



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

FIDELIS RANALI NETO

O ESTIGMA DO USO DE DROGAS EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA

CAMPINAS

2019

FIDELIS RANALI NETO

O ESTIGMA DO USO DE DROGAS EM UMA INSTITUIÇÃO PÚBLICA

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde na área de Política, Gestão e Planejamento.

ORIENTADOR: PROF. DR. SÉRGIO ROBERTO DE LUCCA

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELO
ALUNO FIDELIS RANALI NETO E ORIENTADO
PELO PROF. DR. SÉRGIO ROBERTO DE LUCCA

CAMPINAS

2019

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9617-3592>

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

R15e Ranali Neto, Fidelis, 1978-
 O estigma do uso de drogas em uma instituição pública / Fidelis Ranali
 Neto. – Campinas, SP : [s.n.], 2019.

 Orientador: Sergio Roberto de Lucca.
 Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas,
 Faculdade de Ciências Médicas.

 1. Estigma social. 2. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. 3.
 Retorno ao trabalho. I. Lucca, Sérgio Roberto de, 1957-. II. Universidade
 Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: The stigma of drug use in a public institution

Palavras-chave em inglês:

Social stigma

Substance-related disorders

Back to work

Área de concentração: Política, Gestão e Planejamento

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Banca examinadora:

Sergio Roberto de Lucca [Orientador]

Juliana Loporini do Nascimento

Pollyanna Santos da Silveira

Data de defesa: 11-02-2019

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

FIDELIS RANALI NETO

ORIENTADOR: PROF. DR. SÉRGIO ROBERTO DE LUCCA

MEMBROS:

1. PROF. DR. SÉRGIO ROBERTO DE LUCCA

2. PROF^a. DR^a. JULIANA LUPORINI DO NASCIMENTO

3. PROF^a. DR^a. POLLYANNA SANTOS DA SILVEIRA

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

Data de Defesa:
11/02/2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos servidores da Unicamp atendidos pelo Programa de Acolhimento e Reinserção ao Trabalho, especialmente ao servidor Carlos que faleceu em decorrência do transtorno por uso de substâncias psicoativas, durante a realização da pesquisa. Através da sua luta e busca honesta pela recuperação, nos ensinou o que realmente tem valor na vida, “as pessoas”.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meu orientador professor Sérgio Roberto de Lucca, exemplo de objetividade e dedicação na busca pela transformação do mundo do trabalho, e principalmente por ter acreditado em mim para a realização desta pesquisa.

Agradeço a meus colegas do Programa de Acolhimento e Reinserção ao Trabalho: Israel, Maria Amélia e Lúcia que muito me ensinam sobre o cuidado e valor das pessoas.

Agradeço aos servidores da Unicamp que acompanho, pela persistência e pela partilha honesta sobre dores e conquistas, pois suas experiências são a fonte do sentido da vida.

Agradeço a professora Juliana Luporini do Nascimento, que muito me esclareceu e desafiou durante o curso de mestrado.

Agradeço a professora Pollyanna Santos da Silveira por me acolher e pela disponibilidade em fazer parte desta pesquisa.

Finalmente agradeço a todas as pessoas que conheci através da vivência do transtorno por uso de substâncias psicoativas, hoje só sou quem sou devido a vocês. A história de cada um se tornou a minha. Muita gratidão.

“Não somos responsáveis pela nossa doença, mas somos responsáveis pela nossa recuperação. Agora chegou a hora em que sabemos que a velha mentira “uma vez um drogado, sempre um drogado” não será mais tolerada, nem pela sociedade nem pelo adicto. Nós nos recuperamos.

Narcotics Anonymous World Services, Inc.

RESUMO

O Estigma pode ser definido como uma marca física ou social de conotação negativa, que leva o seu portador a ser marginalizado e se marginalizar ou se excluir de situações sociais. Muitas condições de saúde, dentre elas os transtornos por uso de substâncias psicoativas, são estigmatizadas pela sociedade, incluindo os locais de trabalho, e pode provocar consequências negativas e agravamento do transtorno. O presente estudo tem como objetivo principal analisar o estigma no processo de reinserção no trabalho dos servidores - usuários de substâncias psicoativas atendidos no Programa de Acolhimento e Reinserção no Trabalho (PART) de uma universidade pública. Estudo qualitativo, com análise de entrevistas em profundidade, e referencial teórico do conceito de estigma. Foram realizadas dez entrevistas individuais, com servidores usuários de substâncias psicoativas e seus respectivos gestores. As entrevistas foram gravadas após a assinatura do TCLE dos participantes da pesquisa. Através da leitura do material empírico obtido nas entrevistas, e do referencial teórico sobre o tema foram identificadas três matrizes temáticas: estigma social, estigma internalizado e institucionalização, subdivididas nas respectivas categorias analíticas: estigma social - rotulagem, estereótipo, divisão entre “nós” e “eles”, perda de status e discriminação e poder para estigmatizar; estigma internalizado - estereótipo, preconceito e discriminação e institucionalização - discriminação estrutural. A análise das narrativas evidenciou a presença do estigma social e internalizado, reforçados pelo processo de institucionalização. Conclui-se que o estigma social reforça a vivência do estigma internalizado dos servidores - usuários de substâncias psicoativas e se constituem como barreiras para a reinserção do servidor no trabalho. Além disso, a cultura e características da gestão da universidade favorecem a discriminação institucional, e dificultaram o processo de reinserção ao trabalho. Espera-se que os resultados obtidos contribuam para o delineamento de estratégias de minimização do estigma dos servidores usuários de substâncias psicoativas atendidos na universidade analisada e demais instituições no processo de cuidado integral à saúde e reinserção no trabalho dos usuários de substâncias psicoativas.

Palavras chaves: Estigma; Transtorno por uso de substâncias psicoativas; Reinserção no Trabalho.

ABSTRACT

Stigma can be broadly defined as a shaming social / physical attribute or mark that leads an individual to be marginalized by the others, or to marginalize or to exclude himself from some social contexts. Many health conditions, including alcoholism, are widely stigmatized, what could lead to a really negative impact on an individual health. This study aimed to analyse the stigma-affecting workers who are chemically dependent, while they attend to an occupational reintegration program at a Brazilian state university, called Programa de Acolhimento e Reinserção no Trabalho (PART). A qualitative study was run based on interviews analysis and the theoretical frame of reference on stigma. On the whole, 10 individual interviews were conducted, involving 5 chemically dependent workers and their current supervisors. All the interviews were recorded after the subjects agree with the TCLE. After the results analysis, based on the theoretical frame of reference, 3 theme categories were defined: social stigma, internalized stigma and institutionalization, which were divided into analytical categories: social stigma (labelling, stereotypes, distance between 'we' and the 'other', loss of social status/discrimination, and power to stigmatize); internalized stigma (stereotype, prejudice and discrimination); institutionalization (structural discrimination). The findings highlight the presence of social stigma, internalized stigma and institutionalization. In conclusion, the social stigma, and mostly the experience of the internalized stigma are barriers to dealing successfully with the reintegration into work. In addition, the management's culture and characteristics favors the structural discrimination phenomenon, and also makes it difficult to reintegrate into working life. It's expected the results will be considered to develop new strategies to reduce the stigma involving chemically dependent workers at the university and in other organizations, preventing health impairments and promoting successfully their reintegration into working life.

Keywords: Stigma; Psychoactive Substance Abuse; Reinsertion at Work

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

		Página
FIGURA I	Matrizes temáticas e categorias de análise das entrevistas em profundidade	48
FIGURA II	Análise da narrativa do servidor S1	56
FIGURA III	Análise da narrativa do servidor S2.....	56
FIGURA IV	Análise da narrativa do servidor S3.....	57
FIGURA V	Análise da narrativa do servidor S4.....	57
FIGURA VI	Análise da narrativa do servidor S5.....	58
FIGURA VII	Análise da narrativa do gestor G1	73
FIGURA VIII	Análise da narrativa do gestor G2.....	73
FIGURA IX	Análise da narrativa do gestor G3.....	74
FIGURA X	Análise da narrativa do gestor G4.....	74
FIGURA XI	Análise da narrativa do gestor G5.....	75
FIGURA XII	Análise da narrativa dos cinco servidores e dos cinco gestores	81

LISTA DE TABELAS

	Página
Tabela I Distribuição dos dados sociodemográficos dos servidores da Universidade e servidores atendidos por transtorno por uso de substâncias psicoativas, segundo gênero	49
Tabela II Distribuição dos servidores com transtornos por uso de substâncias psicoativas, segundo o tipo de substância	50
Tabela III Distribuição dos servidores com transtornos por uso de substâncias psicoativas, segundo as características profissionais	50
Tabela IV Distribuição dos servidores com transtornos por uso de substâncias psicoativas, segundo a natureza dos encaminhamentos ao PART.....	51
Tabela V Comparativo entre o número de dias perdidos* (absenteísmo) entre os servidores da Instituição e os servidores com transtornos por uso de substâncias psicoativas	52
Tabela VI Caracterização da amostra de conveniência dos 5 servidores participantes das entrevistas	54
Tabela VII Caracterização da amostra de conveniência dos 5 gestores participantes das entrevistas.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

PART	Programa de Acolhimento e Reinserção no Trabalho
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
CID 10	Classificação Internacional de Doenças, 10ª Edição
SNC	Sistema Nervoso Central
LSD	Dietilamida do ácido lisérgico
DSM V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª Edição
OMS	Organização Mundial de Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
TMC	Transtornos Mentais e Comportamentais
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
HIV/AIDS	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
DGRH	Diretoria Geral de Recursos Humanos
DSO	Divisão de Saúde Ocupacional
CECOM	Centro de Saúde da Comunidade
GGBS	Grupo Gestor de Benefícios Sociais
SPA	Substância Psicoativa
RH	Recursos Humanos

SUMÁRIO

	Página
1. INTRODUÇÃO	18
1.1. Uso de drogas na contemporaneidade	18
1.2. Transtorno mental por uso de substâncias psicoativas	22
1.3. Transtorno mental por uso de substâncias psicoativas e trabalho	26
1.4. O estigma do uso de drogas	31
1.5. Enfrentamento do estigma social e internalizado.....	39
2. OBJETIVOS	41
2.1. Objetivo Geral	41
2.2. Objetivos específicos	41
3. HÍPOTESE	41
4. MÉTODO	42
4.1. Local do estudo: a instituição	42
4.2. População de estudo	43
4.3. Entrevistas com servidores e gestores	44
4.4. Contexto de escolha da amostra de conveniência	46
4.5. Análises das entrevistas	46
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
5.1. Perfil dos servidores atendidos pelo PART	49
5.2. Caracterização da amostra de conveniência dos 5 servidores e 5 gestores participantes das entrevistas	53
5.3. Descrição e discussão das matrizes temáticas	54
5.3.1 Estigma e internalizado	54
5.4. Estigma público ou social	72
5.5. Institucionalização	79
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	88

7. REFERÊNCIAS	91
8. ANEXOS	98
8.1. Parecer consubstanciado CEP	98
8.2. Termo de Consentimento Livre Esclarecido	107
8.3. Autorização para acesso aos prontuários	110

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa estudou a influência e o efeito do estigma do uso de drogas no processo de reinserção ao trabalho de servidores da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp e foi desenvolvida a partir de duas motivações: a primeira pelo pesquisador ter vivenciado pessoalmente o transtorno por uso de substâncias psicoativas, assim como todos os problemas causados pelo estigma internalizado, entre eles a deterioração da identidade pessoal; e a segunda motivação foi sua vivência profissional em acompanhar os servidores de uma universidade pública no Programa de Acolhimento e Reinserção ao Trabalho desenvolvido pela instituição.

A minha experiência no acolhimento e reinserção no trabalho dessa população, dentro da Universidade começou em 2011, quando fui destacado para acolher e acompanhar o tratamento e reinserção ao trabalho de alguns servidores que faziam uso de substâncias psicoativas na Divisão de Planejamento e Desenvolvimento da Instituição. Esse acompanhamento visava apoiar o servidor em três frentes: ajuda-lo a refletir sobre seu comportamento de uso de substâncias e suas consequências no trabalho, apoia-lo na organização de uma rede de cuidado psicossocial e apoiá-lo acerca de suas atividades profissionais tendo por interface a orientação do gestor desse servidor. A partir dessa experiência passei a atender todas as situações relacionadas a problemas no ambiente de trabalho devido a uso de substâncias.

Em 2013 fui convidado a integrar o recém-criado Programa de Acolhimento e Reinserção no Trabalho – PART, vinculado à Divisão de Saúde Ocupacional da Universidade. O PART sistematizou uma linha de conduta e um protocolo de acolhimento e reinserção no trabalho dos servidores com sofrimento mental, afastados ou não do trabalho. Passei a atuar mais diretamente no acompanhamento de servidores com transtorno mental por uso de substâncias psicoativas e seus respectivos gestores, através de atendimentos individuais e em grupo.

Dentro desse contexto a dificuldade em reinserir ao trabalho os servidores que usavam substâncias gerava muito incômodo, já que era comum identifica-

los como “os servidores mais problemáticos da universidade”, aqueles que ninguém queria na sua equipe, pois eram considerados “casos perdidos”. Essas situações geraram a inquietude necessária para a realização deste estudo.

Uma situação singular vivenciada por um servidor foi a maior inspiração e estímulo para o presente estudo. Os problemas associados ao uso de substâncias resultaram em várias dificuldades psicossociais para esse servidor. Ficou preso por 1 ano e meio, e depois de ser solto ao retornar ao trabalho sofreu uma penalização administrativa de 90 dias, ficou sem salário e passou grande dificuldade social e econômica, acompanhada por nós do PART.

A situação social do servidor chegou ao limite quando o mesmo nos relatou que diariamente se dirigia ao restaurante universitário após o horário de almoço, para pegar restos de comida, colocando-os em sacolas plásticas dentro de uma mochila, para fazer suas refeições ao longo do dia. Num desses episódios o servidor mostrou à equipe do PART a mochila com as sacolas contendo o alimento. Após todo esse processo no qual o servidor “cumpre exemplarmente” as punições (com a justiça e com a universidade), tem início a situação dramática de seu retorno ao trabalho. Dramática, pois a instituição não consegue reinserir o servidor no ambiente de trabalho devido ao seu rótulo de usuário de “drogas”.

O servidor se deparou com a impossibilidade de retornar ao ambiente de trabalho, devido a seu estereótipo dentro da universidade. Passou a enfrentar grande resistência de gestores que não aceitavam recebe-lo. Vale ressaltar que nesse momento o servidor, do ponto de vista do cuidado com a saúde integral, estava “reabilitado” e integrado a proposta de reinserção do PART (participando ativamente das reuniões do grupo de apoio) e muito motivado a retornar ao trabalho.

O Estigma do uso de “drogas” é um fenômeno que implica grande impacto na vida profissional e pessoal destes servidores, e com uma lacuna de material empírico e teórico que embase sua compreensão.

Não é raro o trabalhador com transtornos por uso de substâncias psicoativas numa fase aguda apresentar problemas no trabalho, tais como aumento de absenteísmo, baixa produtividade e conflitos interpessoais, aja visto que o transtorno além de ser crônico e incapacitante do ponto de vista biológico e psicológico é também, do ponto de vista sócio histórico, marcado pelo estigma.

Este estudo procura compreender, através da percepção dos servidores usuários de substâncias psicoativas e seus gestores, atendidos individualmente e nos grupos pelo PART, a influência negativa do estigma no processo de reinserção ao trabalho.

Destaco nesta trajetória, a experiência e vivência profissional no convívio com pessoas com transtornos por uso de substâncias. Como integrante da equipe do PART, no processo de promoção da reinserção dos servidores desta Universidade pude evidenciar as dificuldades destes sujeitos, seus gestores e da própria instituição na condução das situações.

Observei que as dificuldades se relacionavam com o estigma, social e internalizado, associados ao uso de “drogas” e ao processo de “vitimização dos sujeitos” e preconceito dentro da instituição. O mestrado profissional foi a oportunidade de aprofundar o tema com o objetivo de qualificar melhor o meu trabalho na reinserção destes servidores.

Cinco servidores com transtornos por uso de substâncias, e seus respectivos gestores foram convidados a participar desta pesquisa. Fazer parte da equipe do programa de reinserção facilitou a aceitação destes em participar das entrevistas, já que havia um vínculo de referência e confiança entre mim e os mesmos.

O trabalho que vem sendo realizado pelo PART, incluindo o trabalho em grupo, é fator preponderante no estabelecimento desse vínculo e no sucesso da reinserção. Como refere Ronzani et al (2015, p. 14) “o grupo é uma das formas de enfrentamento do estigma internalizado e social mais eficaz, contribui para a (re) construção de uma percepção de identidade, autoestima, habilidades de enfrentamento ou auto eficácia e integração social, além de encorajar a adesão ao tratamento, através do compartilhamento de experiências entre os membros”.

INTRODUÇÃO

1.1. Uso de drogas na contemporaneidade

Atualmente é inegável que os transtornos mentais ocasionados pelo abuso e dependência de substâncias psicoativas tem trazido grande impacto social e econômico para a saúde das sociedades contemporâneas, e nos últimos anos assistimos aos crescentes problemas envolvendo o consumo de substâncias psicoativas. O contexto de trabalho também tem sido relacionado, na atualidade, a sofrimento psíquico, processos de adoecimento e uso de substâncias psicoativas.

Segundo Silva et. al. (2008) o uso de drogas é um fenômeno mundial e seu abuso é considerado problema de saúde pública. O autor refere que no Brasil, essa realidade não é diferente de outros países, já que levantamentos epidemiológicos realizados em diversos segmentos da sociedade demonstram que o uso abusivo de substâncias psicoativas é elevado.

De acordo com o mais recente Relatório Mundial de Drogas da UNODC (2017) o uso de drogas esteve associado a cerca de 190.000 mortes em 2015. De acordo com a organização o uso de drogas para fins não médicos tem ameaçado a saúde pública, infligindo um alto custo aos usuários e suas famílias, atingindo os grupos mais vulneráveis e marginalizados.

O II Levantamento Domiciliar sobre Drogas no Brasil, realizado em 2005, mostrou que 74,6% da população utilizaram álcool pelo menos uma vez na vida, tabaco 44%, maconha 8,8%, cocaína 2,9% e crack 0,7%. Em relação à dependência, os dados mostraram que 12,3% da população referiram problemas de dependência com o álcool, tabaco 10,1% e maconha 1,2%.

Segundo o Relatório Brasileiro sobre Drogas da SENAD (2009), em 2007 foram realizadas 135.585 internações associadas a transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de drogas em todo o Brasil; destes 69% do total de internações devido ao uso de álcool, 23% devido ao uso de múltiplas drogas e 5% devido ao uso de cocaína.

O Levantamento Nacional de Álcool e Drogas - LENAD (2012), sobre o consumo, abuso e dependência de álcool, tabaco e drogas ilícitas, apontou que

67.2 milhões de brasileiros são considerados bebedores moderados, 11.7 milhões são classificados como usuários abusivos e 6.8% da população é considerada dependente do consumo e uso de álcool.

Além disso, o estudo apontou que 8% (7.4 milhões) da população admitiu que o uso de álcool já teve efeito prejudicial no seu trabalho, 4.9% (4.6 milhões) já perdeu o emprego devido ao consumo de álcool e 9% (12.4 milhões) admitiu que o uso de álcool já teve efeito prejudicial na sua família ou relacionamento.

Pesquisa da Fiocruz (2014) revelou que 0,8% da população das grandes capitais consumiu crack e/ou similares (pasta-base de coca, merla e oxide) de forma regular durante seis meses e que o número de usuários regulares de drogas ilícitas (com exceção da maconha) correspondia a 2,3% da população das capitais brasileiras.

Esse cenário indica que os transtornos associados ao uso de drogas vêm se tornando cada vez mais um paradigma para a sociedade, no entanto, para evitar um entendimento superficial do fenômeno Escohotado (1994) sugere a contextualização histórica das origens do uso de substâncias psicoativas. Para esse autor é importante compreender que o comportamento de uso de drogas não é um fenômeno social somente contemporâneo. As substâncias psicoativas estão intimamente ligadas ao percurso da humanidade, nas diversas culturas, sociedades e cenários históricos.

Como referem Duarte & Morihisa (2008, p. 42) “O uso de drogas que altera o estado mental, acontece há milhares de anos e muito provavelmente vai acompanhar toda a história da humanidade”. Para os autores o homem sempre usou drogas, seja por razões culturais, religiosas, recreativas ou como forma de enfrentamento de problemas, para transgredir ou transcender, como meio de socialização ou para se isolar.

Segundo Ronzani et al (2015) as mudanças do contexto geopolítico, cultural, ideológico e econômico contribuem para a transformação no comportamento do uso de substâncias psicoativas, anteriormente mais ligado a fins ritualísticos, passando atualmente para um uso mais ligado ao alívio de sofrimento e busca de prazer. Essa transformação tem trazido alguns desafios para a sociedade contemporânea.

Nessa perspectiva conforme destaca Brites (2016) é importante notar que o uso de substâncias psicoativas é socialmente determinado e o modo como os indivíduos sociais se relacionam com elas, passa por alterações de seu significado e padrões de consumo. Segundo a autora a partir dessas alterações do consumo ao longo da história, são inúmeras e diversas as relações de substâncias psicoativas classificadas e utilizadas nas sociedades primitivas e modernas.

Atualmente são consideradas drogas aquelas substâncias que podem provocar dependência, segundo a Classificação Internacional de Doenças, 10^a Revisão (CID-10), que inclui: álcool; opióides (morfina, heroína, codeína, diversas substâncias sintéticas); canabinóides (maconha); sedativos ou hipnóticos (barbitúricos e benzodiazepínicos); cocaína; outros estimulantes (como anfetaminas e substâncias relacionadas à cafeína); alucinógenos; tabaco; solventes voláteis (Nicastre 2008). Segundo o autor essas substâncias são classificadas do ponto de vista legal e a partir das ações sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), conforme as modificações observáveis na atividade mental ou no comportamento da pessoa que utiliza a substância.

Refere o autor que “substâncias lícitas são as comercializadas de forma legal, podendo ou não estar submetidas a algum tipo de restrição, exemplo, álcool e alguns medicamentos que só podem ser adquiridos com receita médica controlada. Substâncias ilícitas são as proibidas por lei” (Nicastre 2008, p. 23), entretanto, a legalidade é variável entre países e culturas. O autor destaca que do ponto de vista de efeitos no SNC as substâncias psicoativas são classificadas em depressoras da atividade mental, exemplo álcool, drogas estimulantes da atividade mental, exemplo cocaína e drogas perturbadoras da atividade mental, exemplo, maconha e LSD.

Segundo Nicastre (2008, p.22) “uma droga não é por si só boa ou má. Existem substâncias que são usadas com a finalidade de produzir efeitos benéficos, como o tratamento de doenças, e são consideradas medicamentos. Mas também existem substâncias que prejudicam a saúde, os venenos ou tóxicos”. Neste aspecto, a mesma substância pode funcionar como medicamento em algumas situações e se tornar nociva em outras, dependendo da frequência e da dose absorvida.

Vale ressaltar que os diversos acessos às substâncias psicoativas são intermediados por proibições, interdições, regulamentações e legalizações. Com isso as contradições presentes nas ideologias e políticas referentes à questão do uso de substâncias e os problemas associados estão intimamente ligadas às transformações socioculturais dentro da história. (Lavras, 2015)

Outra questão importante a ser abordada é a denominação “droga”. Segundo Brites (2016) este é o termo mais usado no cotidiano de nossa sociedade. A autora refere que o termo “droga” tem sido usado de maneira equivocada, contribuindo com visões preconceituosas sobre o uso e os usuários de substâncias psicoativas, predominando-se a reprodução acrítica de juízos de valor estigmatizante. A autora argumenta que os termos psicotrópico e psicoativo são mais adequados para designar as substâncias e produtos que agem no Sistema Nervoso Central (SNC), alterando suas funções, propriedades estas, que tornam psicotrópicos e psicoativos passíveis de transtornos mentais associados entre eles o abuso e a dependência.

