profissionais da enfermagem em relação ao uso e abuso de drogas, e sua prevenção.

Segundo Foucault, o caminho histórico nada mais é do que o “conhecimento dos fatos” procurando estabelecer, a partir de suas causas mais antigas, o devir, a cronologia num sentido mais etimológico. O caminho histórico procura “reconstituir a doença como a exatidão de um retrato” (FOUCAULT, 1978, p.190). Assim, a tentativa é desenhar um retrato das idéias, a partir de uma construção teórica histórico-arqueológica, evitando transposições retrospectivas amparadas em disciplinas construídas basicamente na sustentação epidemiológica.

Não se pretende aqui explorar dialeticamente os vários aspectos que construíram os rumos históricos das drogas, como questões econômicas ou políticas, e sim pontuar momentos, num recorte, que sirvam de pano de fundo na compreensão da construção do atual objeto de pesquisa.

Na busca de construir um cenário teórico, optou-se por convidar, entre outros autores, principalmente o consagrado Michael Foucault. A escolha não se deu apenas por ser ele um historiador que se caracteriza pela liberdade e inventividade de pensamento, mas prioritariamente por ser um filósofo que mergulha na gênese dos grupos excluídos e marginalizados, tais como os loucos, os delinquentes e os homossexuais. Esta sua vertente incita a utilizar suas conceituações, aplicando-as à marginalização contemporânea do usuário de drogas.

Esta opção sedimenta-se também no fato deste autor recuar no tempo, analisando as diferenças e semelhanças da modernidade com a Antiguidade, nos aspectos teóricos do prazer, da razão e da opção punitiva da correção. Compreendeu-se que estes aspectos necessitam ser focalizados e analisados quando se tenta caminhar na estrada do saber em relação ao controvertido tema da prevenção ao uso e abuso de drogas, principalmente porque são aspectos que influenciaram os equívocos dos discursos preventivos, que o direcionaram a um afastamento do objeto principal do tema, o próprio dependente químico.

O modo de se contar a história dos usos das substâncias psicoativas vem se modificando contemporaneamente. De acordo com BASTOS (1994, p.87), o eixo epistemológico vem se deslocando na direção das categorias de estranhamento e da aculturação em face das diversas substâncias. A própria terminologia de drogas, substâncias psicoativas e congêneres, carregada semanticamente ao longo dos últimos três séculos de embates ideológicos, vem sendo renunciado para a inclusão dos psicoativos na categoria de *Genufsmittel*, vocábulo alemão que embora não tendo tradução exata no português, pode ser compreendida como “substância de gozo/usufruto”.

Este deslocamento ocorre principalmente em face do aparecimento de novas substâncias e seus efeitos variados, nos vários momentos históricos e nas diversas formações sociais, como determinantes não só do caráter transitório de legalidade e ilegalidade, como no balizamento cultural de usos e abusos.

Uma questão que não pode ser deixada de lado, neste contexto, é que a utilização de substâncias psicoativas, sejam legais ou ilegais, é uma prática que está carregada de conotações socioculturais, e estas exercem uma importante influência nas motivações e modos de como esta utilização se concretiza. Estes significados socioculturais só podem ser devidamente avaliados por meio de uma inserção mais direta e prolongada no campo a ser pesquisado.

A constatação de um ‘elo inexorável’ entre doença, medicina, cultura e sociedade humana, vem sendo amplamente confirmado através de pesquisas desenvolvidas nas últimas décadas no campo da ‘antropologia da medicina’, por vários autores como: EVANS-PRITCHARD (1937), TURNER (1974), PARSONS (1951), FOSTER (1953), LÈVI-STRAUSS (1970), QUEIROZ (1986) e outros.

QUEIROZ (1986) aborda a questão dos limites dos métodos tradicionais da medicina científica ocidental, na compreensão do amplo espectro da realidade na percepção médica de saúde, doença e terapêutica, em virtude desses métodos perceberem o mundo natural independente do mundo humano e seus aspectos próprios. Ou seja, o paradigma dominante na medicina ocidental, “se identifica inteiramente com o positivismo ao não reconhecer o papel da sociedade, da cultura, da comunidade científica e da própria história na determinação não só do objeto do conhecimento como na maneira de abordá-lo” (p.310).

A antropologia vem sendo utilizada principalmente porque seus métodos permitem um menor distanciamento entre os dados e sua análise, o que a torna mais adequada aos estudos sobre os usuários de drogas e os significados atribuídos a eles. (MAcRAE,1994). Assim na recapitulação histórica, se deu destaque a algumas teorias antropológicas contemporâneas que têm contribuído com as pesquisas neste campo específico e utilizou-se para esta revisão principalmente os trabalhos de Marcos S. Queiroz, por apresentarem estes conceitos de forma clara e concisa.

O que interessa, primeiramente, é analisar historicamente a transformação gradual das várias formas de pensamento ou racionalidades e de como suas mudanças alteraram a concepção de vícios, chegando a contribuir para a marginalização do tema e do próprio sujeito usuário de drogas. Neste processo histórico intentou-se compreender as metamorfoses nos conceitos científicos e os paradigmas que mapearam as construções ideológicas, sendo esta compreensão norteadora na construção da análise dos trabalhos escolhidos.

Num segundo momento, pretende-se mapear, nas propostas preventivas da atualidade, os efeitos colaterais que o passado e suas formas de construir o mundo possam ter potencialmente comprometido as abordagens preventivas nesta temática, levando a um achatamento do sujeito no significado da cultura e de sua subjetividade, excluindo-o na questão.

Finalmente, após a revisão de algumas concepções antropológicas, efetua-se um recorte da história intelectual da Enfermagem, delineando um perfil das 'idéias' em relação à temática da prevenção ao uso e abuso de drogas, contidas nas publicações de enfermagem, a partir de um olhar etnológico.



OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

O objetivo geral é conhecer a história das idéias da Enfermagem no Brasil em relação à prevenção ao uso e abuso das drogas, nos últimos 20 anos, a partir de documentos acadêmicos e científicos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analisar historicamente as transformações nas várias formas de pensamento, ou nas diferentes racionalidades desenvolvidas de acordo com as mudanças nos paradigmas científicos, seus métodos e visão de mundo, e de que forma suas alterações chegaram a contribuir nas idéias e concepções da dependência química e em sua marginalização.

Sinalizar as interferências que as racionalidades analisadas possam ter exercido na insuficiência dos métodos e abordagens preventivas na temática da drogadição.

Identificar no percurso das idéias e concepções da Enfermagem, se esta categoria profissional em seus trabalhos científicos tem se utilizado de métodos e abordagens comprometidos com uma ética pós-moderna de interlocução com o objeto sujeito de este cuidar: o dependente químico.



MATERIAL E MÉTODOS

Desenvolveu-se nesta pesquisa um estudo bibliográfico das idéias e concepções dos profissionais de enfermagem sobre a drogadição e a sua prevenção, expostas na produção acadêmica e científica da área.

O referencial teórico que direcionou a metodologia é o da história das mentalidades, utilizado pioneiramente por Lucien Febvre em 1935. De acordo com LE GOFF & NORA (1995), a história das mentalidades é para a história das idéias o que a cultura material é para a história econômica. Seus domínios são o desenvolvimento dos estudos sobre o progresso das sondagens de opiniões, as análises históricas de comportamento eleitoral, os desviados de décadas passadas, a criminalidade, etc. Dentre as noções básicas da história das mentalidades estão as noções de comportamento e atitudes, de grupo social (família, categoria profissional, classe social, etc.), dinâmica das idéias, correntes de pensamentos, estilos, etc. (CARDOSO & BRIGNOLI, 1979).

Para a história das mentalidades “tudo que se configura um quadro mental cabe aí: heranças culturais, sistemas de crenças e concepção de mundo e alguns modelos de comportamento”, como enfatizou CARDOSO & BRIGNOLI (1979, p.398).

Lucien Febvre introduziu o que se define como conjunto de instrumentos mentais de que os homens dispõem em uma determinada época e em uma dada sociedade, o qual denominou de ‘instrumental mental’. Segundo *MANDROV, por meio da reconstrução do ‘instrumental mental’, próprio das distintas classes ou grupos socioprofissionais, pode-se identificar hábitos de pensamento, idéias socialmente transmitidas e admitidas, concepções sobre espaço, tempo, natureza e sociedade.

Antes de definirmos o modelo instrumental, convém diferenciarmos algumas estruturas da história como ‘idéias’, ‘ideologia’, ‘cultura’ e ‘mentalidade’. Nas conceituações de LLOYD (1995), não há definições alternativas dos mesmos fenômenos. ‘Idéias’, em geral, se referem a conceitos explícitos publicamente afirmados, registrados e compartilhados, que se admite terem uma história passível de ser estudada. Assim, a história das idéias ou também chamada de história intelectual foi tradicionalmente o estudo do desenvolvimento e influência social de certos conceitos-chave no discurso filosófico e da ciência social.

* MANDROV *apud* CARDOSO, C.F.S. & BRIGNOLI, H. P. **Os métodos da História**. Rio de Janeiro, Graal, 1979, 529 p.

Ainda segundo LLOYD (1995 p.117), 'ideologia' "usualmente se refere a uma constelação de idéias de tipo sociopolítico que afirma uma visão de mundo sobre a história e a sociedade e constitui um estímulo e guia para a ação política". O conceito de 'cultura' é mais abrangente que os dois primeiros, tendo vários significados correlatos, dependendo do objetivo e da base teórica de quem o utiliza. Pode ter o significado de expressões artísticas formalizadas de uma sociedade e grupos, ou incluir uma constelação mais ampla de sistemas de crenças, visões de mundo, formas de compreensão, rituais e expressão artística popular. Em uma outra concepção ainda mais ampla pode abranger formas de vida produtiva, incluindo produtos e instrumentos materiais.

'Mentalidade' é um termo intercambiável com o significado de cultura, ou seja, a cultura 'popular', e pode ser conceituada nas manifestações externas da vida mental.

Neste estudo, o instrumental mental foi direcionado para as 'idéias' registradas nos resumos dos trabalhos acadêmicos e científicos da categoria profissional da enfermagem, publicados e divulgados em eventos científicos.

No modelo instrumental, segundo MINAYO (1998), numa comunicação o mais importante não é o conteúdo manifesto, mas o que ele expressa, graças ao contexto e as circunstâncias em que se dá. Neste modelo, a análise lexical do discurso não é o principal enfoque, embora possa ser utilizada conforme CARDOSO & BRIGNOLI (1979, p.399) expressa: "A lexicologia, através do estudo do vocabulário (...) analisando as palavras do contexto, os grupos de palavras, as palavras-chave, são auxiliares valiosas."

Os critérios de escolha dos trabalhos analisados como documentos foram:

1) a concepção de documento na forma científica da memória coletiva e na prática da história das mentalidades.

2) os documentos que tinham trabalhos relacionados com o tema em estudo, e que são produzidos por enfermeiros que estão na assistência direta, ou na prática acadêmica, com relatos de experiência desta categoria profissional. Estas características poderão refletir uma concepção de mundo desse grupo social;

3) foram selecionados os trabalhos que abordavam questões da dependência química, sem levar em conta os aspectos da legalidade. Salientamos que incluímos o tabagismo primeiramente porque a dependência à nicotina preenche todos os critérios de dependência segundo o conceito adotado atualmente pela ¹Organização Mundial de Saúde (PRADO 1999). E também devido sua importância epidemiológica, conforme salienta ²DUNN, representando hoje a primeira causa de mortalidade que poderia ser prevenida.

LE GOFF (1995) utilizou para a História das Mentalidades o termo de fonte histórica para documentos, produções artísticas, trabalhos científicos, etc. Todos podem se tornar monumentos de análise que reflitam uma intencionalidade inconsciente. Modernamente o termo latino '*documentum*' evoluiu para o significado de 'prova' histórica, e afirma-se essencialmente como testemunho escrito, sendo portanto mais próprio utilizar-se do termo documento para os trabalhos analisados. O documento não é inócuo, mas antes de tudo, o resultado de uma montagem, consciente ou inconsciente da história, da época, da visão de mundo e também dos valores sociais admitidos por um grupo. Estes integram o "instrumental mental".

Na escolha dos trabalhos, optamos por um levantamento completo das publicações do CEPEN (Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem), pois estas refletem uma produção diferenciada na categoria, sendo apenas trabalhos acadêmicos. Nos trabalhos selecionados dos anais e programas do CBEn (Congresso Brasileiro de Enfermagem) a escolha foi limitada a década de 90 por dois motivos principais:

1) os trabalhos são na grande maioria temas livres, refletindo uma produção intelectual que nem sempre está dentro dos padrões dos métodos científicos; 2) neste tema, os trabalhos começam a aparecer expressivamente a partir do ano de 1990. Incluímos também como documentos os trabalhos publicados nos Anais do VI Encontro de Especialistas em Saúde Mental e V Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiatria, porque este evento abordou especificamente o tema: "O Uso e Abuso de Álcool e Drogas: um desafio para todos."

¹ Critérios para Síndrome da Dependência Química: a) comportamento de busca, b) aumento da tolerância, c) sintomas de abstinência, 4) evitação dos sintomas de abstinência, 5) sensação subjetiva da necessidade, 6) reinstalação da síndrome após abstinência.

² DUNN, apud PRADO, F. C. RAMO, J. VALLE, J.. Atualização Terapêutica – Manual prático de diagnóstico e tratamento. São Paulo. Artes Médicas. 1999. 1510p.

A operacionalização da análise desdobrou-se em três etapas, como propõe MINAYO (1998): a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e as interpretações.

A pré-análise deu-se em três fases: A 'leitura flutuante' dos resumos para entrar em contacto com o material e verificar hipóteses emergentes; A 'constituição do corpus' organizando o material de forma que respondesse as normas de 'exaustividade', 'representatividade', 'homogeneidade' e 'pertinência' e, finalmente, a formulação de hipóteses e objetivos.

Levantou-se a hipótese de que as idéias ou os conceitos registrados pelos profissionais de enfermagem sobre a drogadição e sua prevenção mantiveram-se comprometidos com as concepções das várias racionalidades historicamente constituídas, seus modelos e métodos, e que provavelmente não estivessem ainda participando das mudanças propostas pelos novos modelos de pesquisa em que se permite uma interlocução maior com o objeto de estudo, ou seja, disponível a escuta da voz do dependente químico.

A segunda etapa que correspondeu à exploração de material operacionalizou-se com a codificação, transformando-se o texto através de um recorte em unidades de registro, ou em uma seleção de enunciados, como denomina FOUCAUT (1995).

A interpretação efetuou-se a partir das concepções de FOUCAUT (1995) que propõe na história das idéias não uma procura das origens, dos precursores ou dos começos, mas a determinação de um dado contexto social à caracterização da racionalidade a qual o conceito pertence. Por isso optou-se por desenvolver a análise procurando respeitar uma cronologia histórica em que as racionalidades e os paradigmas se constituíram, ressaltando que, mesmo diante da dominação de um novo paradigma, muito dos antigos conceitos e concepções permanecem em atitudes, padrões e idéias não dominantes.

A história das mentalidades fornece um modelo para analisarmos as 'idéias' dos profissionais de enfermagem, suas concepções nas condutas preventivas da drogadição. Ressalta-se que "a postura que adotamos com respeito ao passado, quais as relações entre passado, presente e futuro não são questões de interesse vital para todos: são indispensáveis" (HOBBSAWM, 1998, p.36).



CAPÍTULO I: DA TEMPERANÇA À PREVENÇÃO

PARTE I

OS VÍCIOS NA ANTIGUIDADE

Antes da Era Clássica, ainda na Idade Média, a visão de mundo e seus sistemas de valores baseava-se na interdependência de fenômenos espirituais e materiais, numa visão orgânica em que as necessidades individuais eram subordinadas às da comunidade representada na autoridade de seus governantes (reis, clero, senhores feudais). No mundo medieval, a visão científica permanece inconsciente, não exercendo previsão e controle sobre a sociedade e a individualidade. (CAPRA, 1996).

A natureza é aceita como se apresenta, o que limita a aproximação do ser humano com as substâncias psicoativas que estão contidas em sua flora. Limita mas não impede que em algumas culturas, estas sejam utilizadas de diferentes formas. O uso da maconha, por exemplo, segundo LARANJEIRA, JURGERMAN, DUNN (1998), é conhecido há milênios na China para tratar constipação intestinal, malária e dores reumáticas, e na Índia era recomendado para melhorar o sono e estimular o apetite.

A utilização místico-religiosa nos cultos de mistérios também aparece na história, conforme NOGUEIRA FILHO (1999). Ele comenta que, mesmo na mais genuína tradição greco-romana, se podia recorrer às drogas no sentido de alcançar o caminho mais fácil para a experiência incomum com elementos de revelação mística. A bebida alcoólica também tem uma história milenar, participando inclusive de uma representação festiva, nas orgias pagãs e nas comemorações de reis e governantes na Antiguidade.

A literatura renascentista de Erasmo de Rotterdam -1509, apresenta-nos um retrato no clássico 'Elogio à loucura', no qual a loucura aparece disputando espaço com o uso dos prazeres, fantasiando o vinho e a cerveja como sendo bens que a loucura, que se apresenta como uma deusa mitológica, dispensa aos mortais. Não somente as bebidas, mas a volúpia, as paixões, a amizade, o matrimônio, o amor próprio, as artes, são classificados como nuances da loucura, e a razão encontra-se no espaço da ética.

ROTTERDAM (1972 p.31) expõe o conceito de sabedoria, com toda propriedade reveladora de um pensamento de sua contemporaneidade: "Segundo a definição dos estóicos, sábio é aquele que vive de acordo com as regras da razão, e louco, ao contrário, é o que se deixa arrastar ao sabor de suas paixões".

Entretanto, esses conceitos de razão se confundem com sabedoria, equilíbrio e temperança, enquanto a loucura não parece estar no ‘circuito’ da não-razão, mas da intemperança ou no uso dos prazeres. Talvez fosse possível compreender esta concepção como sendo a expressão renascentista, utilizando-se figuras da Antiga Grécia, para tentar entender os costumes que impregnaram a visão clássica da loucura. Na Renascença, a loucura expressa uma experiência no campo da linguagem, em que o homem era confrontado com sua verdade moral.

O pensamento grego, caracterizado pelos ideais contemplativos de compreensão do ser, era regido por um código de comportamento e formas de subjetivação que, compensa neste momento, distingui-los nas análises de Foucault, e identificá-los nas entrelinhas do seguinte parágrafo:

Se é preciso, como diz Platão, impor-lhe os três mais fortes freios – o temor, a lei e o discurso verdadeiro – se é preciso, segundo Aristóteles, que a faculdade de desejar obedeça à razão como a criança aos mandamentos de seu mestre, se o próprio Aristipo queria que, sem deixar de ‘servir-se’ dos prazeres, se velasse a não se deixar levar por eles. (FOUCAULT, 1984, p.48)

O uso dos prazeres na Antiguidade é dosado na temperança, e esta é considerada uma arte, uma prática e um exercício de domínio próprio. A intemperança seria a atração que a vivacidade natural do prazer exerce sobre o desejo, levando-o a transpor limites. “Por essa vivacidade se é levado a inverter a hierarquia, a colocar esses apetites e sua satisfação em primeiro lugar, a dar-lhe o poder absoluto sobre a alma” (FOUCAULT, 1984, p.48) O foco de inquietação, no pensamento grego, segundo *ARISTOTELES, não está em se utilizar os prazeres, mas na medida de sua utilização. “Todo mundo, em certa medida, usufrui o prazer da mesa, do vinho e do amor: mas nem todos o fazem como convém”(FOUCAULT, 1984, p.48).

* ARISTOTELES *apud* FOUCAULT, M. – O uso dos prazeres. **História da sexualidade II**, Rio de Janeiro, Graal, 1984, 231p.

No entanto, no pensamento antigo, não havia exigências austeras organizadas numa moral unificada, coerente, autoritária e imposta a todos da mesma maneira. “A austeridade era como um ‘luxo’ em relação a moral corrente” (FOUCAULT, 1984, p.25). A temperança era representada entre as qualidades que pertencem não a todos, ou a qualquer pessoa, mas aos privilegiados que têm posição e status. A dicotomia entre os temperantes e intemperantes, superiores e inferiores, já se fazia presente nestas insinuações, sem, no entanto, despertar uma conotação de marginalidade.

Segundo Foucault, o exercício da temperança na Antiguidade Grega baseava-se em três estratégias: a necessidade, o momento oportuno e a busca de ‘status’. Concebida na estratégia da necessidade a temperança não pode ser obediente a um sistema de leis, a um código moral, ou a um princípio de anulação de prazeres, mas na capacidade de aceitar apenas o que é necessário para o corpo.

A virtude da prudência é desenvolvida na estratégia do momento oportuno, não havendo razão para renunciar aos prazeres, e sim distribuí-los como convém. Porém, um princípio admitido na busca do ‘status’ é o de que quanto mais se tiver ou quiser ter autoridade sobre os outros, mais se for visado, e mais se quiser reputação influente, mais será preciso “se impor”, por escolha e vontade, princípios rigorosos de conduta (FOUCAULT, 1984).

Assim parece que na Antiguidade, os vícios e o uso do vinho são vistos como escolhas pessoais, não necessariamente uma norma de conduta moral. E das três estratégias enfocadas por Foucault, apenas a última permanece no tempo e nas construções de uma interiorização progressiva da regra, do ato, e da falta. Na evolução entre o paganismo e o cristianismo católico, o que se produz é “uma reestruturação das formas da relação consigo e uma transformação das práticas e das técnicas sobre as quais essa relação se apoiava” (FOUCAULT, 1984, p.71).

Esta liberdade individual do pensamento grego não deve ser compreendida como o exercício de um livre arbítrio. A maneira pela qual o indivíduo garante sua própria liberdade, em relação aos seus desejos, está na forma de soberania que exerce sobre si. Ser livre em relação aos prazeres, ou aos vícios, é não estar a seu serviço, é não ser seu escravo. É a escravidão de si para consigo. Esta liberdade em sua forma plena está no poder que se exerce sobre si, e no poder que se exerce sobre os outros.

Percebe-se a superioridade da razão sobre o desejo. Ela deve comandar. No entanto, a razão deste momento está ligada não só a uma condição estrutural de conhecimentos intelectuais, mas principalmente a uma ética moral. Para compreender-se a constituição de um sujeito moral no uso dos prazeres, deve-se primeiramente definir o que é moral, o que ajudará a elucidar, porque os prazeres são objeto de uma preocupação moral.

Foucault define por moral um conjunto de valores e regras de ação propostas aos indivíduos e aos grupos por intermédio de aparelhos prescritivos (família, escolas, igrejas, etc.), regras estas, formuladas numa doutrina coerente e num ensinamento explícito. A este conjunto prescritivo, transmitido de maneira difusa num jogo complexo de elementos que se anulam em certos pontos, se corrigem e se compensam, permitindo escapatórias, pode-se chamar de ‘código moral’.

Porém, por ‘moral’ entende-se também o comportamento real dos indivíduos em relação às regras e valores que lhes são propostos: designa-se, assim, a maneira pela qual eles se submetem mais ou menos completamente a um princípio de conduta; pela qual eles respeitam ou negligenciam um conjunto de valores. (FOUCAULT, 1984 p.26)

A margem de variação ou de transgressão que os indivíduos assumem diante deste sistema prescritivo, que é explícita ou implicitamente dado em sua cultura, pode ser um fenômeno denominado de ‘moralidade dos comportamentos’.

Na teleologia do sujeito moral, deve-se considerar uma ação moral não somente reduzida a uma série de atos em relação a uma lei ou valor, e o lugar que ela ocupa no conjunto de uma conduta, mas, também, numa relação dessa ação consigo mesma. E essa relação não é somente uma ‘consciência de si’, mas a constituição de si enquanto ‘sujeito moral’,

na qual o indivíduo circunscreve a parte dele mesmo que constitui o objeto dessa prática moral, define sua relação em relação ao preceito que respeita, estabelece para si um certo modo de ser que valerá como realização moral dele mesmo; e para tal, age sobre si mesmo, procura conhecer-se, controlar-se, põe-se à prova, aperfeiçoar-se, transformar-se. (FOUCAULT, 1984, p.28)

Entretanto, não se pode constituir como sujeito moral, em relação ao uso dos prazeres, sem constituir-se como sujeito de conhecimento. “A relação com a verdade é uma condição estrutural instrumental e ontológica da instauração do indivíduo como sujeito temperante e levando uma vida de temperança” (FOUCAULT, 1984, p.82). Assim, a razão que comanda o desejo estará subordinada à estrutura do conhecimento que, por sua vez, estará constituindo o código moral de cada cultura e de cada momento histórico.

Na Antiguidade Grega, pode-se dizer que a reflexão moral a propósito dos prazeres não se orienta na codificação de atos, nem para uma hermenêutica do sujeito, mas numa estética da existência. A ênfase é dada nas formas das relações consigo, aos exercícios pelos quais o próprio sujeito se dá como objeto a conhecer, e nas práticas que permitem transformar seu próprio modo de ser. Na ética cristã há um reconhecimento da lei e de uma obediência à autoridade do clero. Não é tanto a dominação de si que caracteriza o sujeito moral, mas a renúncia de si, a uma pureza. O valor moral está em conformidade a um código de comportamento e a um exercício de purificação.

PARTE II

OS VÍCIOS NA ERA CLÁSSICA

Segundo CAPRA (1996, p.42) “entre 1500 e 1700 houve uma mudança drástica na maneira como as pessoas descreviam o mundo e em todo seu modo de pensar.” E é no percurso destas transformações, quando se instala uma ruptura de visão na organização do mundo, que Foucault focaliza a história da loucura, na qual se encontra articulado ao desatino, o lugar do vício.

O louco, no século XVII, foi absorvido numa massa indiferenciada, num lugar onde se confundem a loucura e a falta, a alienação e a maldade, a loucura e o crime, o desatino e o vício: o projeto do internamento. As fórmulas de internamento estão mais relacionadas às ‘desordens do espírito’ e na qualidade da vontade do que na integridade da razão. “O que é designado nessas fórmulas não são doenças, mas defeitos. Como se, no internamento, a sensibilidade à loucura não fosse autônoma, mas ligada a uma certa ordem moral onde ela só aparece a título de perturbação” (FOUCAULT, 1978, p.136).

Conforme apresenta FOUCAULT (1978), ambas as éticas estão presentes nas concepções tominicanas do universo da Era Clássica, concedendo à loucura, ao desatino e aos vícios um sentido de exclusão. Atrás dos muros do internamento, onde se marginalizavam velhas senis, pessoas epiléticas, pessoas ordinárias, libertinos e embriagados, todos que compartilhavam da mesma desonra abstrata; a miséria é degradada e encarada no horizonte da moral. A loucura e a intemperança perturbam a ordem do espaço social.

A perdição de nosso espírito provém de nos entregarmos cegamente a nossos desejos, de não sabermos refrear nossas paixões, nem moderá-las. Daí esses delírios amorosos, essas antipatias, esses gostos depravados, essa melancolia causada pelo desgosto, esses arroubos produzidos em nós por uma recusa, esses excessos no beber, no comer, esses incômodos, esses vícios corporais que causam a loucura, a pior de todas as doenças.” (*SAUVAGES) *apud* FOUCAULT, 1978 p. 226)

O desatino, os excessos no uso das bebidas e as intemperanças se confundem com a loucura, colocando-os no percurso que futuramente os caracterizará como doenças.

O Classicismo formava uma consciência moral, que iria servir de solo para a racionalidade científica cultivar a dicotomia entre a razão e o desatino, a saúde e a doença, o normal e o anormal. Este trajeto será apresentado nos próximos parágrafos.

2.1. O PARADIGMA POSITIVISTA – PERÍODO RACIONAL.

A noção de um universo orgânico do mundo medieval passa a ser substituída por uma noção de máquina, por uma concepção mecânica do tempo, em que uma estrutura do mundo e do ser humano foi sendo moldada com certos traços característicos de um novo paradigma que surge. O desenvolvimento ocasionado pelas mudanças revolucionárias da física e da astronomia baseou-se num método empírico de investigação, defendido por Francis Bacon, e no método analítico concebido por René Descartes, combinados por Isaac Newton.

* SAUVAGES *apud* FOUCAULT, M.-**História da loucura na idade Clássica**, São Paulo, Perspectiva, 1978, 551p.

A tendência metodológica passa a ser a decomposição do objeto em elementos, comparada por uma operação analítica (que permanece dominante até hoje, ainda na maioria das disciplinas). A natureza passa a ser objeto de estudo, ela precisa ser descoberta pela enunciação de suas leis. O homem é visto como proprietário da natureza devendo desvendar o conhecimento no mundo natural, o que disponibiliza o conhecimento da botânica e da flora que contém princípios ativos medicinais, e também substâncias psicoativas. É o paradigma natural, conforme classifica LUZ (1988), que inicia seu domínio.

A existência objetiva e independente da natureza face ao mundo é, desta forma, condição epistemológica e ontológica para que o homem possa conhecê-la e moldá-la, para que coloque sobre o reino da natureza o selo de sua ordem. A ordem da Razão. (LUZ, 1988, p.21)

Inicia-se uma busca sistemática de 'ordens de sentido', num novo modo de produzir verdades, baseado no raciocínio lógico e na ação diligente que intervém e modifica as situações-problema, na busca de resultados práticos. Nasce o experimentalismo, traço característico do novo modo de produção de verdades: o método científico moderno (LUZ, 1988).

Esta nova racionalidade é interventora, transformante e ordenadora.

Além disso, a explicação própria da ciência moderna deve **prever** os movimentos dos objetos que tematiza, sejam eles realidades materiais ou sociais (individuais, coletivas), ou entidades racionais. Mais do que isto, a teoria científica deve, se possível, **antecipar** tais movimentos, **prevenindo-os**, impedindo-os, suprimindo-os ou conduzindo-os e orientando-os, conforme o caso. (LUZ, 1988, p.4)
(grifos acrescentados)

A racionalidade científica moderna concede ao homem cientista uma noção de poder manipulador da natureza, que inaugura a 'prevenção' como elemento indispensável na intervenção transformadora do mundo.

No mundo biomédico, Descartes estende os mesmos princípios do método científico do mundo físico para se pensar o corpo humano como máquina. Nesse esquema a doença surge como um 'distúrbio de um dos componentes da máquina humana', e a medicina passa a deter o conhecimento das leis que operam esta máquina, na busca de intervir e prevenir possíveis danos.

