

Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde

Daniela Ribeiro Schneider
Dálberti Sciamana de Lima

*Universidade Federal de Santa Catarina
Florianópolis, SC, Brasil*

RESUMO

A situação da dependência de substâncias psicoativas tem se caracterizado como um grave problema no âmbito da saúde pública brasileira e mundial, requisitando das ciências e dos serviços de atenção estudos e ações sustentadas em conhecimento especializado, que dêem conta da complexidade da situação. No cenário atual da saúde existem diversos modelos de análise à dependência, sustentados em diferentes perspectivas epistemológicas, teórico e metodológicas, formando uma miscelânea de propostas. O presente artigo, baseado em pesquisa qualitativa realizada em um município de médio porte de Santa Catarina, objetiva descrever as implicações dos atuais modelos de análise e atenção da dependência de álcool e outras drogas nos serviços de saúde básica. Verificou-se que as concepções sobre a drogadição ainda estão sustentadas em modelos de análise dicotômicos e deterministas, em contradição com os princípios do SUS. Constatou-se também a falta da capacitação das equipes de Estratégia da Saúde da Família para lidarem com a problemática da dependência de álcool e outras drogas.

Palavras-chave: atenção básica; profissionais de saúde; racionalidades; drogadição, dependência de álcool e outras drogas.

ABSTRACT

Implications of models of care for alcohol dependence and other drugs in primary health

The situation of psychoactive substances has been characterized as a serious problem in Brazil's public health and global requesting of the sciences and healthcare services researches and sustained actions on specialized knowledge, that reveal the complexity of the situation. In the current scenario there are several health care models dependence, supported in different epistemological, theoretical and methodological, forming a patchwork of proposals. However, research has shown the low effectiveness of different treatment models. This article, based on qualitative research conducted in a medium-sized city of Santa Catarina, aims to describe the implications of current patterns of dependence analysis of alcohol and other drugs in primary health care. It was found that the concepts of dependency are still held on analysis dichotomous and deterministic, in contradiction with the principles of SUS and contacted the lack of training of staff to deal with the problem of alcohol dependence and other drugs.

Keywords: primary care, health professionals, rationales, drug addiction, dependence on alcohol and other drugs.

RESUMEN

Implicaciones para los modelos de atención a la dependencia de alcohol y otras drogas en la salud primaria

La situación de las sustancias psicoactivas se ha caracterizado como un problema grave en la salud pública brasileña y mundial ordenamiento de las ciencias y la investigación de servicios de salud y acciones sostenidas en el conocimiento especializado, que tengan en cuenta la complejidad de la situación. En el escenario actual de la salud hay varios modelos de análisis a la dependencia, sostenido en diferentes epistemológicos, teóricos y metodológicos, formando un mosaico de propuestas. Este artículo, basado en una investigación cualitativa desarrollada en un municipio de tamaño mediano de Santa Catarina, tiene como objetivo describir las implicaciones de los modelos actuales de análisis y la atención en la dependencia de alcohol y otras drogas en los servicios básicos de salud. Se encontró que los puntos de vista sobre la adicción a las drogas sigue siendo celebrada el análisis dicotómicos y determinista, en contradicción con los principios de la NHS. También fue una falta de formación de los equipos de la Estrategia de Salud de la Familia para hacer frente al problema de la adicción al alcohol y otras drogas.

Palabras clave: atención primaria, profesionales de la salud, la lógica, la drogadicción, la dependencia del alcohol y otras drogas.

INTRODUÇÃO

Este artigo discute alguns dos resultados de pesquisa qualitativa realizada junto a profissionais da atenção básica de uma cidade de porte médio no interior de Santa Catarina, entre os anos 2008 e 2009, visando investigar sobre os modelos de atenção empregados na atenção aos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Esta cidade não conta com uma política de saúde mental consolidada e, portanto, não tem, ainda, dispositivos como CAPS e equipes de referência em saúde mental. Sendo assim, a responsabilidade como o acolhimento e encaminhamento de problemas de dimensão psicossocial na rede de saúde, como é o caso dos problemas decorrentes do uso de substância psicoativas, ficam inteiramente sob responsabilidade da atenção básica. Como essas equipes vêm enfrentando estes desafios?

Para discutir estes aspectos descreve-se brevemente a problemática relacionada ao uso de álcool e outras drogas, bem como o papel da atenção básica. Depois, examina-se os vários modelos de análise e de atenção aos problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Com estes pressupostos colocados, parte-se para a discussão dos resultados da referida pesquisa.

A PROBLEMÁTICA RELACIONADA AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Os estudos sobre o processo histórico relacionado ao uso e abuso de substâncias psicoativas pela humanidade demonstram uma alteração significativa no padrão de uso nos tempos contemporâneos em relação ao que eram os modos de uso até o início do século XX. Passou-se de um uso prioritariamente ritualístico, esporádico e restrito a pequenos grupos ao uso indiscriminado, atingindo a maioria dos países e das classes sociais, caracterizando um modo de vida típico das sociedades de consumo atuais (MacRae, 2007).