Destaca a autora que “culturalmente, o termo droga foi se distanciando de seu significado original (folha seca em holandês antigo, droog) e passou a ser usado como sinônimo de algo que é em si ruim e nocivo, e para designar quase que exclusivamente os psicoativos ilícitos (as drogas ilegais)” (Brites 2016, p. 8). Desse modo, o uso descuidado e rotineiro do termo droga, descolado de seu significado original, tem contribuído para fomentar preconceitos. Por exemplo, a associação entre o termo droga e as substâncias psicoativas ilícitas contribui para banalizar os danos sociais e de saúde associados ao uso de substâncias psicoativas lícitas, como tabaco, álcool e medicamentos (Brites, 2016).

A autora conclui que o termo “droga” atribui um poder de dominação sobre as substâncias em si, poder que, mesmo nas situações de dependência, não tem fundamentação científica. O uso, o abuso ou a dependência de substâncias psicoativas é o resultado da inter-relação entre a substância, o consumo e fatores socioculturais, com consequências negativas para o usuário. Portanto, a questão das drogas é permeada por diversos preconceitos, que acabam por dificultar sobremaneira os esforços para melhor entender o transtorno da dependência química. Dessa forma, o transtorno mental por uso de substâncias

psicoativas pode ser considerado um dos principais problemas de saúde que afeta a sociedade como um todo.

Vários modelos etiológicos foram criados para tentar compreender a dinâmica no desenvolvimento do uso indevido de substâncias psicoativas, mas nenhum isoladamente foi ou é capaz de explicar o fenômeno da dependência química, as recaídas e suas consequências negativas para a saúde e os transtornos mentais associados às drogas. (Faupel, Horowitz & Weaver, 2004). Este estudo tem por objetivo contribuir com o tema sobre uso de substâncias psicoativas no contexto laboral.

1.2. Transtorno mental por uso de substâncias psicoativas

Como descrito no capítulo anterior, o transtorno mental por uso de substâncias é marcado por preconceitos e estereótipos negativos associados à dependência que dificulta os esforços dos profissionais de saúde nas ações para reduzir, controlar ou até eliminar a dependência e facilitar a reinserção destes à vida social e ao trabalho. Segundo Cardoso (2006) as origens das representações sociais preconceituosas sobre a dependência de drogas e do álcool são influenciadas por questões econômicas, políticas, sociais, religiosas e científicas.

No século XVI o abuso de álcool era considerado pecado, enquanto o uso de outras drogas, heresia, reforçando a questão moral. Já no século XVII, o advento da destilação e modernização da produção, culminou com o aumento da população nas cidades e da desigualdade social. Neste contexto, os problemas associados ao uso do álcool começaram a interferir na produtividade dos trabalhadores e o tema ganhou relevância. Nesse período, surgiram as primeiras teorias para explicar o fenômeno do abuso associando o fenômeno da dependência como fraqueza e culpa dos usuários, por exemplo, o modelo da temperança, sob influência de cunho religioso e moralista, que condenava o uso de álcool pela classe operária (Cardoso, 2006).

No século XIX os Estados Unidos apoiados por movimentos puritanos proibiram a fabricação e o comércio do álcool (Miller & Hester, 1995). Nesse contexto, a medicina que vinha assumindo a sua posição de autoridade científica

adotou o modelo de temperança para explicar a doença do alcoolismo, com objetivo de se consolidar institucionalmente (Cardoso, 2006).

Segundo Duarte & Morihisa (2008, p. 42) “o conceito, a percepção humana e o julgamento moral sobre o consumo de drogas evoluíram e se basearam na relação humana com o álcool, por ser ele a droga de uso mais difundido e antigo”. A associação de dependência e transtornos mentais e suas repercussões sobre a saúde ganha importância a partir do século XX, confrontando com visões preconceituosas dos usuários, considerados pela sociedade como indivíduos possuídos por forças do mal e com caráter duvidoso.

No século XX “cientistas americanos começam a estudar e divulgar o assunto alcoolismo, obtendo amplo apoio e penetração dentre os grupos de ajuda mútua como os Alcoólicos Anônimos - AA, exercendo grande influência na Organização Mundial de Saúde - OMS e na Associação Médica Americana, que culminou, na década de 60, no programa de saúde mental da OMS, o qual empenhou-se em melhorar o diagnóstico e a classificação de transtornos mentais” (Duarte & Morihisa, 2008, p. 42).

Atualmente existem dois manuais de classificação dos transtornos mentais por uso de drogas, considerados ferramentas diagnósticas imprescindíveis para as múltiplas intervenções: a Classificação Internacional de Doenças - CID 10 da OMS, e o Manual de Diagnóstico e Estatística – DSMV (Galduróz & Ferri, 2017). A CID-10 é o critério adotado no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto que o DSM-V, elaborado pela Associação Americana de Psiquiatria, identificam os transtornos por uso de substâncias e auxilia os médicos psiquiatras no tratamento da doença e não necessariamente do doente em sua dimensão biopsicossocial.

Como referem os autores o quinto capítulo da CID-10 trata dos Transtornos Mentais e de Comportamento, e inclui os transtornos provocados pelo uso de substâncias. Os diagnósticos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, incluindo as bebidas alcoólicas, têm sempre a letra F seguida por dois números, que vão de 10 a 19. Estes são os códigos da CID-10 que indicam a que tipo de substância psicoativa o transtorno está associado. “O CID 10 diferencia o uso em: nocivo ou abuso e dependência, sendo classificado como um padrão de uso que causa prejuízo físico ou mental à saúde, que tenha

causado um dano real à saúde física ou mental do usuário, sem que os critérios para dependência sejam preenchidos” (Galduróz & Ferri, 2017, p.14).

Em relação ao diagnóstico para a dependência de substâncias, só pode ser feito se três ou mais dos seguintes critérios tiverem sido detalhados ou exibidos em algum momento do último ano, últimos 12 meses:

1. Forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
2. Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância, em termos de início, término e níveis de consumo;
3. Estado de abstinência fisiológica, quando o uso da substância cessou ou foi reduzida, como evidenciada na síndrome de abstinência característica para a substância, ou o uso da mesma substância com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
4. Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas;
5. Abandono progressivo dos prazeres e interesses alternativos, em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou ingerir a substância ou para se recuperar de seus efeitos;
6. Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas, tais como: danos ao fígado, por consumo excessivo de bebidas alcoólicas; estados de humor depressivos, consequentes a períodos de consumo excessivo da substância; ou comprometimento do funcionamento cognitivo, relacionado à droga. Nesse caso, deve-se fazer esforço para determinar se o usuário estava realmente (ou se poderia esperar que estivesse) consciente da natureza e extensão do dano.

Segundo Galduróz & Ferri (2017, p.17) “enquanto o DSM-IV identificava duas condições diferentes, abuso de substância e dependência de substância, o DSM-V une essas duas categorias em um continuum, denominado de Transtornos do Uso de Substâncias, classificados em leves, moderados ou graves, dependendo do número de critérios preenchidos, à semelhança dos critérios da CID-10”.

De acordo com o DSM-V os Transtornos do Uso de Substâncias obedecem aos seguintes critérios:

Um padrão problemático de uso de álcool, levando ao comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrendo durante um período de 12 meses:

1. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos:
 - Uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado;
 - Acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância;
2. Síndrome de abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos:
 - Síndrome de abstinência característica para a substância;
 - A mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência;
3. Existe um desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância;
4. A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido;
5. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização ou na recuperação de seus efeitos;
6. Fissura ou um forte desejo ou necessidade de usar a substância;
7. Uso recorrente da substância, resultando no fracasso em desempenhar papéis importantes no trabalho, na escola ou em casa;
8. Uso continuado da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos;
9. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância;

10. Uso recorrente da substância em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física;

11. O uso da substância é mantido apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pelo uso da mesma.

Estes manuais têm por objetivo a classificação e padronização do diagnóstico enquanto enquadramento de transtorno mental por uso de substâncias. Por outro lado, a classificação psiquiátrica dos transtornos mentais pode ser estigmatizante para os pacientes. A dinâmica do manejo do uso, dependência e tratamento vai muito além do diagnóstico nosológico, considerando-se além dos aspectos biológicos, as dimensões psicológicas e principalmente aspectos culturais e sociais, devem ser adotados, devido à complexidade do fenômeno, evitando dessa forma intervenções reducionistas baseadas em preconceito.

De fato, há um consenso entre os pesquisadores e profissionais na compreensão do abuso e dependência como um fenômeno biopsicossocial. Neste contexto ampliado reconhece-se que as combinações criativas de psicoterapias, intervenções comportamentais e farmacológicas, somadas a intervenções psicossociais, podem oferecer o tratamento mais eficaz ao abuso e dependência de substâncias psicoativas. (Figlie et al, 2014).

Além da conceituação sobre o transtorno mental por uso de substâncias, o desafio do estudo é analisar o fenômeno relacionando-o com o mundo do trabalho contemporâneo. É necessário analisar as relações entre trabalho, adoecimento mental e uso de substâncias e a influência do estigma do uso de drogas dentro da Instituição, mais especificamente do serviço público.

1.3. Transtorno mental por uso de substâncias psicoativas e trabalho

Analisar a relação entre transtorno por uso de substâncias e trabalho é relevante porque os ambientes de trabalho representam um potente fator desencadeante de problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, aja visto as grandes mudanças operadas pela lógica do capital, que configuram um cenário de precarização do mundo do trabalho. Nesse contexto, os estudos

evidenciam a associação entre estresse no ambiente de trabalho e saúde mental e, por sua vez, a associação dos transtornos por uso de substâncias psicoativas, vivenciados pelos trabalhadores.

O desenvolvimento de transtornos mentais relacionados a fatores psicossociais no trabalho foi investigado por Stansfeld et al. (1999), na Inglaterra, em um estudo de coorte com seguimento de 1985 a 1993. Estes autores observaram que altas demandas e desequilíbrio na relação esforço e recompensa no trabalho são fatores de risco no desenvolvimento de transtornos mentais e comportamentais (TMC), entre eles transtornos por uso de substâncias psicoativas. Os autores afirmam que as evidências da associação entre TMC e estresse no trabalho são crescentes.

Revisão sistemática, conduzida por Stansfeld & Candy (2006), avaliou os estudos longitudinais relevantes, publicados entre os anos de 1994 e 2005, nos quais as características de trabalho fossem utilizadas como fator preditor de transtornos mentais. Dentre os principais achados a alta exigência no trabalho, baixo poder de decisão, baixo apoio social, alta demanda psicológica, desequilíbrio entre esforço e recompensa e alta instabilidade no emprego com elevadas demandas, o que configura a precarização do trabalho, foram fatores preditores para transtornos mentais comuns. Os efeitos mais fortes foram encontrados em alta exigência no trabalho e desequilíbrio entre esforço e recompensa (Stansfeld & Candy, 2006).

Estudo longitudinal, conduzido na Bélgica, com 1.986 trabalhadores de quatro empresas e acompanhados durante um ano, encontrou que o estresse no ambiente de trabalho estava associado ao elevado risco de ocorrer prejuízo à saúde mental (Godin et al., 2005).

Nos últimos anos os TMC se mantiveram como a terceira principal causa de concessão de benefício auxílio-doença por incapacidade laborativa no Brasil. Mais de 203 mil novos benefícios foram concedidos por ano, sendo que 6,25% foram considerados pela perícia previdenciária como relacionados ao trabalho (Silva-Júnior & Fischer, 2014). Entre os TMC a dependência ao álcool e outras substâncias ocupam o quinto e sétimo lugares entre os TMC que provocam afastamentos no trabalho superiores a 15 dias

Pesquisadores entendem o trabalho como constituidor da identidade e articulador entre a esfera social e a vida privada do trabalhador. Nesse sentido, o trabalho permite promover saúde mental de trabalhadores e trabalhadoras, entretanto, é necessário considerar sempre o confronto com a organização do trabalho que pode gerar prazer, mas também sofrimento e adoecimento. Por outro lado, é grande a dificuldade de investigação e acompanhamento dos trabalhadores com sofrimento mental relacionado ao trabalho. Uma das dificuldades encontradas é a caracterização da vinculação entre os quadros clínicos e o trabalho, pois não existe consenso para a classificação dos distúrbios psíquicos desencadeados pelo trabalho (Bottega & Merlo, 2017).

Nesse contexto de sofrimento e adoecimento relacionado ao mundo do trabalho contemporâneo, a OMS estima que 70% dos indivíduos empregados têm problemas de abuso de álcool e 63% utilizam outras drogas (Silva, 2001). Dessa forma a questão do transtorno mental por uso de substâncias psicoativas relacionado ao trabalho toma uma dimensão importante nas agendas de órgãos internacionais como por exemplo a Organização internacional do Trabalho – OIT, assim como outras organizações.

Como forma de lidar com o aumento dos problemas relacionados ao uso de substâncias e trabalho, a OIT, em 2003, desenvolve o “Manual de Recomendações Práticas para os Problemas Relacionados ao Álcool e a Drogas no Local de Trabalho” que constitui um documento importante no domínio da redução do uso indevido. Este documento inclui uma ampla gama de recomendações e orientações de natureza prática acerca da elaboração de programas de prevenção e assistência nos locais de trabalho.

No Brasil estudos epidemiológicos demonstram que as drogas mais utilizadas pelos trabalhadores são o álcool e o tabaco, sendo o álcool a principal droga em termos de consumo e efeitos nocivos nos quadros de abuso e dependência. Em relação às drogas ilícitas, segundo o Instituto Brasileiro de Estudos Toxicológicos e Farmacológicos de São Paulo, prevalece o uso da maconha (entre 40 a 50%) no consumo geral, seguida da cocaína (20 a 30%) (Silva & Duarte, 2008).

Para os autores, o consumo de drogas pelos trabalhadores está associado a problemas pessoais e profissionais diversos como o aumento do

absenteísmo, atrasos constantes, ausência do local de trabalho durante o expediente, aumento significativo de acidentes pessoais e de trabalho, atritos pessoais com os colegas e, geralmente, padrões de qualidade de vida precários.

Segundo Duarte (2008, p. 99) “as primeiras discussões associando o consumo excessivo do álcool ao ambiente de trabalho no Brasil remetem ao final da década de 1970 e início dos anos 80”. A autora refere que antes disso, a única menção jurídica que se tinha sobre problemas no trabalho por uso de álcool, constava na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em seu artigo 482, item f, que diz: “Constituem justa causa para rescisão de contrato pelo empregador embriaguez habitual ou em serviço”.

Os movimentos sindicais e a luta dos trabalhadores por melhores condições de trabalho e de saúde fizeram com que as empresas considerassem os problemas associados ao uso de álcool, como um tema a ser tratado na esfera da saúde, saúde ocupacional e recursos humanos (Duarte, 2008). Nesse contexto surgem os primeiros programas de prevenção e tratamento do alcoolismo nas empresas, denominados “Programa de Assistência ao Empregado norte-americano” (Duarte, 2008, p. 99). Esses programas foram implantados por grandes empresas multinacionais e grandes empresas estatais e atuavam no tratamento de empregados dependentes do álcool, servindo de modelo para as empresas brasileiras.

A partir de 1990 debate-se o conceito de risco de acidentes de trabalho associado ao consumo de álcool e outras drogas, em especial no desempenho de determinadas funções no trabalho (Duarte, 2008). A partir disso, tem início os testes de rastreamento do uso drogas, bem como o debate polêmico acerca do uso desses exames.

Na Universidade Estadual de Campinas, as primeiras propostas relacionadas a problemas por uso de substâncias psicoativas foram conduzidas pela Pró Reitoria de Desenvolvimento Universitário com a implantação do “Programa de Prevenção ao Uso de Substâncias Psicoativas Lícitas e Ilícitas”, denominado como *Viva Mais*. O Programa foi instituído em 13/08/2003 e teve por objetivo a promoção de uma nova cultura em relação ao uso de substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas) dentro do campus da Unicamp.

O Grupo de Trabalho do Viva Mais definiu estratégias de implementação das ações do programa nos níveis primário, secundário e terciário e criou um manual que incluiu o fluxo de encaminhamento, protocolos de referência e contra referência dos serviços oferecidos pela universidade para assistência aos servidores com o transtorno da dependência.

A rede interna de serviços de atenção ao servidor (docente e não docente) com transtornos por uso de substâncias inclui o Centro de Saúde da Comunidade, para assistência dos seus servidores e alunos, e subsidia financeiramente as internações dos servidores com dependência ao álcool e outras drogas psicoativas, através do órgão gestor de benefícios sociais.

A elevada prevalência do absenteísmo por transtornos mentais e comportamentais dos servidores motivou, em 2013, a criação do Programa de Acolhimento e Reinserção Profissional - PART para assessorar os médicos do trabalho da Divisão de Saúde Ocupacional - DSO, os profissionais de Recursos Humanos e gestores na condução destes casos.

A equipe multiprofissional do PART conta com psicólogos, médicos do trabalho, médico psiquiatra e assistente social, e tem como objetivo acolher os servidores nas questões relacionadas ao adoecimento e aos fatores psicossociais relacionados ou não ao trabalho, de forma a assegurar as condições para a reinserção do servidor no trabalho, incluindo as situações de transtorno por uso de substâncias psicoativas.

A gestão dos transtornos mentais, e os problemas de relacionamento no trabalho nos ambientes de trabalho associados ao uso de substâncias psicoativas pelos servidores da universidade é um aspecto relevante. O ambiente de trabalho pode atuar tanto como fator que promove qualidade de vida e saúde, ou contribuir para sofrimento e adoecimento e favorecer o uso abusivo e dependência de substâncias.

A instituição vem lentamente organizando uma rede de cuidado em saúde ocupacional que inclui os servidores com transtornos associados ao uso de “drogas”, entretanto, a questão do uso de “drogas”, ainda é atravessada por reducionismos e preconceito. Neste sentido, o sucesso das ações direcionadas à prevenção e tratamento do transtorno por uso de substâncias estão

condicionadas à quebra de paradigmas e à compreensão do estigma do uso de “drogas” em suas várias formas de atuação.

1.4. O estigma do uso de drogas

A publicação de Erving Goffman (1963) “*Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*” foi o ponto de partida para uma rica produção de pesquisas sobre o fenômeno do estigma (Link & Phelan, 2001).

Segundo Goffman (1988), o estigma foi criado pelos gregos que faziam sinais corporais em pessoas, com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o status moral de quem os apresentava. Os sinais eram feitos com cortes ou fogo no corpo e avisavam que o indivíduo era um escravo, um criminoso ou traidor, uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que deveria ser evitada, especialmente em lugares públicos. Segundo o autor na Era Cristã, dois níveis de metáfora foram acrescentados ao termo: o primeiro se referia a sinais corporais de graça divina que tinham a forma de flores em erupção sobre a pele; o segundo, uma alusão médica a essa alusão religiosa, referindo-se a sinais corporais de distúrbio físico.

Mello (1999, p. 45) refere que “a sociedade estabelece categorias e tenta catalogar as pessoas conforme os atributos considerados comuns e naturais pelos membros dessa categoria. Estabelece também as categorias as quais as pessoas devem pertencer, bem como os seus atributos, o que significa que a sociedade determina um padrão cultural ao indivíduo que permite prever a categoria e os atributos, a identidade social e as relações sociais”. Segundo a autora, a pessoa que demonstra pertencer a uma categoria com atributos diferentes não é aceita pelo grupo social, que a converte numa pessoa má e perigosa, deixando de ser vista como pessoa total, transformando-a em alguém desprovido de potencialidades. “Esse sujeito é estigmatizado socialmente e anulado no contexto da produção técnica, científica e humana” (Mello, 1999, p. 46).

De acordo com Goffman (1988, p.14), o termo estigma e seus sinônimos ocultam uma dupla perspectiva: “Assume o estigmatizado que a sua característica distintiva já é conhecida ou é imediatamente evidente ou então que

ela não é nem conhecida pelos presentes e nem imediatamente perceptível por eles”. O autor define que, no primeiro caso, está se lidando com a condição do desacreditado e, no segundo, com a do desacreditável.

Segundo o autor há três tipos de estigma: 1) das abominações do corpo, as várias deformidades físicas; 2) das culpas de caráter individual, percebidas como fraqueza, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas por meio de relatos percebidos nos campos do transtorno mental, da dependência química, da orientação sexual, da reclusão, do desemprego, das tentativas de suicídio e comportamento político radical; 3) de raça, nação e religião, que podem ser transmitidos através de linhagem e contaminar por igual todos os membros de uma família.

Tomando a definição do estigma associado às culpas de caráter, percebidas como fraqueza, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas e desonestidade, podemos fazer um paralelo com Susan Sontag (1984) que demonstrou que as especulações nos tempos antigos fizeram da doença, na maioria das vezes, um instrumento da ira divina. As doenças eram classificadas como castigo sobrenatural ou como possessão pelo demônio, eram vistas como formas de autojulgamento, de auto traição. Nesse sentido, o julgamento e avaliações sobre as doenças recaiam mais sobre o indivíduo, desconsiderando as miseráveis condições de vida em que muitas pessoas viviam.

Ainda segundo a autora, para os gregos a doença podia ser gratuita, mas podia também ser merecida por falta pessoal, transgressão coletiva ou crime praticado por ancestrais. Com o advento do cristianismo, que impôs noções mais moralizadas da doença, gradualmente foi-se evoluindo um ajustamento mais estreito entre a doença e a vítima. Essa noção de doença como castigo, produziu a ideia de que uma enfermidade poderia ser um castigo particularmente justo e adequado.

No século XIX, a ideia de que a doença se ajusta ao caráter do paciente, como o castigo se ajusta ao pecador, foi substituída pelo conceito de que ela exprime o seu caráter. Para Sontag (1984), deixar de considerar a doença como um castigo moral objetivo, dela fazendo uma expressão da individualidade interior, pode parecer até menos moralista, porém tal ponto de vista é tão ou

mais moralista e/ou punitivo. Este ideal romântico de que é a enfermidade que exprime o caráter de uma pessoa, sendo este a causa da sua doença, significa atribuir a responsabilização ao próprio enfermo por ele mesmo criar a sua enfermidade.

A autora constata que as doenças sempre foram usadas como metáforas visando exprimir preocupação com a ordem social, propor padrões novos e críticos de saúde individual e coletiva e exprimir insatisfação com a sociedade doente onde a desordem civil era considerada o diagnóstico de uma doença. A autora afirma que a doença em si despertava um pavor exacerbado e, por vezes, desnecessário: “Qualquer doença encarada como um mistério e temida de modo muito agudo será tida como moralmente, senão literalmente, contagiosa” (Sontag, 1984, p. 10).

Para Stafford & Scott (1986) existem muitas definições e conceituações sobre estigma. Esses autores definem o estigma como “uma característica de pessoas contrária a uma norma de uma unidade social”, na qual a “norma” é descrita como uma “crença compartilhada de como uma pessoa deveria se comportar em um determinado momento”. Scott Burris (2008) considera que o estigma pode ser uma forma cruel de controle social que transforma indivíduos em seu próprio carcereiro e coro de denúncia.

A Psicologia Social identificou diferentes problemas cognitivos, emocionais e comportamentais, que são aspectos do estigma público: estereótipos que são crenças negativas, preconceito que são reações emocionais e discriminação que são reações comportamentais (Ruch, et al, 2005). Seguindo essa perspectiva Angermeyer et. al. (2014) incorporou ao estigma três elementos: atitudes preconceituosas, conhecimento insuficiente e comportamento discriminatório.