A loucura passa a ser considerada em suas estruturas do racional. Na lógica cartesiana o louco é relativo, representa a diferença do 'outro' na exterioridade dos 'outros'. Conforme ¹VOLTAIRE, "chamamos de loucura essa doença dos órgãos do cérebro que impede necessariamente um homem de pensar e agir como os outros." "O louco é o outro em relação aos outros: outro no sentido de exceção -entre outros no sentido universal." Não se pergunta ao louco o que é a loucura, deduz-se .

Agora a loucura deve inserir-se num novo espaço, organizado conforme as novas normas da naturalização da doença; no campo da racionalidade no qual se define, se cataloga, se enumera a doença em fenômenos observáveis: os sintomas, que servem para conhecer seu gênero e sua espécie. A loucura começa a romper seu parentesco com o mal, para poder ter seu lugar na categorização de doença, e esta se define na racionalidade da natureza. Os vícios, que na Idade Antiga eram vistos como escolhas intemperantes, na Era Clássica como defeitos segregados, passam a entrar na classificação de doenças, ainda ligadas a desordens cerebrais.

Nas classificações nosológicas de ²PARACELSO, SAUVAGE E LINNÉ, já se encontram o vício, ou abusos de substâncias (bebidas ou alimentos) que alterem os comportamentos caracterizados como 'não-rationais', nas categorias patológicas. Paracelso distingue:

Lunatici: doença cuja origem organiza-se de acordo com as fases da lua;

Insani: os que devem seu mal à hereditariedade;

Vesani: que se viram privados da razão por abuso de bebidas ou alimentos;

Melancholici: tendência a loucura em virtude de um vício de natureza interna.

Na classificação de Sauvage os vícios estão categorizados dissociados da loucura, e Linné denomina o gosto depravado na classe de doenças mentais. No entanto "as classificações só funcionaram a título de imagens, pelo valor próprio do mito vegetal que traziam em si. Seus conceitos claros e explícitos permanecem sem eficácia." (FOUCAULT, 1978, p.196). A problemática da loucura é transformada de um modo quase imperceptível. Ela está sendo colocada numa região de exclusão.

¹ VOLTAIRE *apud* FOUCAULT, M. -**História da loucura na idade Clássica**, São Paulo, Perspectiva, 1978, 551p.

² PARACELSO *apud* FOUCAULT, M. -**História da loucura na idade Clássica**, São Paulo, Perspectiva, 1978, 551p.

Este novo espaço que as desordens da razão passam a ocupar e que dissociam lentamente os vícios do mundo da loucura introduzindo-os na categorização de doença, não os desvincula de um espaço social marginalizado, ou de uma moralidade legalista. A exclusão social consequente da racionalidade positivista marginaliza tanto a loucura como os vícios, colocando-os em uma nova categoria: a de doença.

2.2. O PERÍODO RACIONAL E O SURGIMENTO DA NECESSIDADE DE PREVENÇÃO.

Com a ampliação da destilação e comercialização do álcool, houve uma facilitação ao seu acesso, o que favoreceu um aumento significativo de casos de abuso e uma investigação mais sistematizada. Acredita-se que a concepção de doença em relação ao alcoolismo originou-se com Benjamim Rush (1745-1813) nos Estados Unidos, e Thomas Trotter na Grã-Bretanha. Rush recebeu seu título acadêmico em um mundo de esclarecimento filosófico, no qual as bebidas alcoólicas eram consideradas ‘fortificantes e estimulantes do sistema nervoso’ e pensavam que o uso excessivo conduzia a um desequilíbrio do sistema nervoso. Rush acreditava no poder da ‘razão’ na cura, em que a abstinência era a meta, o que o levou a campanhas de educação pública nos EUA, como prevenção e redução do alcoolismo. (MEYER, 1996)

A razão científica excluirá as paixões, os hábitos, os sentimentos, as sensações como objetos das ciências físicas naturais, por serem fonte de inexatidão para o conhecimento. Esta separação é um pressuposto do raciocínio moderno que teve a sua primeira formulação magistral em Descartes, como já referido. O efeito epistemológico desta separação, segundo LUZ (1988), foi o de excluir o pensamento filosófico da razão científica, como especulativo, e legitimar a forma de experimentação quantificada como ‘verdadeira’, ‘neutra’, sendo, portanto, ‘insuspeita’ em suas afirmações e resultados.

A racionalidade construiria, a partir de então, um sujeito razoável, segundo uma ordem racional moralizante, que partilha com o social um conjunto de valores, costumes, hábitos e paixões, em conformidade com a razão. “Sob esse interesse, entretanto, há uma suposição filosófica, a de que as leis da razão são universais, aplicáveis tanto ao mundo natural (a matéria) como ao mundo humano.” (LUZ, 1988, p.57)

Este processo vai se expressar não somente na produção de teorias e categorias sociais (a criança, o jovem, o velho, a prostituta, o marginal, etc.), mas também na criação de instituições e organizações de políticas e práticas sociais objetivantes, inéditas na sociedade (internatos, penitenciárias, quartéis, etc.). A racionalização social carrega traços constitutivos semelhantes aos da racionalidade científica natural.

É evidente que o processo não aconteceu sem resistências. Há um outro ‘renascimento’ que resiste em termos de discurso e mentalidade social ao avanço do progresso da racionalização do mundo natural. Através da educação da vontade a visão teológica da Igreja avançará sobre a sociedade com uma proposta ética moralizante dos comportamentos (LUZ, 1988).

Esta racionalização moral da sociedade se fez por um processo ‘ordenatório’ que age sobre a vontade, realizando-se através da ‘classificação’ e ‘programação’ moral, na qual a razão científica exclui as paixões, os sentimentos e as sensações, como objeto das ciências naturais, e a razão racional religiosa excluem as ‘paixões’, os hábitos ‘libertinos’ no comer e no beber, no divertir-se, no sentir, para não levar a espécie humana ao erro e à degradação.

WEBER (1992) esclarece como a concepção puritana e a exigência de um comportamento ascético vão influir no desenvolvimento de uma ética religiosa protestante, que se estabelece no espírito do capitalismo que está se constituindo. A ascese que orienta este estilo de viver e pensar é vigorosamente contra a atitude de se desfrutar espontaneamente a vida e tudo o que ela tem para oferecer. A expressão espontânea de impulsos era-lhe suspeita, e o prazer que pudesse despertar os instintos, ou apenas a simples diversão, era estritamente condenado.

Segundo LUZ (1988) temos neste momento duas ‘razões’ com objetivos comuns: a busca do controle da ‘matéria’ (física) e a busca da formação do caráter na mortificação dos sentimentos e paixões (humana). A razão moderna ‘dirá todas as verdades’, na apropriação da natureza pelas ciências físicas, e na ordenação moral das relações sociais, através de uma pedagogia que exclui e marginaliza o que difere de seus padrões.

O todo social passa a ser mais importante que suas partes individuais, e a sociedade mantém-se pela ‘força moral’, pela coerção às leis, transmitindo à totalidade de seus componentes esta superioridade moral. A contaminação da sociedade pela crueldade, injustiça e arbitrariedade provenientes da vida em comum, torna necessárias as regras, normas e leis que pouco a pouco se traduzem em instituições disciplinares, punitivas e preventivas.

O homem visto como máquina e seu corpo uma maquinaria, “é uma redução materialista da alma e uma teoria geral do adestramento, no centro dos quais reina a noção de ‘docilidade’ que une ao corpo analisável o corpo manipulável” (FOUCAULT, 1997, p.118). Os famosos autômatos ilustram este lugar do controle exercido sobre o homem, numa coerção sem folga, mantendo ao nível da mecânica (movimentos, gestos, rapidez) a eficácia dos movimentos, do tempo e espaço.

Esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade, são o que podemos chamar de “disciplinas”.(FOUCAULT, 1997, p.118)

A disciplina aumenta a utilidade, a potência e a força do corpo, construindo corpos submissos, exercitados, corpos ‘dóceis’. Ela utiliza-se de fórmulas gerais de dominação, através do cumprimento de regras, do trabalho que ocupa o tempo que não pode ser desperdiçado, e da punição que reprime as ilegalidades.

Inicia-se a organização do campo da prevenção. Deve-se “ir direto à fonte do mal,” dos delitos, da vadiagem e da preguiça. Punir será a arte dos efeitos. “Que a punição olhe para o futuro, e que uma de suas funções mais importantes seja **prevenir**” (FOUCAULT, 1997, p.48) (grifos acrescentados).

A correção tem uma função coextensiva ao corpo social. O direito de punir é da sociedade, e o infrator, um inimigo comum. “A lei (social) é um ato da vontade (geral), e é a garantia que a universalidade do todo (social) predomine sobre os desejos particulares (dos indivíduos)” (LUZ, 1988, p.72).

A razão é a garantia da existência da lei, e esta garante a existência permanente da sociedade, instituindo a exclusão e definindo a marginalidade. O a-social surge do gesto da segregação, que foi criador da alienação. A razão dá a vez ao discurso da sociedade, predominando o sujeito social sobre o individual. “Sociedade e Razão fundem-se no pacto social” (LUZ, 1988, p.53).

Esta nova anatomia política não foi uma descoberta súbita, entretanto, uma multiplicidade de processos de origens diferentes que se sobrepõem, se repetem e coexistem. As mudanças na história ocorrem com lentidão e supõem a diversidade da realidade social. A história que está sendo construída expõe a apropriação de um padrão razoável de normalidade que marginaliza a exceção deste código moral de um novo paradigma, impondo o surgimento da exclusão. Será denominado, a partir de agora, de paradigma racional.

Interessa, nesta visão histórica panorâmica e específica da construção da exclusão pela racionalidade moderna, pontuar o momento em que a sociedade elege um sujeito razoável, dentro de um código padrão, que deixará à margem as escolhas pessoais. Este cenário explica, sem justificar, o lugar ocupado hoje pelo indivíduo que, por razões diversas, escolhe ser um usuário de substâncias psicoativas, ou perde o controle nos usos destas substâncias consideradas ilegais pela sociedade. A exclusão se mantém alheia às formas diferentes de uso, elegendo a ilegalidade, independentemente ao dano real que estas substâncias possam trazer à saúde do indivíduo.

Os modelos de sujeitos exemplares construídos na racionalidade deste período histórico se mantêm em abordagens utilizadas na prevenção às drogas, ainda na atualidade, como será analisado no capítulo IV. Por hora, segue-se a evolução histórica, e as novas questões que servirão de sustentáculo para o recorte que se dará à história intelectual da Enfermagem.



***CAPÍTULO II:
A RACIONALIDADE POSITIVISTA
E A PREVENÇÃO***

Antes de prosseguir nos caminhos da Era da Razão, e se adentrar nos momentos em que se estabelece a separação dos vícios com a loucura, ilegalidades e doença biológica, retorne-se um pouco no início do século XVIII, momento em que a medicina não tinha ainda uma unidade e coerência que o positivismo lhe outorgou, para focalizar os usos de algumas substâncias psicoativas.

Os usos da panacéia ainda não haviam desaparecido totalmente, no entanto a idéia dos efeitos universais de algumas drogas já começava a mudar. O ópio é utilizado em um número significativo de afecções, principalmente dos males dos nervos. Whytt não encontra palavras suficientes para comemorar seus méritos e sua eficácia nestes usos, podendo ser utilizado para diminuir dores provocadas por espasmos, útil em todas as agitações e convulsões; podendo também ser empregado com sucesso contra a fraqueza, o cansaço e na asma espasmódica. Entretanto, o próprio Whytt descreve sinais de sua capacidade de causar dependência, quando percebe que sua ação simpática torna-se cada vez mais insensível, sugerindo um aumento progressivo das doses. O ópio não representa um remédio em si, sendo sua aplicação funcional que lhe dá um sentido de panacéia. (FOUCAUL, 1978, p.298)

*HECQUECT cultiva a idéia de que o ópio cura por uma virtude natural, um segredo que o coloca em comunicação direta com as fontes da vida.

A relação do ópio com a doença é dupla: um relacionamento indireto, mediato e derivado com relação a um encadeamento de mecanismos diversos, e um relacionamento direto, imediato, (...) que colocou no ópio uma essência, um espírito que é o próprio espírito vital. (FOUCAULT, 1978p.300)

Ao longo do século XVIII, estas concepções permaneciam junto com a idéia da eficácia que a natureza concedia ao medicamento. Mesmo aqui no Brasil não se tinha ainda formado um consenso sobre os efeitos nocivos à saúde relacionado ao uso destas drogas, pois há relatos de venda livre no comércio por estabelecimentos com firmas reconhecidas, conforme ilustram os trabalhos de CARLINI *et al.* (1996). A publicação de um edital de nove de fevereiro de 1737 da Câmara Municipal de São Paulo, que proibia aos que não fossem médicos, boticários ou cirurgiões vender em seus estabelecimentos substâncias

* HECQUECT *apud* FOUCAUT, M. -**História da loucura na idade Clássica**, São Paulo, Perspectiva, 1978, 551p.

como o ópio, foi revogado no ano seguinte, por ordem real de D. João V, em 24 de abril de 1738. O imperador ordenou “que corra livre o comércio destas drogas e gêneros como os suplicantes requerem” (CARLINI *et al.*, 1996).

Estas concepções se transformaram na medida em que a farmacologia esclarecia os efeitos destas substâncias, e à medida que elas vão sendo incluídas numa consciência de ilegalidade, como será visto no Capítulo III.

PARTE I

A DISCIPLINA E O EXAME NA DICOTOMIA ENTRE A LOUCURA E O VÍCIO

A racionalização dos costumes e das mentalidades na sociedade clássica é fruto de uma preocupação com a deterioração espiritual e a degenerescência moral da sociedade. As práticas e os discursos são voltados à reforma dos sujeitos, num ‘movimento civilizatório’ (LUZ, 1988, p.63).

Neste período, a natureza das Ciências Físicas se constitui na concepção de que a matéria situada no ‘espaço’ e variando no ‘tempo’, é concebida como extensão ou qualidade substancial apreendida pela razão, e a filosofia natural coloca como secundárias as qualidades da matéria como as cores, os cheiros, os sabores, ou os sons, sendo consideradas fontes de ilusão, levando a uma falta de exatidão, e qualidades impossibilitadas de quantificação.

A natureza é quantificada. A energia, numa concepção mecânica de tempo é reduzida a momentos sucessíveis e ordenáveis, numerada em anos-luz, mensurável por aparelhos de precisão.

As tentativas de ‘geometrizarmos’ as ciências naturais nos séculos XVII e XVIII, têm como efeito reordenar o próprio pensamento filosófico pela linguagem da físico-matemática, sobretudo em termos algébricos e de geometria cartesiana. (LUZ, 1988p.42)

O sujeito passa a ser construído segundo uma ordem racional moralizante, que utiliza a disciplina como principal instrumento na construção e reformação do mesmo. O castigo disciplinar aplicado às frações mais leves de conduta, teria a função de reduzir os desvios, qualificando os comportamentos e os desempenhos a partir de dois valores opostos: o Bem e o Mal.

Foucault denomina de ‘jogo de qualificação’ a forma como todo comportamento entra num campo de notas e pontos bons ou maus. O normal se estabelece como princípio de coerção no ensino, e a regulamentação e a vigilância são os grandes instrumentos de poder no final da era clássica. A disciplina utiliza-se também do olhar hierárquico e do “exame que combina técnicas da hierarquização que vigia, com as da sanção que normaliza” (FOUCAUT, 1997, p.164).

As disciplinas funcionarão cada vez mais como técnicas que fabricam indivíduos úteis, podendo libertar o viciado, liberar o marginal, prevenir com seu efeito corretivo, efeito este obtido diretamente pela maneira mecânica de um castigo. “Castigar é exercitar” (FOUCAUT, 1997, p.161). A disciplina e o castigo serão utilizados como mecanismos de prevenção.

É a partir das conseqüências destes mecanicismos que no final do século XVIII cresce o movimento de denúncias contra o internamento dos doentes mentais e o confinamento que disfarçados de tratamento médico, envolvem tal brutalidade que poderiam ser qualificados como formas de tortura.

Pinel na França, Tuke na Inglaterra, Chiaruggi na Itália, Toldd nos Estados Unidos, entre outros, serão os principais protagonistas de um movimento de reforma através do qual, pela primeira vez, os loucos seriam separados de seus colegas de infortúnio e passariam a receber cuidado psiquiátrico sistemático. (RESENDE,1990, p.25)

Este cuidado psiquiátrico é denominado de “tratamento moral” que, apesar de não ser um corpo acabado epistemológico da etiologia e tratamento da doença mental, dependia da disciplina e da experiência dos médicos para ser utilizado. “O ponto central era a inculcação e o encorajamento de um profundo sentimento de auto respeito e dignidade nos pacientes” (RESENDE,1990, p.27).

Pinel jactava-se de ver os pacientes submetidos a um sistema regular de disciplinas. Ele abandona as sangrias, as purgações, e recomenda que as doenças mentais sejam curadas pela atenção à mente. A partir do momento em que se vê o olhar de indiferença por estarem os alienados em prisões, e os loucos dividindo-se entre si, em categorias, percebe-se a psiquiatria positivista entregando à loucura seus direitos. Entende-se que o novo espaço asilar que está se consolidando, dará finalmente chance para que no próximo século a loucura pudesse falar.

A introdução da prática do exame facilita a introdução de uma nova visão, que é mais abrangente do que o olhar mecanicista do positivismo em que se separa a mente do corpo. A vigilância e o exame são estratégias indispensáveis neste momento.

“Uma das condições essenciais para a liberação epistemológica da medicina no fim do séc XVIII, foi a organização do hospital como aparelho de ‘examinar’” (FOUCAULT, 1997, p.164). Neste novo conceito de hospital, ocorre a instituição do ritual da visita médica e da inspeção contínua dos pacientes, aparecendo na hierarquização interna, e o médico (até então elemento exterior) que começa a suplantiar as religiosas, irmãs de caridade que, até então, eram as principais responsáveis pelo cuidado do doente. Na impossibilidade da vigilância constante do olhar médico, ele passa a confiar ao pessoal religioso um papel subordinado da técnica do exame, e principalmente a responsabilidade da vigilância. Aparece então a categoria do ‘enfermeiro’ (FOUCAULT, 1997, p.165).

O movimento de reforma institui o novo papel do médico como examinador, o enfermeiro como subordinado vigilante e o ‘diário’ do asilo, que passa a registrar as observações e práticas da assistência. A loucura se torna comunicável e a instituição hospitalar torna-se local de formação e aperfeiçoamento científico de um saber, em que o exame está “no centro dos processos que constituem o indivíduo como efeito e objeto de poder, como efeito e objeto de saber” (FOUCAULT, 1997, p.171).

QUEIROZ (1986, p.312) denomina este período médico de ‘medicina ao lado da cama’, que foi dominante até o final do Século XVIII. “Assim, os dados à disposição do médico eram subjetivos, e os sentimentos e sensações do paciente se situavam no centro do processo médico e do relacionamento deste com o paciente.” A psiquiatria passa a adotar então a suposição de que a doença resulta de um distúrbio no relacionamento do ser humano com o seu meio físico e social, iniciando uma ruptura parcial com os modelos do paradigma dominante.

A disciplina efetua o que Foucault denomina de ‘troca de eixo político da individualização’ (FOUCAULT, 1997, p.171), perguntando, analisando, investigando e examinando as causas da loucura, que nesta troca histórica dos processos de individualização, dá lugar as ciências, análises e práticas com o radical ‘psico’.

Este movimento de reforma na psiquiatria recebe influências do Iluminismo de Kant, que nesta época, ao estabelecer as fronteiras entre três grandes áreas do conhecimento (científico, moral, e estético), propondo que cada área desenvolva seu próprio saber, inicia uma expansão científica sem precedentes na história da humanidade. A predominância da razão pura desequilibrou as grandes áreas do conhecimento, e a perspectiva unilateral do positivismo trouxe a perda da profundidade das coisas, passando as ciências humanas a lidar com um objeto fragmentado, achatado em sua finalidade. Para Kant, a razão pura deveria ser subordinada à razão prática. O conhecimento moral e estético vão além do fenômeno e se dirigem à coisa em si, ao '*noumeno*', por meio de disciplina pessoal e prática, que procura superar o particular e alcançar o universal (QUEIROZ,2000).

Adentra-se a seguir à época de Esquirol, que sedimenta a instituição de uma ciência médica da loucura, em que um novo paradigma começa a desenhar os primeiros rabiscos de um mapa que direcionará de outras formas as pesquisas e ações, caminhando para futuramente se estabelecer em concepções e atitudes sociais.

PARTE II

OS CONFLITOS NA PSIQUIATRIA E A INTERPOSIÇÃO ENTRE O RACIONAL E O SOCIAL.

Esquirol reconhece a loucura na existência de uma diferença medida na razão alheia e no rompimento das relações sociais. Ele relaciona a loucura à civilização que “cria desejos gerados pelos progressos da sociedade e da razão que, permitindo excessos, são as causas mais freqüentes da alienação mental” (MACHADO, 1978, p.413). A psiquiatria surge como aprimoramento da sociedade civilizada, promovendo condições para a prevenção dos excessos e desvios.

Ao afirmar ser o essencial da loucura o desvirtuamento das paixões, que se desvelaria nas relações sociais, os psiquiatras passam a ter o poder de examinar a história dos indivíduos e julgar suas condutas e impor um tratamento. A doença, se expondo à dissecação da linguagem e do exame, facilita organizar em torno do indivíduo um discurso racional individualizado e aberto para o conhecimento médico, tornando os psiquiatras detentores de um saber.

Formulando uma etiologia social da doença, a psiquiatria, na visão de medicina social, detecta os desvios que podem ameaçar uma sociedade que se normatiza na civilização. Nasce, assim, a psiquiatria como instrumento da prevenção. A psiquiatria e a prevenção estarão, a partir de então, ligadas.

Começa também a delinear-se um novo campo de saber na psiquiatria, e este segue um sentido contrário ao organicismo médico que está progressivamente se constituindo no padrão positivista vigente. A pedagogia analítica que passa a impregnar a racionalidade científica abre espaço para o surgimento da psicanálise no século XIX. “Transpondo essencialmente a problemática da doença mental para fora das localizações corporais, configura-se no universo simbólico, rompendo com a rigidez nosográfica e estabelecendo novos dispositivos terapêuticos” (SILVA FILHO, 1990, p.93). A forma como será compreendida a ‘verdade psicológica do homem’ descobrirá que no fundo de si mesmo, o homem encontra o sentido do desatino, outrora exilado pela Era Clássica. No entanto, este conhecimento permanecerá às margens da psiquiatria, que se mantém comprometida com teorizações determinadas dentro do paradigma positivista. Estaria sendo germinada a semente de um novo modo de pensar, um novo mapa de conceitos que estabelecerá futuramente um novo paradigma.

Entretanto, paralelamente às teorizações da psicanálise, a descoberta de causas anatômica e a confirmação da natureza sifilítica de um distúrbio classificado como doença mental transformaram a concepção de doença mental em dano cerebral. Os vícios, estarão sendo inseridos também em uma concepção de doença e passam a receber um caráter de dano cerebral.

A razão positivista que predomina no paradigma científico no final do século XIX provoca um conflito interno na psiquiatria e

o conhecimento alienista começa a ser motivo de críticas internas por seu afastamento da racionalidade médica,(...) sobretudo acerca de suas concepções espontâneas da loucura, que visa ao estabelecimento da doença mental com base na racionalidade anátomo-clínica. (SILVA FILHO, 1990, p.91)

As críticas vinham de toda parte: a autoridade da psiquiatria, no seu campo teórico, era posta em questão pela filosofia universitária; o monopólio médico ao exercer seu mandato de cuidar dos loucos, era questionado pelas ordens religiosas, que sempre estiveram assumindo este cuidado. Neste momento as teorias organicistas de Morel e Magnan são os fundamentos teóricos que aparecem de forma libertadora das críticas, representando um suspiro de alívio, por introduzir a aplicação dos métodos científicos da ciência positiva na psiquiatria. Estas idéias criam espaços para o florescimento de um neo-racionalismo moderno, em que as concepções eugênicas retratam um positivismo abraçado a uma moralidade renascentista.

Morel propõe que as degenerescências se transmitiriam hereditariamente, sendo desvios patológicos do padrão normal da humanidade, ou adquiridas precocemente tendo como causas a intoxicação, o alcoolismo, a malária e males congênitos. A degenerescência era uma ciência bastante conservadora com relação ao conhecimento de sua época, mas através de Magnan ela se reveste de um tom evolucionista, compreendida como um avesso necessário da noção de progresso, entendido como a marcha contínua e que leva da ignorância para o conhecimento. A visão evolucionista do positivismo contempla a sociedade ocidental moderna e dentro dela sua cultura hegemônica, como o ápice da civilização (QUEIROZ,1986).

Magnan avança em suas proposições e distingue dois tipos de degenerados: os inferiores e os superiores. Os inferiores se caracterizavam por possuir lesões cerebrais marcadas e as faculdades intelectuais e morais estariam enfraquecidas. Os superiores estariam no plano dos que teriam as lesões cerebrais insignificantes levando a um desenvolvimento intelectual e moral desarmoniosos. Estas concepções influenciaram consideravelmente a escola psiquiátrica alemã e a eugenia tornou-se um tema cultural retomado pelos psiquiatras no início do séc XX, refletindo o pensamento nazista, no qual o valor humano era exclusivamente em função da reprodução biológica.

PARTE III

A ILEGALIDADE COMO MECANISMO DE CONTROLE SOCIAL E PREVENÇÃO.

Doravante ocorrerá uma ascendência pública da consciência privada (consciência baseada em um código moral racional), na qual o escândalo aparecerá como castigo ideal nas correções das faltas morais. Surge a estatização de mecanismos disciplinares como grupos religiosos, sociedades de patronatos, sistema policial público, etc.

O paradigma positivista que se estabeleceu a partir de uma visão do ‘natural’, e se impõe numa lógica do ‘racional’, começa a dividir seu espaço e dar lugar a concepções mais amplas, um período que se pode denominar de ‘social’, mas ainda dentro de um modelo de controle social, de ordenação e de disciplina moral.

Algumas medidas preventivas sociais no combate ao álcool aparecem em manifestações públicas, principalmente nos Estados Unidos, onde grupos de senhoras protestantes (União Cristã em Prol da Temperança) saem às ruas, em passeatas, pedindo o fechamento de casas que comercializam as bebidas alcoólicas. A Lei Seca, em 1914, retrata a ética que se estabelece neste momento de controle social eugênico-moralizante.

O ascetismo secular do protestantismo opunha-se poderosamente às tentações da carne, em que os vícios passam a adentrar em um novo e restrito espaço, algemado a partir de então, às ilegalidades, ao crime, e às sanções penais que estes incorporam. *BRISSOT em ‘Théorie des lois criminelles’ mostra que o vício deve ser sancionado pela vergonha. Ele é o próprio crime, antes de sua realização; desde sua origem, já está no coração dos homens. “Os vícios são, em relação aos costumes, aquilo que os crimes são em relação às leis, e o vício é sempre o pai do crime” (FOUCAUT, 1978 p. 443).

Na lógica desta prevenção, para se evitar os crimes, apenas o agravamento das leis não conseguirá fazê-lo por si só, e sim, tornando-se os costumes mais rígidos, suas regras mais temíveis, suscitando o escândalo cada vez que um vício se denuncia.

* BRISSOT *apud* FOUCAULT, M. -**História da loucura na idade Clássica**, São Paulo, Perspectiva, 1978, 551p.

O dependente, já marginalizado e excluído pela racionalidade, inicia sua fuga da sociedade, buscando se esconder não somente do escândalo, mas do estigma social de ser um transgressor da lei. O espaço intersticial em que ele vai se localizar, fruto de posições ambíguas que a ordem social engendra, será analisado no capítulo V.

3.1. A PREVENÇÃO EUGÊNICA NO BRASIL.

Os temas da degenerescência hereditária são amplamente difundidos entre os psiquiatras brasileiros, no início do século XX. Interessa aqui focalizar este momento, porque é exatamente nele, que inicia a produção científica e acadêmica da enfermagem brasileira, através das primeiras publicações (1934) dos “Anaes da Enfermagem”, periódico que se transformou posteriormente na atual “Revista Brasileira de Enfermagem”.

No início do século XX, os psiquiatras definiam o alcoolismo como uma doença hereditária que deveria ser tratada e prevenida mediante medidas eugênicas. Acredita-se que Galton, um fisiologista inglês, tenha inventado o termo ‘eugenia’, que segundo *PEQUIGNOT significa: “o estudo dos fatores socialmente controláveis, que podem elevar ou rebaixar as qualidades raciais das gerações futuras, tanto física, como mentalmente.

Segundo eles, o número de ‘alcoólatras degenerados’ aumentaria progressivamente, caso não se pudesse controlar sua prole. Se a doença mental era transmitida hereditariamente, a única prevenção logicamente possível era o extermínio físico ou a esterilização sexual dos indivíduos doentes (COSTA, 1989 p.126).

“A crença que eles tinham na verdade da eugenia não era um mero produto de suas convicções objetivas. A eugenia baseava-se em fundamentos racionais. Todo o corpo teórico da Psiquiatria organicista caucionava as esperanças eugênicas” (COSTA, 1989, p.60).

* PEQUIGNOT *apud* COSTA, J.F. –*História da Psiquiatria no Brasil: um recorte ideológico*, Rio de Janeiro, Xenon, 1989, 187p.

3.2. A ENFERMAGEM BRASILEIRA E A EUGENIA.

As enfermeiras partilhavam das idéias eugênicas e suas concepções preventivas, como se pode ver em publicações nos “Anaes de Enfermagem”(1938):

A questão do alcoolismo (...) quer sob o ponto de vista eugênico dos fenômenos da hereditariedade, pois que o álcool indubitavelmente age sobre as células germinativas alterando-as e desorganizando-as, quer sob o ponto de vista da família e da sociedade... (VIEIRA FILHO, 1938, p.47).