Autores que discutem a problemática das drogas na contemporaneidade a partir do aporte teórico da antropologia, afirmam que a partir do processo de industrialização o uso de drogas passou a ocorrer cada vez em maior escala, em uma ascendente contínua até os dias de hoje, tendo os níveis de consumo acentuados no pós-guerra, principalmente na década de 1950, aumentando significativamente o padrão de uso abusivo e dependente (MacRae, 1996; 2007; Fiori, 2002; 2004).

Segundo pesquisas nacionais, 12% da população brasileira é dependente de álcool e 1% dependente de drogas ilícitas, representando uma parcela significativa da população atingida por esta problemática (Carlini

e cols., 2007). Com isso, os problemas que decorrem do consumo de substâncias psicoativas passaram a se constituir, em um dos mais graves problemas de saúde pública mundial (Brasil, 2003; OMS, 2004). Tal fato impõe aos diversos campos de conhecimento científico questões que visem dar resolução adequada à problemática da dependência, sobretudo relativo ao seu impacto no âmbito da saúde pública e no contexto psicossocial da contemporaneidade.

Caracterizado essencialmente por ser um fenômeno constituído nas inúmeras interfaces e articulações entre variáveis biológicas, farmacológicas, psicológicas, socioculturais, políticas, econômicas e antropológicas, a dependência de álcool e outras drogas se configura como uma complexidade que inviabiliza qualquer tentativa de explicação reducionista, que desconsidere suas múltiplas determinações (Cruz, 2006; Seibel e Toscano, 2000).

Contraditoriamente, este fenômeno é abordado, em geral, a partir de processos teóricos e de intervenção dicotômicos, fragmentados, ahistóricos, deterministas e de cunho acentuadamente reducionistas (Cruz, 2006; Schneider, 2010; 2009). Tais concepções, em geral, enfatizam apenas um dos aspectos envolvidos na dependência de substâncias psicoativas, seja ele a dimensão psicológica do usuário ou seu contexto socioeconômico, ou a influência do meio familiar, ou os efeitos bioquímicos das drogas, ou ainda os fatores genéticos, enfim, concepções que, embora intimamente relacionada com a dependência, isoladas não dão conta de explicá-la, nem de propor-lhe soluções adequadas.

Essa questão das concepções reducionistas se reflete nos modelos de atenção utilizados na área. Observa-se, através de estudos, a baixa efetividade da maioria dos tratamentos oferecidos aos usuários que, a custo, conseguem realizar sua meta, que, em geral, é a de alcançar e manter a abstinência (Noto e Galduroz, 1999; Schneider, Spohr e Leitão, 2006). Diante deste fato há que se questionar se a raiz do problema da efetividade não se encontra nas próprias práticas em saúde que, como veremos adiante, se constituem numa miscelânea de diferentes modelos de análise do fenômeno da drogadição e do emprego de diferentes metodologias de atuação, sustentados em diferentes pressupostos teóricos e epistemológicos. Sendo assim, não basta responsabilizar o usuário pelo insucesso dos tratamentos, como é comum em muitos serviços, que justificam a situação a partir da lógica de que a dependência é uma doença crônica e recorrente e, portanto, a recaída é parte do processo, ou ainda, da falta de motivação para os tratamentos, conforme demonstram pesquisas anteriores (Schneider, Spohr e Leitão, 2006).

Desta forma, como toda prática ou técnica enseja, há em seu bojo determinadas concepções que lhe conferem sustentação, desta forma, se os resultados desta prática se tornam ineficientes e ineficazes, há que se avaliar criticamente as suas bases teórico-metodológicas. Sendo assim, é fundamental compreender os diferentes modelos de análise da dependência de drogas e suas raízes ontológicas e epistemológicas.

A ATENÇÃO BÁSICA E A PROBLEMÁTICA DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

A Atenção Básica norteia-se pelos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde, norteados pelos princípios básicos da Reforma Sanitária e pelos princípios internacionais da Saúde Coletiva, conforme a Carta de Ottawa (OPAS, 1986).

Segundo as letras da política que a norteiam, a Atenção Básica caracteriza-se:

por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (Brasil, 2007, p. 12).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2007), a rede básica se efetiva pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), ainda que existam equipes que não estejam estruturadas por este modelo nas unidades básicas. A ESF propõe uma atenção multidisciplinar, com a presença de, no mínimo, um médico, um enfermeiro, um cirurgião dentista, um técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). “Atuam no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde/doença da população” (Brasil, 2007, p. 22).

A ESF surgiu com o propósito de alterar o modelo assistencial de saúde, centrado no complexo médico hospitalar, cujo enfoque sustentava-se nas ações

curativas em detrimento da preventiva e de promoção à saúde e no atendimento individualizado em contraposição a assistência familiar (Da Ros, 2000). Surgiu como resposta às necessidades de uma atenção integral desenvolvida por equipes multiprofissionais, com intensa participação da comunidade. Ademais, a ESF se constituiu como estratégia que concretiza a implementação dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), sustentados nos conceitos de integralidade, universalidade, equidade e participação social. Não faltam demonstrações de que a efetividade e a equidade em serviços de saúde podem ser mais bem alcançadas através da estratégia da ampliação da atenção básica (Brasil, 2008).

Cada profissional da rede básica atua segundo perspectiva teórico-metodológica própria e fundamentada no campo de conhecimento do qual faz parte. Contudo, observa-se a necessidade deste, na prática profissional, estar engajado e sintonizado com os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária, cujo conceito de saúde ampliada exige uma postura mais dinâmica, pró-ativa e fundamentada em uma episteme que dê conta do sujeito em sua integralidade.