Na perspectiva da Sociologia, elevando-se a análise do estigma público do contexto Micro para o Macro e fazendo a relação direta do estigma com aspectos culturais, Link e Phelan (2001) definiram o estigma como uma soma sinérgica de vários componentes: rotulagem, estereótipos, separação, perda de status e a discriminação, dentro de um contexto de diferenças de poder, levando a reações do público geral para o grupo estigmatizado.

Para os autores a existência do estigma ocorre quando cinco componentes inter-relacionados convergem: 1) rotulagem de diferenças; 2) crenças culturais dominantes sobre características indesejáveis, denominadas estereótipos que se tornam rótulos de pessoas; 3) quando as pessoas rotuladas são colocadas em categorias distintas, ocasionando a separação de "nós" de "eles"; 4) as pessoas rotuladas experimentam perda de status e discriminação que levam a resultados desiguais; 5) a estigmatização é dependente do poder social, econômico e político, aja visto que para criar diferenciação, estereótipos, separação de pessoas rotuladas em categorias distintas, desaprovação, rejeição, exclusão e discriminação, é preciso ter poder.

Os autores concluem que o estigma pode ser aplicado quando todos esses componentes ocorrem simultaneamente, pois se forem usados apenas os componentes cognitivos de rotulagem e estereótipos isoladamente para definir o estigma, sem a incorporação do poder, da perda de status e da discriminação não seria possível à definição do estigma. A intensidade de estigma que as pessoas experimentam será concretizada pelo poder relativo entre o estigmatizado e estigmatizador.

Estudos demonstram que as pessoas com transtornos mentais são muito estigmatizadas, tendo que lidar muitas vezes com dois problemas, isto é, com os sintomas da doença que por vezes limitam a qualidade de vida, e com os maus entendidos da sociedade acerca dos transtornos mentais, ocasionando estigma (Rusch, et. al. 2005). Além disso, como complicação adicional, algumas pessoas com transtorno mental podem aceitar os preconceitos sobre o próprio transtorno, e perder a autoconfiança. Este processo é definido como auto estigma. Nesse sentido o estigma internalizado as vezes é mais nocivo do que o próprio transtorno mental.

Os transtornos mentais estão associados a dois tipos de estigma: estigma público ou social e auto estigma ou estigma internalizado (Corrigan & Kleinlein, 2005; Corrigan & Wassell, 2008; Ronzani et al, 2015). Ambos funcionam em constante interação, mas afetam a pessoa estigmatizada de maneira diferente.

O auto estigma é a internalização do estigma público em relação ao transtorno mental (Corrigan, 2004; Corrigan, 2007; Corrigan & Wassell, 2008). Segundo os autores o auto estigma leva a crenças e reações emocionais

negativas, como vergonha, baixa autoestima e baixa auto eficácia. Ou seja, pessoas com transtornos mentais passam a acreditar que são diferentes e anormais devido à sua doença e por isso tem sua autoestima e auto eficácia prejudicadas (Corrigan, 2004).

Essas reações emocionais podem piorar o transtorno mental. Além disso, o estigma internalizado pode levar a pessoa estigmatizada a ter medo de se relacionar com outros, levando-a a adotar atitudes de defesa contra o estigma internalizado, como evitação social ou isolamento (Link e Phelan, 2001). Indivíduos com transtornos mentais também podem tentar evitar rótulos diagnósticos, evitando buscar tratamento apesar de saber do transtorno (Corrigan, 2004; Corrigan & Wassell, 2008).

Outro fator essencial do auto estigma ou estigma internalizado é a experiência da discriminação antecipada, a expressão da rejeição social esperada, da qual os indivíduos com transtorno mental sofrem, levando à perda da autoestima, retraimento social, desmoralização, diminuição do comportamento de busca de ajuda e menor qualidade de vida, bem como sigilo sobre doença mental (Rusch et al, 2014).

A abordagem sócio-cognitiva proposta por Corrigan (2004) foi aplicada ao estigma associado ao transtorno mental. Esta abordagem conceitua o estigma como um processo que se inicia com a percepção de sinais de que uma pessoa pode ter um transtorno mental. Sintomas psiquiátricos, falta de habilidades sociais, aparência física incomum e rótulos são os quatro principais sinais utilizados pelas pessoas como percepção do transtorno mental (Corrigan, 2004). Esses sinais provocam estereótipos, que são formas de categorizar cognitivamente os sujeitos e criar expectativas sobre eles com base em noções aprendidas através de representações sociais de senso comum. Estereótipos ou crenças estigmatizantes, sobre indivíduos com transtornos mentais são geralmente crenças negativas, que levam ao preconceito.

Uma consequência importante do estigma internalizado em relação aos transtornos mentais é a retirada social do estigmatizado, seja por perda de autoestima ou de auto estigmatização, o que constitui um obstáculo à detecção precoce e tratamento adequado do transtorno. Essa situação de isolamento reforça um círculo vicioso e reduz o funcionamento social do indivíduo. Nesse

contexto, o auto estigma está intimamente relacionado às pessoas com problemas de saúde mental e pode ser definido como uma internalização de dimensões socioculturais de experiências discriminatórias por pessoas com transtornos mentais que afetam negativamente a auto percepção e o comportamento ativo de enfrentamento (Lien et al., 2015).

Segundo Corrigan (2007) preconceito é definido como uma atitude negativa e estigmatizante em relação a pessoas com transtornos mentais que geram reações emocionais como raiva e medo e pode provocar manifestação comportamental e discriminação. Aplicada ao estigma social, a discriminação ocorre quando uma pessoa ou instituição desvaloriza as pessoas com transtornos mentais e passa a adotar atitudes prejudiciais contra elas. Em relação ao auto estigma ou estigma internalizado, comportamentos discriminatórios ou estigmatizantes ocorrem quando uma pessoa se desvaloriza por ter um transtorno mental e passa a adotar atitudes prejudiciais contra si mesmas.

No que se refere à saúde mental e trabalho em todo o mundo, as taxas de emprego entre pessoas com transtornos mentais são significativamente menores, comparada à população em geral (Drew et al., 2011). Alguns estudos relatam que a taxa de emprego entre pessoas com transtornos mentais é 40% menor, enquanto outros afirmam que apenas 25% daqueles com transtorno mental estão empregados (OECD, 2010).

Estudos sugerem que essa lacuna de emprego é especialmente evidente em países periféricos com predomínio de baixa e média renda, devido às razões socioeconômicas e políticas subjacentes que afetam o mercado de trabalho e as políticas de bem-estar social (Drew et al., 2011).

Fekadu & Thornicroft (2014) sugerem que existe uma lacuna de emprego entre pessoas com transtorno mental. As verdadeiras taxas de emprego podem ser mascaradas pelo estigma e pela discriminação que estão intimamente associadas a problemas de saúde mental. O estigma de transtornos mentais tem implicações éticas e efeitos socioeconômicos na vida das pessoas afetadas, uma vez que além da participação econômica destas pessoas na força de trabalho há um impacto positivo no curso do transtorno e na prevenção da recorrência do mesmo (Paul & Moser, 2009).

Sobre o estigma do transtorno por uso de substâncias psicoativas, Livingston et. al. (2012) evidenciaram características específicas sobre a relação entre estigma e transtorno mental. O estigma sobre o transtorno por uso de substâncias “pode se manifestar diferentemente das outras condições de saúde estigmatizadas, complicando assim esforços para construir a aceitação social de pessoas com transtornos por uso de substâncias”. Acrescentam ainda que “no caso do uso de substâncias psicoativas o estigma é frequentemente usado como uma ferramenta para desencorajar e marginalizar esse comportamento”, tendo por consequência “um efeito colateral de marginalizar e desvalorizar pessoas que a utilizam”.

Segundo Satel (2007), as especulações de que o estigma pode reduzir problemas por uso de substâncias psicoativas, refletem o amplo discurso social em torno de como as pessoas com transtornos por uso de substâncias devem ser vistas e tratadas na nossa sociedade. Livingston et. al. (2012) destacam que as atitudes estigmatizantes em relação a grupos de usuários de drogas passam a ser culturalmente aceitas na política como, por exemplo, a criminalização do uso pelo direito penal. Esse processo é descrito por Link e Pelan (2001) como discriminação estrutural, ou como a institucionalização do estigma do uso de substâncias psicoativas.

Outros fatores que influenciam o estigma do uso substâncias são “os comportamentos de uso ligados simbolicamente a uma gama de outras condições de saúde estigmatizadas, como por exemplo, HIV / AIDS, vírus da hepatite C, doença mental, comportamentos inseguros como problemas de direção e problemas sociais como pobreza e criminalidade” (Livingston et. al. 2012, p.40 apud Roon, 2005; Dean et. al. 1983; Rasinski et. al. 2005). Segundo os autores esses estereótipos negativos norteiam a ação social, a política pública, assim como os investimentos com saúde. Portanto, as pessoas com transtornos por uso de substâncias podem experimentar estigma como uma consequência dos estereótipos culturalmente endossados que cercam o estado de saúde.

Outros estudos reconhecem e reforçam que os transtornos por uso de substâncias são legitimados como uma questão criminal, ao invés de uma questão de saúde (Roon, 2005; Radecliffe, 2008), principalmente em relação às

substâncias psicoativas classificadas como ilícitas (Roon, 2005; Cunningham et al, 1994; Ahern, 2007). Essa criminalização do uso de substâncias psicoativas potencializa o estigma e produz processos excludentes que aprofundam a marginalização de pessoas que usam substâncias ilícitas (Ahern, 2007). Portanto, os processos e instituições sociais criados para reprimir o uso de substâncias podem, na verdade, contribuir para a sua manutenção.

Outro aspecto importante é que as pessoas com transtornos por uso de substâncias psicoativas são percebidas como tendo mais controle sobre o transtorno, seja visto que o transtorno foi produzido pela escolha individual da própria pessoa, em usar substâncias, e, portanto, são mais prováveis de ser responsabilizadas e culpadas (Schomerus et al, 2011; Albrecht et al, 1982; Corrigan et al, 2009), resultando assim numa associação entre transtorno por uso de substâncias e falha moral, pois a pessoa poderia controlar o uso. Estas crenças acabam por afetar a resposta social aos transtornos por uso de substâncias e pode influenciar como as pessoas com transtornos por uso de substâncias se percebem (Corrigan, 2000; Corrigan et al, 2003), fenômeno do estigma internalizado.

Com relação ao gênero a questão do estigma do uso de substâncias psicoativas especificamente na população feminina tende a aumentar. Um estudo que considerou as expectativas sociais do gênero feminino demonstrou que as mulheres dependentes do uso de substâncias, foram consideradas violadoras das normas do gênero feminino (Thetford, 2004). “A imagem da prostituta usuária de crack chegou a resumir a vergonha e a degradação sexual das mulheres” (Carstairs, 1998, p. 70). Assim, o estigma negativo associado ao trabalho sexual se cruza com os do vício e do crime para roteirizar ainda mais a usuária como se ela se desviasse da “boa mulher”.

Outra pesquisa com mulheres em Narcóticos Anônimos mostrou que mais de 60% da amostra acreditava que pessoas com transtornos por uso de substâncias eram vistas como desonestas e 40% acreditavam que eram percebidas como mães irresponsáveis (Sanders, 2014).

1.5. Enfrentamento do estigma social e internalizado.

Em vários países, diversos grupos têm ativamente lançado formas de enfrentamento do estigma na tentativa de melhorar a vida de pessoas com transtorno mental, pressionando para aumentar a proteção social nas áreas de habitação e trabalho, entre outras. Estudos descrevem em geral três estratégias principais usadas para reduzir o estigma em relação aos transtornos mentais: protesto, educação e contato (Corrigan, 1999).

Nesta direção Ronzani et, al. (2015, p.13) detalha as três estratégias de enfrentamento do estigma social associado ao uso de substâncias psicoativas:

- **Protesto:** mobilização social sobre aspectos relacionados ao uso de drogas, entre eles, o uso de linguagem pejorativa através da qual a mídia exerce um papel de divulgação de imagens negativas em relação aos usuários de drogas.
- **Contato:** o contato com usuários de substâncias pode ajudar a diminuir opiniões negativas a respeito deles, a partir da troca de experiências, bem como da possibilidade de testar algumas crenças errôneas.
- **Educação:** alterar atitudes e comportamentos em nível comunitário através de ações educativas como grupos de discussões, simulações e filmes que visam disponibilizar informações científicas para formação de representações não discriminatórias, o que geralmente é o primeiro passo e pode ser combinado com outras estratégias.

Em relação às formas de enfrentamento do estigma internalizado Ronzani et, al., (2015, p. 14) também descreve três estratégias:

- **Grupos de apoio ou suporte:** contribuem para a (re) construção de uma noção de identidade, autoestima, habilidades de enfrentamento e integração social.
- **Grupo de ajuda mútua:** consiste em encorajamento para adesão ao tratamento, no qual há compartilhamento de experiências entre os membros. Através da troca de informação por meio de abordagens educacionais, o público em geral é incluído no processo.

- Autonomia: estratégia que permite trabalhar a promoção de autonomia para que os usuários de substâncias psicoativas se tornem ativos no processo de recuperação.

A partir da complexidade do tema associado com uma cultura milenar de uso de drogas pelas diversas sociedades, os transtornos mentais por uso de substâncias psicoativas na nossa sociedade impactam negativamente no desempenho e na produtividade do trabalho. O aprofundamento do estudo sobre o estigma do uso de “drogas”, justifica-se na presente pesquisa a medida que estes aspectos podem dificultar o retorno ao trabalho dos servidores com o transtorno da dependência de substâncias psicoativas. Desvendar a dinâmica deste processo é de fundamental importância para a formulação de programas e políticas que minimizem o estigma e que possam promover a recuperação e reinserção dos servidores com transtorno mental por uso de substâncias psicoativas, e ambientes de trabalho mais saudáveis e sem preconceitos.

2 –OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Identificar a influência do estigma no processo de reinserção no trabalho dos servidores com transtornos por uso de substâncias psicoativas, atendidos pelo Programa de Acolhimento e Reinserção no Trabalho de uma universidade pública.

2.2. Objetivos específicos

1. Caracterizar o perfil sócio demográfico e profissional de 34 servidores com problemas por uso de substâncias psicoativas e que foram atendidos pelo PART;
2. Avaliar o estigma internalizado de amostra de conveniência com cinco servidores;
3. Avaliar o estigma social das respectivas chefias dos servidores entrevistados.

3. HIPÓTESE

O estigma social reproduzido por parte dos gestores e o estigma internalizado vivenciado pelos servidores com transtornos por uso de substâncias psicoativas dificulta o processo de reinserção no trabalho dos servidores.

4. MÉTODO

A perspectiva deste trabalho foi analisar a dinâmica do estigma internalizado e social ou público, no processo de reinserção ao trabalho dos servidores com transtorno por uso de substâncias psicoativas e acompanhados no Programa Acolhimento e Reinserção no Trabalho, denominado PART.

Segundo Kleinman et al (1995) e Schneider (1988) os pesquisadores que não fazem parte de grupos estigmatizados, e que estudam o fenômeno, o fazem através de teorias que carecem da experiência vivida das pessoas que estudam. Segundo Schneider (1988) “a maioria dos especialistas dão prioridade às suas teorias científicas e técnicas de pesquisa, em vez das palavras e percepções das pessoas que estudam”, resultando em incompreensão da experiência das pessoas que sofrem estigma e dificuldade na conceituação do fenômeno.

Diante disso, para melhor compreensão da questão do estigma no contexto da presente pesquisa, optamos pela adoção do modelo de estudo qualitativo porque a escuta atenta das palavras, dos gestos, das atitudes e percepções dos participantes da pesquisa, possibilita ao pesquisador apreender a essência da experiência vivida pelos sujeitos.

Reforçando a opção pela pesquisa qualitativa é importante frisarmos que a própria essência do estigma é de natureza subjetiva, e por este motivo para a apreensão do fenômeno, se faz necessário o uso de um método qualitativo.

4.1. Local do estudo: a instituição

A universidade pública estudada localiza-se no estado de São Paulo e possui 9.455 servidores, sendo 7.240 servidores não docentes e 2.215 docentes, distribuídos entre as áreas unidades de ensino, de saúde e administrativas. Destes, a área de saúde, incluindo o complexo hospitalar, absorve 3.077 servidores não docentes. Cerca de 60% dos servidores são estatutários e 40% celetistas, sendo que todos os docentes são estatutários. Todos os servidores são concursados e possuem estabilidade no emprego.

A Universidade dispõe de um Centro de Saúde da Comunidade, para assistência dos seus servidores e alunos, e subsidia financeiramente as

internações dos servidores com dependência ao álcool e outras drogas psicoativas, através do órgão gestor de benefícios sociais.

A política de saúde no trabalho da Instituição, vinculada à Diretoria Geral de Recursos Humanos (DGRH) é operacionalizada pela Divisão de Saúde Ocupacional (DSO), responsável pela realização dos exames médicos periódicos preventivos e exame de retorno ao trabalho, após afastamentos superiores há 30 dias, e no suporte ao retorno ao trabalho.

O PART é um programa da DSO e foi criado em 2013. A equipe multiprofissional do PART conta com psicólogos, médicos do trabalho, médico psiquiatra e assistente social, e tem como objetivo acolher os servidores nas questões relacionadas ao adoecimento e aos fatores psicossociais relacionados ou não ao trabalho, de forma a assegurar as condições para a reinserção do servidor no trabalho. Todas as partes implicadas no processo de reinserção são ouvidas pela equipe em entrevistas individuais ou em grupos. A equipe definiu como critério de sucesso do programa o retorno e a permanência do servidor no trabalho por um período superior a seis meses, com o mesmo referindo produtividade no trabalho (no mesmo cargo ou em outro) e desempenhando as atividades de maneira satisfatória, segundo o gestor.

Todas as informações dos servidores atendidos pelo PART são registradas em prontuário individual e incluem os seguintes dados sociodemográficos e profissionais: sexo, idade, estado civil, cargo, tempo de trabalho na Instituição e natureza do encaminhamento ao PART. Os prontuários são eletrônicos e podem ser acessados pela equipe e também pelos médicos do trabalho da DSO.

4.2. População de estudo

O pesquisador analisou a planilha de acompanhamento dos 198 casos dos servidores atendidos pelo PART, no período de 2013 a 2017, e identificou 34 servidores com transtornos por uso de substâncias psicoativas que estavam ou foram atendidos e acolhidos pelo Programa no período. Destes, 10 servidores participavam também das atividades de grupo, coordenadas pelo pesquisador e por uma médica psiquiatra da equipe do PART.

Além dos atendimentos individuais dos servidores com problemas associados ao uso de substâncias, em 2017, o PART teve a iniciativa de criar um grupo de apoio psicossocial para acompanhamento dos servidores com transtorno mental por uso de substâncias psicoativas em processo de reinserção no trabalho. Todos os servidores elegíveis foram convidados, com anuência dos respectivos gestores que concordaram em liberar os servidores no horário de trabalho.

O grupo se reúne semanalmente e se constitui como espaço seguro de troca de experiências entre pares que vivenciavam situações semelhantes relacionadas ao transtorno por uso de substâncias. A coordenação técnica do grupo é conduzida por uma médica psiquiatra do PART e o assistente social responsável pela presente pesquisa.

Pela proximidade e vínculo estabelecido entre o pesquisador e os 10 servidores integrantes do grupo, definiu-se uma amostra de conveniência com cinco servidores e seus respectivos gestores para a realização de entrevistas em profundidade. Os critérios de escolha utilizados para o convite e participação na pesquisa foram: histórico longo de uso e tipo de substância; dificuldades dos gestores em aceitar o servidor; dificuldades do servidor em retornar ao trabalho; histórico de prisão; histórico de transferência para outros setores; histórico de absenteísmo.

4.3. Entrevistas com servidores e gestores

Os cinco servidores escolhidos foram convidados para uma primeira conversa individual na sala reservada do PART. Nesta conversa foi apresentado o projeto e objetivos da pesquisa, e formalizado o convite para participação no estudo, além de esclarecer que seus gestores também participariam da pesquisa. Todos os cinco servidores convidados aceitaram participar da pesquisa, aja visto que esses servidores possuíam um bom vínculo com o pesquisador e já participavam do grupo de apoio do PART, que aborda o tema do estigma desde a formação do grupo. Foram realizadas cinco entrevistas individuais com cada servidor, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE que incluíram a gravação e validação do texto pelo

entrevistado. As entrevistas individuais foram realizadas na sala do PART, no horário de trabalho dos participantes e em dias alternados.

A partir da literatura analisada sobre o estigma internalizado foi elaborado o roteiro de entrevista com as seguintes perguntas disparadoras:

1. O que é ser um usuário de drogas?
2. Como se sente por ser um usuário?
3. Como o uso de drogas interferiu na sua vida pessoal e profissional?
4. Você se sente ou se sentiu prejudicado por ser usuário de drogas?
5. Você se sentiu discriminado ou acolhido por ser usuário de drogas? E no trabalho?

O mesmo procedimento foi adotado para convidar e apresentar o projeto de pesquisa aos respectivos gestores. A diferença é que as conversas ocorreram nos locais de trabalho dos gestores. Nessa conversa apresentou-se o projeto de pesquisa, além de esclarecer que os seus subordinados também participariam da pesquisa. Todos os cinco gestores aceitaram participar da pesquisa. Os respectivos gestores também já haviam participado de duas reuniões em grupo, específicas para gestores, realizadas pelo PART, para orientação e fortalecimento dos mesmos, além de atendimentos individuais para orientações acerca das situações relacionadas ao transtorno por uso de substâncias relacionado ao ambiente de trabalho. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE foram realizadas cinco entrevistas individuais com cada gestor que incluíram a gravação e validação do texto pelo entrevistado. As entrevistas individuais foram realizadas no horário de trabalho dos participantes da pesquisa, em dias alternados, em salas que asseguravam o sigilo dos participantes.

A partir da literatura usada sobre o estigma social ou público foi elaborado o roteiro de entrevista com as seguintes perguntas disparadoras:

- a. Conte sua experiência em ser gestor de um servidor com problemas por uso de drogas.
- b. Por que acha que as pessoas acabam tendo problemas com drogas?
- c. Em relação ao servidor usuário de drogas o que você acha dele?
- d. Como você entende que a universidade poderia lidar com essa questão?

4.4. Contexto de escolha da amostra de conveniência

Os cinco servidores entrevistados foram acompanhados pelo pesquisador dentro do PART há aproximadamente um ano e participavam das reuniões semanais do grupo de apoio psicossocial além de atendimentos individuais. Além disso, o pesquisador fazia a mediação entre servidor e gestor no local de trabalho. A proximidade favoreceu ao pesquisador a escolha da amostra de conveniência, bem como aceitação dos sujeitos em participar da pesquisa (servidores e gestores). A relação de confiança estabelecida com os participantes facilitou também o aprofundamento de suas percepções e vivências acerca do uso, do transtorno e do estigma, assim como a abertura e disponibilidade dos gestores em participarem das entrevistas. Apenas o servidor S4 com transtorno por uso de álcool, se mostrou mais resguardado do que os demais.

Outro aspecto motivador para a adesão dos participantes na pesquisa foi o fato dos temas sobre preconceito e discriminação por uso de substâncias psicoativas serem naturalmente discutidos no grupo e nos atendimentos individuais. O pesquisador ficou atento para não induzir ou influenciar os participantes da pesquisa, tanto os servidores em relação ao estigma internalizado como os gestores em relação ao estigma social. Após a primeira entrevista o pesquisador percebeu as dificuldades de seguir o roteiro de perguntas disparadoras e modificou a estratégia para uma dinâmica mais livre para o entrevistado.