As pesquisas eram direcionadas no intuito de endossar estas idéias, como se observa no mesmo artigo:

Cousa profundamente lamentável é que o alcoolismo é fator importante na mortalidade infantil. Num total de 819 descendentes de alcoólicos submetidos a exame, achou-se que o número de heredo-alcoolicos esterilizados desde logo é de 174, ou seja, a quinta parte dos casos assim discriminados:

Crianças morti-natas-----16

Nascidas antes do tempo-----37

Mortalidade precoce (casos conhecidos)----121

TOTAL_____174

O heredo - alcoolismo, isto é, o desgraçado que recebe a herança do veneno, sem poder repudiá-la, é retratado pelo Dr. Legrain em cinco palavras: é um degenerado - um fraco (*minus habens*), incapaz de energia e de resistência - é um alcoólico - sujeito a convulsões - um alienado. (VIEIRA FILHO, 1938, p.49)

Estes trabalhos publicados nos “Anaes da Enfermagem”, mesmo não sendo especificamente realizados por enfermeiras, como no caso desta pesquisa que era transcrição do discurso do D.r J. Vieira Filho, instrutor de eugenia da Sociedade Científica de Estudos Supermentalis “TATTWA NIRMANAKAIA”, reflete o pensamento da época e a contribuição das enfermeiras em divulgar estas idéias, e retratar o preconceito que envolviam estas questões, em declarações tais como:

O mal é tão grave(...) e tem tomado ultimamente tal extensão que já se cogita em decretar leis cohibitivas destes excessos de bebidas, de que a alta sociedade parece ter perdido inteiramente o pudor. (VIEIRA FILHO, 1938, p.47)

A intelectualidade naquele período enfrentava graves problemas ideológicos e a enfermagem participava deste momento e destas ideologias. Interessa compreender em que medida a enfermagem compartilha das várias ideologias e se posiciona na comunidade científica. Qual a sua parcela de colaboração através de atuações e produções publicadas? Ainda que compactuando de idéias consideradas hoje distorcidas, como no caso da eugenia, estaria a enfermagem atualmente desenvolvendo interesse e participando ativamente nesta temática?

3.3. O PERÍODO EUGÊNICO E O CONTROLE SOCIAL COMO PREVENÇÃO.

Segundo COSTA (1989), o regime republicano atravessava um período de convulsão. A abolição da escravidão e a imigração européia eram utilizadas pela elite branca dirigente como explicações para as dificuldades econômicas e políticas da República, que subtraíam toda responsabilidade das elites para imputá-las ao povo.

Os psiquiatras não consideravam que o alcoolismo estava estreitamente ligado às condições de vida das massas urbanas.

Negros após a abolição da escravidão vieram habitar as cidades, onde foram submetidos a brutal -mesmo que oculta- discriminação racial, social e econômica da parte dos brancos. Em consequência observa-se uma profunda desagregação na organização social e psíquica destes indivíduos, pouco habituados à ordem competitiva das cidades, que se faz acompanhar de uma degradação moral em todos os níveis de suas condutas. Ao cabo de alguns anos o alcoolismo dos negros aumentava de modo alarmante. (COSTA, 1989, p.128)

Para os psiquiatras, a desestruturação da sociedade brasileira tinha verdadeiramente uma origem alcoólica e o enfoque de prevenção restringia-se ao álcool, pois era a droga que estava sendo industrializada e comercializada livremente, sem grandes riscos letais imediatos.

Os estudos farmacológicos de algumas drogas aparecem no início do século XIX. Em 1806, Frederick Lertturner isolou a morfina do ópio, que só pôde ser utilizada como potente analgésico na forma injetável em 1850, durante a guerra entre França e Alemanha (1870-1871). Foi também por volta de 1850 que médicos europeus pesquisaram as propriedades anticonvulsivas, analgésicas e ansiolíticas da *Cannabis sativa* (maconha) (REZENDE,1999).

Entretanto, mesmo desconhecendo as conseqüências ligadas à dependência, algumas destas drogas já eram revestidas de uma repulsa social, como se encontra no decreto da Câmara Municipal do Rio de Janeiro, de 4 de outubro de 1830:

Estão proibidos a venda e uso do Pito de Pango (maconha), bem como a conservação dele em casas públicas: os contraventores serão multados, a saber, o vendedor em 20\$000, e os escravos e mais pessoas que deles usarem, em 3 dias de cadeia”. (*KARNIOL)

Após a revolução de 1930, a Liga Brasileira de Higiene Mental solicita por meio de métodos autoritários, medidas legais para fazer frente ao alcoolismo e à doença mental, que derivavam de suas convicções eugênicas da maneira de bem governar um povo e um país.

Os psiquiatras não possuíam nenhuma prova clínica ou estatística que pudesse justificar o excesso de repressão desejado para combater a doença. (...). Na verdade, procuravam combater não a doença mental, mas as qualidades morais dos indivíduos doentes mentais. (COSTA, 1989, 132)

Assim, as campanhas antialcoólicas eram verdadeiras cruzadas moralizadoras que visaram extirpar aos vícios e “a devassidão, tornando-se nitidamente policialescas, como se pode notar nesta solicitação redigida pela Liga Brasileira de Higiene Mental, endereçada ao Sr. Chefe de Polícia”, sobre o assunto:

* KARNIOL *apud* REZENDE, M. M. R. **Tratamento de dependentes de drogas: diálogo com profissionais da área de Saúde Mental**. Campinas, 1999,[Tese-Doutorado]-Unicamp.

1. Intensificar a fiscalização e vigilância policial das 19 horas em diante, a fim de que não seja burlada (sic) como actualmente ainda ocorre, a benéfica postura municipal que proíbe a venda de aguardente depois daquela hora;

2. Prestar mão forte aos botequineiros honestos que, em obediência ao dispositivo expresso no Código Penal, se neguem a vender bebida alcoólica a indivíduos já visivelmente embriagados;

3. Mandar levantar pelos vários Distritos Policiais uma estatística, tão pormenorizada quanto possível, de todos os ébrios contumazes de que tenham conhecimento, fornecendo-a, em carácter confidencial, a esta Instituição, que se propõe a dar os passos necessários para submeter os pacientes ao cuidado dos nossos serviços federais, municipais e particulares de assistência médica social. (COSTA, 1989, p. 131)

Nestas declarações, verifica-se a sociedade assumindo um papel de controle do corpo social, que deve ser protegido da ‘sujeira’ moral destes indivíduos que são percebidos como estranhos aos padrões do código moral vigente. O alvo da prevenção tornou-se o indivíduo são, e não o doente.

Para que estas medidas de prevenção de carácter eugénico pudessem ser abandonadas, seria necessário que o postulado da hereditariedade fosse contestado. O desenvolvimento das Ciências Sociais, posterior a este período, vai introduzir novos conceitos em relação à evolução e a degenerescência, questionando a visão de desenvolvimento progressista da sociedade moderna. Estudos antropológicos, principalmente os estruturalistas, trarão novos postulados teóricos que abalarão as teorias da degenerescência, tornando-a sem significado científico. Antes de introduzir estas questões, convém observar a lógica da sociedade e a forma cultural que estará se estabelecendo a partir da modernidade, no final do século XIX e durante o século XX, para que se compreendam as mudanças sociais conseqüentes da razão positivista.



***CAPÍTULO III:
A RACIONALIDADE MODERNA
E A DROGADIÇÃO***

PARTE I

A RACIONALIDADE MODERNA E AS TRANSFORMAÇÕES SOCIAIS.

O paradigma racional trouxe à humanidade grandes contribuições, ligadas ao próprio processo civilizatório que o progresso científico ajudou a estabelecer a partir do século XX. No entanto, a razão científica foi colocada como verdade incontestável, trazendo dentro de seus padrões de compreensão do mundo uma falsa idéia de que se estaria alcançando o ápice da civilização. Ou seja, resolver-se-ia, com o poder do conhecimento científico, ‘todas’ as questões humanas, ‘todos’ os problemas que afligiram a humanidade até então. No entanto, a história revela outro retrato, que buscaremos conhecer neste tópico.

A sociedade moderna industrial, em seu conjunto, parece à própria personificação da razão, controlando a tudo e a todos de modo arrogante. Segundo QUEIROZ (2000, p.29),

por meio de sua racionalidade, todas as civilizações e culturas, todos os conhecimentos e saberes foram, de um modo ou de outro, posicionados em relação àquele saber que se considera o mais evoluído e com maior poder de penetração na realidade das coisas: o saber científico produzido pela civilização ocidental moderna.

Mas ela também é irracional, como um todo. Sua produtividade é destruidora do livre desenvolvimento das necessidades humanas, sua paz é mantida pela constante ameaça de guerra; seu crescimento depende da repressão das possibilidades reais.

Essa repressão, tão diferente da que caracterizou as etapas anteriores ‘menos desenvolvidas’ de nossa sociedade (desenvolvimento relativo ao conhecimento e à tecnologia), serve-se de uma tecnologia esmagadora dos aspectos criadores da natureza humana, levando a uma perda de sentido e de profundidade das coisas. “No ambiente tecnológico, a cultura, a política e a economia se fundem num sistema onipresente que engolfa ou rejeita todas as alternativas.” (MARCUSE, 1979, p.19).

Hebert Marcuse enfatizou a atuação determinante desta ‘lógica’ de modernidade racional em seu poder de alterar e manipular as necessidades humanas, levando as necessidades políticas da sociedade a tornarem-se as aspirações individuais, determinadas pelo controle externo, sobre as quais o indivíduo não tem controle algum. “(...) o alcance da dominação da sociedade sobre o indivíduo é incomensuravelmente maior do que nunca dantes” (MARCUSE, 1979, p.14).

A sociedade mantém-se pelas forças de coerção das regras, as suas leis, e estas podem evitar o caminho da degenerescência moral. O cidadão passa a exercer um poder fundamental que lhe permite ser o ‘homem da lei’, e exercerá sua função prioritariamente na família, considerada instituição celular da sociedade. O homem privado recebe o estatuto de juiz, e o indivíduo torna-se ‘o átomo fictício’ de uma representação ‘ideológica’ da sociedade (FOUCAULT, 1997).

Ainda hoje há por toda parte juízes da normalidade.

Estamos na sociedade do professor-juiz, do médico juiz, do assistente social juiz; todos fazem reinar a universalidade do normativo; e cada um no ponto em que se encontra, aí submete o corpo, os gestos, os comportamentos, as condutas, as aptidões, os desempenhos. (FOUCAULT, 1997,p.264)

O progresso técnico ao ‘entregar mercadorias’ em escala cada vez maior, em que os produtos doutrina, manipulam e promovem uma falsa consciência de real necessidade, cria formas de padrões de vida e reprime necessidades. A disponibilidade destes produtos a um maior número de indivíduos e classes sociais promove uma doutrinação que determina um estilo de vida. “Surge assim um padrão de comportamento e pensamento unidirecionais, no qual as idéias, as aspirações e os objetivos (...) são repelidos ou reduzidos a termos desse universo” (MARCUSE,1979, p.32).

Segundo Marcuse, todo universo de palavra e ação e da cultura intelectual e material é moldado, em que a independência de pensamento, a autonomia e direito à oposição, vão perdendo sua função crítica na sociedade, e a possibilidade de se ‘fazer ou deixar de lado’, ‘gozar ou destruir’, ‘possuir ou rejeitar algo’ passa a depender de como estas escolhas são vistas como desejáveis às instituições sociais comuns.

A partir das novas imposições da industrialização, o homem torna-se um instrumento de operacionalização mecânica no qual a sua força de trabalho é valorizada em grandes linhas de produção, sendo necessário evitar que a doença ou o vício torne-se obstáculos para a 'Ordem e Progresso'. A prevenção passa a ser uma necessidade social, econômica e política, e os avanços científicos da medicina são direcionados para manter a força de trabalho.

A racionalidade científica moderna, através do método positivista, invade o espaço de 'liberdade interior', o espaço privado onde o homem pode tornar-se e permanecer ele próprio, desintegrando as categorias como indivíduo, família, classe, obliterando a oposição entre existência privada e pública, entre necessidades individuais e sociais (MARCUSE, 1979).

Segundo SILVA FILHO (1990) com o advento da Revolução Industrial, os que antes eram tidos como incapazes tornam-se socialmente indispensáveis e, assim, todos os grupos marginalizados que conviviam com os loucos (os mendigos, os bebedores, os ladrões, etc.) no período precedente, vão sendo restituídos à liberdade para constituir a reserva humana operadora da grande indústria. Diferenciando o alienado do cidadão comum, cumpridor das leis, portanto digno de liberdade, do criminoso, que racionalmente transgride as leis, e por isto merece a prisão; e do miserável que, agora pleno de direitos, merece trabalho. O louco ganha o 'status' de menor, ficando o médico por seu tutor. Instaura-se o controle do Outro para o bem-estar dos outros.

Esta supremacia racional social infiltra-se nas concepções da medicina moderna, e nos pressupostos que direcionam o saber médico, que legitima a

forma de teorização experimental quantificada como verdadeira, neutra, despojada de princípios e consequências filosóficas políticas, sendo portanto, 'insuspeita' em suas afirmações e resultados. (LUZ, 1988, p101)

PARTE II

O MODELO BIOMÉDICO E A PREVENÇÃO ÀS DROGAS.

O alicerce conceitual da medicina científica moderna está estruturado principalmente no paradigma cartesiano, que influenciou o pensamento médico concentrando-o em partes cada vez menores do corpo, separando o corpo da mente e levando os médicos a direcionarem o foco de seu interesse na máquina corporal. Conseqüentemente, a medicina moderna perde freqüentemente de vista o paciente como ser humano, negligenciando aspectos psicológicos, sociais e ambientais da doença.

Os padrões de pensamento, dentro do paradigma cartesiano, foram reforçados no ensino médico, quando no início do século XX a American Medical Association encomendou uma pesquisa nacional sobre as escolas de medicina, com o objetivo de dar a este ensino uma sólida base científica. O resultado desta pesquisa foi a publicação do Relatório Flexner em 1910, que serviu de embasamento decisivo para o ensino de medicina nos EUA, fixando rigorosas diretrizes, direcionando a medicina científica “cada vez mais para a biologia, tornando-se cada vez mais especializada e concentrada nos hospitais” (CAPRA,1996, p.152).

Estas conquistas levaram a tecnologia médica a um grau de sofisticação historicamente inigualável, tornando a moderna assistência médica detentora de um saber inquestionável. O poder da cura é outorgado ao médico, como sendo o que pode resolver ‘tudo’, independente do estilo de vida do indivíduo, e a noção de cura inerente ao organismo é olvidada.

De acordo com o modelo biomédico, somente o médico sabe o que é importante para a saúde do indivíduo, e só ele pode fazer qualquer coisa a respeito disso, porque todo conhecimento acerca de saúde é racional, científico, baseado na observação objetiva de dados clínicos (...) A autoridade do médico e sua responsabilidade pela saúde do paciente fazem-no assumir um papel paternal, numa posição superior ao paciente. (CAPRA,1996p.150)

A enfermagem, embora estando altamente qualificada, principalmente por sua importante função de estar em contato direto com o paciente, o que lhe permite um conhecimento mais amplo do seu estado físico e psicológico, não recebia o reconhecimento e raramente podia utilizar todo seu potencial, pois sua avaliação era considerada 'menos científica' que a do médico (CAPRA,1996, (p.150).

Esta hierarquia que o paradigma dominante estabelece, talvez explique a insignificância de trabalhos científicos na temática das drogas nas publicações da categoria da enfermagem brasileira, na segunda metade do século XX (dados disponíveis na parte II deste capítulo), mesmo diante do brusco aumento do uso de drogas por jovens e os indícios de profundas conturbações sociais. A grande maioria dos trabalhos a partir dos anos 50 no Brasil caracteriza-se pelo esforço em outorgar à Enfermagem, o título de 'ciência' segundo os moldes científicos predominantes, ou em acompanhar a característica reducionista de pesquisas no modelo médico biológico, no qual a predominância de utilidade das pesquisas se insere na área hospitalar.

A psiquiatria, que até então também permanecia à margem dos modelos positivistas, insere-se nestes modelos concentrando seus esforços em dois grandes caminhos: as descobertas de causas orgânicas dos distúrbios mentais, e a inserção social de uma prevenção da doença mental.

A 'orientação orgânica' foi incentivada pelo fato de que, em numerosos casos os pesquisadores puderam, de fato

identificar origens orgânicas de distúrbios mentais e desenvolver métodos bem sucedidos de tratamento. Embora esses êxitos fossem parciais e isolados, estabeleceram firmemente a psiquiatria como um ramo da medicina comprometido com o modelo biomédico. (CAPRA,1996 p.123)

As novidades farmacológicas na área de antidepressivos e tranquilizantes também habilitam o psiquiatra a controlar uma variedade de sintomas e padrões de comportamentos de pacientes psicóticos, sem lhes causar grandes alienações mentais.

As técnicas de coerção externa foram substituídas pelos sutis grilhões internos do moderno arsenal farmacológico, o que reduziu substancialmente o tempo de hospitalização e tornou possível tratar muitas pessoas como pacientes ambulatoriais. (CAPRA,1996 p. 124)

A visão da psiquiatria social nasce nesse período nos EUA (anos 70), propondo numa versão contemporânea não apenas à prevenção (antigo sonho dos alienistas), mas à promoção da saúde mental ou à psiquiatria preventiva. Conforme explica AMARANTE (1980), trata-se de um período em que os EUA estão às voltas com problemas extremamente graves, como a Guerra do Vietnã, o brusco aumento do uso de drogas pelos jovens, o aparecimento de “gangs” de jovens *desviantes, o movimento “beatnik”, enfim, toda uma série de indícios de profundas conturbações no nível da adaptação da sociedade e da cultura, da política e da economia.

A psiquiatria dos anos 70 absorve da sociologia o conceito de unidade biopsicossocial para fundamentar suas construções ideológicas, e passa a se identificar com as idéias de prevenção por inspiração nitidamente sociológica. COSTA (1989, p.30) lança a hipótese:

Foi porque a Psiquiatria tomou emprestado o modelo sociológico de ‘adaptação – desadaptação’ como critério de avaliação do comportamento normal e patológico, que a idéia de prevenção tornou-se possível,(...) e procura instituir-se enquanto “alternativa” para o modelo psiquiátrico clássico.

Acreditaram os psiquiatras que, pela primeira vez, estava sendo proposto um programa organizado que procuraria reduzir o problema radicalmente em nível da comunidade, que afetaria inevitavelmente as metas da psiquiatria, entre as quais inclui-se a redução em frequência do retardamento e doenças mentais na comunidade (CAPLAN, 1980).

Segundo CAPRA (1996) outra concepção que teve impacto decisivo no direcionamento das pesquisas e das concepções na medicina, foram as demonstrações de Louis Pasteur sobre a correlação entre bactérias e doenças. Durante os séculos XVII e XVIII os avanços da patologia, da fisiologia, da química, forneceram explicações das concepções básicas que estabeleceram as categorias de normal e patológico, e que fundamentaram a medicina clínica, a partir do século XIX.

* desviantes dos padrões unidirecionais da moderna civilização.

A teoria microbiana da doença e o conceito de etiologia formulado nos postulados de Robert Koch foram rapidamente aceitos pelos médicos e revolucionaram não somente a prática cirúrgica, mas também as concepções diagnósticas das origens das doenças. A metáfora de invasão, como batalhas contra as doenças, as categorias de contaminação e contágio, transmissão e agente patológico, são elementos essenciais do imaginário da medicina moderna, construídos a partir do objeto em torno das categorias de 'doença' e 'organismo'.

A identificação de micróbios com doenças forneceu um método para isolar e definir entidades patológicas; foi estabelecida assim, uma taxonomia de doenças que não diferia muito da taxonomia de plantas e animais. Além disso a idéia de doença ser causada por um único fator estava em perfeita concordância com a concepção cartesiana dos organismos vivos como sendo máquinas cujo desarranjo pode ser imputado ao mal funcionamento de um mecanismo. (CAPRA, 1996, p. 121)

Segundo GOSSOP & GRANT (1990), o reconhecimento do caráter transmissível de algumas enfermidades, a determinação das circunstâncias especiais que propiciam seu aparecimento e o descobrimento de agentes etiológicos específicos e os meios de imunização, permitiram implantar medidas que reduziram a incidência das doenças na comunidade, reforçando a idéia da prevenção não apenas como instrumento de controle social, mas como teorização de uma disciplina científica.

Os discursos preventivos em relação aos usos e abusos de álcool e outras substâncias psicoativas começam a modificar-se. Ligados a um modelo jurídico-moralizante de controle social através de conceitos eugênicos ou moralistas religiosos, diante destes novos conceitos microbiológicos de saúde, passam a copiar os modelos de discursos preventivos utilizados nas doenças transmissíveis. Analisando as propostas de GOSSOP & GRANT (1990, p.37) sobre métodos de prevenção em relação às drogas, encontra-se:

Sem dúvida, a prevenção primária também é possível em casos de etiologia mal conhecida, a condição de que se pode detectar e corrigir alguns dos fatores causais. (...) A prevenção primária pode desenvolver-se dos três seguintes modos: eliminação do agente patogênico; modificação das condições ambientais propícias; e o fortalecimento da resistência do hospedeiro.

Os três métodos são aplicáveis no caso das drogas, mas a eleição virá em grande parte determinada pelas percepções e atitudes sociais, assim como pelo tipo de organismo público encarregado do programa.

Pode-se então perceber a tentativa de submeter a prevenção às drogas ao modelo de doenças transmissíveis, em que o controle ambiental e a educação são importantes formas de evitar que os agentes etiológicos se proliferem. A psiquiatria, mesmo tendo a seu dispor a concepção freudiana de que as regras do inconsciente não podem ser aplicadas coletivamente, pois são determinadas na subjetividade individual, ainda assim se apropria de conceitos de outras ciências para nortear recomendações e propostas preventivas.

PARTE III

A INDÚSTRIA FARMACÊUTICA E A EPIDEMIA DO USO DROGAS

Nas guerras contra as doenças a medicina é a grande aliada do homem, e seu aliado, em todas as batalhas, será o ‘remédio’. A intervenção medicamentosa como forma ideal de se combater a doença será instituída pela medicina moderna, na busca experimental de conhecer suas ‘substâncias’, através dos testes de novas drogas principalmente em situações epidêmicas, nas quais o ‘flagelo da doença’ deve ser derrotado, bem como a morte, maior inimiga do gênero humano (LUZ, 1988, p.87). O medicamento terá progressivamente um papel privilegiado na intervenção médica, tanto na medicalização coletiva sistemática preventiva, como na terapêutica curativa.

O crescimento de produção, na indústria farmacêutica, passa a oferecer modernas e inúmeras opções farmacológicas de tratamento incluindo as substâncias psicoativas. Segundo MILBY (1988), a heroína (nome que significa poder, potente) já havia sido isolada por Alfred Dresser em 1875, e a Bayer produziu em escala comercial para uso médico. A cocaína e os opiáceos começam a se difundir no século XX.

A anfetamina foi sintetizada pela primeira vez em 1887, mas seu uso clínico para congestão brônquica e como estimulante do sistema nervoso central iniciaram a partir de 1927. Durante a Segunda Guerra, as tripulações dos aviões das Forças Armadas dos EUA, Grã-Bretanha, Alemanha e Japão, tinham-na à disposição durante as longas missões de bombardeio, para combater o sono e a fadiga. Após a guerra, passou a ser utilizada para combater a depressão e no controle de peso (MILBY, 1988).

As substâncias psicoativas terão importante função na evolução da narcose, e esta junto à assepsia estará facilitando o desenvolvimento da cirurgia, e do aproveitamento que ela retirará das aquisições anatômicas da doença, para ser incorporada realmente como ramo da clínica (clínica -cirúrgica).

Assim também ocorre um avanço na introdução de novas substâncias psicoativas, e a industrialização de outras já conhecidas, mas não disponíveis facilmente. NOGUEIRA FILHO (1999) refere que, em 1947, a companhia farmacêutica Sandoz colocou à disposição dos pesquisadores a dietilamida do ácido lisérgico (LSD), e que os neurolépticos foram reconhecidos ainda nos anos 50 como fármacos importantes para o tratamento das chamadas psicoses.

O mesmo autor comenta que Timothy Leary, professor de Psicologia Clínica da Universidade de Harvard, após experiências em uma viagem ao México com o fungo que contém a psilocibina, chamada de “carne de Deus” pelos astecas, passou a organizar experimentos com o LSD, dentro do melhor espírito científico. Ressalta também que alguns grupos foram reunidos com o objetivo de divulgar e pesquisar estas experiências: o Projeto Sigma de Trocchi, a Fundação Castalia de Leary, o Centro Mundial Psicodélico de Hollingshead.

De acordo com MEYER (1996), a visão de doença desde a segunda metade do século XIX já está modificada e enraizada em conclusões vindas da patologia e microbiologia, assim, também, o conceito de doença foi estendido à dependência de ópio e cocaína.

Entretanto, em relação à utilização das drogas psicoativas, não havia no meio médico, até a metade do século XX, uma posição legalmente definida do uso de outras substâncias, sendo que a partir dos anos 50, encontra-se na literatura idéias contraditórias entre pesquisadores, em relação ao uso controlado. Um exemplo, é a opinião de Andrew Weil, pesquisador na Faculdade de Medicina em Boston entre 1960 e 1968, que defende a utilização da maconha, como recurso terapêutico.

Suas pesquisas com a maconha eram realizadas em cobaias humanas, chegando a realizar mais de 30 experiências também com a mescalina, utilizando os alunos da Universidade. Leary e Alpert, estudando a psilocibina, deram a droga a um grande número de intelectuais, artistas, alcoólatras, prisioneiros, viciados, e alunos de pós-graduação, e publicavam suas experiências com positiva euforia (WEIL, 1986, p.34). Assim, dos poucos grupos restritos que tinham acesso às drogas ilícitas, a partir dos anos 60, alastram-se para o começo da maior epidemia do uso de drogas e adição entre os jovens na América do Norte e no Oeste da Europa (MEYER, 1996).

Desde o fim da década de 50 o número dos dependentes de narcóticos conhecidos oficialmente na Grã-Bretanha subiu bruscamente de 359, em 1957, para 1.349 em 1966, e que muitas evidências sugeriam que esses números deviam ser maiores. Também se sabia que todos, exceto uns 3% dos novos adictos notificados nesse período, tinham obtido as drogas ilicitamente, comprando de outros que as tiveram prescritas além de suas necessidades. Estes dados do manual de Psiquiatria Clínica de MAYER-GROSS, SLATER, ROTH (1972) comprometem a posição médica na responsabilidade inicial de facilitar o descontrole no uso e abuso destas substâncias.

A atitude oficial do governo e a conduta da profissão médica na Grã-Bretanha em relação à orientação dos adictos, foram guiadas pelos relatórios de dois comitês especialmente reunidos em 1926 e 1961. De acordo com os conselhos desses comitês, o médico podia, segundo sua própria descrição profissional, fornecer narcóticos a adictos conhecidos, sem obrigação absoluta de notificar ao Departamento do Interior a identidade de um adicto. (MAYER-GROSS, *et al.* 1972).

A gravidade dos fatos exigiu reavaliação da postura médica e desencadeou a reunião do terceiro Comitê Internacional em 1964. As recomendações foram centralizadas na notificação compulsória dos adictos, provisões para os tratamentos e restrição de prescrição aos médicos licenciados que atuavam em centros de tratamento determinados. Pode-se considerar estas como as primeiras medidas preventivas, direcionadas ao controle social.

ACSELRAD (1993, p.20) enfatiza que

a generalização do uso indevido de drogas é um sintoma de que a sociedade vai mal. Às motivações tradicionais que levavam o homem ao uso, em geral controlado, se sobrepõe a necessidade de compensação em face de uma realidade adversa, plena de desequilíbrios ambientais.

PARTE IV

A POSIÇÃO PERIFÉRICA DA ENFERMAGEM.

Tentando resgatar o discurso da enfermagem neste período histórico (1968-1985), pesquisou-se as bases de dados Medline e Lilacs buscando encontrar trabalhos que abordassem questões relativas à dependência química. Após a leitura dos vários artigos, observou-se que a maioria das pesquisas eram trabalhos produzidos no Reino Unido e nos Estados Unidos, e tratavam de aspectos ligados à dependência de drogas que não estão disponibilizadas ao uso aqui no Brasil. Esta realidade pareceu distante da realidade brasileira e decidiu-se prosseguir a pesquisa em publicações nacionais.

Buscou-se algumas fontes específicas de publicações da área, utilizando-se os Catálogos de Informações sobre Pesquisa e Pesquisadores em Enfermagem do Cepen (Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem), nos quais têm-se à disposição os resumos de teses e dissertações. Nos índices cumulativos do Cepen de 1948 a 1958 e de 1965 a 1970, não se encontrou trabalhos sobre drogas, nem mesmo na área específica da psiquiatria. Apenas dois trabalhos foram encontrados nos anos de 1959 e 1979. O trabalho do ano de 1959 não era específico sobre drogas, e sim um 'Plano de Ensino em Enfermagem Psiquiátrica, mas citava a relação do alcoolismo com as questões social e emocional, sinalizando uma mudança no enfoque apresentado nos trabalhos dos anos 30.

O outro trabalho de 1979, que se encontra registrado no primeiro volume dos catálogos do Cepen onde estão publicados resumos de teses e dissertações, referia-se a um estudo do alcoolismo e tabagismo associados à tuberculose pulmonar.

Encontramos em toda a década de 80, nos trabalhos registrados nos catálogos do Cepen, que iniciaram suas publicações exatamente no ano de 1979, apenas três trabalhos relacionados a este tema. Percebeu-se uma provável ausência de interesse da enfermagem neste tema específico, ficando ela numa posição periférica. Isto lembra a posição referida por BIRMAN (1993), da Psicanálise como disciplina satélite, na medida em que sua experiência clínica com as toxicomanias era pequena, como já referido.

Entretanto, percebeu-se uma predominância em temas de interesse hospitalar nas pesquisas dos enfermeiros, dentro de uma visão positivista e organicista de saúde e doença, bem como um número significativo de trabalhos com enfoque direcionado a dar à Enfermagem um cunho de cientificidade por meio de propostas teórico-metodológicas na área da assistência.

Em um estudo realizado por FRIEDLANDER, ANDRUCIOLI, ALEXANDRE (1987), em que foram levantadas as prioridades nas publicações de enfermagem os autores verificaram que entre os docentes que mais anseiam por publicações estavam os das disciplinas de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental. UBEDA (1996) ao realizar um levantamento de dissertações e teses de Enfermagem na área de adolescência, verificou a escassez de temáticas que abordem as questões das drogas.

Confirmando estes dados, CANO *et al.* (1998, p.95), ao avaliar a produção do conhecimento sobre adolescência na Enfermagem no período de 1983 a 1996, em que consultou os seguintes periódicos: Revista Brasileira de Enfermagem, Revista Paulista de Enfermagem, Revista Gaúcha de Enfermagem; Revista da Escola de Enfermagem da USP, Enfermagem Moderna, Revista Latino-americana de Enfermagem, Revista Paulista de Hospitais, Revista Baiana de Enfermagem e os Anais de Enfermagem, encontraram apenas três trabalhos sobre tóxicos na adolescência, e enfatiza: “isto nos preocupa, uma vez que este é um problema bastante freqüente em nossa sociedade”.