Dada a necessidade de capacitação dos profissionais para atuar nessa nova *démarche*, a política da Atenção Básica prevê processos de educação permanente, a fim de que os técnicos estejam sintonizados com os princípios e modelos de atenção do SUS. Desse modo, a reflexão sobre o papel das equipes de trabalho que compõe a atenção básica deve incorporar não somente a descrição de seus processos técnico e profissionais, organizacionais, e administrativos, mas também, problematizar os parâmetros que regem a formação profissional na relação com os princípios e diretrizes do SUS.

As unidades básicas de saúde são a porta de entrada do Sistema Único de Saúde, sendo um dos principais dispositivos para o acolhimento de diversos problemas de saúde. Portanto, também é necessário descrever as características da demanda em saúde que chegam à atenção básica, em especial, foco deste artigo, àquelas relacionadas aos problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas.

A demanda relacionada aos problemas decorrentes do uso de drogas pertence ao campo de atenção à saúde mental. Este vem passando por importantes transformações conceituais e operacionais e, pautado nos princípios do SUS, reorienta o modelo antes centrado na referência hospitalar por um novo modelo de atenção descentralizado e de base comunitária. Sendo assim, é fomentado a incorporação de ações de saúde mental na atenção básica, a fim de contribuir para alavancar este novo modelo, oferecendo melhor

cobertura assistencial a este tipo de agravos e maior potencial de reabilitação psicossocial para os usuários do SUS (Brasil, 2001b).

O Ministério da Saúde lançou, em 2003, a “Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas”, que preconiza a estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos usuários que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada (CAPSad), devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. (Brasil, 2003), como vimos acima.

Desta forma, os Centro de Atenção Psicossocial para Atendimento de Usuários com uso de álcool e outras drogas (CAPSad) são os dispositivos estratégicos da rede de atenção a essa população específica, e devem ser implantados em regiões metropolitanas e municípios de fronteira, que tenham indicadores epidemiológicos relevantes (Farias e Schneider, 2009).

Em municípios, no entanto, que não possuem Caps e Caps-ad, como é o caso do município estudado, as ações voltadas para atendimento de usuários de substâncias psicoativas devem ser realizados pelas equipes da atenção básica. Para tanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) elaborou um manual para que profissionais da atenção básica atuem no atendimento junto a estes usuários. Segundo proposta da OMS, a assistência na atenção básica deve estar voltada para a promoção de saúde e identificação precoce de problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas (Barros e Pillon, 2006; Aalto, Pekuri e Seppä, 2002).

No entanto, pesquisas têm mostrado as dificuldades dos profissionais da atenção básica nos processos de diagnose e atenção aos agravos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, aliados a insuficiência na formação profissional na área, o que conduz à instauração de diversas barreiras de acessibilidade e à dificuldade de atenção a esta demanda, que acaba ficando distante da perspectiva da integralidade (Brasiliano, 2005; Yunes, Garcia e Albuquerque, 2007; Crives e Dimenstein, 2003). Esta situação se objetiva pela existência de uma demanda reprimida, ou seja, a presença de usuários que, embora apresentem agravos em saúde, não buscam os serviços da rede ou não são acessados pelas equipes do ESF. Pesquisas mostram que as principais razões expressas pelos usuários para não buscarem os serviços de atenção são a ineficácia e ineficiência dos tratamentos atuais e a auto percepção de que o problema apresentado não é grave o suficiente (Fontanella e Turato, 2002).

MODELOS DE ANÁLISE E ATENÇÃO À DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Toda prática em saúde, seja ela uma ação individual ou institucional, apresenta um conjunto de concepções que lhe garante sustentação teórica e epistemológica (Luz e Tesser, 2002; 2006; Schneider, 2010). Embora, por vezes, estas concepções não estejam explícitas na prática terapêutica, elas norteiam o fazer instrumental com base em uma determinada racionalidade, ou seja, com base em determinados parâmetros de compreensão do que sejam os processos de saúde/doença, normalidade/anormalidade.

De acordo com Rezende (2000), existem quatro modelos de concepção, ou como ele denomina, modelos de análise da dependência de drogas, sustentadas em diferentes raízes teórico-epistemológicas, o que se desdobra em diferentes perspectivas metodológicas de intervenção, que são: o modelo jurídico-moral, o biomédico, o psicossocial e o sociocultural. Cada modelo sustenta-se em determinadas concepções sobre o que vem a ser a problemática relacionada ao uso de substâncias psicoativas, suas implicações e desdobramentos, as possibilidades da atenção ao problema, bem como, suas técnicas de intervenção. A síntese desses saberes e práticas constitui a racionalidade ou sistemas lógicos sob o qual os diversos serviços de saúde se nutrem para a compreensão e intervenção nos fenômenos de saúde/doença (Luz e Tesser, 2002; 2008; Schneider, 2010). Descrevemos abaixo tais modelos.