4.5. Análises das entrevistas

Segundo Bardin (2011, p.15), “a análise do conteúdo é um conjunto de instrumentos de cunho metodológico em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) extremamente diversificados”. Esse método soma um conjunto de técnicas de pesquisa para obtenção do sentido do texto. O objetivo é a inferência de conhecimentos relativos ao processo e às condições de produção. Segundo a autora os conteúdos tendem a ser valorizados à medida que são interpretados, levando em consideração o contexto social e histórico sob o qual são produzidos. O intuito do uso da análise

de conteúdo na presente pesquisa foi procurar conhecer aquilo que está por trás do significado das palavras dos participantes da pesquisa.

Para a análise do conteúdo das entrevistas seguiu-se uma primeira leitura flutuante, para identificar no material empírico das narrativas os núcleos de significado, que indicavam relação com o referencial teórico. A partir da leitura inicial foi elaborada a hipótese de que o estigma social reproduzido por parte dos gestores e o estigma internalizado vivenciado pelos servidores com transtornos por uso de substâncias psicoativas dificultou o processo de reinserção no trabalho dos servidores acompanhados pelo PART.

As matrizes temáticas e as categorias de análise foram escolhidas, considerando-se o referencial teórico sobre o tema e a análise do conteúdo do material empírico obtido nas entrevistas. Inicialmente foram definidas duas matrizes temáticas: estigma internalizado e o estigma social, ambas escolhidas pela frequência em que apareceram nos documentos das entrevistas.

Considerando-se as características específicas da Instituição pública, organização burocrática e com baixa mobilidade funcional, e cujos servidores são concursados, possuem estabilidade no emprego, e só podem ser demitidos quando comprovada uma falta gravíssima, evidenciada por uma comissão processante, definida pela Instituição, optou-se pela inclusão de uma terceira matriz temática, denominada de “Institucionalização”.

Em relação às categorias de análise foram adotados os componentes descritos no referencial teórico a partir do material empírico, através dos núcleos de significado. Para determinação do estigma internalizado foram escolhidas as categorias: estereótipo, preconceito e discriminação ou isolamento. Para determinação do estigma público ou social foram adotadas as categorias: rotulagem, estereótipo, separação entre “nós” e “eles”, discriminação/perda de status e poder para estigmatizar. Para análise e discussão da matriz institucionalização foi adotada a categoria: discriminação estrutural.

No que se refere aos critérios no processo de escolha dos núcleos de significado foram localizados adjetivos que expressavam crenças, sentimentos e atitudes dos participantes da pesquisa que indicavam relação com o referencial teórico sobre estigma. Este processo permitiu a junção de um número

significativo de informações organizadas, onde foram isolados os elementos comuns, classificados e organizados em núcleos.

Na etapa seguinte, seguindo o método de Bardin (2011) foi utilizada a técnica de inferência que possibilitou a descoberta de novos temas através da comparação entre enunciados e ações, o que possibilitou a realização de unificações.

Na fase de interpretação dos dados, foi retomado o referencial teórico sobre estigma, o qual embasou a análise da pesquisa dando sentido à interpretação, buscando o que estava escondido por trás dos significados das palavras, o que possibilitou a apresentação, em profundidade, do discurso dos enunciados.

Após a análise aprofundada das narrativas dos participantes foi possível sistematizar os conteúdos e identificar as categorias de análise através dos núcleos de significado, distribuídas nas respectivas matrizes temáticas e descritas na tabela I. As entrevistas na íntegra não foram anexadas no corpo do trabalho para garantir o sigilo dos participantes.

Figura I - Matrizes temáticas e categorias analíticas das entrevistas em profundidade.

Matrizes temáticas	Categorias analíticas
Estigma internalizado	Estereótipo Sentimentos de baixa estima Discriminação, Isolamento
Estigma social	Rotulagem Estereótipo Separação “nós” de “eles” Discriminação e perda status Poder para estigmatizar
Institucionalização	Discriminação estrutural

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 . Perfil dos servidores atendidos pelo PART.

A Tabela I descreve os resultados quantitativos, distribuídos segundo o perfil sócio demográfico e profissional dos participantes da pesquisa.

Tabela I – Comparação do perfil dos servidores da Universidade com os atendidos por transtorno por uso de substâncias psicoativas, segundo gênero. Campinas, 2019.

Sexo	Feminino	%	Masculino	%	Total
Todos Servidores	5.165	55,1%	4.198	44,9%	9.363
Servidores SPA/ PART	5	14,1%	29	85,9%	34

Na variável gênero, observa-se que, diferentemente da distribuição dos servidores da universidade, na qual as mulheres correspondem a 55,1% do efetivo, no grupo de servidores acompanhados pelo PART com transtornos por uso de substâncias psicoativas, as mulheres representam somente 14,1% do total de servidores atendidos.

Considerando-se a predominância do gênero feminino entre os servidores da instituição estudada, esses dados sugerem que alguns aspectos relacionados ao gênero deveriam ser aprofundados e investigados. Entre estes aspectos destacam-se as questões culturais, psicossociais e comportamentais da nossa sociedade que discrimina as mulheres quanto ao comportamento de beber em público ou ir ao bar sozinha, por exemplo.

Segundo Rugkasa et al. (2003), as identidades dos gêneros masculino e feminino se desenvolvem ao longo da vida do indivíduo quando diferentes caminhos podem ser adotados com repercussões nas condutas relacionadas aos hábitos.

Estudo conduzido por Colares et al. (2009) investigou diferenças entre os gêneros nas condutas de saúde de 382 estudantes de universidades públicas do Estado de Pernambuco em final de curso, após a aplicação do questionário

National College Health Risk Behavior Survey. Verificou-se que, de modo geral, os estudantes do gênero feminino apresentaram frequências menores de condutas de risco para a saúde como: consumo de álcool ($p = 0,005$), tabagismo ($p = 0,002$), experimentação de maconha ($p = 0,002$), consumo de inalantes ($p < 0,001$), uso de esteroides ($p = 0,003$), porte de arma ($p = 0,001$) e envolvimento em briga física ($p = 0,014$).

A Tabela II descreve a distribuição dos servidores com transtornos por substâncias psicoativas, segundo o tipo de substância de abuso. Quanto a variável tipo de substância de abuso, observa-se que, no grupo de servidores acompanhados pelo PART com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, o álcool como substância lícita sempre está associado à dependência, sendo que do grupo atendido 55,9% dos servidores utilizam o álcool e outras drogas.

Tabela II - Distribuição dos servidores com transtornos por uso de substâncias psicoativas, segundo o tipo. Campinas, 2019.

Tipo de Substância de Abuso	N = 34	%
Só álcool	15	41,1%
Álcool e outras Drogas	19	55,9%
Total	34	100%

A tabela III descreve a Distribuição dos servidores com transtornos por uso de substâncias psicoativas, segundo as características profissionais.

Tabela III - Distribuição dos servidores com transtornos por uso de substâncias psicoativas, segundo fatores organizacionais. Campinas, 2019.

Função	Téc. Adminis- trativos.	Téc. de apoio serviços	Téc. de enfermagem	Téc. apoio univ. e saúde	Docent e
Cargo ou função	13	10	04	06	01
Tempo de trabalho na Unicamp (anos)	30	30	13	30	35

Quanto a variável cargo ou função, há predominância das funções técnico-administrativos e dos técnicos de apoio de serviços que possuem um perfil mais operacional.

Já, quanto a variável tempo de trabalho na Instituição, observa-se que o tempo médio para a maior parte das funções é de 30 anos. Entretanto, para os técnicos de enfermagem, o tempo médio é de 13 anos, o que sugere que as características do trabalho assistencial podem ter alguma relação nesse aspecto do estudo e mereceria ser investigada e aprofundada.

Quanto ao tipo de encaminhamento ao PART, os dados descritos na Tabela IV apontam que 79,4% dos servidores foram encaminhados pela chefia ou pelo RH/Direção da sua Unidade.

Tabela IV - Distribuição dos servidores com transtornos por uso de substâncias psicoativas, segundo a natureza dos encaminhamentos ao PART. Campinas, 2019.

Tipos de Encaminhamento ao PART	Número	%
Chefia ou RH	27	79,4
Procura Espontânea	03	8,8
CECOM (Serviço de Saúde da Comunidade)	03	8,8
GGBS (Setor de Benefícios – Serviço Social)	01	3,0
Total	34	100

A tabela V descreve o absenteísmo dos servidores com transtornos por uso de substâncias psicoativas, comparado com os demais servidores da Instituição.

Tabela V – Comparativo entre o número de dias perdidos* (absenteísmo) entre os servidores da Instituição e os servidores com transtornos por uso de substâncias psicoativas.

	Servidores da Universidade			Servidores com transtornos por SPA		
Absenteísmo	Nº de Dias	Nº Servidores	Média de Dias por Servidor	Nº de Dias	Nº Servidores	Média de Dias por Servidor
Total de dias não trabalhados	593.352	8.480	70	15.952	34	469
Faltas justificadas	10.235	1.034	9	587	22	26
Faltas injustificadas	6.900	322	21	2.114	15	140
Desconto descanso remunerado	800	226	3	218	10	21
Suspensão sem vencimentos	972	83	11	233	10	23
Licença Médica com vencimentos	387.726	6280	61	7.870	33	238
Licença Médica sem vencimentos	108.848	642	169	2.041	9	266

*Período considerado de Jul 2014 a Jul 2017

Os servidores com transtornos por uso de substâncias psicoativas apresentaram, no período, em média, 460 dias não trabalhados por servidor, em comparação com os servidores em geral, que apresentaram 70 dias não trabalhados por servidor, no mesmo período. As faltas relacionadas à aplicação de medidas administrativas (F3/F4/Desconto/Suspensão) também mostraram o mesmo padrão, em especial as faltas injustificadas.

As faltas por motivo de doença dos servidores com transtornos por uso de substâncias psicoativas corresponderam a média de 238 dias não trabalhados por servidor, em comparação com os servidores em geral, que apresentaram 61 dias não trabalhados, por servidor, no mesmo período.

5.2 Caracterização da amostra de conveniência dos 5 servidores e 5 gestores participantes das entrevistas.

1. O servidor S1 trabalhava na Instituição há 30 anos e fazia uso de cocaína na forma de crack há aproximadamente de 20 anos. Tinha um histórico de repetidas recaídas e elevado absenteísmo. Já tinha tentado por várias vezes retornar ao trabalho sem conseguir. A chefia já estava desgastada e receosa em reinseri-lo novamente.
2. O servidor S2 trabalhava na instituição há 16 anos e também fazia uso de cocaína na forma de crack há aproximadamente 12 anos. Depois de várias tentativas frustradas de reinserção havia insegurança por parte da gestão e resistência do servidor que culpabilizava a Instituição por seu transtorno.
3. O servidor S3 trabalhava na instituição há 41 anos e fazia de uso de cocaína na forma de sal ou pó há aproximadamente 11 anos. Iniciou o uso após a descoberta de doença terminal da esposa. Retornou ao trabalho após 4 anos de reclusão devido envolvimento com drogas. Os gestores estavam receosos em fazer sua reinserção devido a seu histórico de uso e reclusão.
4. O servidor S4 trabalhava na instituição há 36 anos, apresentava histórico de uso de álcool há aproximadamente 20 anos, absenteísmo elevado, transferências frustradas devido à dificuldade na adesão ao tratamento. A gestão não acreditava mais no sucesso da reinserção no trabalho.
5. O servidor S5 trabalhava na instituição a 35 anos, com histórico de uso de cocaína na forma de crack há aproximadamente 15 anos, retornava ao trabalho após 1 ano e meio de prisão associada a roubo dentro da universidade. Devido ao estigma associado a drogas e prisão, o setor solicitou transferência do servidor em outro local de trabalho. O histórico dificultou a aceitação do servidor por parte dos gestores dos outros setores. Apesar da desconfiança e algumas tentativas e negativas acabou

sendo aceito em outro setor.

Tabela VI – Perfil da amostra dos servidores entrevistados. Campinas, 2019.

Servidores	Sexo	SPA de escolha	Idade	Tempo transtorno	Tempo trabalho	Cargo ou função
S1	M	Cocaína fumada	47	20 anos	30 anos	Técnico administrativo
S2	M	Cocaína fumada	42	12 anos	16 anos	Técnico administrativo
S3	M	Cocaína aspirada	60	11 anos	41 anos	Téc. apoio univ. e saúde
S4	M	Álcool	50	20 anos	36 anos	Técnico administrativo
S5	M	Cocaína fumada	53	15 anos	35 anos	Técnico administrativo

Tabela VII - Caracterização da amostra dos gestores entrevistados. Campinas, 2019.

Gestores	Sexo	Idade	Tempo de trabalho	Área
G1	M	39 anos	13 anos	Saúde
G2	F	44 anos	21 anos	Exatas
G3	F	60 anos	29 anos	Saúde
G4	F	46 anos	8 anos	Humanas
G5	F	59 anos	32 anos	Administração

5.3. Descrição e discussão das matrizes temáticas

5.3.1 Estigma internalizado

Para a análise e discussão do estigma internalizado usaremos o modelo social cognitivo de auto-estigma proposto por Corrigan et al (2002), no qual o auto estigma ou estigma internalizado é definido como reações de indivíduos que fazem parte de um grupo estigmatizado e que aplicam as atitudes estigmatizantes contra si mesmo. Como o estigma público, o estigma internalizado compreende estereótipos, preconceito e discriminação.

Segundo os autores, para manifestação do estigma internalizado três atitudes aplicadas a si mesmo são necessárias: estereótipo, preconceito e discriminação, sendo que os estereótipos podem ser definidos como crenças negativas sobre o uso de drogas, os preconceitos como reações emocionais negativas, por exemplo baixa auto estima e baixa auto eficácia e a discriminação como um comportamento de auto segregação, auto exclusão ou podemos dizer comportamento de isolamento.

Os autores enfocam o conhecimento cognitivo e comportamental como principais características do estigma dos transtornos mentais, sendo que o conceito de estereótipos está associado ao processo cognitivo e estruturas de conhecimento, o conceito de preconceito está associado ao processo cognitivo e reações emocionais em consequência dos estereótipos e o conceito de discriminação definido como uma consequência comportamental do preconceito.

Através dessa perspectiva foram analisadas as narrativas dos participantes da pesquisa referente ao conceito de estigma internalizado. Inicialmente foram analisadas as vivências relacionadas a crenças negativas sobre ser um usuário de drogas, isto é, sobre estereótipos, que é a primeira categoria. Depois analisamos os preconceitos definidos como reações emocionais negativas, segunda categoria. E por último analisamos os comportamentos discriminatórios contra si mesmo, terceira categoria. Para definir as categorias, foram organizados a partir das narrativas, núcleos de significado relacionados ao conceito de estigma proposto por Corrigan et al (2002). Cada servidor é denominado pela letra S e um número, portanto os participantes da pesquisa qualitativa são descritos servidores S1, S2, S3, S4 e S5.

Figura II – Categorias analíticas e núcleos, segundo narrativa do servidor S1.
Campinas, 2019:

Categorias analíticas	Núcleos de significado
Estereótipo	<i>“Então eu comecei a concluir que eu existia só para usar droga. ”</i>
Preconceito	<i>“Poxa, eu me senti um lixo, cara. Me senti um lixo. E isso, de certa forma, não foi bom, porque eu tive uma recaída logo em seguida, logo em seguida. ”</i> <i>“A gente já fica com a autoestima baixa... chegou um momento que eu tinha desistido. ”</i>
Discriminação Isolamento	<i>“Ah, não vou buscar ajuda não, vou ter que me identificar”, fiquei com medo da discriminação..., mas tamanho era o medo de preconceito, que eu cheguei para o psiquiatra e não falei que eu usava droga. ”</i> <i>“Eu acho que eu mesmo estava me discriminando, eu acho que a discriminação parte do próprio usuário, começa com ele. ”</i> <i>“Conforme foi acentuando o meu uso de drogas, eu mesmo fui me distanciando... eu comecei a me distanciar das caretas. Então eu comecei a ficar mais para o lado dos drogados, comecei a isolar as pessoas, entre aspas, normais e ir para o lado dos outros usuários. ”</i> <i>“E esse isolamento me levou a um total isolamento de tudo, que eu transferi também para o meu trabalho. Comecei a me isolar do meu trabalho e acentuando mais ainda o uso de droga, principalmente quando eu comecei a fazer uso de crack. ”</i> <i>“Na verdade, não é que a sociedade me discriminou, é eu que me desliguei dela, eu que me desliguei. Eu fiz a minha fama, eu pinteí o S1 drogado. ”</i> <i>“Eu já tinha racionalizado isso: “ah, eu na salinha, ninguém me vendo, então eu vou faltar, ninguém vai se importar”, eu já tinha racionalizado isso. “Eu vou tentar mais uma vez, mas não vai dar certo”, eu já vim já pronto para a derrota. ”</i>

Figura III - Categorias analíticas e núcleos, segundo narrativa do servidor S2.
Campinas, 2019:

Categorias analíticas	Núcleos de significado
Estereótipo	<i>“Ser um drogado, viciado é ser diferente, é ter um problema, é ser frágil, não ser forte. ”</i> <i>“Eu era irresponsável, eu era mulherengo, eu era mentiroso, trapaceiro, mal com as pessoas que me amavam, eu não era a pessoa certa, sabe? ”</i> <i>Eu não tinha olhar para mim mais. Tudo tinha acabado, acho que era a minha morte, sabe. ”</i>
Preconceito	<i>“Eu tinha muita vergonha disso, muita vergonha... vergonha de ser um drogado frente ao ambiente de trabalho. ”</i> <i>“Eu não sabia o que era pior, sabe? Se as pessoas soubessem que eu era um viciado em drogas ou se soubessem que eu era louco, sabe? ... eu preferi que as pessoas pensassem que eu fosse louco. ”</i> <i>“Nossa, derrotado, derrotado, arrasado, sabe? Humilhado. Sentir esse nojo de você, sabe?”</i>
Discriminação Isolamento	<i>“Vontade de sumir, desistir de tudo. Uma grande vontade de não fazer, de se entregar, porque era mais fácil, o ônibus passava ali na frente da biqueira, era só descer e desistir. ”</i>

Figura IV - Categorias analíticas e núcleos, segundo narrativa do servidor S3.
Campinas, 2019:

Categorias analíticas	Núcleos de significado
Estereótipo	<i>“Eu me tornei um pai mais ausente, um filho menos carinhoso, um chefe de casa bem menos responsável. ”</i>
	<i>“Eu me tornei uma pessoa chata, eu me tornei uma pessoa agressiva, eu me tornei uma pessoa incoerente, insensata. ”</i>
	<i>“E para uma pessoa que era considerada um bom profissional, um profissional atencioso, de repente também passei a ser um profissional relapso e irresponsável; e a minha vida pessoal foi se degradando mais ainda. E é isso, a escória era o caminho que eu estava traçando para mim e tracei, porque eu cheguei a viver a escória. ”</i>
Preconceito	<i>“A culpa toda era minha, mas eu não queria ver a culpa... eu fui o culpado, mais ninguém. Fui eu que alterei todinho o percurso da minha vida... tudo o que não presta na minha vida quem fez fui eu. ”</i>
	<i>“Eu era hiper considerado. E de repente essa consideração caiu por água abaixo, então a minha vida pessoal também foi junto. ”</i>
Discriminação Isolamento	<i>“Eu era uma pessoa que trabalhava, era uma pessoa que desenvolvia, que fazia curso e, de repente, se isolar de tudo e de todos. ”</i>
	<i>“Minha vida antes da droga era uma vida perfeita, de um ser humano normal... eu usava a droga como um desabafo para me aliviar de uma dor que eu já sentia. ”</i>

Figura V - Categorias analíticas e núcleos, segundo narrativa do servidor S4.
Campinas, 2019:

Categorias analíticas	Núcleos de significado
Estereótipo	
Preconceito	<i>“Por culpa minha mesmo... oportunidade eu tive, mas eu não soube aproveitar... eu não fiz por merecer. ”</i>
Discriminação Isolamento	<i>“Pela sorte de ter caído nessa área artística, eu nunca recebi uma discriminação”</i>
	<i>“Eu acho que, no meu caso, eu não ter tido problemas maiores com a bebida no trabalho, foi pela área que eu fui inserido. ”</i>
	<i>“No meio artístico, tudo é relevado... área artística, eles são mais, vamos dizer assim, complacentes. O que, volto a repetir, não me ajudou em nada, só me deixou mais à vontade para beber mais, para chegar atrasado, para faltar, não ter muita disciplina. Eu acho que faltou disciplina para mim. ”</i>
	<i>“Aqui que não tem problema mesmo. Isso só me levou a aumentar a quantidade de bebida e às faltas no trabalho. ”</i>

Figura VI - Categorias analíticas e núcleos, segundo narrativa do servidor S5.
Campinas, 2019:

Categorias analíticas	Núcleos de significado
Estereótipo	<i>“Por que eu cheguei a me sentir um lixo por estar usando droga demais. ”</i>
	<i>“Mas eu não sou ruim não, não sou do mal não, sou do bem. ”</i>
	<i>“Aí você acaba se perdendo e voltando para o lamaçal... voltar à sujeira... sujo mentalmente, mentalmente sujo... Chega a ser anormal.”</i>
	<i>“Totalmente insano, né? Loucura, é louco, é praticamente fora de si, né? Sentir um lixo mesmo, né? Coisa horrível. Não sei se você entende, mas é se sentir um traste. Não dá mais importância para você. ”</i>
Preconceito	<i>“Mas eu assumo minha culpa, porque eu que fiz, eu que cometi, paguei e estou pagando até hoje pelas minhas atitudes indevidas. ”</i>
	<i>“Você chegar se sentindo não valendo mais nada. ”</i>
Discriminação Isolamento	<i>“Quando eu estou com efeito da substância, eu acabo esquecendo muitos problemas, acabo distanciando, né... seria uma fuga, mais ou menos uma fuga, para eu poder me isolar da sociedade. ”</i>
	<i>“Poxa, ninguém me quer, eu sou um traste mesmo, eu sou um lixo, um zero à esquerda”, então eu cheguei a pensar nisso... eu usava mais. Usava mais, é, para amenizar, né, esse pensamento, esse sofrimento. ”</i>

Podemos inferir nas narrativas dos servidores 1, 2, 3, 4 e 5, através dos núcleos de significado, a presença da atitude de aplicação de estereótipos negativos e preconceito, sobre usuários de drogas, contra si mesmos, ou seja, os servidores participantes da pesquisa são afetados pelo estigma internalizado, em intensidades variadas, alguns têm mais estereótipos, ou mais preconceitos e outros adotam mais comportamentos discriminatórios. Como consequência do estigma internalizado aplicam a si mesmos comportamentos discriminatórios, como forma de autodefesa contra a baixa autoestima ou como refere Rozani et al (2015) contra a “deterioração da identidade”. Os comportamentos discriminatórios podem ser descritos como evitação ou isolamento social e uso do estigma para obtenção de ganhos secundários, como por exemplo uso de substâncias.

De fato, como refere Lien et al. (2015), a internalização de dimensões socioculturais de experiências discriminatórias referente ao uso de drogas, pelos

servidores afetou negativamente sua auto percepção e comportamento ativo de enfrentamento, prejudicando assim a reinserção no trabalho, assim como busca por tratamento.

Reconhecer-se como incompetente, como fraco e como perigoso, dificulta sobre maneira os esforços para busca de tratamento e trabalho. A partir da narrativa dos servidores 1, 2, 3, 4 e 5 que trazem elementos como: eu existo só para usar droga; sou viciado, diferente e fraco; sou irresponsável, mentiroso, trapaceiro, mal com as pessoas, eu não sou uma pessoa certa; sou manipulador; eu não tinha mais olhar para mim; eu sou um mau pai, um mau filho, um mau chefe de família; eu sou chato, agressivo, incoerente e insensato; eu sou a escória; eu sou um lixo; eu sou ruim; eu sou sujo; eu sou anormal; eu sou insano; eu sou um traste; eu não tenho importância, pode ser inferido que a vivência do próprio eu desses servidores, é estereotipada. As identidades destes servidores sofreram deterioração, não se percebem mais como pais, filhos, profissionais, apenas identificam-se como usuários de drogas problemáticos.