É inquietante este quase silêncio da enfermagem no Brasil. Estaria ela ausente numa tão urgente questão contemporânea? Estabeleceu-se então como objeto desta pesquisa a busca de qual seria a posição da enfermagem brasileira e quais seriam suas idéias em relação ao tema da prevenção à drogadição. Porém, antes de se analisar a postura da enfermagem, convém atentar-se um pouco para os caminhos que as conceituações na temática relativa às drogas vêm percorrendo nas últimas décadas.

***CAPÍTULO IV:
CONTRADIÇÕES NO DISCURSO
DA PREVENÇÃO ÀS DROGAS***

O engessamento que as concepções do pensamento cartesiano provocam em disciplinas das Ciências Humanas resultou em contradições conceituais que impregnam o discurso preventivo em relação ao uso e abuso de substâncias psicoativas na modernidade. Serão analisados alguns aspectos destes discursos, e as contradições de suas abordagens para endossar a necessidade de se avaliar o direcionamento das pesquisas na temática da drogadição, na área da enfermagem.

PARTE I

PUBLICAÇÕES DOS ORGANISMOS INTERNACIONAIS.

A maior parte dos trabalhos publicados na área de prevenção às drogas, a partir dos meados do século passado, foi guiada pelos relatórios do Comitê de Peritos da Organização Mundial de Saúde que, a partir de 1949, trataram da dependência de diversas drogas como uma entidade única e traçaram a distinção entre adição e hábito.

No primeiro encontro do Comitê de Peritos “Expert Committee on Habit-forming Drugs”(1949), ocupou-se principalmente da árdua tarefa de avaliar individualmente cada substância psicoativa para entregar à comunidade científica um material importante para o conhecimento de efeitos específicos e usos de cada uma das substâncias. Outra preocupação foi a de definir os termos específicos e a caracterização do que seria na ocasião denominado de ‘toxicomanias’, que ainda tinha o sentido de vício ou hábito (WHO, 1993).

Em 1950 a *OMS definiu as toxicomanias pelos seguintes aspectos:

- desejo ou necessidade incontrolável de continuar consumindo a droga ou obtê-la por todos os meios;
- tendência de aumento nas doses (tolerância);
- dependência física e/ou psíquica;
- prejuízos individuais e sociais.

* OMS *apud* REZENDE, M.M.R. – Tratamento de dependentes de drogas: diálogo com profissionais da área de Saúde Mental. Campinas, 1999, [Tese-Doutorado] Unicamp.

A partir de 1964, foi adotado o termo 'farmacodependência' em substituição ao termo 'toxicomania', com a pretensão de que fosse mais preciso e completo. Ressaltamos que nesta definição enfatiza-se a questão farmacológica da droga, identificada como o agente etiológico da farmacodependência, sem considerar aspectos psicossociais. As medidas de controle e prevenção são recomendações direcionadas à prescrição médica (WHO, 1993).

O cenário internacional da droga modifica-se, dramaticamente, depois de 1973, e requereu-se do comitê a avaliação de estratégias apropriadas, à luz das mudanças ocorridas, para se reduzir o uso destas substâncias, incluindo-se o álcool e tabaco e suas conseqüências para a saúde. Iniciam-se inúmeras pesquisas financiadas pelos organismos internacionais, e novamente a OMS acrescenta à definição de farmacodependência, a conceituação de dependência física e psíquica (REZENDE, 1999).

Um relatório publicado pela Organização Pan Americana de Saúde na década de 80 apresenta as primeiras propostas de prevenção na temática das drogas em alguns países da América Central e do Sul e ajudam a verificar os padrões das estratégias utilizadas na prevenção, naquela ocasião (OPAS, 1990). Apresentar-se-á a seguir parte destes dados, pois revelam uma realidade mais próxima do contexto nacional.

Foram encontrados nos informes do México alguns comentários sobre as estratégias de prevenção, como segue:

...constitui-se necessidade prioritária estabelecer medidas de prevenção adequadas. Uma dessas é educar a população sobre os riscos associados com o consumo destas drogas, aproveitando a experiência dos outros países. (MEDINA – MORA *et. al.*, 1990, p.14)

No Equador os programas de prevenção incluíam um nível educativo com participação de professores, guias de orientação e capacitação de educadores sociais. Na Argentina, a prevenção proposta para o período entre 1987 e 1989 concentrou-se em elaborar um plano de educação preventiva, bem como campanhas publicitárias de prevenção na televisão e rádio (OPAS, 1990 p.181).

A estratégia de prevenção adotada na Bolívia se restringia à educação preventiva nas escolas sem uma avaliação dos efeitos dos planos adotados, e em El Salvador a farmacodependência e o alcoolismo eram considerados como enfermidades, não havendo na faculdade de Medicina cursos que preparassem o futuro profissional para responder aos problemas das drogas e farmacodependência, pois o médico psiquiatra só se formava em outros países, sendo considerado o único capaz de enfrentar o problema. O que se dispunha no país eram leis com artigos específicos no Código de Saúde e no Código Civil (OPAS, 1990, p.185).

No Brasil, os registros sugerem um programa nacional de prevenção primária, numa campanha nacional de prevenção nas escolas, sem avaliações correspondentes. Não há registro da entidade responsável por esta campanha. Já no Panamá, os programas de prevenção do Ministério de Saúde e Seguridade Social eram dirigidos principalmente a adolescentes e jovens, utilizando-se de seminários e os meios de comunicação social (rádio, imprensa e TV).(OPAS,1990, p.163)

Na Venezuela e Trinidad-Tobago não se encontrou relatos de programas oficiais de prevenção. Os que se preocupavam com a prevenção estavam ligados a grupos anônimos e o único curso direcionado à capacitação em Farmacodependência foi aberto em 1987, na Universidade Federal da Venezuela, para psiquiatras e psicólogos com pós-graduação em Psicologia clínica (OPAS,1990, p.213, 211).

O único centro de prevenção do Peru foi inaugurado em Lima, em 1978, e se utilizava do modelo cognitivo institucional com atividades de reinserção social. As estratégias de prevenção primárias consistiam em promover modificações legais, campanhas contra as drogas, informações, etc. A prevenção não estava organizada e só existiam coordenações institucionais no setor privado (OPAS, 1990, p.206).

Em Honduras foi criado o Instituto Hondurenho para a Prevenção e Tratamento do Alcoolismo, Drogadição e Farmacodependência, mas as ações se restringem à adoção de leis contra o narcotráfico e a capacitação de profissionais para esta direção. O principal método preventivo era o educativo, com distribuição de cartazes, folhetos, programas de rádio, dirigidos, preferencialmente, ao estudante secundário (OPAS, 1990, p.190).

Na Guatemala, a quantificação do consumo era difícil de ser obtida, pois o uso de inalantes estava muito difundido entre crianças, especialmente nos bairros marginais, com informações do tipo “no es posible controlar el uso de marihuana y cocaína” (OPAS, 1990, p.188). O profissional médico, em geral, não se interessava por alcoolismo e farmacodependência e, como consequência, se produzia um sub-registro de diagnóstico. Apesar de haver sido criada a Comissão Nacional para a Prevenção de Abuso de Drogas, havia escassa informação sendo que a resposta governamental consistia basicamente em legislar sobre a produção e venda destas substâncias, refletindo “una actitud de rechazo hacia el drogadicto” (OPAS, 1990, p.189). Disponíveis aos alcoólicos existiam 750 grupos de Alcoólicos Anônimos dos quais 450 estavam na capital. Nas zonas rurais se recorriam a curandeiros para solucionar este problema (OPAS,1990).

A Colômbia relatou uma estimativa estatística segundo a qual a maconha era considerada a droga ilegal mais utilizada, com um consumo de 19 em cada grupo de 1000 homens, e três em cada grupo de 1000 mulheres em 1984. O Instituto de Bem-Estar Familiar preparava agentes educativos em prevenção, e o Ministério da Educação dirigia seminários aos professores sobre aspectos da prevenção primária do alcoolismo e farmacodependência (OPAS,1990, p172).

Em Costa Rica o programa do Iafa (Instituto de Alcoolismo e Farmacodependência) oferecia, na ocasião, capacitação para profissionais médicos e outros profissionais de saúde, com cursos rápidos nas faculdades de Medicina, Psicologia, Trabalho Social e Enfermagem. Os cursos universitários na área de saúde não capacitavam especificamente para a questão da drogadição e o médico não era o principal profissional de saúde, respondendo pelos problemas das drogas (OPAS,1990, p.176).

Estes dados da Opas revelam que a prevenção na área das drogas estava apenas iniciando e sem uma linha uniforme de condutas. Alguns consideravam prevenção primária como a busca de fatores de risco; outros consideravam os métodos informativos e educativos como as ações do nível primário de prevenção, e seriam os utilizados pela maioria. Em alguns países, percebe-se a indiferença da classe médica em assumir a questão da drogadição como um problema de saúde, num momento em que o olhar médico estava focalizado na máquina corporal e no aperfeiçoamento científico-tecnológico, indiferente a

uma consciência holística do ser humano, deixando este assunto por conta de grupos leigos, religiosos ou curandeiros.

Nas propostas de prevenção do Chile, foram encontrados os programas com melhor estrutura e avaliação das propostas em andamento. FLORENZANO, FUERHAKE, ZEGGER (1983) apresentam uma análise dos programas de prevenção do Chile na década de 80. O primeiro programa formulado e executado no final dos anos 70 foi um esforço conjunto dos Ministérios da Saúde e Educação para ensinar aos estudantes da escola primária os efeitos e as conseqüências do consumo de álcool. Este programa se incorporou no plano de estudos e foi executado por professores em todo país. Depois de dez anos de funcionamento, descobriu-se que a dificuldade principal estava em colocá-lo em prática. “Los maestros manifiestan que no saben lo suficiente sobre los problemas del uso indebido de alcohol y otras sustancias, o tienen una actitud desfavorable hacia ese asunto” (FLORENZANO, *et al.*, 1983, p135).

O programa na área de drogas concentrou-se especificamente em transformar a atitude dos adolescentes e em ensinar-lhes os efeitos e conseqüências do abuso de drogas. Comprovou-se com estudos específicos que o uso indevido de drogas ocupava um lugar sem importância na lista de problemas que preocupam os adolescentes. “Portanto eles não se mostram muito interessados em assistir a um vídeo sobre farmacodependência. Além disto, a técnica utilizada (fitas de vídeo de 10 minutos de duração), não possibilitou a participação ativa dos adolescentes”. O autor conclui que “na última década, na Faculdade de Medicina da Universidade do Chile, foi possível comprovar que os programas de prevenção primária são difíceis de executar e avaliar” (FLORENZANO, *et al.*, 1983 p.135).

Os estudos dos especialistas da Opas, concluíram que:

pode-se dizer sem medo de errar que o problema que significam o alcoolismo, o tabagismo e a farmacodependência tem pegado desprevenidos os países, e a velocidade com que se tem propagado este fenômeno e a gravidade da situação, superam em muito a capacidade dos governos em responder com medidas eficazes. Para isso se necessita fortalecer os conhecimentos neste campo e promover investigações epidemiológicas. (OPAS, 1990, p.VII)

As ações preventivas que estavam se delineando neste momento histórico, em sua maioria, estavam direcionadas a atividades informativas e educativas. Apenas no Chile havia um investimento mais avançado e estudos avaliando as atividades. Neste cenário internacional é possível ver que os primeiros serviços que se estabelecem nestes países estavam embasados numa concepção de que a informação possa oferecer alguma segurança no impedimento ao uso de drogas. Ou seja, que os indivíduos, de posse das informações dos riscos e danos que as drogas oferecem, estariam ‘imunes’ ao seu uso.

O pensamento moldado numa perspectiva de racionalidade científica desenvolve uma concepção de que o conhecimento e a informação estariam oferecendo soluções preventivas, e protegendo os indivíduos de escolhas prejudiciais à saúde. No entanto, nota-se que este pressuposto é invalidado pela realidade histórica que se estabelece nos anos posteriores, com o aumento progressivo e assustador dos dados epidemiológicos no contexto da drogadição, mesmo com a utilização de várias estratégias por parte dos órgãos governamentais. No relatório anual da ONU – UNDCP, de 1996, foi divulgado que no ano de 1995 a indústria das drogas superou as indústrias petroquímicas e a de alimentos, movimentando com o tráfego internacional US\$ 300 bilhões por ano (MONTE SERRAT, sd, p.39).

Em dezembro de 1977, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebid) publicou seu quarto levantamento sobre uso de drogas entre estudantes, num trabalho que envolveu 15.503 alunos de 1º e 2º graus, de dez capitais brasileiras. Concluiu-se que houve um aumento de 68,9% entre 1993 e 1997 de estudantes que afirmaram já haver experimentado maconha (MONTE SERRAT, sd, p.39).

A partir deste cenário mais próximo da realidade atual, serão abordadas algumas das contradições presentes nos discursos que vêm sendo utilizados por boa parte dos que assumem a responsabilidade de promover a prevenção às drogas. Numa área tão controvertida e polêmica como é a do uso de drogas, não existem intervenções que não envolvam questões de valores e questões de sentidos que dizem respeito a opções pessoais às realizações existenciais de cada um. BUCHER (1992, p.386) esclarece que

a ideologia que norteia explicitamente o rumo das intervenções programadas define os objetivos que se pretende atingir; a ideologia que participa implicitamente, freqüentemente sob a forma de não ditos, define a ética subjacente às ações realizadas.

PARTE II

ABORDAGENS PREVENTIVAS NA TEMÁTICA DAS DROGAS

Inicialmente, interessa pontuar a persistência da visão epidemiológica, caracterizada principalmente na classificação de prevenção em níveis, conforme se apresenta a seguir. Encontrou-se esta classificação não apenas nas publicações dos organismos internacionais, mas também na maioria dos trabalhos que estudam o tema da prevenção às drogas.

2.1. NÍVEIS DE PREVENÇÃO

2.1.1. Prevenção primária: intervenções antecipatórias que visam evitar o aparecimento de novos casos de abuso de drogas, mediante atividades que estimulem a qualidade de vida. Estão incluídas neste nível as intervenções que visam ao aumento de controle social através de atuações legais, e à avaliação epidemiológica para identificação de tipo de drogas e formas de uso em um determinado momento numa comunidade.

2.1.2. Prevenção secundária: pretende reduzir a prevalência do problema na comunidade, por meio de ações direcionadas a pessoas que manifestaram sinais de dificuldade com as drogas, em razão do uso impróprio ou nocivo. Busca também uma redução da demanda, através de intervenções dirigidas ao diagnóstico precoce e da intervenção na crise.

2.1.3. Prevenção terciária: em nível terciário o objetivo é conseguir diminuir a prevalência das incapacidades crônicas numa população e manter um melhor nível de rendimento e reabilitação individual.

A divisão em níveis de prevenções primária, secundária e terciária se adapta muito bem em caso de doenças infecciosas e no modelo médico convencional. No entanto, para os problemas de drogas, ela pode acabar sendo muito teórica, mesmo porque, nas fontes consultadas dos organismos internacionais, não se encontrou uma homogeneidade nas classificações.

GOSSOP & GRANT (1990) comentam que alguns autores distinguem os níveis de prevenção segundo o grau de dependência dos sujeitos. Assim, no nível primário, supõem-se os indivíduos que não usam drogas ou o fazem ocasionalmente. No segundo nível as ações seriam direcionadas aos usuários freqüentes e no terceiro o objetivo seria ajudar os dependentes. Esta classificação também tem seus limites, pois não se pode olhar da mesma forma o uso ocasional de heroína e o uso ocasional de tranqüilizantes e, sobretudo, o grau de gravidade nem sempre depende do nível de dependência.

2.2. RELAÇÃO ENTRE TRATAMENTO E PREVENÇÃO

Os mesmos autores dizem que não se pode estabelecer divisões estritas entre prevenção e tratamento. Algumas das razões para esta dificuldade em separar claramente ambas as ações são que, em muitos aspectos, o tratamento equivale à prevenção, pois sendo iniciado em fase precoce evita as seqüelas graves. A prevenção eficaz também reduz a demanda nos serviços de tratamento, o que disponibiliza recursos para o tratamento.

Na literatura internacional existe uma definição ampla dos tipos de ações que poderiam ser classificados como tratamentos, conforme exemplifica LARANJEIRA (1996). Essas ações variam desde intervenções breves de aconselhamento a pessoas que não estejam ligadas a nenhum serviço, até internações especializadas. Estas intervenções podem ser feitas por profissionais de saúde, ao nível de informações e encaminhamentos à busca de tratamento. A distinção entre intervenção preventiva e tratamento ocorreria muito mais em termos de intensidade de procedimentos do que na qualidade da ação.

Esta compreensão prévia é importante, pois não há como avaliar separadamente apenas as intenções e discursos da prevenção, sendo que ambos, prevenção e tratamento, combinados, fazem parte de um *continuum* de cuidados. (LARANJEIRA, 1996).

Richard Bucher, professor titular do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília, examinando os diversos modelos de prevenção aplicados ao consumo de drogas da década de 80, percebe que são “altamente divergentes” e “às vezes contraditórios”. Ele enfatiza que os contrastes se sobressaem, quando se compara, por um lado, as recomendações acerca de intervenções preventivas de organismos internacionais como a Unesco, OMS, OEA ou a ONU e, por outro lado, as idéias preventivas apregoadas ou implantadas no Brasil ou ofertadas ‘em pacotes’ por certas instituições. (BUCHER, 1993).

Entre as diversas abordagens, este autor destaca aquela que enfatiza o ‘combate às drogas’, apresentado como a única maneira capaz de enfrentar e erradicar o problema. Foi desenvolvida por este autor a análise do discurso de um conjunto de textos sobre drogas, em que ressalta que “os textos nos oferecem uma visão preconceituosa, repressora e, por vezes, moralista, obtendo aceitação nas áreas políticas e públicas de tendência conservadora.” (BUCHER, 1993, p.32).

BUCHER (1993, p.35) enumera os principais efeitos de sentido construídos neste discurso, detectados pela análise por ele praticada, conforme segue:

1. Sendo sua retórica argumentativa, destaca-se como primeira função à meta da persuasão, mensagens dirigidas não com o objetivo de informar, mas convencer. Os textos induzem uma verdadeira subordinação intelectual: o leitor mergulha no movimento de ‘combate às drogas’ sem se dar conta que isto é apresentado como o único caminho para enfrentar e ‘resolver’ a questão.
2. O tom autoritário e alarmista impresso aos textos que materializam o discurso em pauta traz como resultado a idéia de um saber único e exclusivo. Impede-se, por conseguinte, a expansão de um pensamento crítico individual ou social.
3. Utilização da técnica dos ‘silenciamentos’ seja para omitir deliberadamente algo, seja para falar superficialmente de um fato que poderia fragilizar a argumentação. Ex: fala-se muito da droga ilícita omitindo-se falar das drogas lícitas, transmitindo-se a falsa idéia de que existem substâncias perigosas e outras benignas, beneficiando implicitamente o comércio das substâncias lícitas.

4. Apresentação do cidadão, em particular o jovem, como ser indefeso, necessitando de orientação e proteção. Incentivando a passividade baseada na redução da autonomia pessoal, obtém-se como efeito adicional toda uma desmobilização social.
5. Construções sobre drogas que as apresentam como um mal em si, independente do uso que delas se faz. Eventos sociais, historicidade do uso e abuso, motivações e decisões pessoais são negligenciados.

EDWARDS (1990) concorda com Richard Bucher quando reforça que estes critérios de persuadir e ameaçar estão estreitamente vinculados à idéia de trocas de atitudes e educação. A maior ou menor severidade com que se pode castigar um indivíduo reflete os valores da sociedade e o grau que ela considera que tem direito de impor controles e exigir obediência. Não obstante, pode-se suspeitar que as medidas muito enérgicas raramente alcançam os fins determinados.

BUCHER (1992) distingue duas concepções de prevenção no mercado das intervenções: a prevenção atrelada a recomendações repressivas, e a prevenção concebida como atividade educativa. Ele admite que estes dois tipos se referem a duas éticas diferentes, pressupondo duas concepções diferentes das drogas na sociedade e também duas concepções diferentes do ser humano e da visão de homem.

Na primeira, as drogas representam um mal externo à sociedade, trazido para esta por meros 'acidentes de mercado' dos produtores e traficantes. Este primeiro tipo de prevenção orienta-se segundo o modelo jurídico-moral ou sanitarista, privilegiando o aspecto da proibição legal ou do perigo da droga. Conseqüentemente o usuário é visto como um infrator, ou como vítima de uma doença.

Não se pode desconsiderar o fato de que o dependente químico representa um desdobramento da imagem do alcoólatra, um reavivamento com novos ingredientes de um personagem que vem se obscurecendo historicamente.

Conforme salienta SOARES (1994, p.21),

...ainda que o cenário histórico tenha mudado, proporcionando a redefinição dos valores e dos significados atribuídos às substâncias psicoativas, a configuração de um novo personagem parece repetir-se, nos dias de hoje, quando ganha relevo, em meio ao combate às novas formas da criminalidade, sobretudo ao tráfico de drogas, a imagem multifacetada do dependente químico.

Para sustentar esta visão, segundo BUCHER (1992), apela-se para argumentos de ordem emocional, passional, moralista, ou sensacionalista, ressaltando aspectos chocantes e alarmantes, idéias como as seguintes:

- a droga é o mal, o diabo, a corrupção da alma e da sociedade;
- o consumo de drogas é criado e incentivado pelos traficantes, à procura de lucro;
- o ideal de uma sociedade sem drogas é realizável.

Fala-se indistintamente dos perigos do uso e do abuso de drogas, como se tratasse de uma só substância capaz de produzir apenas um tipo de reação para todos os indivíduos, em qualquer quantidade ou circunstâncias. Cria-se, com isso, o cenário propício ao esmaecimento das fronteiras entre as noções de uso e abuso de drogas, o que reduz as atitudes a duas alternativas: abstinência ou dependência. Assim, deixa-se de considerar uma terceira alternativa: o uso por lazer (SOARES, 1994).

Estas idéias encontradas em várias propostas dos anos 80 mantêm-se atualmente em entidades 'filantrópicas', religiosas ou leigas, que correspondem a mais de 30% dos programas de recuperação e prevenção classificados por SOARES (1994).

De acordo com BUCHER (1992), a segunda concepção vê a droga como um mal inerente à sociedade, secretado por ela em função dos desequilíbrios que a caracterizam. As drogas, neste modelo, figuram como um bode expiatório do moderno 'mal-estar na cultura', ao lado de outros fenômenos de marginalização social. *Beatriz Carlini distingue ambas as correntes que inspiram os programas de prevenção ao uso e abuso de drogas nas escolas, enfatizando que esta última estaria empenhada em reduzir os riscos que o abuso de drogas traz para os indivíduos e à sociedade.

Frisa-se, nesta perspectiva, que há conhecimento de drogas desde os tempos mais remotos, que não existem sociedades sem drogas e que toda sociedade tem as drogas que merece, em virtude de sua capacidade, ou incapacidade, de elaborar seus disfuncionamentos (BUCHER, 1992). A dependência é vista como uma 'doença

biopsicosocial' e a dimensão social é invocada como uma força coercitiva, ou um fator de estímulo e pressão ao consumo de álcool e drogas. O que tem sido desconsiderado por esta abordagem, segundo SOARES (1994), é que as pressões sociais são exercidas em ambas as direções: verifica-se, de um lado, um estímulo ao consumo, e de outro, mecanismos de controle e contenção do uso. Trata-se de mecanismos propriamente sociais de controles informais que limitam o uso de diferentes substâncias psicoativas, dentro dos padrões e valores específicos de cada grupo.

Com raras exceções, os programas não desenvolvem esforços no sentido de conhecer as expectativas e hábitos das comunidades a que se dirigem, supondo que a falta de conhecimento 'científico' sobre o tema signifique ausência de opinião sobre o assunto. Neste caso, nada mais resta além de 'ensinar' àqueles que, supostamente, nada sabem sobre as drogas (SOARES, 1994).

Para atingir os objetivos de que o conhecimento protegeria o indivíduo dos prejuízos das drogas, esta última perspectiva emprega cinco modelos básicos, conforme distingue *CARLINI COTRIM (1992): conhecimento científico, educação afetiva, oferecimento de alternativas, educação para a saúde e modificação das condições de ensino.

Confirmando as observações dos autores anteriores, SOARES (1994) questiona se estas formas de abordagem, que procuram esclarecer a verdade sobre as drogas, não estariam se distanciando da realidade conhecida pelo público a que se dirigem. O exemplo abaixo, esclarece a postura dos jovens diante desta posição de 'dizer não às drogas'.

Quando um grupo de jovens é incentivado por um programa de prevenção a dizer não às drogas, de maneira genérica, dois fenômenos podem ocorrer: ou a mensagem é recebida como um incentivo à evitação de toda e qualquer substância psicoativa ou, uma vez que algumas delas são amplamente utilizadas por parentes e amigos, o jovem em questão será estimulado a desenvolver uma imagem negativa das pessoas que lhe são mais caras e que constituem seu universo de

* CARLINI COTRIM, 1992 *apud* SOARES, B.M. **As melhores intenções**- Análise dos programas de prevenção e recuperação da dependência química. Rio de Janeiro, Núcleo de Pesquisa ISER, 1994.

identificação. Por sua vez, o tratamento homogeneizante, do qual decorre a 'demonização' de certas drogas francamente utilizadas (como o álcool e a maconha), pode gerar do ponto de vista da prevenção, o efeito inverso ao esperado: uma vez que o jovem não reconheça, com base em seu grupo de referência, os efeitos, perigos e traços comportamentais sugeridos pelo programa preventivo, ele tenderá a minimizar também, segundo a mesma lógica homogeneizante, os efeitos, perigos e traços comportamentais das drogas de maior risco.(p.32)

Esta forma de se colocar a questão das drogas está baseada em um modelo de educação moralista e de amedrontamento que produz regimes de representação do mundo visando obter o consenso em torno dos interesses hegemônicos em uma dada sociedade.

COSTA (1986) diz que os hábitos mentais que esta educação cria ou reedita têm a característica de serem hábitos comuns, partilhados ou partilháveis pela maioria dos indivíduos. Quando o indivíduo se imagina próximo do sujeito ideal, pode sentir-se satisfeito e realizado; quando se imagina afastado do tipo idealizado, pode experimentar aflição, insatisfação ou mal-estar (COSTA, 1986). Este sofrimento não é sinônimo de doença mental, mas pode funcionar como um efeito colateral da educação que predispõe à busca pelas drogas.

Ao realizar uma análise nacional dos programas de prevenção e recuperação da dependência química, em que avaliou as propostas de prevenção de 102 programas dos 509 contatados, SOARES (1994) observa em relação à boa parte dos programas atuantes no país, uma enorme ambigüidade no tratamento do tema e uma dificuldade de encarar o tema com clareza e objetividade. Seus dados sugerem que, mesmo esta linha divisória de duas correntes, torna-se, na prática, maleável o suficiente para dar lugar a composições e superposições diversas.

2.3. MODELOS DE ATUAÇÃO

Estas superposições refletem a complexidade do fenômeno das drogas e a dificuldade em definir e classificar ações e modelos de atuação. XAVIER DA SILVEIRA (1993, p.18) classifica as abordagens preventivas em três níveis:

- jurídico-moral- através de medidas normativas e repressivas, que estaríamos agindo sobretudo na diminuição da oferta;
- educativa- através de intervenções de caráter principalmente pedagógico junto a familiares e educadores, estaríamos agindo sobretudo na diminuição da demanda;
- sanitária- através de intervenções em nível de fatores de risco ou fatores de proteção, estaríamos agindo predominantemente na interface oferta/demanda.

2.4. MODELOS CONCEITUAIS

Dentre os principais modelos conceituais da compreensão do fenômeno da drogadição, REZENDE (1999) destaca quatro modelos, os quais serão descritos a seguir, com os pressupostos básicos que os norteiam.

2.4.1. Modelo jurídico-moral: assenta-se numa visão dualista da realidade e está relacionado a abordagens educativas articuladas a princípios repressivos. Este modelo é geralmente utilizado por alguns grupos religiosos, em que o enfoque básico é a doutrinação e o aconselhamento espiritual. O dependente é visto como um desviado do comportamento de padrão normal, necessitando de amedrontamento e informação para retornar a posições sociais aceitáveis. Enfatiza o controle social através de leis e punições aos usuários e traficantes.

2.4.2. Modelo biológico de doença: à semelhança das doenças infecciosas, a droga e o indivíduo são considerados, respectivamente, agente e hospedeiro. Pressupõe que os fenômenos de abuso e dependência são determinados biologicamente, constituindo-se numa doença crônica, progressiva e recidivante. A abstinência seria o único tratamento e as abordagens incluem desintoxicação por meio de hospitalização, uso de produtos de substituição, fármacos destinados à redução da compulsão, etc.,.

A crítica está principalmente ligada à base de modelos genéticos controversos, e em generalizações questionáveis de determinados experimentos para o fenômeno da dependência como um todo. Não descreve uma “história natural” da relação do indivíduo com um produto, prescindindo, portanto, de uma teoria de dependência (XAVIER DA SILVEIRA, 1993)

2.4.3. Modelo sociocultural: A droga adquire significado e importância pela maneira como cada sociedade define sua utilização. Postula que o comportamento de consumir álcool e drogas é algo aprendido a partir dos familiares, grupo de amigos, meios de comunicação, etc. Vê, no dependente, um ser moldável socialmente através de ações educativas e influenciáveis em suas decisões pelo meio social. Pressupõe a existência de determinados fatores de risco conhecidos, que favorecem o aumento da probabilidade de ocorrências de uso e abuso de drogas. Exemplo de fatores de riscos: história familiar, desempenho escolar, depressão, comportamento delinqüencial, etc.

Este modelo também é limitado, pois desconsidera motivações intrínsecas, da esfera individual, para se fazer uso de álcool e drogas. Também é criticável na medida em que não pode ser comprovado, ou seja, não foi demonstrado que havendo modificações desses fatores, obtenha-se mudanças do comportamento no futuro. (XAVIER DA SILVEIRA,1999).