O Modelo Jurídico-Moral

Neste modelo a droga é concebida como o grande mal a ser combatido, seja do ponto de jurídico ou moral-teológico, na medida em que lhe é atribuído poderes maléficis, capazes de corromper o indivíduo e afastá-lo do “bem” (MacRae, 2000; 2008). Neste caso, o usuário de drogas é visto como fraco moralmente, pois se deixou levar pelas forças do mal, falta-lhe condição moral ou força de vontade para controlar o comportamento aditivo (Marlatt e Gordon, 1993). Este foi o primeiro modelo a se impor na concepção dos problemas decorrentes do uso abusivo de drogas.

Sendo assim, a noção de vício, depravação e fraqueza moral, aliado as práticas repressivas e proibicionistas que visam penalizar o usuário e reduzir o consumo, comercialização e distribuição das drogas, dão a tônica deste modelo, cujo cerne centra-se, essencialmente, na crença ideológica de que é possível a existência de uma sociedade livre das drogas (Chauí, 1984; Crives e Dimenstein, 2003).

Tais concepções desdobram-se em práticas de controle e repressão ao uso, aliado a propostas terapêuticas de cunho religioso-expiatório que têm na abstinência a principal meta terapêutica. Tem-se assim, uma dupla idealização: da droga como uma entidade mórbida ontologizada e, do sujeito, como culpado e fraco moralmente por ser incapaz de resistir a esse mal.

O modelo *jurídico-moral* é predominante nos grupos de ajuda mútua como os alcoólicos anônimos (AA), os narcóticos anônimos (NA), bem como nas comunidades terapêuticas (Schneider, 2010). Entretanto é comum a adoção de diversos modelos de atenção em um mesmo serviço ou dispositivo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, sendo que este modelo mistura-se com outros em um mesmo dispositivo de saúde, principalmente relacionados ao modelo que vem descrito logo a seguir, o biomédico.

O Modelo Biomédico

Decorrente inicialmente da instauração do saber médico no século XVII e XVIII e, posteriormente, pelos estudos e pesquisas da psiquiatria, farmacologia e neurofisiologia do final do século XIX e XX, o modelo *biomédico* no campo da drogadição se configura a partir da busca da ruptura com o modelo moral da dependência (Marlatt e Gordon, 1993).

Tal concepção, representando a nova racionalidade científica calcada no positivismo, objetiva-se na definição da dependência como uma doença crônica, recorrente, de fundo orgânico e, portanto, irrecuperável (Marlatt e Gordon, 1993; Thomaz e Roig, 1998; Schneider, 2010), cujas determinantes são colocadas na hereditariedade e/ou em disfunções neuroquímicas. Também reforçam uma visão das drogas como entidades patologizantes, capazes de causar e instaurar a dependência nos indivíduos (OMS, 2004; Thomaz e Roig, 1998; Seibel e Toscano, 2000).

Cabe ressaltar que esta mesma forma de compreensão é similar à explicação da “doença mental”, a qual é definida a partir da alteração de processos funcionais neuroquímicos no Sistema Nervoso Central (OMS, 2004, Thomaz e Roig, 1998). Assim, a história da dependência se inscreve no mesmo processo histórico da loucura, no qual, da possessão demoníaca, passa para “perda da razão” à noção de “doença mental” (Moraes, 2008; Schneider, 2009).

Contudo, embora sejam evidentes os avanços que o pensamento e os procedimentos teórico-metodológicos da biomedicina, que proporcionaram a cura de inúmeras doenças, ficam claros seus limites, evidenciados por concepções reducionistas, dicotômicas e positivistas dos processos de saúde/doença, sustentados em uma

ontologia objetivista, na qual a realidade é compreendida como dada *a priori* e independente do sujeito que a toma como objeto (Luz e Tesser, 2002; 2008). Tal prática é evidenciada a partir da ontologização das doenças como entidades universais, sem considerar o contexto onde as mesmas aparecem (Porto, 1996). Nesse sentido, os sujeitos são vistos como vítimas e não como protagonistas do processo de adoecimento.

O tratamento decorrente, de responsabilidade do corpo médico, consiste basicamente na internação para desintoxicação e na adoção de terapêutica farmacológicas, cujo objetivo final é o controle neuroquímico. Nesta lógica, a meta é também a abstinência.

Desta forma, na dependência de drogas, assim como na chamada doença mental, ocorre o reducionismo biologicista e a patologização do sujeito, em detrimento das condições concretas de existência que criaram as possibilidades para o desenvolvimento sintomatológico (Moraes, 2008).

Contemporaneamente, por contribuições das ciências sociais e também da psicologia, passa a dominar no cenário biomédico tradicional a concepção “biopsicossocial” sobre a dependência, com o objetivo de trazer a tona a multideterminação do fenômeno e fazer frente ao reducionismo e determinismo biologicista. Contudo, o “biopsicossocial” passou a caracterizar-se como uma justaposição de variáveis e não como uma articulação sistêmica das mesmas, para dar conta da complexidade do fenômeno. Desta forma, travestido de um discurso considerado de vanguarda, na prática, essa concepção manteve a ênfase organicista e determinista da incurabilidade da dependência (Schneider, 2010).