O preconceito ocorre quando o indivíduo estigmatizado após aplicar as crenças negativas a si mesmo, passa a vivenciar reações emocionais negativas, como baixa autoestima ou baixa autoeficácia. Pode-se inferir na narrativa dos servidores 1, 2, 3, 4 e 5 a presença do preconceito aplicado a si mesmo, ou seja, a seu próprio eu. A autoestima desses servidores foi prejudicada, pois como demonstram os núcleos de significado, vivenciam reações emocionais como: sentir-se um lixo; sentir vergonha de si mesmo; sentir-se derrotado; sentir nojo de si mesmo; sentir-se culpado; sentir que não presta; não conseguir se reconhecer e ser reconhecido; acreditar que não vale mais nada. Além da baixa autoestima o servidor vivencia a perda de sua autoeficácia, ou seja, a capacidade de lidar com crenças e sentimentos negativos, assim como capacidade de mudança de comportamentos e atitudes.

A discriminação é definida como uma resposta comportamental a preconceitos, tais como não buscar oportunidades de trabalho, não procurar ajuda, se isolar socialmente e usar o estigma para ganhos secundários, como por exemplo, justificar o uso de substâncias psicoativas. A vivência do estereótipo e do preconceito aplicados a si mesmo, ou seja, do estigma internalizado, levou os servidores 1, 2, 3, 4 e 5 a adotarem comportamentos e atitudes de

autodiscriminação. Começam a se isolar dos grupos sociais, como por exemplo, do trabalho, por medo de discriminação e vergonha do transtorno e com isso aumentaram o uso de substâncias psicoativas como forma de alívio de sofrimento.

Os elementos relacionados à categoria de análise discriminação ou isolamento, detectados nas narrativas dos servidores foram: não vou buscar ajuda, fiquei com medo da discriminação; eu mesmo estava me discriminando; eu fui me distanciando, comecei a me isolar das pessoas normais, comecei a me isolar do meu trabalho; eu me desliguei da sociedade; ninguém me vendo eu vou faltar; vontade de desistir e ir na “biqueira”; isolar-me de tudo e todos; eu usava droga para aliviar a dor que eu sentia; eu uso drogas para poder me isolar da sociedade; usava para amenizar o sofrimento.

O primeiro núcleo de significado da categoria estereótipos, aplicados a si mesmo, localizado na fala do servidor S3 traz a dimensão da vivência subjetiva do estigma internalizado. Fica nítida a crença do servidor de que usuários de drogas são a escória da sociedade.

“Eu fui me degradando... não era mais ninguém... eu era uma pessoa que trabalhava, era uma pessoa que desenvolvia que fazia curso... era hiper considerado, e de repente essa consideração caiu por água abaixo, então a minha vida pessoal também foi junto... E é isso, a escória era o caminho que eu estava traçando para mim e tracei, porque eu cheguei a viver a escória”. (S3)

Outro núcleo de significado relacionado a categoria estereótipo associado ao transtorno por uso de drogas é a crença de que a pessoa usuária é como refere o servidor S5 “mentalmente suja”, ou seja, imoral, pois o transtorno por uso de substâncias é visto como falha moral. Como referem Schomerus et al, (2011) e Albrecht et al, (1982) a associação entre o transtorno por uso de substâncias e falha moral se dá devido a crença social dominante de que a pessoa usuária tem mais controle sobre o transtorno, aja visto que “a doença”

foi produzida pela escolha do próprio indivíduo (foi o próprio indivíduo que escolheu usar substâncias), e, portanto, é mais provável de ser responsabilizado e culpado (Corrigan et al, 2009), pois a pessoa pode controlar o uso. Estas crenças acabam influenciando como as pessoas com transtornos por uso de substâncias se percebem (Corrigan, 2000; Corrigan et al, 2003), como refere o servidor S5 que chegou a se definir como um “traste” um “lixo”, como uma pessoa suja, ou que vive na lama, chegando a se considerar anormal.

“Posso voltar na lama de novo... voltar à sujeira... sujo mentalmente... chega a ser anormal... não me encaixo... as pessoas, por saberem que eu sou usuário de droga, não me aceitavam em quase nenhum lugar... poxa, ninguém me quer, eu sou um traste mesmo, eu sou um lixo, um zero à esquerda, então eu cheguei a pensar nisso”. (S5)

A fala do servidor S2 também demonstra a aplicação de estereótipos aplicados a si mesmo devido ao transtorno por uso de substâncias, que como analisado acima, está associado a crença da responsabilidade e culpa sobre o indivíduo, que escolheu usar drogas. Esse servidor se percebe como irresponsável, mulherengo, mentiroso, trapaceiro, mal com as pessoas, chegando a se considerar uma pessoa “não humana”:

“Ser um drogado, viciado é ser diferente... é ter trocado a minha vida, jogado fora, enquanto todo mundo estava batalhando, progredindo, subindo... eu era irresponsável, eu era mulherengo, eu era mentiroso, trapaceiro, mal com as pessoas que me amavam, eu não era a pessoa certa... eu sempre fui assim... uma pessoa não humana”. (S2)

Em relação a categoria dos preconceitos associados ao uso de substâncias, as pessoas que os aplicam a si mesmas vivenciam reações

emocionais negativas, especialmente baixa autoestima e auto eficácia (Wright et al, 2000). O servidor S5 vivenciou a perda de sua autoestima, devido aos problemas por uso de substâncias. Como núcleos de significado temos a percepção do servidor que não “vale mais nada”, e como consequência dessa perda de autoestima, sua capacidade de auto eficácia foi reduzida, sendo substituída pelo aumento do uso de substâncias como forma de enfrentamento da baixa autoestima. Essa forma de lidar com a baixa autoestima apareceu na fala de três servidores.

“...você chegar se sentindo não valendo mais nada... destruição interior... você se sente um lixo, chega a se sentir um lixo... por estar usando droga demais... se sente um traste. Não dá mais importância para você... eu usava mais. Usava mais, para amenizar, né, esse pensamento, esse sofrimento.” (S5)

Outra reação emocional negativa ou pré-conceito muito presente nos discursos dos participantes da pesquisa, sendo consequência direta da aplicação de estereótipos negativos a si mesmo, é o sentimento de culpa. A vivência dessa reação emocional reforça a tese sobre a associação entre transtorno por uso de substâncias e falha moral, citada acima. Esse preconceito fica subentendido na fala do servidor S3, que se sente culpado pelo transtorno por uso de substâncias, assumindo individualmente a responsabilidade, perdendo a capacidade de reconhecer e criticar o estereótipo social vigente, reproduzindo a crença da culpa individual.

“... eu fui o culpado, mais ninguém.... Tudo o que não presta na minha vida quem fez fui eu... ninguém colocou droga na minha boca”. (S3)

Podemos ver a mesma reação emocional negativa de culpa na fala do servidor S4, que por se considerar culpado pelo transtorno, assumi total responsabilidade, chegando inclusive acreditar que é merecedor do transtorno por uso de substâncias, como se estivesse sendo castigado por ter desperdiçado oportunidades de vida.

“...eu sei que foi por culpa minha mesmo... Oportunidade eu tive, mas eu não soube aproveitar... eu não fiz por merecer. ”
(S4)

Novamente a reação emocional da culpa, levando o servidor S5 a ao comportamento de responsabilização e de autopunição. O sentimento é tão presente que acredita ter que pagar pelos erros, denotando novamente a potente crença de que o transtorno por uso de substâncias é uma falha moral ou uma questão ligada ao caráter.

“..., mas eu assumo minha culpa, porque eu que fiz, eu que cometi, paguei e estou pagando até hoje pelas minhas atitudes indevidas. ” (S5)

Susan Sontag (1984) mostrou que as doenças nos tempos antigos eram classificadas como castigo sobrenatural ou como possessão pelo demônio, e eram vistas como formas de autojulgamento, de auto traição. Com o advento do cristianismo, que impôs noções mais moralizadas da doença, gradualmente foi-se evoluindo um ajustamento mais estreito entre a doença e a vítima. Essa noção de doença como castigo, produziu a ideia de que uma enfermidade poderia ser um castigo particularmente justo e adequado. No século XIX, a ideia de que a doença se ajusta ao caráter do paciente, como o castigo se ajusta ao pecador, foi substituída pelo conceito de que ela exprime o seu caráter. Nesse sentido, fica evidente o quanto o transtorno por uso de substâncias psicoativas ainda hoje é julgado através destas crenças. A reação emocional negativa do servidor S5

parece expressar o conflito interior de se reconhecer como uma pessoa má ou imoral, devido ao transtorno por uso de substâncias.

“Eu sou um cara bacana... antes de tudo isso aí já pratiquei muito esporte..., mas aí acabei deixando de fazer essas coisas saudáveis para ficar, sei lá, que nem um tonto usando droga eu não sou ruim não, não sou do mal não, sou do bem”.
(S5)

Parece que a consequência da culpa e responsabilidade individual pelo transtorno por uso de substâncias leva ao desencadeamento de outra reação emocional, o medo. A pessoa com o transtorno tem medo de ser discriminada. A resposta à reação emocional do medo da discriminação pode ser o comportamento de evitação, por exemplo, na busca tratamento, agravando os problemas e, mesmo quando há procura de tratamento a adesão é baixa, caracterizando idas e vindas aos serviços (Ronzani 2015). Identificamos essa questão na fala do servidor S1, que deixa de buscar tratamento por ter medo de ser discriminado.

“...ah, não vou buscar ajuda não, vou ter que me identificar”, fiquei com medo da discriminação... tamanho era o medo de preconceito, que eu cheguei para o psiquiatra e não falei que eu usava droga... eu acho que eu mesmo estava me discriminando... porque não é bem visto o drogado. ” (S1)

Outro fator essencial do estigma internalizado percebido, confirmado na fala do servidor S2, é a experiência da discriminação antecipada. Como refere Rusch (et al., 2014) a expressão da rejeição social esperada, da qual os indivíduos com transtornos por uso de substâncias psicoativas sofrem, leva à perda da autoestima, retraimento social, desmoralização, diminuição do

comportamento de busca de ajuda e menor qualidade de vida, bem como o comportamento de ocultação do transtorno mental.

Importante notar como referem Link e Phelan (2001) que a discriminação antecipada é anterior a situação imediata concreta de discriminação, ou seja, repousa em vez disso na formação e sustentação de estereótipos e teorias leigas já presentes nas crenças internalizadas pelo estigmatizado. Ainda assim, concluem os autores que mesmo que a discriminação não ocorra de fato, as consequências às vezes são severas e, sem dúvida, contribuem muito para as diferenças nas chances de vida das pessoas em grupos estigmatizados.

Sendo assim podemos afirmar que o estigma internalizado é uma barreira para a reinserção no trabalho do servidor com o transtorno bem como para adesão ao tratamento.

“Eu tinha muita vergonha disso, muita vergonha ... eu não sabia o que era pior, sabe? Se as pessoas soubessem que eu era um viciado em drogas ou se soubessem que eu era louco... eu preferi que as pessoas pensassem que eu fosse louco... eu morria de medo de contar para as pessoas o que estava acontecendo. ” (S2)

Ronzani et al (2015, p. 11) reforça que “o impacto negativo da baixa autoestima e baixa auto eficácia interferem na realização dos objetivos de vida”. O autor descreve que como consequência as pessoas que buscam reabilitação e reinserção social não acreditam que possam se beneficiar porque se sentem incapazes. Assim, conclui o autor que “os sentimentos de desvalorização e de incapacidade fazem com que eles pensem que não existem razões para se recuperar”. Podemos perceber isso na fala do servidor S3, que mesmo querendo se recuperar, o esforço em pedir ajuda é muito grande, fica evidente que a adesão a qualquer tipo de tratamento é frágil e difícil.

“Quando eu vi a necessidade real de parar de usar e tal, aí eu me senti pior, porque você olhar lá para trás e ver aquele monte de cagada que você fez... os meus medos, as minhas frustrações, minhas decepções. ” (S3)

O estigma internalizado pode resultar em perda de identidade, como se a pessoa não se reconhecesse e passa a viver com a sensação de vazio e de perda de sentido da vida, o que leva a vontade de sumir ou desistir, ou se entregar a “dependência à substância” como refere o servidor S2.

“Me doía de ver.... era dor, dor, vazio... ninguém mais ali, sozinho... eu não tinha olhar para mim mais. Tudo tinha acabado, acho que era a minha morte, sabe... vontade de sumir, desistir de tudo... não tem esperança...nossa, derrotado, derrotado, arrasado, sabe? Humilhado... uma grande vontade de não fazer, de se entregar, porque era mais fácil... passava ali na frente da biqueira, era só descer e desistir. ” (S2)

A deterioração da identidade, devido ao estigma internalizado envolve a vivência de sentimentos de degradação, de perda, de fracasso, e de se ver como uma pessoa má, indigna e incapaz. O estigma do usuário de substâncias também pode levar à rejeição por não usuários (Maulik, Eaton, Bradshaw, 2011). Essa vivência subjetiva reforça o comportamento de isolamento social (Mello, 1999), conforme relato do servidor S1:

“Comecei a me distanciar das caretas... comecei a ficar mais para o lado dos drogados, comecei a isolar as pessoas, entre aspas, normais... eu passei a destinar mais tempo da minha vida em usar droga do que fazer minhas sociais... Eu iniciei esse isolamento, esse distanciamento das pessoas caretas e,

por final, eles completaram... na verdade, não é que a sociedade me discriminou, é eu que me desliguei dela... Eu fiz a minha fama, eu pinteí o drogado". (S1)

Além do comportamento de isolamento por medo da discriminação a vivência do estigma internalizado reforça o comportamento de uso de drogas, como única forma de alívio do sofrimento ocasionado pela deterioração da identidade (Mello, 1999). De acordo com Link e Phelan (2001) a falta de apoio social configurada pelo comportamento de isolamento pode levar à depressão e a recaída no uso de substâncias psicoativas, como conta o servidor S1.

"Eu existia só para usar droga... abre mão da própria existência... não me importa se amanhã eu não existir mais, se eu morrer... não conseguia nem raciocinar a minha vida mais, eu existir para ela. " (S1)

Uma das consequências da vivência do estigma internalizado, além do comportamento de isolamento e auto exclusão social é a reação comportamental ocasionada pelo auto discriminação, ou discriminação internalizada, que leva a pessoa com transtorno a adotar atitudes internas e externas para lidar com a baixa autoestima tais como justificação, transferência da culpa, auto piedade ou vitimização, isolamento e desconfiança.

Como refere Goffman (1988, p. 12), "o estigmatizado chega num ponto crítico que rompe com aquilo que é chamado de realidade, e tenta obstinadamente empregar uma interpretação não convencional do caráter de sua identidade social". Refere o autor que o estigmatizado passa a usar seu estigma para obtenção de ganhos secundários, como desculpa pelo fracasso a que chegou, ou seja, o servidor passa utilizar o seu transtorno para justificar suas falhas no trabalho. Dessa maneira não se responsabiliza por tentar corrigi-las, e se habitua ao uso de substâncias como forma de alienação e fuga dos problemas.

Podemos definir a atitude de justificação como uma crença que leva a pessoa a justificar para si e para o outro seu comportamento de uso, por exemplo: “Eu uso porque sou doente”. A atitude de transferência da culpa pode ser definida como o comportamento de culpar outros pelo transtorno, por exemplo: “a culpa pelo meu transtorno é do meu chefe”. A atitude de auto vitimização leva a pessoa a justificar sua situação degradada e seu uso de substâncias. Essas atitudes funcionam simultaneamente em múltipla interação. Outros dois comportamentos observados são: a ocultação ou negação do transtorno como forma de se proteger de situações de discriminação, e comportamento de racionalização que leva a pessoa a criar explicações inverídicas para si mesmas e outros sobre seu comportamento de abandono e de uso de substâncias. Além desses o comportamento de isolamento é adotado como forma de se defender de possíveis situações discriminatórias.

Todas essas atitudes de defesa contra o estigma internalizado são formas de enfrentamento da baixa autoestima. São adotadas como forma de tentar minimizar as reações emocionais negativas, ou seja, formas de lidar com a “auto discriminação”. Podemos observar na fala do servidor S3 a presença da atitude de transferência da culpa para outro:

“Quando eu vi a necessidade real de parar de usar e tal, aí eu me senti pior, porque você olhar lá para trás e ver aquele monte de cagada que você fez... os meus medos, as minhas frustrações, minhas decepções não eram minhas, tinham que ser de outro, porque se fossem minhas eu ia usar, se fossem minhas eu ia me descarregar em algum lugar, então eu tinha que achar um culpado. ” (S3)

A partir de uma construção social sobre o estigma dos usuários de “drogas”, o servidor S3 se reconhece como um “manipulador”. O servidor conta que conseguia enganar as pessoas, conseguia manipulá-las, inclusive persuadi-las a acreditarem no que ele estava falando, chegando inclusive afirmar que manipulava a si próprio.

“Eu mentia bem, cara, eu era um mentiroso de categoria, a mentira era tão perfeita que no final até eu acreditava... minha força de manipulação, de persuasão era fortíssima, fortíssima. Eu era um 171 perfeito”. (S3)

Através da análise das narrativas dos servidores sobre a vivência do estigma internalizado, constatamos que a aplicação dos estereótipos, preconceito e discriminação a si mesmos dificulta o retorno desses servidores ao trabalho. Como forma de defesa das reações emocionais negativas, tais como a deterioração da identidade e da autoestima, assim como medo de sofrer discriminação, o servidor com transtorno por uso de substâncias passa a adotar comportamentos discriminatórios, na tentativa de se defender do sofrimento causado pela deterioração de sua identidade.

Uma vez que o servidor adota atitudes de defesa para enfrentamento do estigma internalizado, acaba por criar mais barreiras para conseguir se tratar e para se reinserir na sociedade. Além disso, essas atitudes reforçam o estigma social, levando a maior absenteísmo, aumento e manutenção do uso de substâncias, que são interpretados pelo grupo social não estigmatizado através de crenças como: o usuário de drogas é irresponsável, fraco, criminoso, imoral ou um caso perdido.

Além disso, o medo antecipado de discriminação, a vergonha do transtorno, a baixa autoestima, a baixa auto eficácia são barreiras subjetivas que desencorajam os servidores a voltarem ao trabalho, perpetuando assim os altos índices de absenteísmo, além da baixa adesão aos tratamentos e o alto índice de recaídas no uso de substâncias psicoativas, o que acaba por agravar o transtorno e o estigma internalizado.

Outro aspecto importante que inferimos através das narrativas dos servidores participantes da pesquisa foi a internalização do sentimento de culpa. Essa reação emocional leva a uma autocondenação moral do próprio caráter, fazendo com que a pessoa se reconheça como imoral ou como um mau caráter, outro aspecto que dificulta ainda mais a possibilidade de retorno ao trabalho.

Podemos inferir através das vivências dos servidores participantes da pesquisa que o estigma internalizado, influenciou seu comportamento dentro do processo de reinserção, pois, novamente como refere Lien et al., (2015) a internalização de dimensões socioculturais de experiências discriminatórias por pessoas com transtornos mentais, afetam negativamente a auto percepção e o comportamento ativo de enfrentamento, levando ao isolamento social. A reinserção destes servidores, devido ao estigma internalizado, é marcada por idas e vindas, tentativas de reinserção frustradas, além de alto índice de absenteísmo.

As narrativas do servidor S4 foram analisadas através das categorias propostas, e não foram encontradas fortes evidências da presença do estigma internalizado na experiência do servidor. Mesmo assim podemos analisar duas questões importantes inferidas na narrativa do servidor: a primeira delas está associada à crença de que o álcool não é uma “droga”, ou pelo menos é diferente das outras “drogas”. Parece que o servidor considera seu problema com o álcool mais leve quando comparado aos problemas de pessoas que fazem uso de outras substâncias psicoativas, ou seja, o servidor faz questão de deixar claro que não usa “drogas” só “álcool”. Pode-se afirmar que o estigma internalizado sobre o comportamento de uso de drogas ilícitas é maior do que sobre o comportamento do uso de álcool.

Além disso, do ponto de vista do enfrentamento do estigma internalizado no que se refere a autoestima e auto eficácia em enfrentar situações problemáticas, parece que o fato do servidor S4 apresentar transtorno por uso de álcool e não por uso de drogas consideradas ilícitas, protege e preserva a autoestima e aumenta a capacidade de auto eficácia em lidar com estereótipo, preconceito e discriminação.

Outra questão relevante inferida na experiência do servidor S4 se refere à maior aceitação, dos setores que trabalham com produção artística, do uso de substâncias psicoativas dentro do ambiente de trabalho. Analisando essa questão, em relação ao estigma do uso de substâncias, pode-se afirmar que essa aceitação pode atuar, de um lado como fator protetivo a problemas de estigma, mas no outro lado, pode atuar como fator de risco ao aumento e

cronificação do transtorno mental por uso de álcool, como inferido na fala do servidor S4.

“No meio artístico, tudo é relevado... área artística, eles são mais, vamos dizer assim, complacentes. O que, volto a repetir, não me ajudou em nada, só me deixou mais à vontade para beber mais, para chegar atrasado, para faltar, não ter muita disciplina. Eu acho que faltou disciplina para mim.” (S4)

Importante fazermos uma crítica a forma de gestão feita para lidar com a situação de saúde do servidor S4. O PART tem percebido que essa forma de gestão na universidade é recorrente e legitimada como um modelo de gestão humanizado, preocupado com a saúde dos servidores. Mas com um olhar mais aprofundo para essa questão, fica evidente que esse tipo de gestão oculta um processo de discriminação estrutural, ou seja, opera o estigma ocultamente através de seus componentes os estereótipos, preconceito e discriminação/perda de status, são legitimados e incorporados na estrutura e funcionamento da universidade.

Nesse sentido, como relata o servidor S4 acaba por ficar estagnado profissionalmente, e fica sendo rotulado e estereotipado como o “o bêbado coitado”, e como o servidor “café com leite”. Essas crenças aplicadas ao servidor acabam por justificar e legitimar a operacionalização da discriminação estrutural através da criação de postos e atividades de trabalho isolados e fictícios, nos quais são colocados os servidores reconhecidos como problemáticos. Uma vez criados esses postos fictícios e isolados, os servidores acometidos pelo transtorno acabam por internalizar o estigma, aceitando essa situação, pois como foi já discutido acima, devido a deterioração de sua identidade, começa a usar seu estigma para obtenção de ganhos secundários, ou seja, o servidor passa utilizar o seu transtorno para justificar a falta de reconhecimento, as falhas no trabalho e o uso de substâncias como forma de lidar com a vida. Dessa maneira podemos detectar o estigma social operando ocultamente dentro da

estrutura de gestão da universidade. Esse ponto será retomado e discutido mais adiante.

5.4. Estigma público ou social.

Citando novamente Link e Phelan (2001) os quais afirmam que o estigma social existe quando cinco componentes inter-relacionados convergem: rotulagem de diferenças; crenças culturais dominantes sobre características indesejáveis, denominadas estereótipos que se tornam rótulos de pessoas; separação entre "nós" e "eles"; perda de status e discriminação que levam a resultados desiguais; poder social, econômico e político para estigmatizar, aja visto que para criar diferenciação, estereótipos, separação de pessoas rotuladas em categorias distintas, desaprovação, rejeição, exclusão e discriminação, é preciso ter poder.