2.4.4. Modelo psicossocial: o indivíduo desempenha o papel de agente ativo e a interação com a droga é o alvo da observação. Postula que os problemas relacionados com uso de drogas situam-se numa interação dinâmica entre variáveis individuais, ambientais e a substância química. As abordagens se definem de acordo com algumas correntes da psicopatologia.

Nas abordagens psicossociais EDWARDS (1990) afirma que há duas direções principais. A primeira é a abordagem psicodinâmica, segundo a qual o problema com drogas é uma manifestação externa das perturbações psicológicas do usuário, ou seja, uma neurose. A segunda considera como aspecto central o comportamento relacionado com a procura e utilização de substâncias psicotrópicas. A partir destas concepções são desenvolvidos vários modelos de tratamento, de organizações de serviços e de treinamento profissional.

Concluindo as considerações sobre as contradições existentes nos discursos enunciados no tocante à prevenção às drogas, SOARES (1994, p.32) resume:

o que se observa em relação à boa parte dos programas atuantes em nosso país é uma enorme ambigüidade no tratamento do tema, e uma franca dificuldade em encarar as drogas com clareza, e se assim podemos falar, com objetividade.

Este fato, especialmente notável no plano da prevenção, tem como resultado a ausência de abordagens interativas capazes de incorporar as perspectivas dos grupos a que se dirigem os programas, que privilegiam o trabalho pedagógico em detrimento da participação e do diálogo com seu público-alvo.

Conseqüentemente, as intervenções preventivistas e as atividades que envolvem estas propostas não dão conta de intimidar as estatísticas, e se assiste a uma progressão assustadora nos índices de internação e aumento de serviços para atender aos problemas dos dependentes químicos.

As pesquisas direcionadas em estimar o montante dos custos relativos ao uso e abuso de álcool e drogas em termos de saúde pública têm se pautado, principalmente, nos gastos com tratamento médico, na perda de produtividade de trabalhadores consumidores abusivos de drogas e nas perdas sociais decorrentes de mortes prematuras.

No conjunto geral, a estimativa é que, o custo das drogas psicoativas no Brasil corresponde a 7,9% do PIB por ano, ou seja, cerca de 28 bilhões de dólares. Os gastos relativos a internações decorrentes do uso abusivo e da dependência de álcool e outras drogas, no triênio 1995-96-97, ultrapassaram os 310 milhões de reais (BRASIL, 2001).

Os gastos diretos com as principais situações que motivaram internações em hospitais gerais na rede do SUS, que podem decorrer do uso de substância psicoativa, chega a R\$ 601.540.115,33 nos anos de 1995 a 1997. (BRASIL, 2001)

Justifica-se aqui a realização deste estudo pela urgência de se compreender uma epidemia de grande magnitude e a necessidade de se despertar a categoria profissional da enfermagem para um envolvimento abrangente na intervenção e pesquisa no campo da prevenção ao uso e abuso das drogas.



***CAPÍTULO V:
O PARADIGMA PÓS-MODERNO E A
VISÃO CULTURAL DA DROGADIÇÃO***

PARTE I

A INFLUÊNCIA DE NOVAS TEORIAS NAS CONCEPÇÕES MÉDICAS

O otimismo no poder da ciência moderna e da tecnologia para a solução dos problemas da humanidade, apoiado na ilusão emergente de um mundo ‘maravilhoso’ que a industrialização e o capitalismo proporcionariam através da erradicação e controle das doenças e da fartura na produção de bens de consumo, começa a dar lugar a uma percepção dos limites de possibilidades deste progresso em solucionar alguns dos mais importantes problemas humanos. Entre eles, as novas modalidades de transtornos e desestruturação ‘psico-sócio-emocionais’ e a expansão descontrolada da epidemia das drogas, que assumiu tal magnitude, impondo a urgência de soluções. Estas soluções foram exigidas no espaço social e impuseram outras leituras, que não as dos métodos tradicionais positivistas, para o campo das drogas.

Na medicina, especificamente, segundo QUEIROZ (1986), alguns fatores fundamentais contribuíram para abalar os alicerces do paradigma mecanicista. O principal fator diz respeito à deficiência desse paradigma em conceitualizar os modernos problemas da saúde humana. Um outro ponto está em algumas doenças que não se mostram tratáveis pela intervenção tecnológica, baseada no modelo unicausal de doenças, tais como o câncer, doenças do coração, obesidade, hipertensão arterial, diabetes e algumas doenças psiquiátricas.

O autor ainda ressalta um fato que muitos autores têm considerado: as doenças infecciosas de múltipla causalidade interagem o corpo, a mente e o meio ambiente na produção da doença, bem como em sua cura, comentando que algumas dessas doenças fazem parte da flora de germes normais do homem e só se manifestam quando a resistência imunológica diminui, o que remete às condições sociais que as propiciam.

Na temática das drogas, a visão normatizadora insiste em limitar o problema a uma questão de delinquência ou patologia, escamoteando desequilíbrios, na maior parte das vezes, gerados pelo próprio modelo de desenvolvimento dominante. E nesta visão torna-se difícil perceber o quanto o uso de drogas tem retratado os desajustes gerados pela própria organização social.

A antropologia moderna contribuiu magnificamente para o estabelecimento de novas conceituações e na ampliação da visão que inter-relaciona a doença com a medicina, a cultura e a sociedade humana, se estabelecendo também com importantes trabalhos em experiências rituais com drogas nas sociedades urbanas (BIRMAN, 1993). O próximo capítulo, discorre sobre a utilização dos novos modelos de pesquisa científica que elegem a voz do Outro na busca de soluções à problemática das dependências químicas.

PARTE II

A CONFIGURAÇÃO DE UM NOVO PARADIGMA

O desenvolvimento do caráter positivista na assistência médica, a partir da Revolução Industrial, leva a perder a visão unificada do paciente, o seu enquadramento dentro do ambiente hospitalar afasta a compreensão da influência de seu meio social. Os conceitos sociológicos, psicanalíticos e antropológicos nas áreas da saúde, a partir do século XIX abrem possibilidades para um novo paradigma cosmológico e científico: a pesquisa qualitativa.

Freud, inserido num contexto histórico de grande produtividade teórica entre 1914 e 1917, preocupa-se em dar à psicanálise uma teorização dentro dos moldes newtonianos que modelam o discurso científico de seu tempo. No entanto, a não adequação do saber de interpretação da psicanálise aos cânones da cientificidade vigente leva-o a um exercício de adequação deste saber à filosofia, e uma constante preocupação de provar seu valor científico (BIRMAN, 1994)

O discurso freudiano se insere em um contexto parecido ao da história das Ciências Humanas, no qual as emergências teóricas do Círculo de Viena pretendem estabelecer proposições rigorosas para definir o discurso da ciência em oposição radical ao discurso da metafísica. Assim que

o discurso freudiano pode afirmar que os conceitos psicanalíticos poderiam ser enunciados e modificados conforme as vicissitudes das exigências empíricas (...) que o fundamento da ciência é a ‘observação’ e não a construção dos conceitos para a elaboração da ‘teoria especulativa’ e que, o que este discurso realizava efetivamente eram ‘operações de interpretação’. (BIRMAM, 1994, p.18 e19)

Estas teorias, bem como as pesquisas do inconsciente, apesar de permanecerem exiladas do campo da ciência pelas exigências positivistas e pelo referencial de verificação empírica de seus enunciados, favorecem o florescimento de outras disciplinas centradas em temas que permitem esta interlocução disciplinar. DEMO (1985, p.208) também apresenta esta interlocução na formulação do inconsciente da psicanálise, com os pressupostos ontológicos do estruturalismo de *Lèvi-Strauss. Em alguns de seus textos lemos:

... não há dúvida alguma de que as razões inconscientes pelas quais se pratica um costume e se partilha uma crença estão bastante afastadas das razões que se invocam para justificá-las. A diferença essencial entre os fenômenos lingüísticos e os outros fenômenos culturais é que os primeiros jamais emergem a consciência clara, ao passo que os segundos, se bem que tendo a mesma origem inconsciente, se elevam freqüentemente ao nível de pensamento consciente, produzindo assim raciocínios e reinterpretações.

Assim, o estruturalismo de Lèvi-Strauss, em outras palavras, diz que a mente não é uma ‘tabula’ ‘rasa’, mas pressupõe que esta seja ‘codificada’ de acordo com um programa extraível do inconsciente. E nas palavras do próprio *Lèvi-Strauss “A Antropologia Social procura resolver, juntamente com outras ciências, mas que nela, aparece como a forma moderna de uma questão que ela sempre se colocou: a universalidade da natureza humana” (p.210).

De acordo com Lèvi-Strauss a estrutura consiste essencialmente em um conjunto de classificações, um modelo para se pensar a respeito da cultura e da natureza, e também para ordenar a vida pública de uma pessoa. Toda sociedade é constituída de algumas estruturas sociais, e os conflitos que elas de alguma forma propiciam. Lèvi-Strauss em seus estudos sobre mitos e rituais nas sociedades pré- letradas, captou na estrutura intelectual subjacente destas sociedades propriedades semelhantes às encontradas pelos filósofos modernos, nas sociedades modernas.

Estas questões, amplamente exploradas nos meados do século XX, expõem a composição de um novo paradigma que está se impondo no mundo científico, e que passará a dar conta de analisar novos conceitos e novas perplexidades que estão sendo percebidos na subjetividade do ser humano.

* LÉVI-STRAUSS *apud* DEMO, P. Metodologia científica das ciências sociais, São Paulo, Atlas, 1985, 255.

Segundo QUEIROZ & CANESQUI (1986), no campo da antropologia da medicina, RIVERS (1924) realiza um trabalho pioneiro, trazendo categorias que até hoje são utilizadas nas análises de ‘medicinas populares’: a humana, a espiritual ou sobrenatural e a natural; já, a psiquiatria beneficia-se da postura de BENEDICT (1934), que até então supunha a objetividade universal dos quadros mórbidos e LINTON (1956), por exemplo, distingue as anomalias absolutas, válidas para todas as sociedades, das anomalias relativas, capazes de expressar o normal e o patológico, próprios exclusivamente de uma cultura particular. PARSONS (1951) já é conhecido como um dos pais do funcionalismo, uma postura teórica que percebe a sociedade como um equilíbrio mantido por “padrões partilhados de normas e valores em constante luta contra os processos disfuncionais como, por exemplo, o crime e a doença.” (QUEIROZ & CANESQUI, 1986 p.154).

O mesmo autor refere que PARSONS (1951) influencia uma boa parte das pesquisas sociológicas na área da medicina que mesmo adotando uma postura mais empírica, permite que as minorias étnicas sejam amplamente estudadas, como os grupos de origem mexicana e as classes sociais pobres. ZBOROWSKI (1952), neste foco de interesse, verificou que as reações à dor variam conforme a cultura a que um indivíduo pertence, e ZOLA (1975) constatou que a ansiedade, negação ou dramatização dos sintomas, variavam de acordo com a origem cultural de alguns grupos étnicos (QUEIROZ & CANESQUI, 1986).

Referindo-se a mais duas teorias importantes no campo da antropologia da medicina, que enfatizam aspectos subjetivos da realidade, QUEIROZ (1986) ressalta a ‘teoria do rótulo’ e a do ‘internacionalismo simbólico’. A primeira sugere que a sociedade “é muito menos um sistema coerente do que um arranjo pluralístico de grupos que competem entre si para impor sua visão de mundo” (p.157). O que é correto para um grupo, nem sempre é legítimo e correto para o outro. Portanto, a simples criação de uma norma pressupõe necessariamente o aparecimento de desviantes, o que talvez tenha contribuído com o aparecimento do uso descontrolado de drogas no século XX, sendo uma consequência da lógica racional normatizante desenvolvida no século XIX.

O interacionalismo simbólico critica o caráter determinista do sistema social funcionalista, e propõe outra visão, no qual os indivíduos não são constituídos de normas internas de condutas, mas sempre agem de forma inventiva comparada à maneira que aprendeu na sociedade. Além do mais, o indivíduo pode até manipular as regras sociais, no intuito de obter benefícios próprios.

Estas teorias têm contribuído com trabalhos muito interessantes, por exemplo, como o de ROSENHAN (1980). Sua equipe de pesquisadores apresentou-se em 12 diferentes hospitais psiquiátricos com apenas a referência na primeira entrevista, de que estavam ouvindo vozes e sentiam as suas vidas vazias. Todos foram internados com diagnóstico de esquizofrenia, e tiveram seus diagnósticos mantidos por 19 dias de permanência média hospitalar. Mesmo tendo um comportamento perfeitamente normal, os fatos eram freqüentemente distorcidos, por exemplo, os pesquisadores tomavam notas publicamente de seus dados na pesquisa, e esta atitude era vista como um sub-conjunto dos comportamentos compulsivos relacionados com a esquizofrenia. A pesquisa comprova que “uma vez rotulado como doente mental não há nada que possa fazer para desmentir, pois a percepção da realidade depende de uma configuração organizada por uma teoria ou um rótulo” (ROSENHAN 1980, p.158).

Na perspectiva do ‘interacionalismo simbólico’, QUEIROZ & CANESQUI (1986) analisam os estudos de ROTH (1963) em um sanatório de tuberculose onde os pacientes, em virtude da ausência de certeza sobre o curso de tratamento, caracterizam as regularidades dos tratamentos dos colegas para construir normas para eles mesmos, e assim podem estimar em quais estágios da doença se encontram em relação à alta, e suas expectativas influenciam até nas decisões clínicas. Os trabalhos de GOFFMAN (1974), são valiosos na percepção de como o ambiente hospitalar define atitudes e comportamentos nos pacientes, sem oferecer margem para desvios. Em seu estudo em hospitais de doentes mentais, ele observa como o paciente passava por processos de despersonalização ao ter que usar um uniforme, raspar a cabeça, perder o nome e usar um número, etc, aceitando o novo papel com conformismo.

Por outro lado, observou a tendência dos profissionais, que assistiam a esses pacientes, de interpretarem qualquer comportamento considerado normal em outro contexto, como sinal de patologia.

Goffman mostra que o comportamento desses pacientes é adequado ao contexto no qual eles atuam. Num ambiente deprivador e punidor que ataca o mais íntimo senso de autonomia e privacidade, o comportamento dos internados em face desta situação, mesmo que bizarro em outros contextos, não deve ser visto como sinal de demência, mas como uma resposta compatível com as condições em que são obrigados a viver. (GOFFMAN, 1974, p.158)

Ressaltam-se estes conceitos e estas teorias no sentido de sinalizar uma variedade de questões, imperceptíveis anteriormente, na visão positivista e mecanicista do ser humano e do processo saúde-doença, e da importância que estes trabalhos têm na contribuição de utilizarem-se de métodos mais abrangentes para dar conta das perplexidades e problemas do ser humano, a partir de uma visão mais holística. Pretende-se no próximo tópico ressaltar as teorias que influenciaram mais diretamente as pesquisas modernas na área da drogadição.

PARTE III

AS CONTRIBUIÇÕES DE LÈVI-STRAUSS E VICTOR TURNER.

Dentro do estruturalismo, foi Lèvi-Strauss quem se preocupou diretamente com o tema da medicina. Ele destrói as concepções funcionalistas que explicam o sistema social a partir das necessidades humanas naturais de caráter biológico ou psicológico, como explicou MALINOWSKI (1984), propondo que as necessidades humanas estão subordinadas à estrutura social. Conforme enfatizam QUEIROZ & CANESQUI (1986, p.160), ao referirem suas proposições:

como a estrutura social não é simplesmente um dado concreto, diretamente observável, mas parte da organização simbólica imposta inconscientemente pelo cérebro humano, em simbiose com a cultura, estes elementos organizam o pensamento, os sentimentos e as sensações humanas, condicionando assim, o sentido de necessidades humanas.

Estas idéias ligadas à medicina foram expostas principalmente na história de um índio do nordeste americano, chamado Quesalid, que havia se tornado um grande curandeiro. A eficácia simbólica é enfatizada por Lévi-Strauss, onde os símbolos socialmente poderosos, curam pacientes que incorrem numa espécie de desvio social, pela doença. Quesalid, o 'shaman' torna-se um curandeiro eficiente, à medida que seu desempenho é reconhecido pelo grupo social. "Quesalid não se tornou um grande 'shaman' porque ele curava as pessoas: ele curava seus pacientes porque tinha se tornado um grande 'shaman'." (QUEIROZ & CANESQUI, 1986 p.160). Suas idéias sugerem na medicina um vasto campo de estudos ligados ao caráter psicossomático das doenças.

Dentre os autores estruturalistas, quer-se também ressaltar Victor Turner, que ao estudar as idéias oriundas de estudos de tribos africanas, quando surge a noção de que as doenças refletem um desequilíbrio social, mostra em seus estudos sobre ritos que o curandeiro Ndembu preocupa-se mais em remediar os males do corpo social, crendo que a doença de um indivíduo sinaliza que 'alguma coisa está podre' no grupo social corporado. (QUEIROZ, 1986).

Este autor é de particular interesse, pois ele examina cuidadosamente uma hipótese que procura explicar os atributos de grupos marginais, que preenchem espaços liminares nas estruturas sociais. A ordem social engendra posições ambíguas como por exemplo, os loucos, os mendigos, os hippies, os adolescentes. Estes indivíduos freqüentam um espaço percebido inevitavelmente como suspeita de anormais, devido ao fato de serem fronteiros a duas ordens. Em virtude de ser estas propostas que embasam muito dos trabalhos etnográficos contemporâneos na área do conhecimento do dependente químico, dedicar-se-á um espaço maior de exposição nos parágrafos seqüentes.

3.1. A LIMINARIDADE E OS GRUPOS MARGINAIS.

Para se compreender as definições de Turner, é necessário entender a noção de estrutura social. Alguns autores sociólogos, segundo TURNER (1974, p.153), como Eister e Spencer, consideram a estrutura social

como a combinação mais ou menos distintiva de ‘instituições’ especializadas e mutuamente dependentes, e as organizações institucionais de posições e de atores que implicam, todas originadas do curso natural dos acontecimentos, à medida que os grupos de seres humanos com determinadas necessidades e capacidades atuaram uns sobre os outros (...) e procuram enfrentar o meio ambiente.

A estrutura social pode incluir relações fundamentais, como do sistema de parentesco, ou a persistência de grupos etários, os clãs, as castas, etc. Tem-se a noção de uma combinação de posições e situações sociais, podendo ser comparado a um feixe de entrelaçamento de relações, posições e instituições, eventualmente conflitivas.

Turner em suas pesquisas com rituais na África Central tenta perceber as transformações que ocorrem nas estruturas sociais e o valor dos rituais nestes processos de mudanças. Ele descobriu entre os Ndembu, que existe uma estreita conexão entre o conflito social e os rituais, e que a multiplicidade de conflitos está relacionada com uma alta frequência de rituais. Percebe que frequentemente, nas culturas humanas, as contradições, assimetrias e anomalias estruturais são recobertas por camadas de mito, rituais e símbolos, e que estes salientam o valor dos princípios estruturais básicos, em relação às mesmas situações nas quais parecem ser mais inoperantes.

Os rituais têm um valor altamente simbólico e estes símbolos não têm sempre a mesma ordem lógica: estão ligados ao campo da experiência social e da avaliação ética. Os símbolos possuem propriedades, conforme TURNER (1974, p70), que as classifica em “condensação, unificação de referências dispares, e polarização de significado”.

Entre os vários rituais estudados por Turner, salienta-se os rituais de ‘transição’, ou ritos de passagem. Eles são caracterizados por rituais que acompanham toda mudança de ‘lugar’, ‘estado’, ‘posição social’ e de ‘idade’. Estes conceitos de ‘estado’ e ‘transição’ estão dentro de um conceito mais amplo que ‘status’ e ‘função’.

Uma característica importante dos ritos de passagem, é que eles possuem três fases: a separação, a margem (ou o limem) e a agregação. Por exemplo, o menino Ndembu, ao passar de garoto para a fase adulta, é separado da comunidade por um tempo, ficando à margem, numa situação liminar na qual perde seu ‘status’ e passa por um período de ritos específicos. Sua agregação ao grupo, será já como adulto, devendo agir, a partir de então, dentro dos padrões de comportamento de um Ndembu adulto.

Importante é entender o que ocorre neste momento de marginalidade, que Turner denomina de 'liminaridade'. No momento em que o indivíduo ritual permanece nesta liminaridade, ele não se encontra em nenhum espaço das estruturas sociais, está num espaço ambíguo, onde não possui 'status', propriedades, insígnias, roupa comum indicativa de seu papel social. Nos rituais Ndembu, os neófitos (ou os que estão passando pelo momento liminar), são reduzidos ou oprimidos até estarem numa condição uniforme com os outros neófitos e, a partir de então, serem modelados de novo e dotados de outros poderes, para se capacitarem a enfrentar sua nova situação. As distinções regulares de classe, desaparecem, ou são homogeneizadas. (TURNER, 1974).

O que ocorre de interessante nos fenômenos de liminares é que eles oferecem um momento de homogeneidade e camaradagem, como sendo uma 'área da vida em comum', não estruturado, ou rudimentarmente estruturado, numa comunhão de indivíduos iguais. Turner denomina esta comunidade de 'commnitas', e podemos considerá-la como uma antiestrutura em relação à estrutura social anteriormente definida. Estas posições reconhecem a estrutura social como tal, ou seja "a liminaridade implica que o alto não poderia ser alto sem que o baixo existisse" (TURNER, 1974 p.119).

O autor conclui que para os grupos, a vida social é um processo dialético que abrange a experiência sucessiva do alto e do baixo, de 'communitas' e estrutura, homogeneidade e diferenciação, igualdade e desigualdade. E a passagem de um estágio para o outro é feita através da ausência de 'status'. Isto ocorre em nível individual ou grupal. No entanto, percebe-se que as situações liminares ou os papéis liminares são considerados freqüentemente perigosos, ou contaminados, ou ainda com propriedades mágico-religiosas.

DOUGLAS (1976), em seu livro "Pureza e Perigo", define claramente que aquilo que a sociedade ou as pessoas não conseguem incluir nos critérios tradicionais de classificação, ou que se situem em lugares fronteiros, quase sempre são considerados 'perigosos' ou 'contaminados'. Assim, as manifestações sociais que se caracterizam por uma antiestrutura, parecem ser anárquicas, perigosas e são sempre envolvidas com prescrições proibitivas, até porque estes grupos 'marginais' possuem uma 'moralidade aberta' enquanto a estrutura social possui uma 'moralidade fechada'. Os grupos abertos

protegem-se contra as ameaças de sua escolha de modo de vida, e com isto renova-se o desejo de manter as normas dos grupos fechados, necessárias à vida social.

Pode haver outras áreas de manifestações liminares, reconhecidas pelo simbolismo e crenças que as envolvem, como por exemplo o ‘bobo da corte’, a figura lendária do ‘Zorro’, a história do ‘o bom samaritano’, a fantasia do ‘super-homem’, etc. Em nossa sociedade ocidental, um fenômeno surpreendente de manifestação dentro dos valores de ‘communitas’, foi o comportamento conhecido como a ‘geração beat’, e logo depois os ‘hippies’, e mais atualmente o movimento ‘Rave’.

Estes grupos de adolescentes ou jovens adultos, que infelizmente em nossa sociedade não possuem os ritos de passagem, fogem da ordem social e adquirem estigmas, como os “hippies”, que se vestem como ‘vagabundos’, e possuem hábitos, gosto musical, e sempre se colocam em posição subalterna em suas ocupações casuais. Pela utilização de símbolos ecléticos e sincréticos, reproduzidos de repertórios religiosos, ou de drogas para se ‘expandir o pensamento’, da música ‘rock’, com suas luzes alucinantes, eles tentam estabelecer uma comunhão total de uns com os outros. Tentam encontrar uma experiência transformadora que atinja a raiz do ser, e nestas raízes um ideal compartilhado (TURNER, 1974).

Outra característica importante é a sexualidade que se apresenta polimorfa, nos ‘communitas’, não sendo representada como uma base para os vínculos sociais, como na sociedade estruturada. Isto constitui uma preocupação, principalmente depois do aparecimento da Aids. O movimento “rave”, por exemplo, que esta se introduzindo no Brasil, é um movimento que congrega milhares de jovens europeus, que se encontram em festas gigantescas, nas quais a liberdade sexual é sem limites e está intrinsecamente vinculada ao uso de um novo psicoativo, o “Ecstasy”, e também a novos usos de substâncias mais antigas como o LSD e as anfetaminas (BASTOS, 1994).

Vale lembrar que existe uma homologia etimológica estabelecida freqüentemente entre as palavras ‘êxtase’ e ‘existência’. Cabe neste caso o sentido de existir como ‘estar fora’, isto é, estar fora da totalidade das posturas e posições estruturais da sociedade. Existir seria, de forma homóloga, ‘estar em êxtase’.

Segundo TURNER (1974, p.155), a liminaridade, a inferioridade estrutural e a marginalidade são condições em que freqüentemente se geram os mitos, símbolos, rituais, sistemas filosóficos e obras de arte. “Os profetas e os artistas tendem a ser pessoas liminares ou marginais, ‘fronteiriços’. O certo é que nenhuma sociedade pode funcionar adequadamente, sem esta dialética, pois a antiestrutura abre caminho para a mediação da estrutura, e nos ‘ritos de passagem’ os indivíduos são liberados da estrutura, e entram nas ‘communitas’ apenas para serem revitalizados e retornarem à estrutura. Turner enfatiza que os exageros da estrutura podem levar a manifestações patológicas das ‘communitas’, mas que mesmo nas sociedades mais simples existe esta distinção entre estruturas e antiestrutura das ‘communitas’, encontrando sua expressão simbólica nos atributos culturais de marginalidade. Juntos, estes espaços constituem “a condição humana, no que diz respeito às relações do homem com seus semelhantes” (TURNER, 1974 p.159).

Talvez os exageros estruturais que a racionalidade positivista gerou tenham levado o ser humano a um grau de rigidez estrutural que a busca destes espaços liminares sejam a tentativa de se trazer o equilíbrio social, que era restabelecido nas sociedades tribais pela simbologia dos rituais.

3.2. CONTRIBUIÇÃO DOS ESTUDOS ETNOGRÁFICOS NAS PESQUISAS DA DROGADIÇÃO.

Contemporaneamente estes enunciados têm influenciado nos novos modos de se encarar as dificuldades, ou até nas impossibilidades de se prevenir o uso de substâncias psicoativas, compreendendo que, além de serem substâncias produtoras de prazer, a questão da proibição atrai o fetiche da ritualização do uso das drogas. Vários estudiosos do uso de psicoativos têm chamado a atenção para os seus aspectos rituais. Para Norman Zimberg, até certo ponto, todos os usuários de drogas ritualizam seu consumo. ZIMBERG (1984) acredita que o ‘uso controlado’ dessas substâncias encontra respaldo nos rituais subculturais e nas sanções culturais. A diferença entre rituais e as sanções sociais é a do comportamento versus crença ou prática versus dogma (MAcRAE, 1994, p.107).

*GRUND (1993, p.108) refere que para alguns pesquisadores os rituais não visam metas sagradas, mas metas sociais. “A satisfação do ato está em seu cumprimento, é um ato que serve para dar unidade, identidade e transição aos participantes. Seu valor está em sua execução.” O autor também enfatiza que diferentes níveis de disponibilidade de droga estão associados a diferentes rituais de administração.

Para que uma droga seja ritualizada, ela deve ser escassa e ter sua importância reconhecida pelo grupo.(...) o ritual não é uma condição estática, mas sim um processo gradual e dinâmico relacionado à disponibilidade.

Concluindo, *GRUND (1993, p.109) acredita que quanto mais um grupo desviante (das normas e dos comportamentos dominantes) é segregado, mais desviante ele se apresentará.

Os comportamentos, normas e valores mais desviantes serão enfatizados e reforçados, resultando então em uma subcultura altamente separada, intraindependente e monofocal, cujos integrantes terão muita desconfiança em relação à cultura dominante. Isso implica novamente que a ritualização seja um processo sujeito às reações da cultura dominante.

A subcultura da droga passa a ser uma entidade social segregada, com valores próprios, de difícil acesso, o que torna a pesquisa nos moldes quantitativos inexpressiva da totalidade que incorpora a realidade destes indivíduos. A abordagem etnográfica apresenta-se como um foco aberto a uma pesquisa mais abrangente.

No final da década de 80, *GRUND, adotando a abordagem etnográfica de ‘foco aberto’, inicia uma observação participante intensa das práticas de auto-administração da heroína e cocaína, em locais públicos na cidade de Roterdã e na casa dos usuários destas drogas. Esta metodologia permitiu aos pesquisadores encontrar dados inesperados, como a prática chamada de ‘front loading’ em que uma mesma dose de droga é compartilhada numa seringa comum, uma importante via de transmissão de HIV, entre os usuários das drogas injetáveis. As observações eram estruturadas a partir de um protocolo observacional de elementos endógenos e exógenos dos rituais observados, e eram

* GRUND (1993) *apud* MACRAE, E.A.- Abordagem etnográfica do uso das drogas. In: Drogas e Aids: estratégias de redução de danos, Rio de Janeiro, 1994, 214p.

realizadas durante os episódios de uso. As interações verbais, nesses momentos, variavam entre discussão de generalidades e discussão do uso da droga em si, quando as perguntas não eram percebidas como intrusivas, pois se evitava tomar notas diante dos sujeitos. Evitavam-se também as entrevistas em profundidade, buscando-se informações adicionais em conversas informais. Mediante este estudo, foram feitas descrições detalhadas de mais de 95 rituais envolvendo fumar, injetar e aspirar a droga.

Para reforçar a análise qualitativa, foi realizado um pequeno 'survey' dos usuários freqüentadores da Estação Central em Roterdã (conhecido ponto de reunião dos toxicômanos) e mais 61 entrevistas visando a uma expressão demográfica da população e algumas perguntas visando perceber algumas representações sociais dos indivíduos, complementadas com informações de dados coletados pelo sistema de informações sobre drogas de Roterdã. Todas estas informações foram utilizadas como suplementares para testar a validade de certas interpretações.

Algumas informações obtidas através desta pesquisa, transformaram-se em dados importantes, principalmente no enriquecimento do debate em relação à prevenção da Aids nessa população. Constatou-se, por exemplo, que tanto os rituais de fumar como injetar, preenchem funções instrumentais importantes como maximizar o efeito obtido de determinada dose, controlar o nível de uso, lidar com os efeitos positivos ou negativos e prevenir problemas secundários, e principalmente esses rituais demonstram elementos de elaboração simbólica.