Este modelo predomina nos ambulatórios médicos, em clínicas e hospitais psiquiátricos. Nas unidades básicas de saúde do SUS, ele ainda é um hegemônico, por mias contraditório que seja com os princípios doutrinários do SUS. Tal contradição foi verificada em pesquisas junto aos serviços de atenção à Saúde Mental e aos usuários de álcool e outras drogas (Schneider, 2010, Rezende, 2003, Moraes, 2008) e justifica-se pela própria indefinição das determinantes constitutivas do processo de dependência psicoativa.

O Modelo Psicossocial

Este modelo surge com a prerrogativa de ampliar a concepção da dependência para além das variáveis químicas e/ou biológicas, embora ainda seja comum ser utilizado em concomitância com o discurso da drogadição como dependência química e/ou doença (Schneider, 2010; Sabino e Cazenave, 2005). No modelo *psicossocial*, a dependência é concebida a partir de um enfoque psicodinâmico, sustentado na

noção da drogadição como manifestação externa de perturbações psicológicas. Sua análise incorpora o tripé: droga – indivíduo – meio, ou seja, a dependência é vista a partir da triangulação entre o meio social, as características intrínsecas das drogas e a dinâmica psicológica do indivíduo. Atribui um papel ativo para o usuário na sua dependência e um papel de influência do ambiente social, sendo que o alvo da intervenção é a interação droga-indivíduo. Desta forma, em oposição ao modelo *biomédico* tradicional, no modelo *psicossocial* o sujeito é ativo. De modo em geral, na abordagem *psicossocial* a droga não é concebida como uma entidade ontologizada, mas sim como algo funcional na vida do indivíduo. Assim, o comportamento de uso permanecerá enquanto a droga desempenhar uma função para o indivíduo (Rezende, 2003; Sabino e Cazenave, 2005).

A metodologia do modelo psicossocial utiliza-se de técnicas de enfoque psicodinâmico ou comportamental, ou técnicas de dinâmica de grupo, procurando modificar a relação do usuário com a substância da qual é dependente, modificando seu padrão de uso, visando à abstinência. O caminho para essa modificação passa por mudanças comportamentais do usuário em suas interrelações, daí a importância do aprendizado de convivência social. Na verdade esse modelo vem mesclado com outros, estando presente em quase todos os tipos de serviços.

No entanto, ele é considerado o modelo típico das comunidades terapêuticas (De Leon, 2003; Oliveira, 2008, Sabino e Cazenave, 2005). Segundo Resolução nº 101/2001, (Brasil, 2001A) que regulamenta seu funcionamento, as Comunidades Terapêuticas (CT) são definidas de acordo com o modelo *psicossocial*. O Modelo psicossocial também é predominante nos consultórios psicológicos.

O Modelo Sociocultural

O modelo sociocultural concebe a drogadição como fruto das contradições sociais, econômicas e ambientais e sua intervenção é dirigida ao contexto social do usuário de droga. A ênfase dessa concepção é modificar o padrão de uso da substância, intervindo nas determinantes sociais que levam ao uso abusivo, visando o controle dos danos gerados pelo abuso das substâncias, mas não necessariamente sua abstinência total. Tem uma ênfase na ação preventiva e de promoção à saúde. Principal enfoque preconizado pelo Ministério da Saúde para os serviços públicos de atenção integral à dependência de álcool e outras drogas, o modelo *sociocultural* se objetiva principalmente pela proposta da Estratégia da Redução de Danos (ERD) (Brasil, 2003).

Convém ressaltar que os modelos anteriores, em comparação com a ERD, apresentam outra distinção fundamental: a ideologia presente em relação à utilização das drogas na contemporaneidade (Crives e Dimenstein, 2003; Moraes, 2008). Enquanto os modelos anteriores operam com a perspectiva da possibilidade de uma sociedade livre de todas as drogas – o que justifica mecanismos repressivos de controle – o modelo *sócio cultural*, por meio de uma perspectiva histórica e antropológica, não vê como possível a existência de uma sociedade livre de todas as drogas, até mesmo porque o uso e consumo de substâncias psicoativas ocorreu em todas as épocas e culturas, ao longo de toda a história da humanidade (MacRae, 2000, MacRae, 2007). Desse modo, ao invés de propor a abstinência “a priori” como meta terapêutica, seja pela intervenção clínica ou pela utilização de mecanismos repressivos de controle, o modelo *sociocultural* atenta-se para reduzir os prejuízos decorrentes da utilização de drogas, sendo que a abstinência necessária em alguns casos, mas não *a priori* para todos (MacRae, 2007; Cruz, 2006).

Sendo assim, a meta da abstinência é um dos principais pontos de crítica do modelo *sociocultural* em relação aos modelos anteriores. A exigência da abstinência conduz a um paradoxo, segundo os especialistas em Redução de Danos (Cruz, 2006): a maioria dos serviços exigem abstinência para o inserção e adesão em um tipo de tratamento, quando na verdade este é justamente o problema do usuário, que busca o tratamento justamente por não conseguir se ver livre das drogas. Como exigir essa abstinência para poder iniciar o tratamento? Ademais, existem pacientes que conseguem interromper o uso da substância, outro, porém, não. Desse modo, o tratamento, a partir da exigência da abstinência, seria segregatório, pois não abrangeiria todos os indivíduos (Cruz, 2006). Por outro lado, em relação a algumas substâncias com maior potencial para gerar dependência, a abstinência se faz necessária. O erro, nesse sentido, é estabelecê-la como meta “a priori”, exigida para todos os casos e usuários.