O termo estigma pode ser aplicado quando todos esses componentes ocorrem simultaneamente, pois se forem usados apenas os componentes cognitivos de rotulagem e estereótipos isoladamente para definir o estigma, sem a incorporação do poder, da perda de status e da discriminação não seria possível à definição do estigma (Link e Phelan 2001). A intensidade de estigma que as pessoas experimentam será concretizada pelo poder relativo do estigmatizado e do estigmatizador. Sendo assim foram analisadas as narrativas dos gestores através dessa perspectiva teórica sobre o estigma, ou seja, através dos cinco componentes descritos, que são as categorias analíticas. Para a confirmação da presença das categorias analíticas foram criados núcleos de significado empíricos, sendo que para cada categoria analítica existem vários núcleos de significado empíricos conforme análise das narrativas dos participantes da pesquisa. Cada gestor é denominado pela letra G e um número, portanto os participantes da pesquisa qualitativa são descritos gestores G1, G2, G3, G4 e G5.

Segundo Link e Phelan (2001) quando as pessoas são rotuladas, separadas e ligadas a características indesejáveis, uma lógica é construída para desvalorizar, rejeitando-os e excluindo-os. Assim, as pessoas são estigmatizadas quando o fato de serem rotulados, separados e ligados a

características indesejáveis os levam a experimentar perda de status e discriminação.

Figura VII- Categorias analíticas e núcleos, segundo narrativa do gestor G1. Campinas, 2019.

Categorias analíticas	Núcleos de significado
Rotulagem	<i>“A gente tinha até a visão dele: uma pessoa que usava droga.”</i>
Estereótipo	<i>“A gente vê as pessoas falando dos usuários em geral, muitos deles roubam coisas da própria casa para pagar o vício.”</i> <i>“O pessoal ficava meio receoso: “ah, mas e as bolsas em cima das mesas... A gente vê as pessoas falando dos usuários em geral, muitos deles roubam coisas da própria casa para pagar o vício.”</i>
Separação “nós e “eles”	<i>“A gente tinha, mesmo, medo dele aqui também, das reações dele, a gente não sabe... as funcionárias, elas tinham medo de ficar sozinhas com ele na sala.”</i>
Discriminação e perda de status	<i>“Ele não ficava na nossa sala, porque não tinha lugar para ele, então ele ficou em uma outra sala, ficava ali no canto dele.”</i> <i>“A aparência dele também estava estranha, você via que ele estava bem curvado, acho que por causa da posição também de uso... então aí o pessoal falou: não dá para ficar aqui não.”</i>
Poder para estigmatizar	<i>“Então ele ficou em outra sala, ficava ali no canto dele... numa sala sozinha... a gente praticamente inventava trabalhos para ele.”</i>

Figura VIII - Categorias analíticas e núcleos, segundo narrativa do gestor G2. Campinas, 2019.

Categorias analíticas	Núcleos de significado
Rotulagem	<i>“A gente sabe do que a gente vê na televisão.”</i>
Estereótipo	<i>“Aí a informação que... claro que é visto por todo mundo, um funcionário que falta que não está e isso era uma coisa muito complicada... as pessoas tinham um preconceito grande.”</i> <i>“Dó sempre, dó sempre. Assim, é muito triste ver isso..., mas, assim, toda vez é a mesma coisa.”</i> <i>“Acho que sempre com um pé atrás. Assim de: tranca as suas coisas.”</i>
Separação “nós e “eles”	<i>“O outro funcionário que dividia a sala com ele queria ser transferido.”</i> <i>“Eu não quero mais trabalhar com ele.”</i> <i>“Então, assim, ele punha o pé aqui já vinha alguém falar: “hoje ele está aí.”</i>
Discriminação e perda de status	<i>“Então foi quando foi criada aquela salinha que você conheceu que ele ficava sozinho. E foi tirado o acesso a todas as salas.”</i> <i>“Aí nessa neurose de estar controlando onde ele está indo, se está carregando alguma coisa, se não.”</i> <i>“Então ele foi melhorando, mas assim, nunca voltou a ser o que ele era antes.”</i>
Poder para estigmatizar	<i>“Então foi quando foi criada aquela salinha que você conheceu que ele ficava sozinho. E foi tirado o acesso a todas as salas.”</i>

Figura IX - Categorias analíticas e núcleos, segundo narrativa do gestor G3.
Campinas, 2019.

Categorias analíticas	Núcleos de significado
Rotulagem	<i>“São pessoas que buscam talvez até sair da situação em que se encontram. ”</i>
Estereótipo	<i>“Infelizmente, eles entram por um caminho que é de volta difícil. ”</i> <i>“Às vezes eles não têm força. ”</i>
	<i>“Gastam o seu tempo em coisas que não precisam, prejudicam suas famílias, seus filhos. ”</i> <i>“Um sentimento meio de que é pior do que os outros por conta dessa situação. ”</i>
Separação “nós e “eles”	<i>“Então eles acabam entrando nessa situação, nesse mundo, dos drogados. ”</i> <i>“Eles possam fugir mesmo dos problemas deles. ”</i>
Discriminação e perda de status	
Poder para estigmatizar	

Figura X - Categorias analíticas e núcleos, segundo narrativa do gestor G4.
Campinas, 2019.

Categorias analíticas	Núcleos de significado
Rotulagem	<i>“Não vai ter onde colocar, ninguém queria, todo mundo já sabe, desde sempre, ele é muito bacana, gente boa, mas falta de mais, não se responsabiliza, perde coisas, não chega na hora, todo mundo sabendo que era esse o problema “a bebida. ”</i>
Estereótipo	<i>“A impressão é que não dá certo. Ai melhora por um tempo, então dá uma frustração. ”</i> <i>“A doença é mais forte do que ele... eu acho que é mais forte do que ele, ele nunca mergulhou num tratamento... são muitos anos deve estar bebendo a mais de 30 anos. ”</i> <i>Agora a impressão que eu tenho é que todo mundo no instituto acredita que o servidor não tem jeito, ele sempre foi assim, ele já não dá mais...eu acho que ele não tem essa força. ”</i> <i>“Não tem como você esperar que ele vá responder ao normal do dia a dia.”</i> <i>“Ele não tem força pela família, não tem força por ele mesmo. ”</i>
Separação “nós e “eles”	<i>“No bairro dele todo mundo bebe, a família dele inteira bebe. ”</i>
Discriminação e perda de status	<i>“A nossa nova coordenadora da época, estava chegando com vários planos e queria transferir o servidor por que o setor não podia contar com ele. ”</i> <i>“Vamos tirar ele que não vai dar certo na equipe... todo mundo falando desse histórico, todas elas falaram com unanimidade que ele falta de mais, não dá conta. ”</i>
Poder para estigmatizar	<i>“Já tinha sido transferido várias vezes, os chefes já foram bem radicais com ele, ferrando mesmo. ”</i>

Figura XI - Categorias analíticas e núcleos, segundo narrativa do gestor G5. Campinas, 2019.

Categorias analíticas	Núcleos de significado
Rotulagem	<i>“Ele é rotulado em função do comportamento porque ele passou.”</i>
Estereótipo	<i>“Quem tem que aguentar é o chefe anterior não somos nós.”</i>
Separação “nós e eles”	<i>“Por que, que você tem que receber esse funcionário? Esse funcionário é problema.”</i>
Discriminação e perda de status	<i>“Ele não aceita receber dentro do serviço um usuário de drogas.”</i>
Poder para estigmatizar	<i>“A gente tem uma dificuldade imensa de trabalhar com esse funcionário porque temos as burocracias e as rejeições por parte dos gestores.”</i> <i>“Ele não aceita receber dentro do serviço um usuário de drogas... a ponto de eu chegar a ter sido praticamente ameaçada mesmo, com relação ao profissional.”</i> <i>“Quantos casos de suicídio nós temos na universidade que não foram divulgados, a gente sabe as razões, mas que há a boatos a parte e essas pessoas se for observar era como se fosse esses que estavam ligados ao vício.”</i> <i>“Essa é uma dificuldade que eu vejo dentro da universidade é discriminar as pessoas em função de ser um usuário, só que mascara dependendo qual é a função dessa pessoa ou o status dela.”</i>

A partir dos núcleos de significados empíricos demonstrados nas tabelas acima foram identificadas as categorias analíticas fundamentadas no conceito de estigma social de Link e Phelan (2001). Podemos, a partir dessa análise, inferir a presença do estigma social na relação dos gestores com os servidores com transtorno por uso de substâncias psicoativas, no processo de reinserção no trabalho, com algumas diferenças na quantidade de componentes desencadeadores do estigma social presentes.

Na narrativa do gestor G1 encontramos a presença de todas as categorias analíticas do estigma social, ou seja, todos os componentes formadores do fenômeno: rotulagem, estereótipo, separação entre “nós” e “eles”, discriminação/perda de status e poder para estigmatizar.

Podemos inferir que o gestor G1 e outros membros da equipe de trabalho rotularam o servidor, isto é, a característica mais preponderante na visão dos gestores que diferenciava o servidor que apresentava o transtorno por uso de substâncias, era o fato dele ser um “usuário de drogas”. Dessa forma o servidor era reconhecido apenas como um usuário, e suas outras identidades eram

relegadas a um segundo plano, ou seja, o servidor era reduzido a seu transtorno ou ao fato de ser um usuário de drogas problemático.

“...a gente tinha até a visão dele: uma pessoa que usava droga.” (G1)

Podemos inferir na narrativa do gestor G1 o componente estereotipo ou crença negativa sobre a pessoa que usa substâncias psicoativas, ser perigosa ou criminosa, isto é, não digna de confiança.

Como refere Ronzani (2015, p. 6) “o estigma, faz com que os usuários sejam vistos como perigosos e violentos e únicos responsáveis pela sua condição”. A principal razão que justifica a estigmatização do uso de drogas por parte da sociedade é o fato do consumo não ser visto como um problema de saúde, mas como falha de caráter, fazendo com que seja atribuída ao usuário a responsabilidade pelo aparecimento e pela solução do seu problema. Esta postura restringe as possibilidades de acolhimento das pessoas que apresentam problemas com o uso de drogas (Ronzani, 2015, p. 6).

“... as pessoas chegavam em mim: quem é essa pessoa andando pelo prédio aí... então aquela coisa: ele vem, mas o pessoal ficava meio receoso: ah, mas, e as bolsas em cima das mesas... a gente vê as pessoas falando dos usuários em geral, muitos deles roubam coisas da própria casa para pagar o vício”. (G1)

O estigma baseado na crença de que a pessoa que usa substâncias é “uma pessoa perigosa” influencia as relações de trabalho, conforme relato do gestor G1.

“No primeiro momento eu, como gestor, assim, a gente tem aquele medo... a gente tinha até a visão dele: uma pessoa que usava droga... a gente não sentia ali uma segurança de

ele trabalhar. A gente tinha, mesmo, medo dele aqui também, das reações dele, a gente não sabe... as funcionárias, elas tinham medo de ficar sozinhas com ele na sala. ” (G1)

Outra razão que influencia o status da pessoa usuária de drogas, ser perigosa ou até mesmo criminosa, é justificada, segundo Ronzani (2015, p. 8), “pelas informações deturpadas transmitidas pela mídia, somadas à falta de conhecimento sobre o transtorno, e que fazem com que os usuários de drogas sejam temidos e vistos como incapazes de se recuperar”. Assim, sofrem com a desconfiança, estereótipos negativos, preconceitos e discriminação. Fala do gestor G1:

“O pessoal ficava meio receoso: “ah, mas e as bolsas em cima das mesas... A gente vê as pessoas falando dos usuários em geral, muitos deles roubam coisas da própria casa para pagar o vício, você deixar o celular em cima da mesa, ele estando aqui, vai sumir...A aparência dele também estava estranha, você via que ele estava bem curvado, acho que por causa da posição também de uso...então aí o pessoal falou: “não dá para ficar aqui não. ” (G1)

Como forma de lidar com o medo e discriminação, causados pelo estigma, os gestores tentam se livrar do “servidor problema” ao solicitarem a transferência do servidor para outro local de trabalho. Essa situação se configura como discriminação que leva a perda status, o gestor G4 conta:

“A nossa nova coordenadora da época, estava chegando com vários planos e queria transferir o servidor por que o setor não podia contar com ele. Já tinha sido transferido várias vezes, os chefes já foram bem radicais com ele, ferrando mesmo... Ele está a parte, dá trabalho... vamos tirar ele que não vai dar

certo na equipe.... Ela via que não funcionava essa parte administrativa profissional vinda dele, era um peso. ” (G4)

Na impossibilidade de conseguirem a transferência acabam criando uma forma de discriminação, isolando o servidor dentro do ambiente de trabalho, criando salas e atividades separadas dos demais membros da equipe, o que configura a perda de status do estigmatizado, conforme relata o gestor G1:

“Não tem o que fazer, ele vai voltar, como se fosse um peso... ele não ficava na nossa sala, porque não tinha lugar para ele, então ele ficou em outra sala, ficava ali no canto dele... numa sala sozinha... a gente praticamente inventava trabalhos para ele. ” (G1)

Como refere Ronzani (2015) os usuários de drogas sofrem constantemente com os efeitos prejudiciais do processo de estigmatização, podemos descrever dois efeitos principais desse processo: restrição das interações sociais e perspectivas limitadas de recuperação, que acabam por influenciar negativamente a reabilitação. No contexto de trabalho analisado pela pesquisa podemos confirmar também que devido ao estigma do uso de drogas os servidores entrevistados sofreram restrições sociais durante a reinserção ao trabalho.

Portanto através do relato do gestor G2, e como refere Link e Phelan (2001), podemos afirmar que o estigma social influenciou negativamente o tipo e o nível de apoio social, levando a separação e perda de status.

“O outro funcionário que dividia a sala com ele queria ser transferido: eu não posso, eu não posso ser acusado, vou ter que compartilhar dividir o ônus de qualquer coisa que suma daqui... eu não quero mais trabalhar com ele... as pessoas tinham um preconceito grande... sempre com um pé atrás,

assim de: tranca as suas coisas... ele punha o pé aqui já vinha alguém falar: hoje ele está aí. É um problema que você tem que carregar. ” (G2)

A vivência do servidor S1, relatada abaixo, denota perda de “status” e discriminação social, que são dois componentes do estigma (Link e Phelan, 2001), ambas promovidas por seus gestores que possuem uma posição de poder em relação ao servidor, posição essa que denota outro componente do estigma, isto é, o estigma existe quando um grupo tem poder de estigmatizar outro grupo.

De acordo com Link e Phelan (2001) a falta de apoio social pode levar à depressão e a recaída no uso de substâncias psicoativas. O estigma também pode levar à rejeição por não usuários (Maulik, Eaton, Bradshaw, 2011).

Sendo assim é possível afirmar que o estigma internalizado é uma consequência do estigma social, conforme relato do servidor S1.

“Cheguei no estacionamento, eu não pude entrar, estacionar meu carro... perdi a minha vaga de estacionamento, perdi minha cadeira, eu não tinha local para deixar minha escova de dente... entregaram para mim um saquinho com todos os meus pertences pessoais... poxa, eu me senti um lixo. E isso, de certa forma, não foi bom, porque eu tive uma recaída logo em seguida, logo em seguida. ”(S1)

5.5. Institucionalização

Na universidade, a questão dos problemas associados ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho, assim como outros transtornos mentais tem se configurado como um grande desafio. Apesar dos esforços de alguns órgãos e profissionais que isoladamente atendem essa demanda, as ações de promoção de saúde dessa população são inadequadas e ineficazes, já que não são planejadas a partir de uma política de prevenção, assistência e reinserção aos transtornos por uso de substâncias psicoativas, estabelecida e acordada. Com isso o modelo de abordagem que vem sendo institucionalizado acaba

muitas vezes promovendo e legitimando ações estigmatizantes e discriminatórias. Um exemplo foi à criação do “banquinho da DGRH - Diretoria Geral de Recursos Humanos”, que era um banco localizado num dos corredores da DGRH no qual eram colocados os servidores “mais problemáticos da universidade”. Essa forma de abordagem discriminatória era legitimada pelos próprios profissionais de recursos humanos da Universidade, que deixavam os servidores no banquinho, justificando que nem uma unidade ou órgão da universidade havia aceitado a reinserção do servidor, devido a seu histórico de problemas entre eles transtornos mentais por uso de substâncias psicoativas.

Nesse sentido podemos afirmar a ocorrência e legitimação da discriminação estrutural, que como referem Link e Phelan (2001) pode ser definida como o acumulado de práticas institucionais que funcionam em detrimento dos grupos estigmatizados, ou seja, no caso dos servidores com o transtorno mental o estigma afetou a estrutura em torno da pessoa, levando a mesma a ser exposta a uma série de circunstâncias adversas, entre elas ficar sem trabalho e isolada num banco. O estigma social foi institucionalizado, ou seja, operava dentro e a partir da gestão em recursos humanos.

Para a institucionalização do estigma é preciso poder. Nesse sentido como referem os autores o estigma é totalmente dependente do poder social, econômico e político, ou seja, é preciso poder para estigmatizar, o poder é essencial para a produção social de estigma.

Hoje o “banquinho” foi extinto, mas possivelmente a discriminação estrutural ainda vem sendo operada através de outras formas, mas com o mesmo objetivo de resolver “o problema” no trabalho, através da criação de postos de trabalhos isolados e fictícios, nos quais o servidor pode ser colocado e esquecido.

No entanto as mudanças na gestão operacionalizadas em 2012 contribuíram para uma inovação na gestão dos recursos humanos focados nas pessoas dos servidores da universidade. Neste sentido, a DGRH em 2013 viabilizou a criação do PART. Entretanto, as transformações de uma cultura organizacional são lentas e fazem parte de um processo.

Figura XII - Categorias analíticas e núcleos, segundo narrativa dos gestores.
Campinas, 2019.

Categorias analíticas	Núcleos de significado
Discriminação estrutural	<p><i>“Ele não ficava na nossa sala, porque não tinha lugar para ele, então ele ficou em uma outra sala, ficava ali no canto dele. ”</i></p> <p><i>“A aparência dele também estava estranha, você via que ele estava bem curvado, acho que por causa da posição também de uso... então aí o pessoal falou: não dá para ficar aqui não. ”</i></p> <p><i>“Então foi quando foi criada aquela salinha que você conheceu que ele ficava sozinho. E foi tirado o acesso a todas as salas. ”</i></p> <p><i>“A nossa nova coordenadora da época, estava chegando com vários planos e queria transferir o servidor por que o setor não podia contar com ele. ”</i></p> <p><i>“Vamos tirar ele que não vai dar certo na equipe... todo mundo falando desse histórico, todas elas falaram com unanimidade que ele falta de mais, não dá conta. ”</i></p> <p><i>“Já tinha sido transferido várias vezes, os chefes já foram bem radicais com ele, ferrando mesmo. ”</i></p> <p><i>“Ele não aceita receber dentro do serviço um usuário de drogas. ”</i></p> <p><i>“Então ele ficou em outra sala, ficava ali no canto dele... numa sala sozinha... a gente praticamente inventava trabalhos para ele. ”</i></p> <p><i>“Já tinha sido transferido várias vezes, os chefes já foram bem radicais com ele, ferrando mesmo. ”</i></p> <p><i>“A gente tem uma dificuldade imensa de trabalhar com esse funcionário porque temos as burocracias e as rejeições por parte dos gestores. ”</i></p> <p><i>“Ele não aceita receber dentro do serviço um usuário de drogas... a ponto de eu chegar a ter sido praticamente ameaçada mesmo, com relação ao profissional. ”</i></p>

Verifica-se nas narrativas dos gestores e servidores participantes da pesquisa, que a discriminação estrutural opera dentro dos espaços de trabalho e dos processos de gestão da Universidade, ou seja, o fenômeno da institucionalização do estigma, no tocante aos processos de reinserção dos servidores com transtornos por uso das substâncias psicoativas. A maioria dos

gestores participantes da pesquisa reluta em assumir responsabilidade durante o processo de reinserção, e ao contrário, reforçam as formas de exclusão do servidor dos ambientes de trabalho.

Uma hipótese possível levantada pelo estudo que justifica a presença da discriminação estrutural na universidade, a partir das ações dos gestores, é o fato do servidor público gozar de estabilidade, ou seja, só pode ser demitido, após cometer falta gravíssima, evidenciada e comprovada por uma comissão processante da Instituição. A percepção dos gestores é que quando o transtorno é comprovado através de um diagnóstico médico o servidor não pode mais ser responsabilizado por falhas e postura inadequada no ambiente de trabalho. Com isso o gestor se vê impotente para solucionar a situação, sem perspectiva de resolução. As dificuldades para enfrentar a situação que inclui a impossibilidade de transferência para outro setor, operam no sentido de promover o isolamento ou exclusão do servidor dentro do ambiente de trabalho; ou atribuindo-lhes atividades sem importância ou fictícias. Estas atitudes de assédio moral em desvalorizar psiquicamente o servidor diante dos colegas reforçam o estigma social e o estigma internalizado. É como “esconder ou administrar um problema, que não tem solução”.

Nesse contexto específico, em uma organização pública, a questão do estigma do uso de substâncias psicoativas assume uma dinâmica particular devido às características peculiares da administração pública, tais como a já citada estabilidade, dificuldades de ascensão e progressão na carreira, e gestores despreparados nos cargos de liderança, escolhidos estritamente por interesses políticos.

Segundo Schikmann (2010) as principais características gerais da administração pública podem ser definidas como tradição legalista e formal; traços culturais como patrimonialismo e individualismo; burocracia profissional marcada por impessoalidade e mérito, entre outras. A autora acrescenta que essas características forjam um estilo gerencial com traços autoritários, permeado de relações por vezes excessivamente formais e, paradoxalmente, carentes de padronização.

Nesse contexto organizacional, em nome da eficiência, assume destaque um arranjo mecanicista que separa o trabalho intelectual do manual e

burocrático, em que aqueles que realizam atividades operacionais não são estimulados a pensar formas inovadoras de gestão, provocando com isso uma separação entre o operacional e o intelectual (Schikmann, 2010). Além disso, as barreiras à mobilidade funcional e as estruturas organizacionais rígidas reforçam uma forma de funcionar que não mais respondem às demandas sociais e às advindas dos servidores públicos, tais como plano de carreira, realização, reconhecimento profissional e promoção da saúde.

A autora acrescenta que emergem neste tipo de organização pública a percepção de acentuada valorização do tempo de serviço em detrimento das competências, a proteção dos cargos e funções que configuram uma cultura de clientelismo em detrimento à meritocracia e à transparência na gestão de pessoas. Dessa maneira, podemos afirmar que as características apontadas contribuem para a dinâmica do estigma do uso de substâncias. Esta dinâmica é confirmada na fala do servidor S3, que devido ao absenteísmo causado pelo transtorno por uso de substâncias psicoativas, reconhece não ter sido demitido por justa causa pelo fato de trabalhar no setor público.

“O Estado é muito bom, o Estado é muito bom. Porque, na realidade, se fosse pegar a fundo mesmo nem empregado eu estaria mais, nem empregado. ” (S3)

Com relação ao estigma a estabilidade pode vir a ser positiva ou negativa no processo de responsabilização dos compromissos compartilhados entre as partes na reabilitação e reinserção ao trabalho do servidor público acometido pelo transtorno por uso de substâncias. O servidor S3 reconhece a estabilidade como fator primordial para sua reabilitação e retorno ao trabalho.

“Com relação à estabilidade já é muito melhor. E esse é um dos fatores que ajuda muito ao profissional, ao funcionário a enxergar que ele precisa mesmo sair. Eu fiquei oito anos afastado e nesses 8 anos, apesar de terem cortado o meu salário, apesar de não terem me pagado, eu ainda tinha, a

minha vaga ainda estava aqui, eu ainda consegui voltar a trabalhar aqui. E isso para mim foi muito importante, mesmo por causa da minha idade - a idade que eu tenho, eu não iria conseguir um campo para trabalhar. ” (S3)

Entretanto, a estabilidade do serviço público pode não favorecer a conscientização do servidor com transtorno por uso de substâncias, quanto à sua responsabilidade no trabalho e no cuidado com sua saúde e reforçar o descompromisso e a manutenção do estigma internalizado na manutenção do uso de substâncias. Para a gestora G3 a estabilidade de modo geral é prejudicial na gestão de pessoas com esse transtorno e prejudica a reabilitação e reinserção ao trabalho desses servidores.