Os rituais realizam uma função social, evidenciada no constante compartilhar da droga, e este tem função instrumental como evitar a síndrome de abstinência. Além disso, é também um fator de socialização, reforçando e estabelecendo relações interpessoais e contribuindo para a manutenção da subcultura da droga.

A partir destas e outras questões, o autor formula a seguinte hipótese:

A disponibilidade da droga, rituais e regras, e estruturação de vide, constituem uma trindade fatores interativos num processo circular, internamente coerente, em que esses fatores são por sua vez modulados (modificados, corrigidos, reforçados, etc.) pelos resultados. É portanto um circuito auto alimentado (feedback circuit) que determina a força dos processos de auto regulamentação que controlam o uso das drogas" (*GRUND, 1993 p.112).

Comparando esta formulação com o impacto de políticas de controle do uso de drogas proibicionistas ou liberalizantes, *GRUND (1993) concluiu que o proibicionismo interfere com os processos naturais de auto-regulação de uso, e que a liberação deve ser vista como uma condição de possibilidade de instauração de outras políticas de controle das drogas, que facilitem os processos naturais de auto-regulamentação do uso sem recorrer à sua criminalização.

O que interessa, ao colocar estes dados e conclusões, é ressaltar como estes métodos da antropologia social fornecem dados significativos para um melhor entendimento da questão, mostrando que, numa abordagem interdisciplinar do tema, a etnografia é mais que uma primeira etapa exploratória do campo, pois sua “inserção no campo permitiu uma visão mais complexa das questões pesquisadas, inacessíveis a estudos exclusivamente quantitativos” (MAcRAE,1994, p.112).

É importante, no entanto, não se pensar nesses métodos qualitativos como excludentes do quantitativo, mas como métodos complementares. Estudos qualitativos podem também ser adaptados às necessidades da epidemiologia, sem perder a força e enriquecimento da compreensão e avaliação dos dados numéricos, que são produzidos na pesquisa quantitativa. Vale ressaltar que “dados etnográficos provenientes de uma cultura não podem ser automaticamente generalizados para outras”. Aqui no Brasil este é um campo de estudos com poucos trabalhos que apontam para particularidades do uso de drogas entre nós, e que sinalizam a necessidade de se incrementar as pesquisas nesta área.

Ressalta-se a importância do uso destes métodos, como instrumentos indispensáveis atualmente na elaboração de políticas preventivas que definam um

espaço de atuação mais coerente com a realidade do usuário no Brasil, evitando, assim, um direcionamento massivo de efeitos negativos como os que têm adquirido proporções alarmantes em outros países. O aparecimento da Aids, segundo LARANJEIRA (1996), provocou uma mudança profunda no significado das concepções das dependências às substâncias psicoativas. A abstinência completa era a tendência na

* GRUND (1993) *apud* MAcRAE, E.A.- Abordagem etnográfica do uso das drogas. In: Drogas e Aids: estratégias de redução de danos, Rio de Janeiro,1994,214p.

terapêutica. A necessidade de reduzir o dano, ou seja, prevenir a infecção pelo HIV, forçou o sistema de tratamento a tornar-se mais realista e optar por uma mudança de alguns comportamentos em relação ao uso de drogas.

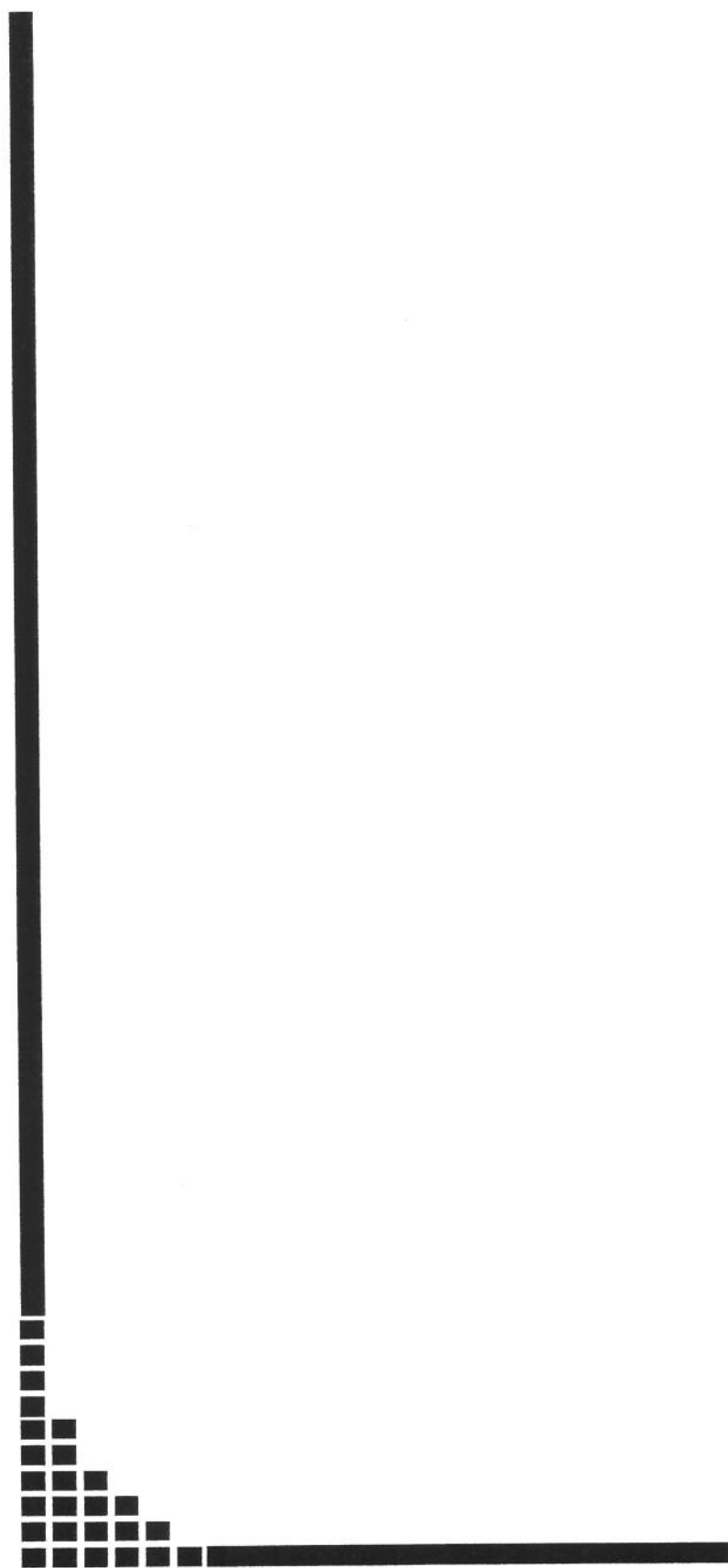
Os objetivos desta proposta são prevenir o uso indevido de drogas e as infecções entre os indivíduos que fazem uso de drogas injetáveis. Compreende-se por redução de danos as ações dirigidas para que o usuário de drogas injetáveis não se infecte com o HIV, no período de vida no qual não pode ou não quer parar de usar drogas. Estas ações são desenvolvidas basicamente por meio da disponibilização de insumos de prevenção, como seringas, agulhas, preservativos, materiais educativos, informativos e outros. (SUDBRACK & SIQUEIRA, 2000).

Esta proposta de medidas preventivas introduzidas pelo programa de redução de danos, fortalece a urgente necessidade de reavaliação das ideologias e da ética que têm direcionado as propostas preventivistas na área da drogadição.

Conforme elucida XAVIER DA SILVEIRA (1993), cada modelo de prevenção deve ser adequado às peculiaridades e à realidade sociocultural da população-alvo a que se destina. Deve ter por objetivo ajudar os indivíduos a refletir sobre o problema, compreender as motivações do uso e abuso de drogas e, finalmente, poder intervir de forma criativa.

“A prevenção é um problema de todos e não somente de especialistas.” (XAVIER DA SILVEIRA, 1993). Cabe a cada grupo social, a cada categoria profissional, um papel específico na mobilização social para o fortalecimento de subsídios que corroborem na elaboração de estratégias preventivas eficazes.

Neste contexto, momento de uma problemática crescente e complexa na temática do uso e abuso de drogas, qual tem sido o discurso da enfermagem no Brasil, na área da prevenção às drogas? As questões apresentadas, levam a pressupor que a enfermagem mantenha as mesmas ambigüidades e contradições dos discursos preventivos já referidos, principalmente por não haver um interesse marcante em estudos nesta temática, por isso reafirma-se a importância em se delinear o perfil em que vêm se modelando as concepções da categoria profissional da enfermagem em sua história intelectual na prevenção ao uso e abuso de drogas.



*ANÁLISE E
CONCLUSÕES*

Neste recorte na 'história das idéias' na produção acadêmica e científica da enfermagem, percebe-se um convívio entre paradigmas mostrando que o aparente conflito entre idéias e conceitos pode ser salutar e revitalizante no desenvolvimento da ciência. A revelação da permanência de idéias punitivas no controle dos pacientes dependentes internados choca-se com a abertura de posturas liberais de respeito à escolha individual retratada em atividades de troca de seringas dos programas de redução de danos.

A enfermagem, mantendo certa multiplicidade de discursos, abre-se para o crescimento e desenvolvimento, pois a ciência que tende a se institucionalizar no interior de seu contexto histórico e cultural perde sua finalidade, pois a verdadeira ciência rompe com a ordem vigente numa perspectiva futurista, podendo representar seu papel de encontrar perspectivas mais universais e objetivas. A análise revela uma multiplicidade de discursos, dos quais destacaremos os predominantes.

1. A PERSISTÊNCIA DA ÉTICA MORAL.

Inicialmente abordam-se algumas idéias que, apesar de serem reminiscências de conceitos predominantes no século XVIII, quando o sujeito é construído numa moralidade racional, permanecem em alguns enunciados dos resumos pesquisados e revelam sua persistência. Caracterizaram-se por conceituações no modelo jurídico-moral, enquadrados numa ética na qual, segundo *COSTA, o indivíduo é privado de razão e de vontade a partir de dois pontos de vista:

- a manifestação da conduta tem uma causa fisiológica que escapa a razão e a vontade do sujeito.
- ele também é privado não só pelas causas mas também pelas conseqüências jurídicos - legais dos seus atos.

* COSTA *apud* FERREIRA FILHO, J & FIGUEIREDO, A. C.- **Ética e saúde mental**. Rio de Janeiro, Tapbooks, 1996.

Talvez por ter sido exatamente no momento que em a enfermagem aparece como profissão e os valores vigentes eram a disciplina, a vigilância e a punição, e o controle na utilização do corpo, que ainda encontramos atitudes punitivas e subalternas, como as que se revelam neste recente trabalho:

A partir do estudo realizado, constatou-se que os usuários de álcool e drogas continuam recebendo tratamento em hospitais psiquiátricos e que o papel da enfermagem junto a estes pacientes continua sendo o de vigilância, punição e de encaminhamento das situações para os outros profissionais da equipe, principalmente para o médico. (FARIAS *et al.*, 2000 p.56)

Estes cuidados estão enquadrados dentro de uma ética moral, na qual existe uma definição da posição prévia de relação entre o agente de cuidado e o sujeito que é tratado, ficando o primeiro numa escala de superioridade em relação ao outro. *COSTA explica a posição inferior do paciente nesta racionalidade moral: “Porque ele possui um distúrbio ou apresenta uma conduta de origem biológica subjacente seus atos são lesivos ao meio em que vive e, conseqüentemente, ele é tido como incapaz ou irresponsável pelo que faz” (p.29).

A disciplina e a vontade própria são exercitadas nesta pedagogia moralizadora do sujeito, em que a razão social prevalece ao individual como se identifica neste enunciado: “faz-se necessário que os tabagistas tenham força de vontade o suficiente para deixar o vício, pois além dos fumantes também, os não fumantes sofrem as conseqüências oriundas do cigarro” (NERY, PINHEIRO, SANDOVA, 2000 p.431).

Na persistência do valor jurídico-moral, no qual os modelos de sujeitos são a normalidade, e considera-se ‘anormal’ o que representa a diferença do ‘outro’ na exterioridade dos ‘outros’, é que se percebe a presença de preconceitos em alguns resumos. Estes preconceitos conseqüentes do espaço marginal que esta racionalidade engendra, revela-se em idéias como estas: “O drogadicto não se comporta e nem se submete como o louco, porque não é nem louco e nem doente e sim um misto de tudo que não presta socialmente” (SOBRAL, SANTOS, FRANÇA, 1990, p.106).

* COSTA *apud* FERREIRA FILHO, J & FIGUEIREDO, A. C.- **Ética e saúde mental**. Rio de Janeiro, Tapbooks, 1996.

O paciente alcoolista ou o drogadicto encontram-se fora dos padrões comuns dos pacientes internados, num espaço liminar entre o louco e o doente gerando nos profissionais de enfermagem sentimentos e “expressões de medo, ansiedade, insatisfação e, dó” (SILVA & CASTRO, 2000, p.647). Estes sentimentos e as idéias preconceituosas, frutos da discriminação e marginalização destes grupos, causam principalmente uma estranheza em lidar com estas diferenças. Portanto, “pode tornar-se difícil por exemplo, cuidar de alguém que destruiu seu fígado, sabendo-se que os problemas foram altamente induzidos ‘apenas’ porque o cliente ‘não foi capaz’ de controlar seu consumo abusivo de álcool” (VARGAS, MIRON, HILDBRANDT, 2000, p.20).

Conseqüentes a estes conceitos, alguns estudos recentes mostram uma preocupação em verificar o perfil do atendimento de enfermagem a estes pacientes, levando às seguintes conclusões:

Dentre as considerações a que chegamos pode-se dizer que é difícil para os profissionais compreenderem a gama e fatores interatuantes que se fazem presentes no alcoolismo como doença. O que faz com que esse paciente seja visto como um doente proposital. (VARGAS, MIRON, HILDBRANDT, 2000, p.20)

O preconceito, a estranheza e a incompreensão deste paciente especial, têm acarretado algum prejuízo na qualidade do cuidado prestado, e “a análise dos dados permite concluir que a assistência de enfermagem a alcoolistas é insatisfatória” (ROSA, 1991, p.215). Vários trabalhos avaliam estas questões em que “os autores concluem que idéias preconceituosas permanecem no formando em relação ao alcoolismo e que o paciente alcoolista gera ‘sentimentos negativos’ nos profissionais de enfermagem durante as relações de ajuda.” (MERLOS, 1986, p.49).

2. O PERÍODO NATURAL E A VISÃO ORGANICISTA DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA.

No organicismo positivista a causa do vício já não é mais de ordem moral, e busca colocar a dependência numa classificação nosológica, na qual se cataloga a doença em fenômenos observáveis através do experimentalismo e da quantificação. Tentando se amoldar aos padrões positivistas que valorizam os aspectos biológicos e anatômicos da

doença, e enfermagem perde a oportunidade de explorar as questões psico-emocionais que envolvem a problemática da dependência química, levando a um despreparo na compreensão e atuação com este paciente, como sinalizou uma recente pesquisa com a equipe de enfermagem de um pronto-socorro geral.

Os sentimentos apresentados variavam entre pena, medo e raiva, dependendo do tipo de comportamento apresentado pelos pacientes. O despreparo para o cuidado aos aspectos emocionais desses pacientes ficou evidenciado durante o estudo. O atendimento prestado ao paciente dependente de álcool foi quase exclusivamente voltado aos aspectos técnicos da profissão, em uma vertente organicista/biológica, ou seja, administração de medicação e contenção do paciente. (CAMPOS, 2000, p.63)

Para a enfermagem, o contato direto com o paciente proporciona-lhe um conhecimento das razões subjetivas de cada sujeito, que é colocado à parte como um saber não científico no paradigma dominante, e também desvalorizado.

As posturas subalternas, não somente da enfermagem, mas também de outros profissionais da saúde e do próprio paciente, revelam a permanência de padrões de pensamentos do paradigma positivista que elegeu o médico como detentor do saber científico, nesta área. O poder de cura inerente ao organismo é transferido ao médico e as intervenções que ele domina na tecnologia e na farmacologia, aumentando o distanciamento entre as posições do agente do cuidado e o sujeito cuidador.

3. PREVENÇÃO –UM ELO ENTRE O NATURAL E O SOCIAL.

As idéias preventivas nos trabalhos estudados colocam-se inicialmente como sinalizadores de um despertar para o problema da prevenção ao uso e abuso de drogas, dentro de uma visão social, com sugestões que envolvam a coletividade e a comunidade acadêmica:

..mais uma vez comprovada a necessidade de se estabelecer por parte das autoridades, tanto legais quanto da saúde, modificações urgentes nas políticas de prevenção em relação a um dos problemas mais graves de saúde pública coletiva. (BEZERRA,1998, p.106)

Sendo assim, antes que estes percentuais encontrem proporções alarmantes, os órgãos responsáveis pela saúde pública do município de Alfenas, deveriam iniciar um programa de prevenção às drogas nas escolas. (MOREIRA,1995, p.484)

No processo da história, paralelamente a postura racional que investiga, disseca e decompõe, ocorre uma troca de 'eixo político da individualização' que reconhece a interdependência do individual com o social, mesmo que inicialmente surja dentro de uma supremacia do social racional sobre o individual. Este reconhecimento das relações sociais nas alterações da saúde mental e física toma corpo na Psiquiatria Preventiva dos anos 70, e prepara o solo para o florescimento mais contemporâneo da visão psicossomática das doenças.

4. O MODELO SOCIOCULTURAL E A PEDAGOGIA NA PREVENÇÃO.

Nos resumos analisados, as abordagens preventivas se enquadram predominantemente no modelo social de abordagem educativa. "Outro objetivo do programa é a prevenção, através de palestras e matérias educativas, com o esclarecimento dos detalhes desta doença e particularidades do próprio programa." (RAMOS, BUENO, KUSTON, 1996, p.232).

Neste modelo de abordagem supõe-se que a falta de conhecimento 'científico' signifique falta de opinião sobre o assunto, o que leva a se concluir que o aumento do consumo ocorre porque se ignoram os graves problemas na saúde conseqüente da dependência química. A visão pedagógica é bastante acentuada na enfermagem, chegando a recomendar a informação como protetora e preventiva dos males dos vícios, como explicitado nesta conclusão: "devemos atuar em núcleos comunitários como verdadeiros agentes de saúde, pois a informação ainda é a melhor arma contra o vício" (CAMPOS, SOUZA, ALBUQUERQUE,1996, p.227). A credibilidade no poder da educação esta presente em vários trabalhos, sem deixar de responsabilizar o paciente, e assumir como profissionais de saúde sua função educativa.

É preciso que medidas cabíveis sejam tomadas, como o planejamento e implementação de programas e campanhas educativas, visando dessa forma estabelecer um processo de sensibilização a respeito dos malefícios que o tabagismo proporciona a saúde, possibilitando assim contribuir para a promoção da vida individual, coletiva e ambiental. (NERY, PINHEIRO, SANDOVA, 2000, p.431)

“Cabe a nós, enfermeiros e professores, desempenhar nossos papéis de educadores junto ao adolescente e sua família” (FRANCHESCH & CARDOSO, 1998, p.143). A enfermagem não apenas sugere ações, mas reconhece e realiza sua função educativa e preventiva, quando encontra uma oportunidade:

Considerando a inexistência de programas oficiais de prevenção do tabaco nas escolas e o papel dos profissionais da saúde e da educação na promoção da saúde, as autoras desenvolvem ações educativas na prevenção do tabagismo entre alunos e professores das escolas municipais da região sul da cidade de Londrina.” (HIRAZAWA *et al*, 1999, p.35)

“A realização deste projeto nos favoreceu o contato com a realidade da função educativa e sobretudo preventiva presente na enfermagem.” (RODRIGUES *et. al* ,1999, p. 317).

As atitudes geradas por estes conceitos, não desenvolvem esforços no sentido de conhecer a realidade das expectativas e hábitos dos indivíduos-alvo desta prevenção; sendo assim, só resta dar ao público potencialmente usuário aquilo que esta concepção tem de mais valor: o próprio conhecimento. Na busca destes objetivos, este modelo racional de prevenção elege a educação efetiva, o conhecimento científico, a educação para a saúde, e a modificação das condições de ensino, como modelos básicos de atuação, e estes devem ser aplicados no indivíduo sadio, ou em ‘doentes assintomáticos’.

Algumas sugestões que enfatizam estes modelos também fazem parte das propostas preventivas na enfermagem.

Baseado nos resultados obtidos os autores sugerem que as instituições de ensino adotem políticas de educação e prevenção sobre o uso de substâncias psicoativas, incluindo uma reestruturação dos programas de ensino daquelas disciplinas que abordam o tema. (ROSA, TONHOM, ZANATI, 2000, p.31)

São apresentados os efeitos danosos da dependência pesada de drogas, mas nunca são omitidos todos os efeitos, prazerosos ou não, gerados pela ação de substâncias psicoativas. Na EEUFMG esta experiência vem sendo desenvolvida pelas autoras em dois momentos do currículo, quais sejam: uma disciplina optativa denominada 'Dependências Químicas na Adolescência' e na disciplina obrigatória 'Saúde Coletiva II'. (SILVA & COSTA, 2000, p. 27)

O que pensamos inicialmente, é que se faz premente introduzir esta discussão, ou ao nível curricular, ou através de políticas mais eficazes de esclarecimento e prevenção ao abuso de álcool, numa ação global que deve partir da Universidade. (SANTOS *et.al*, 2000, p. 33)

É imprescindível que nos currículos das escolas e universidades sejam inseridos conteúdo referente às drogas. As abordagens utilizadas jamais deverão ser autoritárias, repressivas ou transmissoras. A pedagogia crítica se apresenta como uma possibilidade de reflexão entre discentes e possivelmente operadores de mudanças. (CASANOVA & SOUZA, 2000, p.43)

A racionalidade é ordenatória, portanto interventora, procurando prever os movimentos dos objetos, sejam realidades materiais ou sociais e a ciência moderna tenta também antecipar, impedir, conduzir, orientar, numa postura de superioridade em relação a seu objeto de atuação ou cuidado. Nesta perspectiva o jovem, aparece como um ser indefeso, precisando de orientação e proteção e que, segundo BUCHER (1993) incentiva a passividade reduzindo a autonomia pessoal, obtendo-se com isto uma desmotivação.

Este estudo tem a opinião de que, o que se perde significativamente nestes modelos é exatamente a perspectiva real do problema, impedindo de se olhar o usuário ou o dependente dentro de uma concepção mais humana e compreensiva de sua realidade. Ocorre uma cegueira na capacidade de se enxergar o outro como ele é, ou uma surdez em ouvir sua voz. Isto leva a contradições e falsas suposições, como se pode perceber em alguns trabalhos, em que se buscou conhecer a opinião dos pacientes ou escolares, e mesmo diante de um nível satisfatório de conhecimento por parte destes, as sugestões continuam sendo informativas e educativas.

Em um dos trabalhos, buscou-se avaliar o nível de conhecimento das puérperas sobre os danos que o tabaco causa à mãe e ao concepto.

Através dos dados coletados, identificamos que a maioria das puérperas tem conhecimento dos riscos que o tabaco causa à gestante e ao conceito, enfatizando que tanto a mãe quanto o filho correm risco de vida. Relataram ainda que, não só a pessoa que fuma, mas os que estão próximos aos fumantes, estão expostos aos mesmos riscos do tabaco.(...) A maioria referiu que o câncer é um dos maiores problemas que o tabagismo causa à mulher. E quanto ao conceito, algumas referiram problemas respiratórios, outras relataram que prejudica o peso do conceito pois as crianças nascem pequenas. (BASTOS, SOBREIRA, COSTA, 2000 p.521)

O interessante, no estudo, é que mesmo os dados tendo revelado um excelente nível de conhecimento dos riscos do tabagismo entre as puérperas, as pesquisadoras ainda concluíram que:

Nós, como profissionais de saúde, atuantes nos diversos níveis da assistência, devemos informar, orientar, esclarecer, apoiar as gestantes durante o pré-natal, mostrando-lhes a importância de uma gravidez tranquila sem riscos para ela e o bebê. (BASTOS, SOBREIRA, COSTA, 2000 p.521)

A dificuldade de se perceber uma postura de valorizar o conhecimento e a informação como saída para os problemas, mantém o oferecimento do mesmo como um ‘remédio’, perdendo-se a percepção de que neste caso, ele já não passa de uma ‘panacéia’.

Em recente estudo, entre escolares de 7ª e 8ª séries, que teve por objetivo identificar o significado das drogas e sua repercussão para os alunos, a droga foi identificada como:

...autodestrutiva podendo levar a morte social e biológica; provocadora de falências familiares, ou denunciadora de laços extremamente frágeis (abandono de famílias); proporcionadora de um crescente aprisionamento em decorrência do prazer obtido por meio dos efeitos bioquímicos das substâncias, assim como pela sua falta (dependência X abstinência).(...) Como um extravasamento das relações sociais e econômicas demasiadamente complicadas e injustas, provocadora da queda da qualidade de vida, pois diminuem as oportunidades de trabalho e preparo profissional. Concluindo, vemos a disseminação da droga entre a juventude como um flagelo. (CASANOVA & SOUZA, 2000, p.43)

Diante deste alto grau de informação e conclusões tão integradas com a complexidade do assunto em escolares ainda infantes, surpreendem as conclusões simplistas das pesquisadoras ao sugerir:

Acreditamos que o caminho do combate às drogas se centra no investimento de programas de prevenção educativa, ressaltando que o adolescente usuário ou dependente não é um criminoso e sim vítima. (...) É imprescindível que nos currículos das escolas e universidades sejam inseridos conteúdos referentes às drogas. (CASANOVA & SOUZA, 2000, p.43)

Na sociedade moderna a personificação da razão impõe um padrão de pensamento unidirecional, no qual as idéias, os objetivos são reduzidos aos termos deste universo 'razoável', manipulando e alterando as necessidades humanas, determinadas por um controle externo. Perde-se assim a profundidade, a subjetividade individual de independência de pensamento, e o universo da cultura perde sua autonomia diferenciadora, numa racionalidade social educativa que reflete uma persistência do positivismo.

As questões que envolvem a drogadição na modernidade têm servido para sinalizar este engessamento cultural que a racionalidade científica modelou, como referimos no capítulo IV.

5. OS LIMITES DOS MODELOS POSITIVISTAS

Tratamento hospitalar e reinternações: primeiramente quer-se sublinhar algumas idéias que transparecem um distanciamento da realidade da drogadição onde se utiliza método de tratamento convencional de internação hospitalar, encarando-se a dependência apenas como uma doença biológica, perdendo-se a visualização de seu contexto social e principalmente da subjetividade individual.

As dificuldades encontradas para o tratamento de longa duração hospitalar, o grande número de reinternações que sinalizam a ineficácia do tratamento, levam a interrogações que motivam trabalhos, pelos quais se levantaram algumas características dos pacientes dependentes químicos re-internados, chegando-se aos seguintes dados:

Houve prevalência do alcoolismo, tendências a não seguir as orientações feitas durante as internações e conseqüentemente a não aderência ao tratamento e também à falta de perspectiva para uma qualidade de vida melhor, em seu meio sociofamiliar. (ALBUQUERQUE & PEDRÃO, 2000, p.64)

As conclusões partem para uma abordagem mais social do que biológica/organicista sugerindo que as instituições devam questionar suas práticas de atendimento, gerando a criação de centros de apoio e ressocialização.

A consciência atual de um preconceito: a conscientização da existência do preconceito em relação ao perfil diferente do dependente químico sinaliza o limite de interação e compreensão que a posse do conhecimento causa entre o agente de cuidado e o sujeito tratado, colocando-os em posições escalonares entre a superioridade do que ‘sabe’ e a inferioridade do que ‘ignora’.

“Percebi que a maior dificuldade na interação com tal grupo foi vencer o próprio preconceito e adquirir flexibilidade suficiente para manter interações com pessoas inseridas num ambiente considerado de marginalidade” (GONÇALVES & LUIZ, 2000, p.632). Esta conscientização introduz uma série de trabalhos que pretendem identificar a opinião dos profissionais em relação a esta clientela.

Os objetivos incluíram, avaliar o conhecimento sobre álcool e drogas entre os trabalhadores de enfermagem; identificar a sua opinião a respeito do usuário, o interesse em trabalhar com essa clientela. (...) Constatou-se a carência de informações científicas sobre dependência de álcool e drogas e crenças muito influenciadas pelo senso comum a respeito do usuário. (FERREIRA & LUIS, 2000, p.58)

A conclusão deste trabalho reforça a idéia de que a questão principal está na falta de conhecimento científico, e não no desconhecimento da subjetividade e questões culturais da população alvo, onde o senso comum não é valorizado e não é utilizado como um dado para se chegar a conclusões mais próximas da realidade dos sujeitos objetos da assistência.

A inquietação sobre a maneira como os alcoolistas são recebidos e tratados pelos profissionais da saúde nos locais de atendimento, a observação dos comportamentos e das manifestações verbais dos docentes e alunos da Enfermagem e a conduta da sociedade a respeito destas pessoas, constituíram-se no impulso que desencadeou a presente pesquisa. (ASSUMPÇÃO, 1999, p.147)

O presente trabalho é um projeto de pesquisa cujo objeto é o enfermeiro e o cuidado prestado aos pacientes usuários de drogas ilícitas. (...) Cogitou-se a possibilidade de haver discriminação por parte do enfermeiro ao cuidar de pacientes usuários de drogas ilícitas. A partir dessa 'suposição', pretende-se 'observar' os cuidados prestados aos pacientes usuários de drogas ilícitas, relacionando-os com os cuidados prestados aos pacientes não dependentes de drogas, e assim analisar a conduta adotada pelo enfermeiro. (SOUZA & CAMPO, 1999 p.379)

Devido serem profissionais da equipe de enfermagem, os quais prestam grande parte da assistência a estes pacientes (alcoolistas), este estudo buscou conhecer qual o sentimento destes profissionais ao prestar assistência ao paciente alcoolista em um pronto-socorro da região do grande ABCD paulista. (SILVA & CASTRO, 2000, p.647)

A percepção da subjetividade individual e do aspecto sociocultural: a partir desta perspectiva surgem outros trabalhos cujo interesse principal é conhecer as percepções, as representações e os sentidos próprios dos grupos de atenção, quer sejam populações de risco, ou os já caracterizados com a problemática da dependência química. Demonstram este interesse através dos seguintes enunciados:

“...as crenças de 17 alcoolistas sobre sua doença” (ARAUJO, 1984, p.2) , “motivos que levam o homem a tornar-se alcoolista e analisar suas necessidades psicossociais” (MAIA, CAVAGNAC, GUEDES, 1998, p.142), “investigar as causas e formas que o adolescente inicia com ingestão do álcool” (FRANCHESCHI, CARDOSO, 1998, p.143), “se o fator tristeza contribui para o uso de álcool em adolescentes” (MERLO & CARDOSO, 1998 p.336), “verificar entre os alunos universitários quais os motivos que os levavam a beber pela primeira vez” (FURTADO, SILVA, RIBEIRO, 1999, p.448), “identificar o significado das drogas e suas repercussões para os alunos” (CASANOVA, SOUZA, PIMENTEL, 2000, p.155), “identificar os motivos que levam o adolescente a fazer uso do tabaco” (PINTO, 1996, p.225).