A Redução de Danos tem, como principal meta terapêutica, reduzir os prejuízos provocados pelo uso/abuso de drogas, independente dos indivíduos conseguirem ou não interromper seu uso. Desse modo, se o usuário utiliza drogas injetáveis e não consegue deixar de fazê-lo ou de utilizar outra droga mais leve, que o faça, mas sem o compartilhamento de seringas, por representar um grave risco à saúde, por exemplo.

Este modelo é preconizado pelo Ministério da Saúde para a atenção integral aos usuários de drogas pelo Sistema Único de Saúde e, principalmente, para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), além de ONGs que trabalham com a Estratégia da Redução de

Danos, sendo também base da política desta área para as ações na atenção básica (Brasil, 2003).

Após esta breve revisão dos modelos de análise da dependência psicoativa, se faz necessário tecer algumas considerações. Primeiro que cada modelo ancora-se em diferentes concepções teórico metodológicas sobre o fenômeno da dependência, objetivados em diferentes práticas e discursos antagônicos e, até certo ponto, díspares entre si. Tal disparidade assenta-se tanto na complexidade do fenômeno, cuja essência se constitui a partir do entrelaçamento de inúmeras variáveis e determinantes, quanto na diversidade de formação dos profissionais e agentes atuam na área da saúde.

Por outro lado, ocorre um hibridismo de modelos nos diversos serviços de atenção. De maneira geral, muitos serviços realizam uma combinação de diferentes modelos de análise do fenômeno da dependência de álcool e outras drogas, ainda que aparentemente contraditórios entre si, com claros desdobramentos para os métodos de tratamento ou de intervenção (Schneider, 2010).

Estas diferentes misturas de concepções são um indicativo da falta de critérios e parâmetros objetivos para se caracterizar as determinantes da drogadicção e para o estabelecimento de protocolos de atenção e processos de intervenção. Desse modo, embora em termos epistemológicos sejam evidentes as diferenças e contradições entre os diversos modelos, na prática profissional o mesmo não ocorre. A principal questão que se impõe em se tratando dos serviços e dispositivos de atenção à dependência, é a mescla de modelos e abordagens em um mesmo *locus* de atuação (Rezende, 2003), inviabilizando um discurso coerente e colocando questões para um projeto terapêutico da instituição que garanta a eficácia e eficiência dos tratamentos propostos.

CONCEPÇÕES E MODELOS DE ATENÇÃO SOBRE A DEPENDÊNCIA DE DROGAS ADOTADOS PELAS EQUIPES DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: UM ESTUDO DE CASO

A pesquisa realizada em unidades básicas de saúde (UBS) de um município de porte médio de Santa Catarina, entrevistou quinze profissionais da Estratégia da Saúde da Família (ESF), entre eles: médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS), com o objetivo de analisar as ações e concepções dos profissionais da atenção básica em relação a usuários com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Caracterizou-se por ser um estudo de campo qualitativo, baseado em análise de conteúdo, delineando-se como pesquisa descritivo exploratório,

de corte transversal. A análise dos dados foi feita com a metodologia da análise de conteúdo, baseada em Olabuénaga (1999).

De acordo com os dados obtidos nas entrevistas, foi possível verificar que dentre as principais respostas apresentadas pelos profissionais da atenção básica no que se refere às determinantes do fenômeno da drogadicção, a subcategoria “aspectos psicológicos” se constituiu como aquela de maior referência (12 referências do total de 15 respondentes), seguida da subcategoria “contexto socioeconômico” (11 respostas) e da subcategoria “estrutura familiar” (09 respostas).

Segundo os sujeitos entrevistados, características de ordem psicológica se delineiam como as principais determinantes para a constituição da dependência de substâncias psicoativas. Dentre estas características destacam-se a curiosidade, a busca por diversão, a fuga de problemas pessoais e a ocorrência de frustrações e decepções. Verifica-se que a definição destas características é vaga e generalista, o que não condiz com a condição complexa e multideterminada do fenômeno em questão.

Em constatação muito semelhante à pesquisa anteriormente realizada por Schneider (2010), a dimensão psicológica é entendida, na grande maioria das vezes, em uma perspectiva subjetivista (atribuição de uma subjetividade autossustentada) e/ou moralista (subjetividade concebida a partir da relação com valores morais ou religiosos) sustentada em noções como “problemas de autoafirmação”, “sensibilidade”, “falta de limites”, “busca interna de realização”. Soma-se aqui a perspectiva psicopatologizante (subjetividade considerada a partir de problemas psicológicos ou psiquiátricos) sustentada em noções como “dificuldade de lidar com o sofrimento ou frustração”, “fuga da realidade”, “forma de lidar com os problemas psicológicos”, “comorbidade”. Estas perspectivas acabam por culpabilizar o usuário.