“Acho que a Universidade pode ter um papel bem mais contundente(..). Já falei isso algumas vezes, que não adianta ficar passando a mão na cabeça do dependente, ele precisa ter disciplina, ter responsabilidade e, a partir desse momento, ele é inserido de novo no trabalho, né? ” (G3)

A gestora enfatiza ainda:

“Então, se a gente não dá essa responsabilidade para ele e deixa fazer o que ele quer, se deixa ele faltar e não dá punição, fica parecendo que está tudo certo. (...) nós precisamos tratá-lo exatamente como as outras pessoas, inseri-lo no meio de trabalho e ele ser um funcionário normal como todos os outros. Se ele falta, ele tem punição, se ele falta muito tempo, ele é desligado, como os outros são. ” (G3)

É muito comum a expressão: “a universidade é uma mãe” talvez devido a característica da estabilidade que garante aos servidores com transtorno por uso

de substâncias, com histórico de falhas recorrentes no trabalho e tentativas de reabilitação e reinserção frustradas, não são responsabilizados administrativamente, como refere o servidor S1.

“Eu estava lembrando dessa parada: parabéns, mãezona, por cuidar de mim”. (S1)

É inegável que a estabilidade possa favorecer a reabilitação, recuperação e reinserção do servidor com transtornos por uso de substâncias, entretanto, pode se tornar uma barreira para a responsabilização dos atores envolvidos, ou seja, dos gestores e servidores.

No contexto do estigma internalizado, a estabilidade pode dificultar a adesão do servidor aos cuidados com a saúde e reforçar a sua crença sobre o transtorno como justificativa para a manutenção do uso de substâncias como forma de alívio dos sintomas. O gestor contraditoriamente ao adotar atitudes discriminatórias que, culpabilizam o servidor pelo transtorno, se exime de sua responsabilidade no tocante à gestão desses fatores psicossociais dos quais se originam o adoecimento e sofrimento mental relacionados ao trabalho, entre eles os transtornos por uso de substâncias psicoativas.

Ou seja, o estigma pode servir como justificativa das atitudes operacionalizadas pelo gestor, enquanto que o estigma internalizado vivenciado pelo servidor, retroalimenta o estigma social por parte dos colegas e equipes de trabalho que criticam os servidores com o transtorno por se sentirem sobrecarregados no trabalho devido a improdutividade do servidor com o transtorno.

Essa situação vivenciada na Instituição pesquisada pode ser definida em termos de discriminação estrutural ou institucionalização do estigma e prejudica a promoção da reinserção ao trabalho, além de reforçar ambos os estigmas social e internalizado. Reconhecemos essa discriminação como o maior desafio do PART no que se refere a promoção da reabilitação e reinserção no trabalho.

Outras barreiras que prejudicam a reinserção social dos servidores com o transtorno, podem ser consideradas como características específicas da gestão

dentro de organizações públicas também foram identificadas na Universidade em análise:

- Mecanismos de remuneração desvinculados dos critérios de desempenho em relação aos critérios de promoção;
- Pouca preocupação da gestão para o desempenho no cumprimento das tarefas do dia a dia. Em algumas situações a gratificação é utilizada como forma improvisada de compensação à impossibilidade de aumento salarial.

Conforme destacadas pela a gestora G5, algumas dessas características influenciam o modo de se fazer gestão e dificultam o processo de reinserção do servidor com transtorno por uso de substâncias ao trabalho.

“A gente tem uma dificuldade imensa de trabalhar com esse funcionário porque temos as burocracias e as rejeições por parte dos gestores. ” (G5)

Um estudo interno realizado pela universidade verificou a inexistência de mecanismos de gestão quanto ao estabelecimento de planos de desenvolvimento dos gestores às necessidades e requisitos estratégicos de cada posto. Neste sentido, os critérios para escolha de gestores é um desafio para a instituição no tocante à capacidade de gestão nas situações que envolvem transtornos mentais, entre eles, o associado ao uso de substâncias. O relato da gestora G5 confirma essa dificuldade.

“Então acho que esse é o maior desafio dentro da universidade. Os gestores de um modo geral não são desenvolvidos para isso (...), mas quando entra docente na história, que vive num mundo específico dele... ele não aceita receber dentro do serviço um usuário de drogas. ” (G5)

A maioria dos gestores atendidos pelo PART reconhece a falta de critérios técnicos e experiência para lidar com as pessoas com transtorno por uso de

substâncias e as dificuldades para atribuir e cobrar as responsabilidades no desempenho das atividades dos servidores com o transtorno, colocando-os em situações de isolamento dentro dos ambientes de trabalho.

Neste sentido é melhor “esconder o problema para ninguém ver, se preocupar e ter o trabalho de lidar”. Justificavam essas atitudes através da crença de que os servidores com o transtorno são “pessoas muito sofridas e complicadas”, e que a atitude de os responsabilizar no ambiente de trabalho poderia piorar ainda mais sua situação e, ainda, contribuir para demissão por justa causa, processos judiciais e conflitos.

Dentro desse contexto, o PART desenvolveu algumas ações de enfrentamento do estigma internalizado relacionado ao uso de “drogas”, com destaque para:

- A formação de grupo de apoio que tem por objetivo ajudar o servidor com o transtorno a resgatar sua identidade profissional, autoestima, habilidades de enfrentamento social e autonomia;
- O incentivo a formação de grupo de ajuda mútua em parceria com a Sociedade dos Narcóticos Anônimos com o objetivo de ajudar o servidor com o transtorno a compartilhar experiências de recuperação entre os pares.

Em relação ao estigma social presente no âmbito das relações e estrutura de gestão da universidade o PART desenvolveu algumas ações de enfrentamento, tais como: Grupos de gestores, com ênfase para atitudes não discriminatórias, acompanhamento individual do servidor e do gestor durante o processo de reinserção ao trabalho e troca de experiências para minimizar o estigma social e internalizado com relação ao transtorno por uso de substâncias psicoativas. Essas ações contribuem positivamente na transformação da cultura e no processo de gestão da universidade ainda marcada pelo estigma do uso de drogas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil sócio demográfico dos 34 servidores com transtorno por uso de substâncias psicoativas e atendidos pelo PART demonstrou que em sua maioria os servidores há muito tempo vêm apresentando problemas no ambiente de trabalho associados ao uso de substâncias. A maior parte deles, apresentam importante histórico de absenteísmo, conflitos interpessoais, processos disciplinares e inúmeras transferências a vários órgãos dentro da universidade.

O estigma internalizado nos servidores foi evidenciado na pesquisa e colaborou como justificativa própria dos usuários para manutenção do uso de substâncias e se constituem como barreira para a reinserção do servidor ao trabalho. A aplicação dos estereótipos, dos preconceitos e da discriminação a si mesmo dificultam os esforços de reinserção. A internalização dos componentes do estigma causa reações emocionais negativas como medo, vergonha, desconfiança, baixo autoestima, e comportamentos e atitudes auto sabotadoras, que acabam por dificultar o engajamento do servidor no tratamento e na reinserção no trabalho; além de aumentar a vulnerabilidade para a continuidade do uso de substâncias psicoativas.

Estabelece-se uma relação dialética entre o estigma internalizado e estigma social por parte dos gestores e colegas de trabalho, à medida que o servidor passa a utilizar como forma de autodefesa as ausências, o descompromisso e acordos de trabalho. A internalização do estigma dificulta a aceitação do transtorno pelo servidor e a sua responsabilização pela recuperação ao tentar se beneficiar do seu estigma, caracterizando-o como em uma condição de “doença”.

Os achados da pesquisa demonstraram que o estigma público ou social reforça o estigma internalizado, e dificultaram o processo de reinserção dos servidores. Os gestores entrevistados manifestaram a percepção estereotipada, preconceituosa e adotaram atitudes discriminatórias que dificultaram o processo de reinserção ao trabalho dos servidores com transtorno por uso de substâncias.

Dessa forma podemos afirmar que a universidade contribuiu para manutenção do estigma e do transtorno por uso de substâncias dos servidores participantes da pesquisa. Os gestores da universidade através de sua gestão

contribuíram na manutenção da situação dos servidores com transtorno por uso de substâncias. As ações de (des) estigmatização poderiam favorecer o processo de reinserção dos servidores, assim como a melhora dos sintomas do transtorno mental por uso de substâncias psicoativas.

Desde 2012 vem ocorrendo na Instituição algumas mudanças na forma de percepção dos profissionais de recursos humanos e de gestores em relação ao transtorno por uso de substâncias. Atualmente é possível reconhecermos formas de enfrentamento do transtorno e do estigma promovidas por alguns gestores e profissionais de recursos humanos, tais como: não isolamento do servidor no ambiente de trabalho, retorno as atividades profissionais originais, capacitações entre outras. Estas atitudes têm se mostrado eficazes na minimização e superação do estigma social e do estigma internalizado.

O PART contribuiu para que as responsabilidades na gestão do uso de drogas e trabalho fossem partilhadas entre os servidores, gestores e profissionais de saúde, bem como apoiar as ações relacionadas ao enfrentamento do estigma social.

No que se refere ao estigma internalizado, as ações do PART são direcionadas para a formação de grupos de apoio e de mútuo-ajuda para a reconstrução de identidade, autoestima, resiliência e auto eficácia dos servidores com o transtorno.

A pesquisa pode demonstrar que o delineamento dessas estratégias de minimização do estigma dos servidores usuários de substâncias psicoativas dentro do ambiente de trabalho, através da criação do PART, vem facilitando o processo de tratamento e reinserção.

Além disso, sugere-se que a conscientização dos gestores, servidores e comunidade universitária acerca do estigma do uso de substâncias psicoativas, bem como sua causa, consequências e efeitos, pode promover novas formas de gestão capazes de propiciar o retorno dos servidores com transtorno por uso de substâncias, que atualmente são uma mão de obra subutilizada.

Além disso, o desenvolvimento de políticas voltadas a promoção, prevenção e reabilitação dos transtornos mentais por uso de substâncias, no

âmbito da universidade, podem contribuir para a melhoria das condições de trabalho e a saúde mental dos servidores da Universidade.

O estudo foi favorecido pelas características inerentes da instituição pública e pelas condições de autonomia e independência das ações do PART, cujo programa já tem atuado há quatro anos com a questão do estigma no processo de reinserção social, promovendo mudança na percepção e abordagem do estigma social e internalizado.

Como limitação do estudo podemos destacar a escolha da amostra de conveniência, o conteúdo das falas dos participantes pode não expressar integralmente todas as percepções relacionadas ao estigma internalizado dos 34 servidores com transtorno por uso de substâncias psicoativas, assim como dos respectivos gestores referente ao estigma social.

7. REFERÊNCIAS

1. II LEVANTAMENTO NACIONAL DE ÁLCOOL E DROGAS (LENAD). Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: **Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD)**, UNIFESP. 2012.
2. II LEVANTAMENTO DOMICILIAR SOBRE O USO DE DROGAS PSICOTRÓPICAS NO BRASIL: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005 / E. A. Carlini (supervisão) [et. al.], -- São Paulo: **CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP** - Universidade Federal de São Paulo, 2006.
3. AHERN J., STUBER J., GALEA S. Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. **Drug Alcohol Depend.** 2007; 88: 188–96.
4. ALBRECHT G. L., WALKER V. G., LEVY J. A. Social distance from the stigmatized. A test of two theories. **Soc. Sci. Med.** 1982; 16: 1319–27. .
5. ANGERMEYER, M.C; MATSCHINGER, H; CARTA, M.G; SCHOMERUS, G. Changes in the perception of mental illness stigma in Germany over the last two decades. **Eur. Psychiatry.** 2014; 29:390–5.
6. BASTOS, I. B; BERTONI N. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.
7. BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011; 229 p.
8. BOTTEGA, C. G; MERLO, A. C. Clínica do trabalho no SUS: possibilidade de escuta aos trabalhadores. **Psicologia & Sociedade**, **29**. Porto Alegre, Brasil, 2017. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i156376>.
9. BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**; IME USP; Orgs: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempliuk e Lúcia Pereira Barroso. – Brasília: SENAD, 2009. 364 p.
10. BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar**. Secretaria Nacional Antidrogas: Serviço Social da Indústria, Brasília, DF, 2008.

11. BRITES, C. O estigma do uso de drogas. **Série assistente social no combate ao Preconceito**. CFESS - Conselho Federal de Serviço Social. Caderno 2, Brasília (DF), 2016.
12. BURRIS, S. Stigma, ethics, and policy: A commentary on Bayer's "Stigma and the ethics of public health: Not can we should we". **Social Science & Medicine**. 2008; 67(3): 473–476.
13. CARDOSO, R. M. M. Só por hoje: um estudo sobre Narcóticos Anônimos, estigma social e sociedade contemporânea. **Dissertação de Mestrado. Universidade Federal Fluminense. Departamento de História**. 2006.
14. CARSTAIRS C. Innocent addicts, dope fiend and nefarious traffickers: Illegal drug use in 1920s English Canada. **Journal of Canadian Studies**. 1998; 33(3): 145 – 163.
15. COLARES, V; FRANCA, C; Gonzales, E. Condutas de saúde entre universitários: diferenças entre gêneros. **Cad. Saúde Pública**. 2009, 25 (3): 521 - 528.
16. CORRIGAN P. W; PENN DL. Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. **Am Psychol**, 1999; 54: 765 - 76.
17. CORRIGAN P. W. Mental health stigma as social attribution: implications for research methods and attitude change. **Clin Psychol Sci Pract**, 2000; 7: 48 – 67.
18. CORRIGAN P. W; MARKOWITZ F; WATSON A; ROWAN D; KUBIAK M. An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. **J Health Soc Behav**, 2003; 44: 162 – 79.
19. CORRIGAN, P. W. How stigma interferes with mental healthcare. **American Psychologist**, 2004; 59(7), 614 - 625.
20. CORRIGAN, P. W., & KLEINLEIN, P. The Impact of Mental Illness Stigma. In P. W. Corrigan (Ed.), On the stigma of mental illness: Practical strategies for research and social change (p. 11-44). **American Psychological Association**; 2005.
21. CORRIGAN P. W. How clinical diagnosis might exacerbate the stigma of mental illness. **Soc. Work**; 2007; 52 (1): 31 - 9.
22. CORRIGAN, P. W., & WASSEL, A. Understanding and influencing the stigma of mental illness. **Journal of Psycho social Nursing and Mental Health Services**, 2008; 46 (1), 42 - 48.

23. CORRIGAN P. W; KUWABARA S. A., O'SHAUGHNESSY J. The public stigma of mental illness and drug addiction: findings from a stratified random sample. **J. Soc. Work**; 2009; 9: 139 – 47.
24. CORRIGAN P. W; WATSON A. C. The paradox of self-stigma and mental illness. **Clin. Psychol. Sci. Pract**; 2002; 9: 35 – 53.
25. CUNNINGHAM J. A., SOBELL L. C., FREEDMAN J. L., SOBELL M. B. Beliefs about the causes of substance abuse: a comparison of three drugs. **J. Subst. Abuse**, 1994; 6: 219 – 26.
26. DREW, N; FUNK, M; TANG, S. et al. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. **Lancet**. 2011; 378:1664 – 18.
27. DUARTE, C. E; MORIHISA, R. S. Experimentação, uso, abuso e dependência: In BRASIL. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar**. Brasília, DF, Secretaria Nacional Antidrogas: Serviço Social da Indústria, 2008.
28. DUARTE, P. C. V. A. Álcool e redução de danos no trabalho: In BRASIL. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar**. Brasília, DF, Secretaria Nacional Antidrogas: Serviço Social da Indústria, 2008. p. 97 -107.
29. ESCOHOTADO, A. Las drogas: de los Orígenes a La prohibición. Madrid: Alianza Editorial, 1994.
30. ERIKSON K. T. Notes on the sociology of deviance. **Soc. Probl**. 1962; 9: 307 – 14.
31. FAUPEL C. E; HOROWITZ A. M. & WEAVER GS. Theoretical explanations for drug use and addiction. In: Faupel C. E, Horowitz A. M. & Weaver G. S. **The Sociology of American drug use**. Boston: 2004. pp 107 - 34.
32. FEKADU, A; THORNICROFT, G. Global mental health: perspectives from Ethiopia. **Glob Health Action**. 2014; 7: 25447.
33. FIGLIE, N.B; BORDIN, S; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em Dependência Química**. São Paulo: Roca, 2004.
34. GALDURÓZ, J. C. F; FERRI, C. P. In Brasil. **Deteção do uso e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas: módulo 3**. – 11. ed. – Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2017. 70 p.

35. GODIN, I; KITTEL, F; COPPIETERS, Y; SIEGRIST, J. A prospective study of cumulative job stress in relation to mental health. **BMC Public Health**, 2005; p. 67 - 78.
36. GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.
37. HAMILTON, C; CARMICHAEL, S. Black Power. New York: Random House. 1967.
38. KLEINMAN, A. WANG W. Z; LI, S. C; CHENG, X. M; DAI X. Y; LI K.T; KLEINMAN J. The social course of epilepsy: chronic illness as social experience in China. 1995. **Soc. Sci. Med.** 40: 1319 – 30.
39. LAVRAS, C. C. C; LINARELLI, C. P; RIBEIRO, F; COMPARINI, M. J. **Projeto: Apoio ao Conselho Municipal sobre Álcool e outras Drogas de Piracicaba SP**. Relatório Final. Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas – NEPP. Programa de Estudos em Sistemas de Saúde – PESS. 2015.
40. LIEN, Y.J; KAO, Y.C; LIU, Y.P et al. Relationships of perceived public stigma of mental illness and psychosis-like experiences in a non-clinical population sample. **Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.**, 2015; 50: 289 – 98.
41. LINK, B.G; PHELAN, J.C. Conceptualizing stigma. **Annu. Rev. Social.** 2001; 27: 363 – 385.
42. LIVINGSTON J. D., BOYD J. E. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. **Soc. Sci. Med.**, 2010; 71: 2150 – 61.
43. LIVINGSTON, J. D; MILNE, T; FANG, M. L; AMARI, E. The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. **Addiction**. 2012; 107(1): 39 - 50.
44. MAULIK, P.K; EATON, W.W; BRADSHAW, C.P. The effect of social networks and social support on mental health services use, following a life event, among the Baltimore epidemiologic catchment area cohort. **J Behav Health Serv Res**. 2011; 38 (1): 29 – 50.
45. MELO, Z. M. Los estigmas: el deterioro de la identidad social. Symposium (Recife), RECIFE/ PE, v. 1/ano 3, p. 45 - 59, 1999.

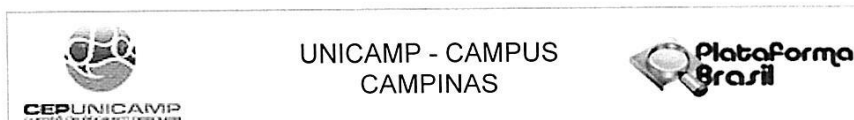
46. MILLER & HESTER. Treatment for alcohol problems –toward informed eclecticism. In Reid k. Hester, William R. Miller (Eds.). **Handbook of alcoholism treatment approaches: effective alternatives**. Second ed. Allyn& Bacon, 1995.
47. NICASTRE, S. Drogas Classificação e efeitos no organismo. In BRASIL. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar**. Secretaria Nacional Antidrogas: Serviço Social da Indústria, Brasília, DF, 2008.
48. ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **International Labour Office Guiding: principles adopted by the ILO Inter-regional Tripartite Experts Meeting on Drug and Alcohol Testing in the Workplace**. Geneve, 1993.
49. ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Problemas ligados ao álcool e a drogas no local de trabalho: a evolução para a prevenção. International Labour Office. Genebra. 2003.
50. ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT MENTAL. **Health, disability and work**. Paris: OECD; 2010.
51. PAUL, K.I; MOSER, K. Unemployment impairs mental health: meta-analyses. **J. VocatBehav**. 2009; 74: 264 – 282.
52. RADCLIFFE P., STEVENS A. Are drug treatment services only for ‘thieving junkie scumbags’? Drug users and the management of stigma tised identities. **Soc. Sci. Med**. 2008; 67: 1065 – 73.
53. RONZANI, T. M; NOTO, A. N; SILVEIRA, P. S. **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores**. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2015.
54. ROOM R. Stigma, social inequality and alcohol and drug use. **Drug Alcohol Rev**, 2005; 24: 143 – 55.
55. RUGKASA J, STEWART-KNOX B, SITTLINGTON J, ABAUNZA PS, TREACY MP. Hard boys, attractive girls: expressions of gender in young people's conversation son smoking in Northern Ireland. **Health PromotInt** 2003; 18: 307 - 14.
56. RUSCH, N; ABBRUZZESE, E; HAGEDORN, E. Efficacy of coming out proud to reduce stigma's impact among people with mental illness: A pilot randomized controlled trial. **Br J Psychiatry**. 2014; 204: 391 – 7.

57. RUSCH, N; ANGERMEYER M. C; CORRIGAN P. W. Mental illness stigma: Concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. **European Psychiatry**. 2005; 20 (8): 529 - 539.
58. SANDERS, J. Women in narcotics anonymous: Overcoming stigma and shame. Palgrave Mac Millian; 2014.
59. SATEL S. In praise of stigma. In: Henningfield J. E., Santora P. B., Bickel W. K., editors. **Addiction Treatment: Science and Policy for the Twenty-First Century**. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press; 2007, p. 147–51.
60. SCHOMERUS G., LUCHT M., HOLZINGER A., MATSCHINGER H., CARTA M. G., ANGERMEYER M. C. The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: a review of population studies. **Alcohol Alcohol** 2011; 46: 105 – 12.
61. SCHNEIDER, J. W. Disability as moral experience: epilepsy and self in routine relationships. **J. Soc. Issues**, 1988; 44:63 – 78.
62. SCHIKMANN, R. Gestão Estratégica de Pessoas: bases para a concepção do Curso de Especialização em Gestão de Pessoas no Serviço Público. In: Gestão de pessoas: bases teóricas e experiências no setor público/organizado por Marizaura Reis de Souza Camões, Maria Júlia Pantoja e Sandro TrescastroBergue. – Brasília: **ENAP**, 2010.
63. SILVA, A.V. Consumo de álcool em docentes. [Dissertação de Mestrado em Saúde Escolar, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa]. 2001.
64. SILVA, O. A; DUARTE, C. A. V. In BRASIL. **Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no ambiente de trabalho: conhecer para ajudar**. Brasília, DF, Secretaria Nacional Antidrogas: Serviço Social da Indústria, 2008. p. 109 - 18.
65. SILVA-JUNIOR J.S; FISCHER F.D. Afastamento do trabalho por transtornos mentais e estressores psicossociais ocupacionais. **Rev. Bras. Epidemiol.** 18(4): 735 - 744, 2015.
66. SONTAG, S. **A doença como metáfora**. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
67. STAFFORD, M. C; SCOTT, R. R. **Stigma deviance and social control: some conceptual issues**. In The Dilemma of Difference, ed. SC Ainlay, G Becker, LM Coleman. New York: Plenum. 1986.
68. STANSFELD, S.A; CANDY, B. Psychosocial work environment and mental health-a meta-analytic review. **Scand J Work Environ Health**, v.32, n.6, Dec, p.443 - 62. 2006.

69. STANSFELD SA, FUHRER R, SHIPLEY MJ, MARMOT MG. Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study. **Occup Environ Med**, v.56, n.5, May, p. 302 - 7. 1999.
70. THETFORD, H. C. Reconceiving the spoiled female identity: Child- bearing and motherhood among women with Hepatitis C. Ph.D. thesis. Canberra: Australian National University; 2004.
71. THEORELL T. How to deal with stress in organizations? A health perspective on theory and practice. **Scand J Work Environ Health**, v. 25, n. 6, Dec, p. 616 - 24. 1999.
72. UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME – UNODC ANNUAL REPORT covering activities during; Vienna, 2017.