Os limites do método: entretanto, a intencionalidade de se conhecer o universo do outro nem sempre chega a alcançar os objetivos propostos, principalmente porque a escolha do método pode ser limitante para os resultados. O resultado da pesquisa é sempre comprometido quando o método não facilita as respostas para as perguntas feitas.

Principalmente nos temas livres publicados no Congresso Brasileiro de Enfermagem, destaca-se uma frustrante maioria de trabalhos onde os resultados não traduzem inovações e grandes avanços, por utilização de metodologias inadequadas para os objetivos propostos.

Como exemplo, tem-se uma pesquisa que procura identificar o grau de uso abusivo do álcool em uma agroindústria sucroalcooleira em trabalhadores rurais, por meio da aplicação de um questionário Audit. A pesquisa é prejudicada pelo nível de escolaridade dos trabalhadores (alguns não sabiam escrever), e pelo medo de que suas informações comprometessem os seus empregos. (GONÇALVES & LUIZ, 2000)

Um outro trabalho prejudicado pelo método foi um estudo retrospectivo para conhecer quais eram as drogas mais utilizadas pelas gestantes em um determinado serviço. Escolheu-se a investigação em prontuários, chegando-se ao seguinte resultado:

“Observamos que é bastante difícil identificar uma gestante usuária de drogas pois elas não falam de seu vício espontaneamente e os profissionais que as assistem muitas vezes não as questionam, de forma correta, sobre este problema.” (BASTOS, SOBREIRA, COSTA, 2000, p.521).

Estes equívocos ilustram, o quanto à teorização experimental quantificada e positivista se impôs como a única forma verdadeira e neutra de se fazer ciência, pretendendo, como dito anteriormente, ser ‘insuspeita’ em suas afirmações e resultados, deixando à margem diversas situações que precisam ser, também, objetos de estudo e pesquisa.

6. A INTEGRAÇÃO DO OUTRO NUMA PERSPECTIVA PÓS-MODERNA.

O início da modernidade deu-se com a introdução do método apresentado por Descartes que introduziu as bases do paradigma mecanicista na ciência, causando uma revolução científica. A modernidade tem seu apogeu no pensamento iluminista, a partir de Kant, que propiciou a ruptura com as racionalidades anteriores na divisão fundamental no conhecimento, separando arte, moral e ciência, possibilitando um avanço sem precedentes do pensamento, principalmente na área científica.

A pós-modernidade, ou modernidade tardia, se apresenta num novo paradigma que, sem abandonar as diferenciações anteriores, pretende estabelecer uma harmonia pioneira, integrando dimensões autônomas numa perspectiva holística.

O novo paradigma preconiza um constante diálogo entre o conhecimento científico e o conhecimento empírico, resistindo a antiga divisão radical em virtude de reconhecer no conhecimento do senso comum uma percepção da realidade que poderá estar mais próxima da verdade.

Algumas ciências têm contribuído para se perceber a sociedade em sua dimensão complexa e maleável como a Antropologia Social e Cultural, que contém em sua perspectiva a visão de que a sociedade se estrutura a partir de vários princípios culturais que podem ser complementares e conflitantes entre si, e que as várias ordens sociais são manipuladoras, adaptadas às circunstâncias de vida de um indivíduo ou de uma comunidade. (*QUEIROZ, sd.)

Parece cada vez mais evidente que o desenvolvimento das Ciências Sociais só poderá ocorrer na medida em que se reconciliar os campos teóricos da vertente subjetiva e a objetiva. Vários autores modernos estão concluindo que o fato social visto de apenas um dos ângulos torna-se parcial, e que a integração traria um avanço sem precedentes no conhecimento nesta área. Entre esses autores, HABERMAS (1993) adquire uma condição privilegiada para propor este empreendimento pela densidade teórica de sua obra.

O eixo fundamental de sua teoria é o processo comunicativo que prevê uma interação simultaneamente individual e coletiva, subjetiva e objetiva, ideal e empírica. HABERMAS (1993) considera que a demonstração das distorções comunicativas sistemáticas no âmbito social, em analogia com o processo psicanalítico, tem o potencial de não só restaurar a comunicação, como de permitir a evolução para uma fase mais avançada de racionalidade social e integralidade moral. Sua grande questão é portanto restaurar a comunicação humana, por meio do controle do 'sistema' (político e econômico) pelo 'mundo da vida' (nível normativo e moral da vida social).

* QUEIROZ, M. S. Representações sociais – uma perspectiva crítica a partir da Teoria da ação comunicativa de Habermas. No prelo.

Esta visão nos permite integrar o Outro numa perspectiva holística, e encontrou-se em diversos trabalhos de nossa pesquisa, a introdução de novas possibilidades de se ver o problema da dependência química, da própria postura profissional e de se perceber o Outro na sua singularidade.

Nesta nova visão, pode-se perceber a vigência de uma nova ética, que segundo COSTA (1986) estaria incluída em uma ética de interlocução. Alguns dos trabalhos revelam esta disponibilidade ao diálogo.

Os objetivos deste estudo foram verificar quais os fatores que segundo a opinião do paciente influem na abstinência do uso de bebida alcoólica. (...). Os resultados revelam que a maioria dos pacientes aponta como fatores que influem na abstinência do uso de bebida alcoólica, em ordem de prioridade, os psicobiológicos e os psicossociais. (CORSI, 1982, p.15)

Este estudo trata de uma contribuição à reflexão de aspectos existenciais relevantes para a compreensão e análise do ser alcoolista, de sua carência de sentido de vida e conseqüentemente vazio existencial. (...) num enfoque humanista – existencial – personalista. O estudo possibilitou conhecer os condicionantes do vazio existencial do alcoolista e da relação deste com sentimentos de frustração, fracasso e impotência. (DINIZ, 1992, p.374)

A forma como a sociedade tem tratado o usuário de drogas, desarticulada do contexto histórico-social e de forma impessoal, há muito tem nos preocupado. Com a finalidade de contribuir para reverter este processo, o objetivo deste estudo foi identificar as Representações Sociais do usuário de drogas. A partir das falas de cada sujeito pesquisado, identifiquei que suas histórias permeiam o espaço social especialmente a escola, a família e a religião. (FARIAS, 1998, p.59).

Neste novo paradigma o poder do especialista se auto-limita por princípio, e instala-se a ética do diálogo em que a posição do pesquisador se altera de uma postura de superior para uma percepção mais humilde de seu desconhecimento do outro. Nos resumos analisados começam a aparecer outras concepções, saindo da visão de doença biológica e partindo para uma concepção mais social e cultural do problema da dependência.

A motivação para a realização deste estudo surgiu de nossa própria dificuldade em cuidar de pessoas usuárias de drogas. Após a constatação desta nossa limitação, começou a inquietar-nos o que poderia ter levado estas pessoas a usarem as drogas. A concretização deste estudo possibilitou uma maior aproximação com pessoas que estão tentando se libertar das drogas e a compreensão de aspectos deste mundo permeado de sofrimento humano. (ZANETONI *et.al.*, 2000 p.658)

O presente estudo procurou conhecer os significados latentes e manifestos dos sentimentos destes sujeitos(...). O estigma e o preconceito também se fizeram presentes. (...) O mundo mental do usuário é triste, inseguro e sem esperança. Acreditamos que estes dados são importantes para a construção de programas que levem em consideração a singularidade desses sujeitos. (FARIAS & FUREGATO, 2000, p.26)

Aparecem novos motivos de uso destas substâncias desarticulados da condição de conhecer ou não os males físicos da dependência, ligados não só ao contexto de impotência individual, mas ao aspecto de convivência e socialização e do uso por prazer.

...objetivou verificar entre alunos universitários quais os motivos que os levavam a beber pela primeira vez, com que frequência ingeriam a bebida alcoólica, as vantagens e desvantagens de beber e conseguir se divertir sem a influência do álcool. Para tanto foi elaborado um questionário com questões subjetivas (...) Dentre as diversas opiniões, os motivos mais frequentes foram: curiosidade e influência de amigos para se conseguir a desinibição e diversão. 10% dos alunos não conseguem se divertir sem o álcool. (FURTADO, SILVA, RIBEIRO, 1999, p.448)

...o principal motivo que levou os estudantes a iniciarem o vício foi a curiosidade; os principais fatores que lhes despertam a vontade de fumar são as bebidas e o nervosismo. (PINTO, 1996, p.225)

As mulheres apontam como motivos para o início do uso de drogas: a depressão, sentimentos de isolamento social, pressões profissionais e familiares e problemas de saúde (....) a curiosidade, a influência dos parceiros e problemas familiares. (OLIVEIRA & FERREIRA, 2000, p.100)

Em um estudo preliminar, feito com estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem, ressaltamos os objetivos de conhecer as motivações do uso do cigarro focalizadas nas seguintes palavras: 'prazer', 'vício', 'dependência', 'vontade', 'estresse', 'ansiedade', 'nervosismo', 'relaxamento' e 'convívio social'.

Podemos inferir que uso desta substância psicoativa entre estudantes de enfermagem é relativamente alto e dentre os que são fumantes, metade deles consideram-se dependentes. A maioria não tem intenção de abandonar tal dependência e, quanto maior o tempo de uso, maior a dificuldade em abandonar o tabaco. (HUMEREZ *et. al*, 2000, p. 51)

“Assim encontrou-se através das falas dos adolescentes as seguintes motivações para o uso do tabaco: a propaganda, a curiosidade, a influência de amigos de turma” (SEABRA & FARIAS, 2000, p.463).

Trata-se de uma pesquisa cujo objetivo investigado foi a utilização das bebidas alcoólicas (início, percepções, experiências, e comportamento frente a comunidade atendida com relação ao uso de álcool) entre os alunos de graduação em enfermagem (adolescentes).... Os objetivos: identificar como, quando, e porque os alunos de graduação em enfermagem começaram a utilizar a bebida alcoólica; que experiências negativas tiveram com o álcool; qual era a sua atitude profissional frente ao cliente (adolescente) que ingere bebida alcoólica. Apesar de reconhecerem o álcool como uma droga, poucos querem parar ou diminuir a quantidade de bebida ingerida, entretanto, orientam a clientela que o álcool faz mal, é perigoso e não deve ser ingerido. (LISBOA, 2000, p. 465).

Objetivando compreender as suas representações sociais sobre a dependência do álcool e repercussões nas suas vidas (...)para os sujeitos da pesquisa se traduzem por uma variedade de conceitos, entre os quais destacamos o não sentimento de dependência, atribuição do uso do álcool advinda da influência de amigos e a certeza que têm da possibilidade de parar de beber sempre que desejarem. (SADIGURSKY & TAVARES, 2000, p.46)

A abertura que a interlocução disponibiliza começa a direcionar muitas pesquisas para uma associação às influências familiares. O uso de substâncias ilícitas tem sido associado às influências familiares, conforme salientam EPSTEIN, BOTVIN, DIAZ (1999). Traços culturais ligados a regras familiares podem inclusive ser protetores dos fatores de riscos que induzem a busca das drogas. Nos resumos estudados, este direcionamento do social geral para um social mais privado, dentro do círculo familiar também passa a ser objeto de interesse, numa perspectiva mais humana, como mostram os trabalhos de AVI& SANTOS (2000), BEZERRA (1998), ROSSATO & ZUSE (2000).

A análise das questões ambientais também sinaliza o ambiente acadêmico como fator de risco de iniciação e consumo abusivo de várias substâncias psicoativas, principalmente porque a convivência grupal, a ritualização de atitudes da adolescência, a possibilidade de se formar uma “*communitas*” num momento de liminaridade que caracteriza o adolescente universitário, favorecem o florescimento destes usos e disseminação de hábitos de consumo. Encontramos afirmações que reforçam o estímulo acadêmico para o consumo de álcool e drogas, em vários trabalhos, como “a de que o ambiente universitário estimula um maior consumo de álcool”, “festas frequentes até a grande competição e desgaste que os cursos universitário proporcionam” estimulam ao uso, e levam a afirmações preocupantes como esta:

“Enquanto acadêmicos do curso de enfermagem, nossa maior preocupação sobre o uso abusivo de álcool decorre do fato de convivermos cada dia mais de perto com jovens universitários internados em clínicas para dependentes químicos ou mesmo envolvidos em casos graves de violência, em função da ingestão de altas quantidades de bebida alcoólica..”(p.33) (SANTOS et. al. 2000).

Nesta atual análise percebeu-se que um novo paradigma vem se estabelecendo, principalmente por alguns aspectos, dos quais selecionamos pontuar apenas três.

Primeiramente, o olhar modificado para com o sujeito objeto de estudo e cuidado em frases como:

É necessário, portanto, desmistificar a imagem de que o alcoolismo é um problema puramente moral, bem como o alcoólatra é um indivíduo decadente, a fim de que se transforme o apoio a este em uma atitude de amor e compreensão sem o envolvimento emocional com os danos do alcoolismo. (BARBOSA *et. al.*, 2000, p.631)

A opinião dos trabalhadores de enfermagem em relação aos usuários ou dependentes, analisada em recente trabalho de LINARES, BOOG, CAMPOS (2000), mostra uma maior tolerância social com o usuário de álcool e indiferença para com o usuário de tranqüilizantes, desaprovando totalmente a experimentação e o uso de cocaína e seus derivados. O uso de substâncias psicoativas já começa a ser visto como um caso de indução de amigos, insegurança pessoal, e não mais como um retrato de tudo que ‘não presta socialmente’.

O segundo aspecto relaciona-se à introdução de novas modalidades de metodologias científicas que facilitam a compreensão da voz do outro. A observação participante, a representação social, e estudos etnográficos inserindo-se tanto no ambiente familiar como no ambiente do usuário, estão sendo amplamente utilizados e corroborando para mudanças nas concepções dos profissionais e na busca de novas alternativas de atuação.

Finalmente, o terceiro aspecto está relacionado com novas modalidades de atuação para a enfermagem. Estas abordagens valorizam a identidade subjetiva, em que sujeito e agente da assistência passam a ser definidos como cidadãos em níveis de igualdade, abrindo espaço para a integração. “A ênfase no estatuto de cidadão é prioritária” dentro desta ética que COSTA (1986, p.31) denominou de ética da cidadania. Alguns trabalhos caracterizam-se por esta nova ética, como os seguintes:

buscamos a reconstrução de sua identidade, desenvolvendo um trabalho de caráter qualitativo e de argumentação criativa priorizando a troca de experiências e o aconselhamento individual como método mais adequado, baseado na metodologia assistencial de enfermagem sob uma visão holística. (ARCOVERDE, GUIMARÃES, MELLO, 1998, p.333)

Acreditamos que para uma assistência de Enfermagem humanizada se faz necessário assistir o ser humano como um ser único e sujeito de seu próprio tratamento, visando recuperar a estabilidade psico-emocional e proporcionando-lhe uma melhor qualidade de vida. (SIMAS, SOUZA, TERRA, 2000 p.348)

Atuações criativas terapêuticas e preventivas retratam uma abertura contemporânea nas idéias da enfermagem, em que há o reconhecimento de que

faz-se necessário apresentar programas assistenciais aos estudantes que desejam deixar a droga, no entanto, acreditamos que programas de orientação não têm determinado sucesso e que grupos terapêuticos podem ajudar mais efetivamente. (HUMEREZ et. al, 2000) (p.51),

chegando a se admitir como pressuposto

que educar para a prevenção não é normatizar a vida de acordo com os padrões dominantes de comportamentos, mas conscientizar e fortalecer os jovens e servidores para que possam buscar os elementos e condições para se defenderem dos riscos e danos que possam advir de uma relação com a droga/Aids. (UBEDA, PEDRAZZANI, CORDEIRO, 1999, p.305)

Utilizando-se de métodos que incentivam a participação e reflexão como dinâmicas, discussão de casos, e outros, os enfermeiros passam a “reconhecer alguns mitos e preconceitos relativos ao uso de drogas, e que existem diferentes maneiras de se prevenir” (UBEDA, PEDRAZZANI, CORDEIRO, 1999, p.305). Nota-se principalmente uma transformação de uma postura de amedrontamento, para uma outra postura com aspectos compreensivos e humanos, como segue:

Pode-se adotar uma postura mais diretiva baseada no terror, com o objetivo de se ter absoluto controle sobre o produto final, ou seja, fazer com que o aluno simplesmente incorpore conceitos morais, o permitido e o proibido. Por outro lado, nossa experiência tem mostrado que o tema das dependências químicas pode ser abordado em seus aspectos sociais, legais e humanos, mas numa perspectiva em que a droga deixa de ser o centro das discussões evidenciando os aspectos relativos ao homem e seu mal-estar diante de si mesmo e de seu semelhantes. (SILVA & COSTA, 2000 p. 27)

Estas idéias mostram que a enfermagem não apenas começa a perceber a necessidade de se ouvir a voz do Outro, o objeto da assistência, mas busca ser atuante de forma a contribuir com novas modalidades de ação.

Surgem estratégias inovadoras, como as dramatizações e a “utilização de oficinas de teatro como dispositivo para trabalhar a prevenção ao uso de drogas. O teatro torna-se uma ponte entre o pensar e o expressar” (TRAMONTINI, LOVATTO, MICHEL, 2000, p. 455). Estes métodos facilitam a interação com o adolescente e favorecem uma ritualização da situação que possa talvez funcionar como um suporte para as crises da adolescência. Segundo estes estudos,

a construção da peça de teatro, permitiu ao adolescente conhecer-se melhor, interagir com seu grupo, usar sua imaginação, expor seus sentimentos, expressar-se corporalmente e aumentar a auto-estima. A construção da peça teatral e todos os seus processos são um instrumento capaz de auxiliar a passagem da crise adolescente. (TRAMONTINI, LOVATTO, MICHEL, 2000, p. 455)

A abrangência de atuação da enfermagem em participar com novas estratégias na abordagem da questão da drogadição evidencia-se em alguns trabalhos, abrindo sugestões para um universo amplo de atuação, como por exemplo, no setor Disque Drogas em São Paulo, em que por contato telefônico ocorrem várias formas de intervenção,

podendo assim repensar a formação e a atuação profissional, propondo outras atividades nas quais a intervenção e a sensibilização se dão a partir de outros modos de ação.(SALES,2000)

Experiências interessantes podem ser desenvolvidas em programas de redução de danos, em atividades como: trocas de seringas, distribuição de preservativos, material educativo, orientação sobre sexo seguro e o uso menos arriscado de drogas, podem ser desenvolvidas como forma de aproximação. Conforme nos relata OLIVEIRA & PAIVA (2000) em seu relato de experiência com o programa de redução de danos, “ a experiência proporcionou sobretudo, reflexão e reformulação de conceitos em relação a clientela estudada e a possibilidade da redução de danos como uma nova área de atuação para a enfermagem” (p.100).

Finalmente, percebe-se nas idéias da enfermagem uma consciência que se direciona à compreensão deste tema numa concepção contemporânea, em que o homem passa a ser olhado dentro de seu mundo, de seu contexto, numa visão holística e integrada evidenciando-se “que esta temática das drogas não deve ser examinada isoladamente mas sim, contextualizada culturalmente” (UBEDA, 2000, p.644), e que para isto, “requerem estudos que contemplem a análise das sub-culturas nas quais o hábito se estabelece” (LINARES, BOOG, CAMPOS, 2000 p.55).

7. CONCLUSÕES

A História das Idéias, segundo FOUCAUT (1995) trata de elementos demarcados entre o antigo e o novo, o inédito ou o repetido, o tradicional e o original, numa marginalidade, ou nos limites que delineiam os conceitos, pensamentos ou o conhecimento. Portanto, a busca da historicidade arqueológica desenvolvida na dissertação propriamente dita, cumpriu sua finalidade em reconstituir nas várias camadas de enunciados em relação aos vícios e dependências químicas a emergência de formas de pensamento que direcionaram os discursos e abordagens neste tema para dar sustentação à análise histórica.

A descrição arqueológica dirigiu-se às práticas discursivas, estabelecendo a regularidade dos enunciados, enquanto que na análise histórica das idéias, deu-se um crédito de coerência ao discurso analisado com base na descrição arqueológica da dissertação .

É bem verdade que desenvolver uma análise em seu estado puro metodológico da história das idéias, sem a inter-relação com a liberdade metodológica da história arqueológica seria um exercício pretensioso para um historiador principiante, em uma dissertação de mestrado. Até porque, segundo FOUCAUT (1995, p.162) “jamais se encontra uma das análises em estado puro”.

Portanto, o conflito entre o antigo e o novo, a integração do já estruturado como conhecimento, o reaparecimento do “já-dito”, as facilitações que preparam os discursos futuros, foram descritos de modo a contemplar a interlocução pertinente ao momento pós-moderno que se atravessa.

Na produção acadêmica e científica analisada, a enfermagem revela acompanhar as revoluções científicas, mostrando-se aberta à introdução do novo paradigma que emerge em sintonia com fatores sociais e culturais da sociedade mais ampla.

Em teorias recentes, que ambiciosamente pretendem introduzir um novo paradigma científico, como a obra de WILBER (1996), a integração entre as várias áreas do conhecimento, a interdisciplinaridade que direta ou indiretamente propõe a valorização do holismo, reforçam a idéia de que o desenvolvimento de um evento qualquer, depende fundamentalmente da interação de três forças: ativa ou positiva, passiva ou negativa e neutra ou reconciliadora (WILBER,1996).

Utilizando-se de interações criativas, como a dramatização teatral, as dinâmicas de grupo com adolescentes escolares ou atividades lúdicas com meninos de rua (relatadas nos trabalhos), a enfermagem transpõe uma abertura em suas idéias e modos de lidar com a prevenção às drogas, sinalizadoras de que está contextualizada com as propostas científicas da pós-modernidade, propondo a interlocução, ainda que inconsciente a estes conceitos.

Não se pode atualmente considerar os indivíduos apenas desempenhando papéis sociais como meros ‘marionetes’ que reproduzem incondicionalmente a ordem social. Pelo contrário, as várias circunstâncias do cotidiano são trabalhadas e adaptadas à vida dos indivíduos e da comunidade. A subjetividade do sujeito e a própria imprevisibilidade da escolha humana impõem uma postura de respeito e compreensão para com a realidade individual.

O conhecimento que a Antropologia Social e outras Ciências Humanas acrescentaram no entendimento da singularidade de cada cultura e de cada indivíduo favorece a composição de um novo paradigma em que o exercício da cidadania plena pode ser praticado numa ética de interlocução e comunicação entre a Ciência e o senso comum e entre as várias disciplinas. Autores atuais como HABERMAS (1993) e WILBER (1996) concordam que o aumento de autonomia individual e a emergência de novas modalidades de possibilidades de sentido proveniente da arte, do ethos democrático e do humanismo comunicativo, não só restauram a comunicação, mas também podem permitir a evolução para uma fase mais avançada de racionalidade social e integridade moral (*QUEIROZ, sd.).

A necessidade de abordagens mais reflexivas para a solução de problemas práticos na área da prevenção ao uso e abuso de drogas, dá ímpeto a emergência de estratégias como os Programas de Redução de Danos, e novas modalidades de inserção na realidade do mundo das drogas.

Compreende-se que mesmo a enfermagem expondo em seus trabalhos publicados um perfil de atuação moderna e evolutiva, ainda permanece uma brecha na produção de pesquisas teóricas que avancem na compreensão do universo de dependente e que possam deixar o Outro falar, ou seja, dar uma maior abertura as possibilidades de escuta do objeto deste cuidar.

Sugere-se finalmente que a enfermagem se aproprie dos novos equipamentos de cuidado e interlocução disponíveis nos programas de redução de danos para se inserir num novo campo de pesquisa, lançando mão de estratégias que favoreçam o desenvolvimento de

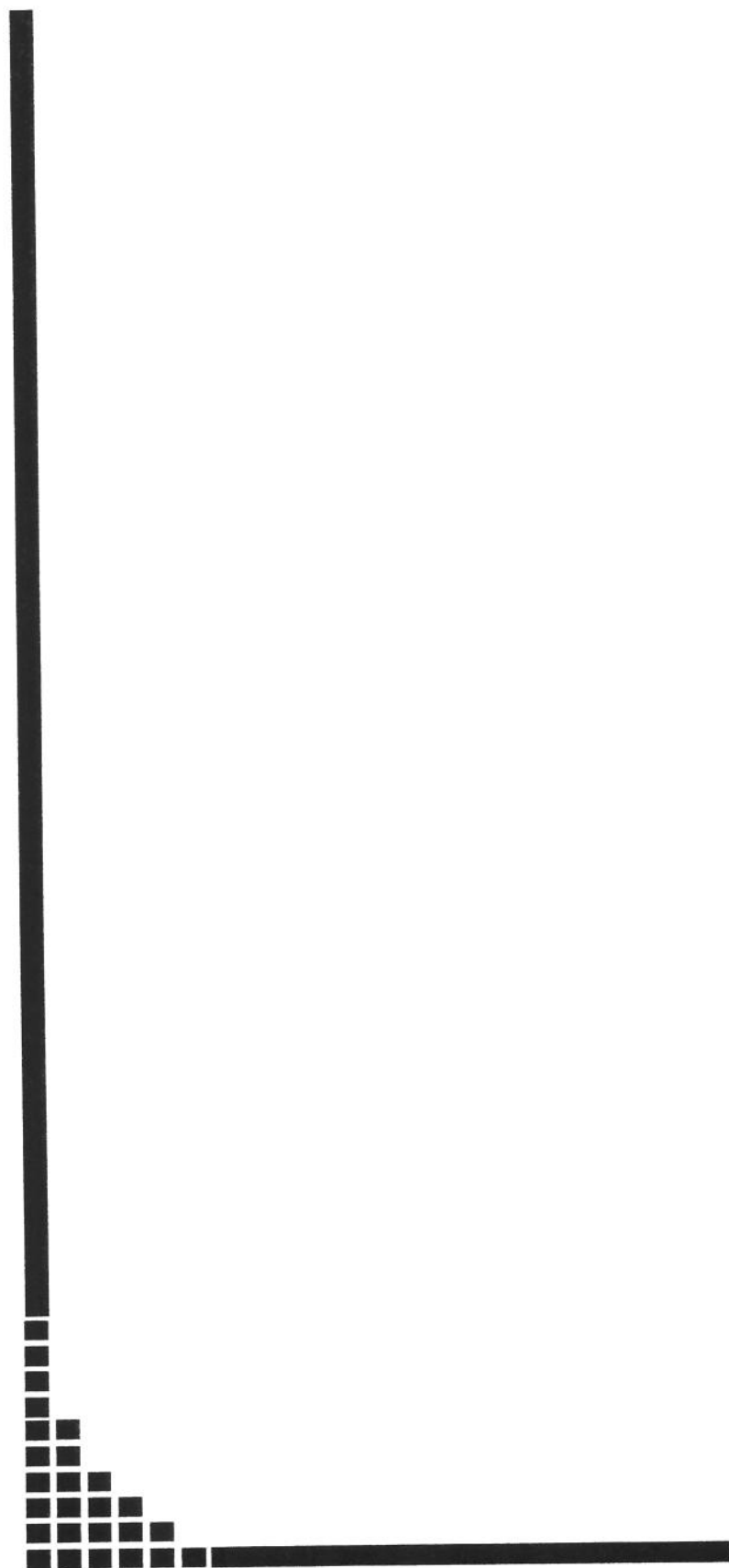
* QUEIROZ, M. S. Representações sociais – uma perspectiva crítica a partir da teoria da ação comunicativa de Habermas. No prelo.

uma abertura na comunicação com a realidade do dependente químico, numa construção que permita um isomorfismo entre a evolução social e o amadurecimento individual conjugando métodos que permitam a interlocução entre o etnográfico, a representação social e outros métodos quantitativos demarcadores das novas tendências.

Neste recorte na história intelectual da Enfermagem, tentou-se retomar as várias racionalidades e reencontrar as significações que aí estão introduzidas ou ocultas em práticas discursivas que possam vir a constituir um discurso científico, especificado não em seu rigor e forma, mas nos objetos que se ocupa, e nos enunciados que põem em jogo os conceitos e estratégias que utiliza. O campo de subordinação e de coordenação entre os vários conceitos que aparecem, a possibilidade de diálogo entre o domínio do objetivo e o domínio do subjetivo, abrem as possibilidades de um saber científico mais cordato com a realidade.