A concepção predominante, no entanto, semelhante ao que aparece em outras pesquisas (Rezende, 2003; Schneider, 2010), mescla a visão psicologizante com a atribuição do problema ao contexto familiar, conforme se constata em alguns depoimentos:

[...] a dependência tem haver com alguma carência também. Não sei se é esse termo, mas alguma falta de alguma coisa. Falta de amor, família, diálogo. [...] e o álcool eu acho que é fuga de alguma coisa. A pessoa não consegue resolver seus problemas e foge pro lado do alcoolismo. E considero uma doença o alcoolismo. E as drogas também é uma doença, porque a pessoa não consegue se livrar disso. (ACS – UBS 3)

Primeiro é a deficiência na estrutura familiar. A pessoa fica abalada e vai tentar buscar uma alternativa nas drogas para resolver aqueles problemas [...]. As pessoas que não estão ligadas a venda de drogas procuram pra tentar resolver algum problema. Decorre de algum trauma. Acredito que seja isso. Ninguém usa drogas somente por usar ou por achar legal. Tem um buraco na vida desse pessoa. (Enfermeiro – UBS 5)

Verifica-se que este modo de compreender a relação com as famílias, sob a ótica de culpabilização e patologização é um deslocamento da culpabilização já atribuída aos usuários, só que agora localizado em seu ambiente familiar e cultural. É a conhecida “teoria da carência cultural” (Patto, 1991) que seguindo o corolário da perspectiva liberal, busca as determinantes dos problemas sociais, como o caso da drogadição, em aspectos como alta densidade habitacional, ausência dos pais, desinteresse dos pais, autoritarismo dos pais, tomados em perspectiva ahistórica e não dialética, servindo para referendar a concepção subjetivista, moralista e psicopatologizante predominante (Schneider, 2010).

Além do aspecto psicológico e familiar, citado pelos entrevistados como principais determinantes da dependência de substâncias psicoativas, o aspecto sócio-econômico merece destaque, com 11 respostas. Dentre os elementos de análise que compõe esta subcategoria, o “tráfico de drogas” e a “influência de amigos” foram os mais citados. De acordo com os entrevistados, a existência do comércio ilegal de drogas e a influência que amigos consumidores se constituem como fatores essenciais para a dependência de substâncias psicoativas.

Verifica-se, no entanto, que esta concepção sobre a influência do contexto social é sustentado em uma perspectiva ambientalista, passando por noções como “influência do ambiente”, “influência das más companhias”, etc., também tomada em uma perspectiva ahistórica e acrítica. Desta forma, como afirma Schneider (2010, p. 11), “essa variável, que poderia ser um contraponto à culpabilização do usuário, serve na verdade, na maioria dos serviços, para referendá-la, na medida em que grande parte das referências concebem que o ambiente é também doentio, daí decorrer o problema do indivíduo”. Desta forma, o pensamento hegemônico que predomina é aquele que torna o sintoma individual e social em doença psiquiátrica e desvio de comportamento.

Ademais, os sujeitos atribuem vários fatores para responder a questão, em uma lógica que demonstra não a perspectiva da complexidade de variáveis envolvidas

na dependência, mas sim, a justaposição de fatores, sem o estabelecimento da relação de função entre eles, indicando a ausência de conhecimentos mais consubstanciados acerca das condições concretas que possibilita a drogadição:

É tanta coisa. É a questão social, é o meio que você vive. Eu acho que é às vezes uma depressão. A pessoa busca as drogas como um refúgio. Influência dos amigos, querer experimentar, curiosidade. (Enfermeiro – UBS 1)

Olha, pode ser muita coisa, miséria, desemprego, problemas sociais. Tem também a família que às vezes não ajuda, o pai bebe. O tráfico também. Tem a questão da curiosidade, de querer experimentar com os amigos. Acho que tem um monte de coisa que envolve. (Médico – UBS 1)

Como se pode observar a partir destes relatos, a dependência de substâncias psicoativas é vista, em seus vários aspectos, de forma parcial e simplista, sem distinção quanto às formas de consumo, aos tipos e efeitos das drogas utilizadas, ao contexto psicossocial envolvido na situação. Desta forma, tais concepções, na maioria das vezes se equivalem ao conhecimento de senso comum, demonstrando a falta de conhecimento científico do fenômeno e a tendência de generalização entre profissionais da saúde na atenção básica.

Na verdade, as dificuldades de delimitação do fenômeno da dependência não é uma questão restrita aos profissionais da atenção básica, mas refletem uma indefinição da própria área de especialidade, que é transpassada por diferentes modelos teórico-epistemológicos como vimos acima. A perspectiva biopsicossocial, hoje predominante na área de estudos e atuações em drogadição, é uma tentativa de superar as contradições, ao juntar variáveis até então consideradas de forma dicotômica (Mota, 2007). No entanto, a simples justaposição das variáveis envolvidas no fenômeno não resolve o problema, cuja complexidade implica níveis de relações de função entre estas variáveis e mútuas implicações que deveriam ser considerados.

Por isso, o conceito de integralidade, princípio do SUS, deveria ser uma perspectiva de superação dos impasses de definição do fenômeno em questão, pois implica, justamente, a concepção de inter-relação entre diferentes níveis de variáveis envolvidos nos fenômenos de saúde/doença. No entanto, este conceito está longe de se tornar hegemônico na área da saúde, nem mesmo pelas equipes de ESF, que nele deveriam se sustentar. Isto nos indica a necessidade de mudança na formação e capacitação das equipes de saúde.