8. ANEXOS

8.1. Parecer consubstanciado CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Estigma no processo de reinserção do servidor usuário de substâncias psicoativas no ambiente de trabalho de uma universidade pública

Pesquisador: FIDELIS RANALI NETO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 80592317.2.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

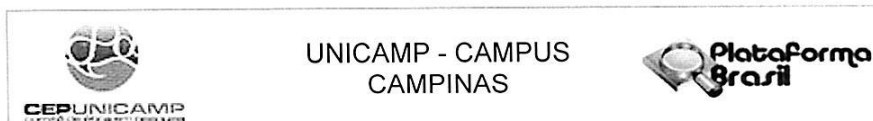
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.475.230

Apresentação do Projeto:

O abuso e a dependência de substâncias psicoativas vêm se tornando cada vez mais um paradigma para toda a sociedade. O impacto social e econômico para a saúde decorrente desse transtorno é grande⁴. Nos últimos anos assistimos aos crescentes problemas envolvendo o consumo de substâncias psicoativas. Das manchetes dos jornais às capas de revistas, do horário nobre de televisão, dos espaços acadêmicos aos sites de relacionamento, nenhum espaço ficou livre a corrupção, violência doméstica, mortes no trânsito, narcotráfico, roubos, assassinatos, falta de serviços especializados de saúde e assistência social e tantas outras questões associadas ao uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas⁴. O contexto de trabalho também tem sido relacionado, na atualidade, a sofrimento psíquico, processos de adoecimento e uso de substâncias psicoativas⁷. Droga, segundo a definição da Organização Mundial da Saúde, é qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento¹. Uma droga não é por si só boa ou má. Existem substâncias que são usadas com a finalidade de produzir efeitos terapêuticos, e são consideradas medicamentos. Mas também existem substâncias que prejudicam a saúde, os venenos ou tóxicos. É interessante que a mesma substância pode funcionar como medicamento em algumas situações e como tóxico em outras. Importante ressaltar que nem todas as substâncias psicoativas têm a capacidade de provocar dependência²⁵. A lista de substâncias que podem provocar dependência, segundo a Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão

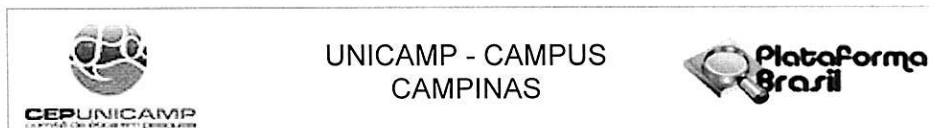
Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.475.230

(CID-10), inclui: álcool; opióides (morfina, heroína, codeína, diversas substâncias sintéticas); canabinóides (maconha); sedativos ou hipnóticos (barbitúricos, benzodiazepínicos); cocaína; outros estimulantes (como anfetaminas e substâncias relacionadas à cafeína); alucinógenos; tabaco; solventes voláteis²⁵. As drogas são classificadas do ponto de vista legal e a partir das suas ações sobre o Sistema Nervoso Central (SNC), conforme as modificações observáveis na atividade mental ou no comportamento da pessoa que utiliza a substância²⁵. Drogas lícitas são aquelas comercializadas de forma legal, podendo ou não estar submetidas a algum tipo de restrição. Como, por exemplo, álcool (venda proibida a menores de 18 anos) e alguns medicamentos que só podem ser adquiridos por meio de prescrição médica especial. Drogas ilícitas são as proibidas por lei²⁵. Importante notar que essa classificação do ponto de vista legal varia entre países e culturas. Do ponto de vista de efeitos no SNC as drogas são classificadas em depressoras da atividade mental, drogas estimulantes da atividade mental, drogas perturbadoras da atividade mental²⁵. Segundo Ronzani³ é importante frisar que a relação dos sujeitos com cada substância psicoativa varia em função do contexto social e de seu padrão de uso, podendo apresentar baixos riscos ou padrões de consumo altamente disfuncionais, acarretando prejuízos biológicos, psicológicos e sociais. O abuso e a dependência de drogas podem acarretar uma série de transtornos para a vida, incluindo problemas de saúde física e psicológica, prejuízos nas relações sociais e familiares, além de problemas legais e com a justiça³. Refere a autora³ que diante desse contexto, é importante avaliar o uso de drogas e os usuários em uma relação complexa na qual a dimensão humana precisa ser considerada. É a maneira como a pessoa se relaciona com a droga que deve ser avaliada e não a droga em si. Muitos usuários perdem as oportunidades de recuperar-se, tanto do ponto de vista físico, quando psicossocial, por serem vítimas de preconceito e estigmatização nos serviços de saúde e outros ambientes sociais, entre eles o trabalho. Para minimizar essa situação, é preciso haver uma mudança de visão e postura por parte dos envolvidos. Segundo Ronzini³ o estigma pode ser dividido em estigma social ou público e estigma internalizado, que seria uma consequência do primeiro. O estigma social ou público é uma construção social que representa uma marca a qual atribui ao seu portador uma identidade deteriorada ou um status desvalorizado em relação aos outros membros da sociedade. Ocorre na medida em que os indivíduos são identificados a partir de uma característica indesejável que possuem e, a partir disso, são discriminados e desvalorizados pela sociedade³, por exemplo ser usuário de drogas. O estigma internalizado ocorre à medida que o usuário se torna consciente das visões negativas que as outras pessoas da sociedade têm sobre o uso de drogas, e passam a concordar com essa visão negativa da sociedade, aplicando os estereótipos negativos a si próprios³. Partindo dessa

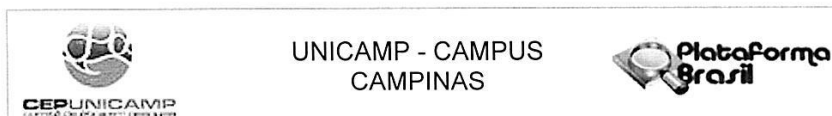
Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.475.230

conceituação podemos afirmar que a própria situação de transtornos associados ao uso de substâncias psicoativas, vivenciada pelos sujeitos usuários já é por si uma condição de sofrimento mental e vulnerabilização, se somarmos a essa condição outros impactos de ordem individual e social, causados por um ambiente social que estigmatiza o uso de substâncias, tratando os usuários como "fracos, imorais, incapazes ou criminosos" o agravamento dos problemas (biopsicossociais) relacionados a esse uso pode ser significativo. Tal situação pode ser minimizada com a adoção de ações de redução do estigma sobre o uso de substâncias psicoativas. Essas primeiras reflexões nos levam a seguinte indagação: por que a sociedade contemporânea estigmatiza o uso de drogas (substâncias psicoativas)? Qual a origem desse fenômeno? Como lidar com essa questão que gera contradições e dificulta sobremaneira os esforços de alguns setores da sociedade em lidar com os inúmeros problemas associados ao uso de substâncias psicoativas? Segundo Goffman¹⁴ um sociólogo que estudou minuciosamente o fenômeno, a ideia de estigma surge na Grécia antiga. Essa civilização criou o termo para descrever os sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre a condição moral de quem os apresentava. Eram feitos sinais com cortes ou fogo no corpo para avisar que o portador era um escravo, um criminoso ou traidor uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que devia ser excluída; especialmente em lugares públicos. Segundo o autor¹⁴, que estudou o estigma em 1963, o termo ainda é amplamente usado nos dias atuais de maneira um tanto semelhante ao sentido literal original, porém é mais aplicado à própria desgraça do que à sua evidência corporal¹⁴. Essa origem é de extrema importância para o entendimento do significado e uso do termo, assim como suas motivações e dinâmica de funcionamento dentro das relações interpessoais no contexto do presente estudo. Assim pretendemos abordar o estigma através da perspectiva que define o uso de (drogas) substâncias psicoativas, como uma prática social, profundamente alterada pela lógica econômica e ideológica da sociedade capitalista contemporânea². Para entendimento do uso de substâncias psicoativas e seus efeitos, precisamos realizar uma compreensão crítica, dada a complexidade e a multiplicidade de determinações históricas que alteram seus padrões e significados². É preciso apreender o caráter histórico dessa prática, para desconstruirmos explicações mistificadoras e estigmatizantes, reproduzidas pelas visões do senso comum². É a partir dessa análise macro que o presente estudo propõe abordar o estigma do uso de drogas (substâncias psicoativas) na reinserção do servidor usuário de substâncias psicoativas atendidos pelo PART no trabalho. Importante frisar que o estudo do estigma do uso de drogas se dará no contexto de trabalho que produz identidade social e subjetivação, no qual o indivíduo transforma a si próprio, não sendo mais o mesmo depois de tê-lo empreendido. O trabalho pode tanto ser

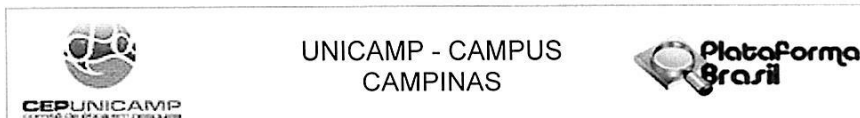
Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.475.230

favorável a construção do sujeito quanto ser dessubjetivante ou ainda alienante, podendo construir saúde ou destruí-la²². É dentro desse contexto que o estigma do uso de drogas será analisado. METODOLOGIA PROPOSTA: Estudo avaliativo, de natureza qualitativa, que utilizará como referencial teórico metodológico o conceito de estigma de Erving Goffman e outros autores e Análise de Narrativa em profundidade. O critério para suspender ou encerrar a pesquisa é a recusa em assinar o TCLE. Participarão da pesquisa indivíduos com idade entre 35 a 55 anos, todos servidores da Universidade Estadual de Campinas, atendidos pelo PART. Será descrito e analisado o perfil sócio demográfico dos vinte e três servidores com problemas por uso de substâncias psicoativas, atendidos pelo PART no período de 2014 a 2017, através dos prontuários do programa, discriminados segundo: sexo, idade, estado civil, cargo na Unicamp, tempo de trabalho na Unicamp, natureza do encaminhamento ao PART. Serão escolhidos três servidores e seus respectivos supervisores, total de seis sujeitos a serem entrevistados, cujo critério de escolha será o da representatividade quanto às características sócio demográficas dos sujeitos com problemas por uso de substâncias psicoativas atendidas no PART (amostra por conveniência). Após a escolha da amostra o pesquisador fará contato com os sujeitos selecionados através de telefone para agendamento de uma primeira conversa, que ocorrerá em local de escolha da pessoa a ser entrevistada. Nessa conversa o pesquisador fará uma explanação da pesquisa e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Se nessa conversa a pessoa aceitar participar da pesquisa será agendada a entrevista. Caso a pessoa não aceite participar será feito contato com outra pessoa a partir de nova amostra de conveniência. Serão feitas entrevistas individuais semi estruturadas com três servidores com problemas por uso de substâncias psicoativas atendidos pelo PART, usaremos roteiro de perguntas abertas disparadoras, relacionadas com o estigma internalizado. Serão entrevistados os respectivos supervisores dos três servidores escolhidos na amostra por conveniência, usaremos roteiro de perguntas abertas disparadoras, relacionadas com o estigma social, as entrevistas também serão individuais e semi estruturadas. Para a análise das entrevistas será utilizado o método de Análise de narrativa em profundidade. As entrevistas ocorrerão em espaços protegidos escolhidos em comum acordo entre pesquisador e sujeitos da pesquisa. CRITÉRIO DE INCLUSÃO: Ser servidor da Unicamp, ter sido atendido pelo PART por problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Ter assinado o TCLE. CRITÉRIO DE EXCLUSÃO: Não ser servidor da Unicamp, não ter sido atendido pelo PART por problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Ter se recusado a assinar o TCLE. METODOLOGIA PARA ANÁLISE DOS DADOS: Para análise das entrevistas será utilizado o método de Análise de Narrativa em profundidade. Serão identificados e categorizados os principais aspectos destacados

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.475.230

RESPOSTA: Alterado.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

3. Sigilo e privacidade do TCLE: a) Inserir as alternativas para o participante assinalar se autoriza ou não o acesso do pesquisador ao prontuário, conforme item 5 desse parecer; b) Esclarecer de forma objetiva e clara como o participante terá acesso as informações transcritas da sua entrevista, o pesquisador irá entrar em contato com ele? Como será esse processo; c) Descrever que o armazenamento das informações da pesquisa ocorrerá por cinco anos e explicar como será feito o descarte.

RESPOSTA: Alterações realizadas

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

4. Ressarcimento e indenização: Há necessidade de acrescentar que o pesquisador irá se deslocar até o PART para a realização da entrevista. O TCLE não faz menção ao item "Indenização", conforme solicitado acima.

RESPOSTA: Alterações realizadas.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA.

5. Deve ser inserido a numeração das páginas do TCLE, de forma a indicar, também, o número total de páginas como, por exemplo: 1 de 2.

RESPOSTA: Alterações realizadas.

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

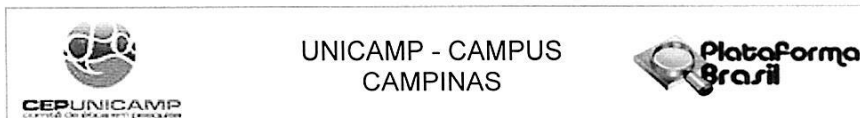
Considerações Finais a critério do CEP:

- O participante da pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).

- O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.475.230

Saúde do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp do aluno Fidelis Ranali Neto, cujo orientador é o Prof. Sérgio Roberto de Lucca.

A partir da análise do perfil sócio demográfico do prontuário dos servidores da Unicamp que participaram do Programa de Acolhimento e Reinserção no Trabalho (PART), no período de 2014 a 2017, será feita uma seleção de três deles. Estes servidores serão convidados a participarem da pesquisa, bem como seus respectivos supervisores.

Será realizado um estudo qualitativo que utilizará a técnica de entrevistas semiestruturadas.

Orçamento: R\$ 100,00

Número de participantes: 6

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória: a) Folha de rosto devidamente assinada; b) Projeto de pesquisa; c) Informações básicas de pesquisa; d) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); e) Comprovante de vínculo com a universidade; f) Dois roteiros das entrevistas que serão realizadas; g) Autorização para coleta de dados.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto de pesquisa aprovado.

1. No item "Aspectos éticos", do projeto de pesquisa, escrever quem serão as pessoas que terão acesso aos dados da pesquisa, como será feito seu armazenamento e descarte.

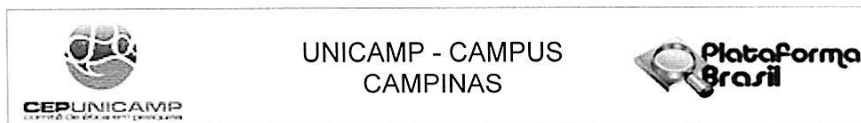
RESPOSTA: ALTERADO

ANÁLISE: PENDÊNCIA ATENDIDA

2. No TCLE deve-se inserir as seguintes alternativas para que os participantes possam assinar se autorizam ou não que os pesquisadores acessem seus prontuários médicos como no exemplo a seguir:

- () AUTORIZO o pesquisador acessar meu prontuário médico
() NÃO AUTORIZO o pesquisador acessar meu prontuário médico

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
UF: SP Município: CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.475.230

realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

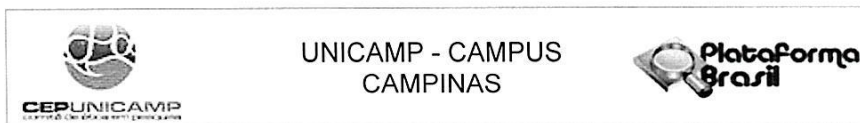
- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

- O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1028615.pdf	18/01/2018 14:39:27		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	MestradoProfissional2.pdf	18/01/2018 14:37:55	FIDELIS RANALI NETO	Aceito

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.475.230

realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

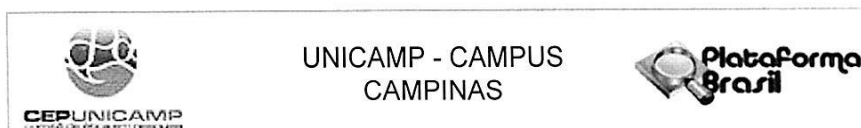
- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, "cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento".

- O pesquisador deve manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1028615.pdf	18/01/2018 14:39:27		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	MestradoProfissional2.pdf	18/01/2018 14:37:55	FIDELIS RANALI NETO	Aceito

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
 Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
 UF: SP Município: CAMPINAS
 Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br



Continuação do Parecer: 2.475.230

Investigador	MestradoProfissional2.pdf	18/01/2018 14:37:55	FIDELIS RANALI NETO	Aceito
Outros	Carta2.pdf	18/01/2018 14:37:22	FIDELIS RANALI NETO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	18/01/2018 14:36:30	FIDELIS RANALI NETO	Aceito
Outros	Roteiro servidor.pdf	08/01/2018 16:28:18	FIDELIS RANALI NETO	Aceito
Outros	Roteiro gestor.pdf	08/01/2018 16:27:37	FIDELIS RANALI NETO	Aceito
Outros	carteira estudantil.pdf	13/11/2017 15:47:10	FIDELIS RANALI NETO	Aceito
Outros	autorizacao coletados.pdf	10/11/2017 14:42:26	FIDELIS RANALI NETO	Aceito
Folha de Rosto	Folharosto.pdf	10/11/2017 14:36:36	FIDELIS RANALI NETO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 26 de Janeiro de 2018

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo CEP: 13.083-887
UF: SP Município: CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 Fax: (19)3521-7187 E-mail: cep@fcm.unicamp.br

8.2. Termo de Consentimento Livre Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O Estigma no processo de reinserção do servidor usuário de substâncias psicoativas no ambiente de trabalho de uma universidade pública.

Número da aprovação do Parecer do comitê de ética:

Responsáveis: Fidelis Ranali Neto e Sérgio Roberto de Lucca.

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas.

Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar.

Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

A participação na pesquisa é voluntária, ninguém será obrigado a responder e se participar receberá apenas o agradecimento da equipe. Ninguém será pago nem ganhará recompensa ou vantagem de qualquer natureza.

Justificativa e objetivos: o objetivo desse estudo é avaliar o estigma no processo de reinserção no trabalho dos servidores Unicamp e usuários de substâncias psicoativas atendidos pelo Programa de Acolhimento e Reinserção no Trabalho (PART). Este estudo se justifica, pela situação de sofrimento mental e vulnerabilização associados ao uso de substâncias psicoativas vivenciada por alguns servidores da Unicamp em um ambiente de trabalho que pode estigmatizá-los, situação esta que pode dificultar a reinserção e agravar a situação de saúde e dependência.

Procedimentos: Você está sendo convidado a participar de uma entrevista individual, em uma sala reservada de atendimento utilizada pelo PART, na qual irá contar sua experiência dentro da Unicamp e o uso de substâncias psicoativas. Pretendemos entender os preconceitos (denominado de estigma) que você vivenciou no trabalho, a partir do uso de drogas na sua vida, tanto do ponto de vista social como individual. O tempo previsto para a entrevista será de 2 horas. Por fim, ressalta-se que a participação nas entrevistas é de livre e espontânea vontade dos participantes, que serão agendadas com antecedência.

Desconfortos e riscos: Para diminuir um possível desconforto o local da entrevista é reservado e confortável. Você poderá se sentir desconfortável em relatar a sua experiência sobre os problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas dentro e fora do contexto de trabalho. Se durante a entrevista você sentir algum desconforto a entrevista será interrompida e retomada em outro momento. A pesquisa não envolve nenhum risco previsível.

Benefícios: Você não terá nenhum benefício direto em participar dessa pesquisa, entretanto, a sua participação poderá contribuir para o conhecimento dos principais preconceitos do uso de drogas e desenvolver políticas de prevenção para servidores usuários de substâncias psicoativas, gestores e demais servidores no âmbito da Universidade, e contribuir para a melhoria das condições de trabalho e a saúde mental dos servidores da Unicamp.

Rubrica do pesquisador:

Rubrica do participante:

Sigilo e privacidade: Você pode autorizar ou não o acesso do pesquisador aos dados do seu prontuário de atendimento do PART, bem como aceitar ou não participar deste estudo. Se você aceitar participar das entrevistas individuais conduzidas pelo pesquisador principal deste estudo, este documento vai garantir:

() AUTORIZO o pesquisador acessar meu prontuário médico.

() NÃO AUTORIZO o pesquisador acessar meu prontuário médico.

1) Que você possa pedir, a qualquer momento, maiores informações sobre esta pesquisa;

2) Sigilo absoluto sobre seu nome, apelido, data de nascimento, local de trabalho, ou qualquer outra informação que possa levar à sua identificação pessoal;

3) Que você possa negar-se a responder qualquer questão ou mesmo dar qualquer informação que julgue prejudicial à você.

4) Após transcrição da entrevista o pesquisador entrará em contato com você para agendar nova entrevista na sala do PART para que você possa ler o conteúdo da transcrição da entrevista, e se necessário pedir que determinadas falas e/ou declarações não sejam incluídas em nenhum documento oficial, o que será prontamente atendido pelo pesquisador.

5) Que você possa desistir, a qualquer momento, de participar da pesquisa. Caso você não queira participar deste estudo isso não acarretará nenhum prejuízo no seu trabalho.

6) Somente os pesquisadores e os profissionais do PART terão acesso ao conteúdo da entrevista, que ficará sob a guarda, sigilo e confidencialidade do pesquisador. As informações da pesquisa ficarão armazenadas por cinco anos em arquivo de computador do pesquisador sendo este arquivo destruído após finalização desse período.

Ressarcimento e Indenização: As entrevistas serão realizadas no horário de trabalho do participante da pesquisa. O pesquisador irá se deslocar até a sala do PART para a realização da entrevista. Não haverá ressarcimento de despesas (por exemplo, transporte, alimentação, diárias etc.), entretanto, você terá a garantia ao direito a indenização em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, por parte do pesquisador e instituições envolvidas.

Contato: Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com os pesquisadores: Fidelis Ranali Neto. Divisão de Saúde Ocupacional da Unicamp. Rua Seis de Agosto nº 50, Cidade Universitária - Campinas/SP - CEP 13083-872. Fone (19) 3521-4679, email frneto@unicamp.br. Horário para contato: de segunda a quarta-feira das 8:30 as 17:30 horas.

Sergio Roberto de Lucca. Área de Saúde do Trabalhador do depto. De Saúde Coletiva da FCM – Unicamp. Rua Vital Brazil, nº 100, email: slucca@fcm.unicamp.br. Fone (19) 35218018.

A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. O papel do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br, em horário comercial.

Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____

Consentimento livre e esclarecido: Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que está possa acarretar, aceito participar e declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas:

Nome do (a) participante: _____

Contato telefônico: _____

e-mail (opcional): _____

Data: ____/____/____.

Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu RESPONSÁVEL LEGAL

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado.

Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Data: ____/____/____.

(Assinatura do pesquisador)


Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____

8.3. Autorização para acesso aos prontuários



Autorização para Coleta de Dados

Como responsável pela Diretoria Geral de Recursos Humanos - DGRH da Unicamp, autorizo a coleta de dados dos servidores atendidos pelo Programa de Acolhimento e Reinserção no Trabalho-PART do projeto de pesquisa intitulado “O Estigma no processo de reinserção do servidor usuário de substâncias psicoativas no ambiente de trabalho de uma universidade pública”, de responsabilidade do pesquisador Fidelis Ranali Neto após a aprovação do referido projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa - Unicamp.


Assinatura e carimbo

Data: 08/11/2017

GILMAR DIAS DA SILVA
Coordenador da Diretoria Geral de
Recursos Humanos da Unicamp
Matrícula 21173-7