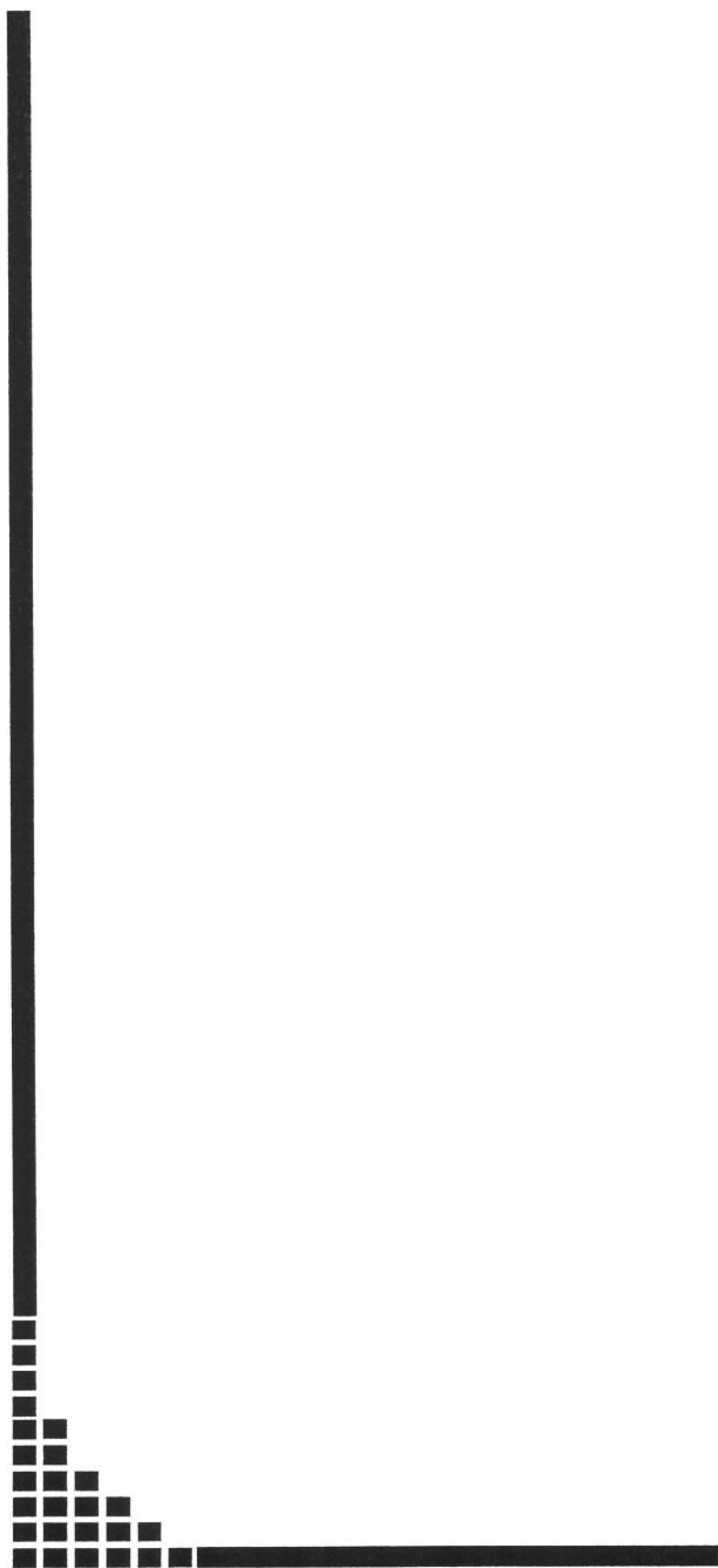
E que, a partir desta nova perspectiva, a enfermagem possa então disponibilizar instrumentos que contribuam para que as propostas preventivas sejam construídas dentro dos modernos paradigmas, eticamente compromissadas com o ser humano e sua existência, e que representem valores de dignidade e liberdade norteados pelos ideais da justiça e de respeito às diferenças.

Sem este tipo de discurso os equívocos do passado estarão sendo repetidos.



SUMMARY

The dissemination of the use of psychoactive substances emerges at this time as a complex and rising problem. Facing the many questions that involve the causes of drug addiction, the usual clinical scientific and epidemiological methods have shown to be insufficient, especially because it deals with a marginalized population. Revising the transformation's theory of the scientific way of thinking, based on a historical contextualization within the Foucault archeological models, point out the influence and contribution of the rationality in the exclusion of the chemical dependant person, and also in the contradictions of the preventative approaches regarding drug-addiction. Considering that the socio-cultural connotations have a marked influence on the motivation for the use of these substances, and that it requires a deeper insertion in the field of research, this paper emphasizes the modern anthropological methods, which prioritize the cultural questions and the subjectivity of the chemical dependant individual. Once the analysis referential is determined in this context, this research targeted to find out the contemporary scientific collaboration of the Nursing profession on the topic of prevention of the use of drugs, and if this professional category in its scientific work has utilized methods that allows the "patient hearing", the principal object of assistance. Through a cut on the intellectual history of the Nursing profession, utilizing the methodology of analysis of the contents and the technique of the thematic analysis, the profile of the ideas of the Nursing professionals is exposed and are referred to in the summaries of the academic and scientific works published in the index of the Cepem (Centro de Estudos e Pesquisa em Enfermagem), and in the summary books of specific scientific events like: CBEn (Congresso Brasileiro de Enfermagem), in the VI Encontro de Pesquisadores em Saúde Mental . The analysis reveals that the Nursing inserts itself in this thematic in an evolutionary way and its scientific production accompanies science's revolution, showing through its ideas that it is open to the introduction of a new paradigm that rises in tune with socio-cultural factors, where the full citizenship can be practiced within an ethical dialogue and in an interdisciplinary way.



***REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS***

- ACSELRAD, G. -A comunidade e a prevenção. In: INEM, C. L.& ACSELRAD, G. (orgs) **Drogas: uma visão contemporânea**. Rio de Janeiro, NEPAD-UERJ, Imago,1993, cap.1, p.17-24.
- ALBUQUERQUE, S.C. & PEDRÃO, L.J.-O paciente químico: características de egressos e reinternos de uma unidade para tratamento. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, VI, Ribeirão Preto,2000, **Resumos**, USP – Ribeirão Preto, 2000, p.64.
- AMARANTE, P.D.-Legitimar a ciência: a psiquiatria na ordem social **Rev da assistência psiquiátrica da Bahia**. 3: 36-47, 1980.
- ARAUJO, M. S. – Estudo das crenças sobre alcoolismo. In: CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ENFERMAGEM, Brasília, 1999, **Catálogo Vol.IV**. Brasília,1999, p. 118. /Resumo/.
- ARCOVERDE, L.P.C.; GUIMARÃES, F.C.F.; MELLO, A.S.- Toxicômano: de volta à realidade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52, Salvador, 1998, **Resumos**. ABEn- Seção BA, 1998, p.333.
- ASSUMPÇÃO, A.N.- Enfermagem e alcoolismo: a convergência do discurso e da prática docente. In: CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ENFERMAGEM, Brasília, 1999, **Catálogo Vol.XVII**, p.118. /Resumo/.
- AVI, M. C.& SANTOS, M.A.- Percepção do relacionamento familiar em mães de adolescentes usuários de drogas. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, VI, Ribeirão Preto, 2000. **Resumos**, USP-Ribeirão Preto, 2000, p.65.
- BARBOSA, F.K.C.; CRUA, P.C.C.; MAIA, R.M.; JORGE, M.S.B.- Convivendo com famílias de alcoólatras: sofrimento psíquico. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52, Recife, 2000, **Resumos**. ABEn. Seção PE, 2000, p.631.
- BASTOS, F. I.- Singular & plural: Como se conjuga o verbo prevenir? In: BASTOS, F.I.& MESQUITA, F. **Drogas e AIDS – estratégias de redução de danos**, São Paulo,HUCITEC, 1994, 213p.

- BASTOS, P.K.A.; SOBREIRA, T.T.; COSTA, W.L.T.- Gestantes usuárias de drogas e intercorrências gestacionais. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52, Recife, 2000. **Resumos**, ABEn- Seção PE, 2000, p. 521.
- BENEDICT, R.-**Patterns of culture**, New York, Houghton Mifflin. 1934.
- BEZERRA, A. E.-Bebidas alcoólicas no contexto universitário:Investigação fundamentada na teoria da Ação Racional. In: CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ENFERMAGEM. **Catálogo**. Vol.XVI, Brasília, 1998, p.106.
- BEZERRA Jr. B.-Descentramento do sujeito: versões da revolução copernicana de “Freud” In: COSTA, J.F.(org) **Redescrições da Psicanálise: ensaios pragmáticos**, Rio de Janeiro, Relumedumará,1994, p.119-167.
- BIRMAM, J.- Dionísios desencantados. In: INEM, C. L. & ACSELRAD, G. (orgs.) **Drogas: uma visão contemporânea**, Rio de Janeiro, Imago, 1993, cap.4, p. 57-73.
- BIRMAM, J.- **Psicanálise, ciência e cultura**, Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed, 1994. 204p.
- BRASIL. - Custos sociais decorrentes do uso indevido de drogas. Disponível na Internet: < <http://www.saude.gov.br>.> Acesso em 28 de março de 2001.
- BUCHER, R.- A ética da prevenção. **Psic. T e Pesq.**, 8(3): 385-98, 1992.
- BUCHER, R.- As drogas e as ideologias de prevenção In: INEM, C. L. & ACSELRAD, G. (orgs.) **Drogas: uma visão contemporânea**, Rio de Janeiro, NEPAD-UERJ, IMAGO, 1993. cap.3, p.31-42.
- CAMPOS, C.J.G.- O atendimento de enfermagem ao alcoolista em Pronto Socorro geral: conceitos, sentimentos e práxis. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, VI. Ribeirão Preto.2000.**Resumos**. USP–Ribeirão Preto, 2000, p.63.
- CAMPOS, E.C.B.; SOUZA, R.M.; ALBUQUERQUE, V.- Drogas...um mundo...um custo...o preço da liberdade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 48, São Paulo,1996, **Resumos**. ABEn- Seção- SP, 1996,p.227.

- CANO, M.A. T.; FERRIANI, M. G.C.; ALVES, A. C.; NAKATA, C. Y.- A produção do conhecimento sobre adolescência na Enfermagem: período 1983 a 1996, **Rev Latino-Am Enfermagem**, 6(1): 91-7.
- CAPRA.F.- **O Ponto de mutação**. Trad. Álvaro Cabral, São Paulo, Cultrix, 1996.
- CAPLAN, G.- **Princípios de psiquiatria preventiva**, Rio de Janeiro, Zahar, 1980. 324p.
- CARDOSO, C.F.S. & BRIGNOLI, H. P.- **Os métodos da História** –Introdução aos problemas, métodos e técnicas da história demográfica, econômica e social. Trad. João Maia, Rio de Janeiro, Graal, 1979, 529p.
- CARLINI, E. A.; NOTO, A. R.; GALDUROZ, J. C. F.; NAPPO, S. A.- Visão histórica sobre o uso de drogas: passado e presente Rio de Janeiro e São Paulo **J Bras Psiq**, 45(4): 227-36, 1996.
- CASANOVA, E.G.& SOUSA,E.- A droga em cena: um estudo com as escolas. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, VI. Ribeirão Preto. 2000. **Resumos.USP** –Ribeirão Pret., 2000.p.43.
- CASANOVA, E. G.; SOUZA, E.; PIMENTEL, J. M. – A droga em cena: um estudo com escolares. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM,52, Recife, 2000. **Resumos**. ABEn- Seção PE, 2000, p.155.
- CORSI, I.-Opinião de pacientes alcoolistas internados em instituições psiquiátricas sobre atendimento espiritual. In: CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ENFERMAGEM.1984. **Catálogo Vol.IV**. Brasília, 1984, p. 02. /Resumo/.
- COSTA, J. F.- **Violência e psicanálise**, Rio de Janeiro, Graal, 1986, 189p.
- COSTA, J. F.- **História da psiquiatria no Brasil: um corte ideológico**, Rio de Janeiro, Xenon, 1989, 187p.
- COSTA, N. R.- (orgs). **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis, Vozes/Abrasco, 1990.

- DEMO, P.- **Metodologia científica em ciências sociais**, São Paulo, Ed. Atlas, 1985. 255p.
- DINIZ, S.A.- Sentido de vida: Base para a compreensão do alcoolista. In: CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ENFERMAGEM. **Catálogo**. Vol.XI. Brasília,1993, p. 374. /Resumo/
- DOUGLAS, M- **Pureza e perigo**. São Paulo, Perspectiva, 1976, 232p.
- EDWARDS, G.- Prevención con equilibrio de estrategias. In: OPAS -**Los problemas de la droga en el contexto socio-cultural: una base para la formulación de políticas y la planificación de programas**, Oficina Sanitaria Pan Americana da OMS, 1990, cap. 7, p.262-72.
- EPSTEIN, J. A.; BOTVIN, G.J.; DIAZ, T.- Etiology of alcohol use among hispanic adolescents. **Arch Pediatr Adolesc Med**, 153: 1077-84,1999.
- EVANS – PRITCHARD, E. E.- **Witchcraft, oracles, and magic among the Azand**, Oxford, Claredon Press, 1937.
- FARIAS, F.L.R- Representação social do usuário de drogas In: CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ENFERMAGEM. **Catálogo**. Vol.XVI, Brasília, 1998, p. 59. /Resumo/
- FARIAS, F. L. R.& FUREGATO, A.R.F.- O dito e não dito pelos usuários de drogas, expresso através da técnica projetiva. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, VI, Ribeirão Preto, 2000. **Resumos**. USP –Ribeirão Preto, 2000, p.26.
- FARIAS LUZ, E.M.S.; SILVA, F.A.B.; MOURA, L.G.P.-Cuidado de enfermagem ao dependente químico.In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, VI, Ribeirão Preto,2000. **Resumos**. USP –Ribeirão Preto, 2000, p.56.
- FERREIRA, P. S. & LUIS, M.A.V.- Levantamento da opinião de uma equipe de enfermagem de hospital psiquiátrico a respeito do uso e abuso de álcool e drogas e dos usuários dessas substâncias. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, VI, Ribeirão Preto, 2000. **Resumos**. USP –Ribeirão Preto, 2000, p.58.

- FLORENZANO, R. F.; FUERHAKE, O.; ZEGER, B.-Prevención primaria de las dependencias químicas em los adolescentes. Descripción de um proyecto de Santiago do Chile. **Bol Sanit Panam**. 95(2): 142-55, 1983.
- FOSTER, G.M. Relationship between spanish and spanish-american folk medicine. **J Amer Folk**, 66, 1953.
- FRANCHESCH, I. M.& CARDOSO, A.M.V.- Adolescência, álcool e escola. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52, Salvador, 1998. **Resumos**. ABEn- Seção BA, 1998, p.143.
- FRIEDLANDER, M. R.; ANDRUCIOLI, C.; ALEXANDRE, N. M .C.- Publicações em enfermagem: levantamento de prioridades. **Rev Bras de Enf** 40 (4): 246-53, 1987.
- FOUCAULT, M.- **História da loucura na idade clássica**, São Paulo, Perspectiva, 1978, 551p.
- FOUCAULT, M.- O uso dos prazeres. In: **História da sexualidade II**, Rio de Janeiro, Graal, 1984, 231p.
- FOUCAULT, M.- **A arqueologia do saber**, Rio de Janeiro, Forence Universitária, 1995, 239p.
- FOUCAULT, M.- **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**, Petrópolis, Vozes, 1997, 277p.
- FURTADO, L.G. & SILVA, M.I.L.& RIBEIRO, G.S. O consumo de álcool na juventude. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. 51. Florianópolis, 1999, Anais e Resumos. Florianópolis, ABEn- Seção SC, 1999, p.448, /Resumo/.
- GOFFMAN, E.- **Manicômios, prisões e conventos**, São Paulo, Perspectiva, 1974, 312p.
- GONÇALVES, P.A. & LUIZ, M.A.V.- O estágio de enfermagem num núcleo de prevenção – redução de danos de Ribeirão Preto: uma experiência de vida, In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52, Recife, 2000, Resumos. Recife ABEn- Seção PE. 2000, 632, /Resumo/.

- GOSSOP, M. & GRANT, M.- **Prevención y control del abuso de drogas**. Ginebra, OMS, 1990, 138p.
- GRUND, J.P.C. **Drug use as a social ritual – functionality, symbolism and determinants of self-regulation**. Roterdã: Institut voor Vershavingsonderzoek (IVO) Erasmus Universiteit, 1993.
- HABERMAS, J. **The theory of communicative action**, Cambridge, Polity Press, 1993.
- HIRAZAWA, S.; DELLAROZZA, M.S.G.; RODRIGUES, I.G.; FRANÇA, L.S.L. A escola como espaço a prevenção do tabagismo através de ações interdisciplinares – relato de experiência. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51, Florianópolis, 1999, Anais e Resumos. Florianópolis, ABEn, Seção SC, 1999, 35, /Resumo/.
- HOBBS, E.- **Sobre história, ensaios**, Trad. MOREIRA, C.K., São Paulo, Cia de Letras, 1998, 336 p.
- HUMEREZ, D.C.; CAVALCANTE, M.B.G.; HUMERES, L.A.C.; AURICCHIO, L.R.- Avaliação entre estudantes de enfermagem sobre o uso de tabaco, In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, VI, Ribeirão Preto, USP – SP, 2000, 51, /Resumo/.
- LARANJEIRA, R - Bases para uma política de tratamento dos problemas relacionados ao álcool e outras drogas no Estado de São Paulo. **J Bras Psiquiatr**, 45 (4): 191-9, 1996.
- LARANJEIRA, R.; JUNGGERMAN, F.; DUNN, J **Drogas** 2.^a ed., São Paulo, Contexto, 1998.
- LE GOFF, J. & NORA, P- **História – novos objetos**, Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1995, 238p.
- LÉVI-STRAUSS, C.- **Antropologia estrutural**, São Paulo, Tempo Brasileiro, 1970.
- LINARES, A.C.M.; BOOG, M.C.F.; CAMPOS, C.J.G - Consumo de bebidas alcoólicas entre acadêmicos. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, VI. Ribeirão Preto, USP-SP, 2000, 55, /Resumo/.

LINTON, R.- **Culture in mental disorders**, Springfield, [1] 1956.

LISBOA, M.T.L. O uso de bebidas alcoólicas entre adolescentes – alunos de enfermagem- experiências percepções e atitude profissional. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM.52, Recife, 2000, Resumos. Recife ABEn- Seção PE. 2000, 465./Resumo/.

LLOYD, C.- **As estruturas da história**. Rio de Janeiro, Jorge Zahar, 1995, 400p.

LUZ, M. T.- **Natural racional social - Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna**, Rio de Janeiro, Campus, 1988,151p.

MAcRAE, E.- A abordagem etnográfica do uso de drogas. In: BASTOS, F. I.; MESQUITA, F. -**Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos**, São Paulo, HUCITEC, 1994, 214p.

MAcRAE, E. & SIMÕES, J.A.- **Investigações sobre o uso habitual e controlado da maconha entre camadas médias urbanas**, São Paulo, Instituto de medicina social e de criminologia de São Paulo, 1989, 162p.

MACHADO, R.- **Da (n) ação da norma**. Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil, Rio de Janeiro, Graal, 1978, 559p.

MAIA, A.P.M.; CAVAGNAC, A.; GUEDES, M.V.C.- Necessidades psicossociais: um estudo com portadores de dependência alcoólica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM.52, Salvador, 1998, Resumos. Salvador ABEn, Seção BH, 1998, 142./Resumo/.

MARCUSE, H.- **A ideologia da sociedade industrial – o homem unidimensional**. Trad. Giosane Rebuá, Rio de Janeiro, Zahar, 1979, 238p.

MAYER-GROSS, W.; SLATER, E.; ROTH, M.- **Psiquiatria Clínica**, São Paulo, Mestre Jou, 1972, 1340 p.

MEDINA-MORA, M. E.; TAPIA, C. R.; RASCÓN, M. L.; SOLACHE, G.; OTERO, B. R.; LAZCANO, F.; MARINO, M. C.- Situación epidemiológica del abuso de drogas en México, OPAS, In : OPAS, **Abuso de drogas**, Oficina Sanitária Pan-americana da OMS (522). Washington, 1990. 217p.

- MERLOS, A. S.G.- Aceitação e rejeição do alcoolismo: Um estudo com alunos de Enfermagem. In: CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ENFERMAGEM. Catálogo e Índice Remissivo Vol.VI e VII. 49, 1986, /Resumo/.
- MERLO, L.M.; CARDOSO, A.M.V.- Vivências de adolescentes com álcool. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM.52, Salvador,. 1998, Resumos. Salvador, ABEn, Seção BH, 1998, 336./Resumo/.
- MEYER, R. E. - The disuse called addiction: emerging evidence in a 200 year debate. **Lancet**, 347 (8995): 162-6. 1996.
- MILBY, J.B.- **A dependência das drogas e seu tratamento**, São Paulo, Pioneira, Edusp, 1988, 279p.
- MINAYO, M.C.S.- **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo -Rio de Janeiro, Hucitec/Abrasco, 1998, 269p.
- MONTE SERRAT, S. A- Farmacodependência do ponto de vista social, In: **Manual da Febract**.(Caderno - Drogas: Prevenção) Cofem - UNDCP Sd.
- MOREIRA, D.S. O consumo de drogas entre os estudantes de sétima e oitava série da cidade de Alfenas.In CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. 47.Goiás.1995. Resumos. Goiás ABEn- Seção GO.1995.p.484./Resumo/.
- NERY, A.A.; PINHEIRO, B.S.; SANDOVA, L. J. M.H. Dez centímetros que podem matar. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM.52. Recife. 2000. Resumos. Recife ABEn- Seção PE. 2000.p.431./Resumo/.
- NOGUEIRA FILHO, D. M. **Toxicomanias**, São Paulo, Escuta, 1999, 136p.
- OLIVEIRA, J. F.; FERREIRA, S.L. Drogadição feminina: uma situação de vulnerabilidade para a AIDS. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. 52. Recife. 2000. Resumos. Recife ABEn- Seção PE. 2000. p.100./Resumo/.
- OLIVEIRA, J. F.; PAIVA, M.S.-Drogas e Aids no segmento feminino. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. 52. Recife. 2000. Resumos. Recife ABEn- Seção PE. 2000. p.100./Resumo/.

ORGANIZACION PANAMERICAN DE LA SALUD **Abuso de drogas**. Oficina Sanitária Pan-americana da OMS (522). Washington, 1990. 217p.

PARSONS, T. -**The Social Sistem**, New York, Free Press, 1951.

PRADO, F. C. RAMO, J. VALLE, J. R.- **Atualização terapêutica: Manual prático de diagnóstico e tratamento**. São Paulo, Artes Médicas, 1999, 1510p.

PINTO, C.J.M. Tabagismo entre estudantes de 1º Série do 2º grau no Município de Alfenas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. 48. São Paulo. 1996. Resumos. São Paulo ABEN -Seção SP.1996.p.225./Resumo/.

QUEIROZ, M. de S. -O Paradigma mecanicista da medicina ocidental moderna: uma perspectiva antropológica. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, 20: 309-17, 1986.

QUEIROZ, M. de S. & CANESQUI, A. M.-Antropologia da medicina: uma revisão teórica. **Rev Saúde públ**, 20:152-64, 1986.

QUEIROZ, M. de S. -Representações Sociais: uma perspectiva multidisciplinar em pesquisa qualitativa. In:BARATA, R.B.; LÉON, R.B. (orgs) **Doenças endêmicas abordagens sociais, culturais e comportamentais**, Filcruz, Rio de Janeiro, 2000, p.27-46.

RAMOS, L.C.A.; BUENO, A.; KUSTON, M. Abordagem de dependência química em trabalhadores do Serviço Público. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. 48. São Paulo. 1996. Resumos. São Paulo ABEN-Seção SP.1996.p.232./Resumo/.

RESENDE, H.-Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUTIS, S. A., COSTA, N. R. (orgs). **Cidadania e loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil**, Petrópolis, Vozes/Abrasco. 1990.

REZENDE, M. M. R. **Tratamento de dependentes de drogas: diálogo com profissionais da área de Saúde Mental**. Campinas, 1999,[Tese-Doutorado – Universidade Estadual de Campinas].

- RIVERS, W. H. R. **Medicine, magic and religion**. London, Kegan Paul, 1924.
- RODRIGUES, I.G.; WINCJLER, C. C.; LOPES, L.P.; GARCIA, M.A. Ações educativas na prevenção do tabagismo. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. 51. Florianópolis. 1999. Anais e Resumos. Florianópolis ABEn- Seção SC. 1999.p.317./Resumo/.
- ROSA, A. J. S. Assistência de enfermagem a alcoolistas: e a opinião de 21 enfermeiros. In: CENTRO DE ESTUDOS E PESQUISAS EM ENFERMAGEM.Catálogo.Vol.IX . p. 215.1991/Resumo/.
- ROSA, A. J.S.; TONHOM, A.A.; ZANATI,D.V. Padrão de uso de substâncias psicoativas entre estudantes de enfermagem. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, VI. Ribeirão Preto. USP –SP. 2000.p.31./Resumo/.
- ROSSATO, V.M.D.; ZUSE, A.S. Três famílias alcoolistas: pontuando aspectos que assemelham. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, VI. Ribeirão Preto. USP –SP. 2000.p.68. /Resumo/.
- ROSENHAN, D.L.- On being sane in insane places. In: MECHANIC, D. ED. **Readings in medical sociology**, New York, The Free Press,1980.
- ROTH, J. A. –**Timetables**, London, Bolbs Merril, 1963.
- ROTTERDAM, E.- O elogio da loucura. In: **Os pensadores**. São Paulo, Abril Cultural, 1972, 169p.
- SALES, J.-Atuação do enfermeiro de saúde mental no disque-drogas: relato de experiência. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM.52. Recife. 2000. Resumos. Recife ABEn- Seção PE. 2000.p.640./Resumo/.
- SADIGURSKY, D. TAVARES, J.L -Alcoolismo: representação social do usuário. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, VI. Ribeirão Preto. USP –SP. 2000.p.46./Resumo/.

- SANTOS, L.V.; SILVA, W.O.; DAMÁSIO, V.F.; STACCIARINI, J.M.- Percepções de estudantes da área de saúde sobre abuso de álcool no meio acadêmico. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, VI. Ribeirão Preto. USP –SP. 2000.p.33./Resumo/.
- SEABRA, G.N.; FARIAS,F.L.G. -Motivos expressos pelos adolescentes para o uso do tabaco. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM.52. Recife. 2000. Resumos. Recife ABEn- Seção PE. 2000.p.463./Resumo/.
- SILVA, A.; CASTRO, R.C.B.R. -Sentimentos da equipe de Enfermagem perante o atendimento de pacientes alcoolistas no setor emergência. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM.52. Recife. 2000. Resumos. Recife ABEn- Seção PE. 2000.p.647./Resumo/.
- SILVA FILHO, J.F. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: BEZERRA JR., B.; TUNDIS, S. A.; COSTA, N. R. (orgs). **Cidadania e loucura**. Petrópolis R.J., Vozes, 1990, 288p., cap. 2, p.75 – 102.
- SILVA, T.C.; COSTA, A. S.S.M. -O ensino de dependências químicas: relatório de experiência no curso da graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, VI. Ribeirão Preto. USP –SP. 2000.p.27./Resumo/.
- SIMAS, L.T.L.;SOUZA, S.S.; TERRA, M.G.- Cuidando de um paciente usuário de drogas: relato de experiência. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. 51. Florianópolis. 1999. Anais e Resumos. Florianópolis ABEn- Seção SC. 1999 .p.35./Resumo/.
- SOARES, B. M. **As melhores intenções** – Análise dos programas de prevenção e recuperação da dependência química. Rio de Janeiro, Núcleo de Pesquisa ISER, 1994.
- SOBRAL, V.R. S.; SANTOS, M. L.; FRANÇA, N.- Droga: o que a Enfermagem tem a ver com isto? In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. 42 Natal. 1990. Programa. Natal. ABEn- Seção-R.N. p.106 /Resumo/.

- SOUSA, C.M.; CAMPOS, L.S. -O cuidado prestado pela enfermagem aos pacientes usuários de drogas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. 51. Florianópolis. 1999. Anais e Resumos. Florianópolis ABEn- Seção SC. 1999.p.379./Resumo/.
- SUDBRACK, M.; SIQUEIRA, D. -Uma proposta de prevenção de DST-AIDS para o Município de Campinas através de um projeto de redução de danos associados ao uso de drogas, Criad, Secretaria Municipal de Campinas, Prefeitura de Campinas, 2000.
- TRAMONTINI, A.J.; LOVATTO, C.G.;MICHEL, C.G.- A prevenção ao uso de drogas através da construção de uma peça teatral com um grupo de adolescentes. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM.52. Recife. 2000. Resumos. Recife ABEn- Seção PE. 2000.p.463./Resumo/.
- TURNER, V.W. **O processo ritual – Estrutura e antiestrutura**, Petrópolis, Vozes, 1974, 248p.
- UBEDA, E. M. L. **Programa de atendimento à saúde do adolescente: a percepção dos atores sociais envolvidos**. Ribeirão Preto. 1996. [Tese Doutorado- Universidade de São Paulo].
- UBEDA, E.M.L.;PEDRAZZANI, E. S.; CORDEIRO, A.M.A.;KILL, K. – Um caminho para a prevenção da Aids e drogas ao meio universitário: uma experiência da Universidade Federal de São Carlos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. 51. Florianópolis. 1999. Anais e Resumos. Florianópolis ABEn- Seção SC. 1999.p.305./Resumo/.
- UBEDA, E. M. L. – Desenvolvimento de ‘proposta’ para prevenção das drogas. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. 52. Recife. 2000. Resumos. Recife ABEn- Seção PE. 2000.p.644./Resumo/.
- VARGAS, D.; MIRON, V.L.; HILDBRANDT, L. -Concepções dos trabalhadores de enfermagem sobre o paciente alcoolista In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, VI. Ribeirão Preto. USP –SP. 2000.p.20./Resumo/.

- VELHO, G. –**Nobres e anjos: um estudo tóxico e hierarquia**, Rio de Janeiro, 1975 [Tese-Doutorado –URRJ].
- VIEIRA FILHO, J. Discurso pronunciado na Sociedade Científica de Estudos Supermentalis “TATTWA NIRMANAKAIA” In: **Annaes de Enfermagem** n.13 e 14. Ano VI. Julho a Setembro. 1938.
- XAVIER DA SILVEIRA, D. Considerações sobre a prevenção do uso indevido de drogas. **Rev ABP APAL**. 15 (1): 17-20, 1993.
- WEIL, A. **Drogas e estados superiores da consciência**, Rio de Janeiro, Ed. Ground, 1986, p187.
- WEBER, M. –**A ética protestante e o espírito do capitalismo**. São Paulo, Pioneira, 1992, 233p.
- WILBER, K. **A brief history of everything**. Shambhala, Boston & London, 1996. 339p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION -**Expert committee on drug dependence** Twenty-eighth Report, Geneva. 1993.43p.
- ZANETONI, L.; DENADAI, A.F.; SANTOS, J.M.T.; MARTA, I.E.R Início de abuso de drogas na perspectiva de clientes de uma casa de recuperação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM. 52. Recife. 2000. Resumos. Recife ABEn-Seção PE. 2000.p.658./Resumo/.
- ZINBERG, N. E. **Drug, set and setting: the basis for controlled intoxicant use**. New Haven: Yale University Press, 1984.
- ZOLA, J. K. Culture and symptoms. In: COX, C. & MESD. A. eds **associology of medical practice**, London, Collier / Mac Millan, 1975.
- ZBOROWSKI, M.-Cultural components in responses to pain **J Soc Issues**, 8:1952.