Tais concepções sobre o fenômeno da dependência de substâncias psicoativas trazem desdobramentos para as ações dos profissionais, indicando mescla de diferentes modelos de atenção à drogadição na atenção básica.

Em termos de proposta de intervenção das equipes de ESF na problemática do uso abusivo de álcool e outras drogas aparece, em primeiro lugar, a administração de psicofármacos como principal método de atenção ao problema (08 respostas), sendo seguida por orientações gerais dadas sobre o problema realizadas pelas equipes nas UBS (06 respostas), visando gerar atitudes positivas dos usuários em direção a uma atitude de abstinência. Aqui prevalece o modelo biomédico, tradicionalmente sustentado na medicalização dos problemas psicossociais.

No que se refere aos encaminhamentos realizados, as equipes de ESF referenciam os usuários prioritariamente para internação em instituições psiquiátricas (11 respostas) e para grupos de ajuda mútua (7 respostas), que absorvem a maior parte da demanda de atendimento em relação à dependência de álcool e outras drogas no município, dentro também da lógica do modelo biomédico e jurídico-moral e distante das propostas para a atenção integral à problemática preconizadas pelo SUS.

A percepção dos profissionais de que o acolhimento destes usuários não é papel das UBS nem das equipes do ESF (09 respostas) conduz a uma dificuldade de abordagem, tanto nos atendimentos clínicos quanto nas visitas domiciliares realizadas pelos ACS. Desse modo, há um indicativo da ocorrência de subnotificação para esse tipo de problemática, uma vez que se verifica que muitos casos de usuários com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas não são devidamente identificados pelo fato das equipes não abordarem diretamente o problema e não terem a capacitação para fazerem o diagnóstico.

É importante ressaltar que no caso do presente município, no qual não há o estabelecimento de uma política municipal específica de saúde mental, desdobrando-se na ausência de serviços públicos especializados, sendo que as alternativas de encaminhamento para as equipes de ESF são restritas, sendo que elas mantêm o modelo tradicional, pois lhes restam poucas opções.

Por essa razão, encontram-se nos relatos dos sujeitos elementos que enfatizam a falta de locais ou serviços na rede pública para a realização dos encaminhamentos, demonstrando o impacto que a falta de uma política municipal de saúde mental pode produzir, desdobrando-se na manutenção dos modelos tradicionais de atenção, com consequências visíveis na

precária atenção prestada em relação aos usuários de álcool e outras drogas neste município.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No campo do tratamento de problemas relacionados aos usuários de substâncias psicoativas, os estudos têm mostrado que prevalecem, em geral, concepções reducionistas, sejam as psicologizantes e subjetivistas, ou as organicistas e objetivistas, que acabam por criar barreiras epistemológicas e metodológicas para investigação e intervenção na área. No caso da dependência de drogas, reduz-se um problema multideterminado a uma única variável que o compõe, seja a psicológica ou a biológica. Ou ainda, busca-se a solução da justaposição de elementos, preconizada pela perspectiva biopsicossocial, que não enfrenta a questão da compreensão integral do sujeito e de seu problemas de saúde. Com isso, o fenômeno acaba por ser concebido em uma perspectiva acrítica e ahistórica, o que acaba por colocar o usuário numa posição de vítima de si mesmo ou do meio em que vive. Tais concepções desdobram-se nos modelos de tratamento, que em uma perspectiva hegemônica colocam como meta a abstinência *a priori* (Rezende, 2003; Schneider, 2010).

Em termos de práticas de acolhimento e propostas terapêuticas desenvolvidas, verificou-se que quando o problema é identificado, seja pelo pedido expresso de ajuda do próprio usuário ou de seus familiares, ou ainda, em decorrência de comorbidades associadas, os usuários são diretamente encaminhados para os hospitais psiquiátricos da região e para os grupos de ajuda mútua, conforme a gravidade do caso. Assim, predomina o modelo de atenção centrado na internação hospitalar, próprio do modelo biomédico, ou nos grupos de ajuda mútua, próprio do modelo jurídico-moral.

Os usuários quando atendidos nas próprias UBS recebem prioritariamente tratamento medicamentoso, o que reforça o modelo assistencial biomédico e centrado na contenção de sintoma. Desse modo, as ações em saúde centram-se no indivíduo e na recuperação dos agravos à saúde, ao invés de ações e estratégias que visem à promoção e à prevenção de problemas relacionados ao uso abusivo de drogas, conforme preconiza o SUS.

O único modelo cujas referências não foram encontradas nas falas dos profissionais do ESF é justamente aquele preconizado pelo Ministério da Saúde como política oficial na área, que é sociocultural, cuja perspectiva de intervenção passa pelas ações em redução de danos, que em nenhum momento foi mencionado pelos respondentes.

Sendo assim, as equipes de ESF, na sua maioria, não receberam capacitação específica para atuar na área da saúde mental, situação que está na base da reprodução do modelo hegemônico acima descrito, baseado na meta da abstinência, na ministração de psicofármacos, no encaminhamento para internação, o que fere princípios básicos que regem o SUS, bem como a política de atenção integral aos usuários de drogas do Ministério da Saúde, como o da integralidade e da equidade, bem como a perspectiva da redução de danos.

Esta situação adquire contornos mais sérios quando se trata de uma cidade, como a que foi estudada, que não oferece suporte e rede de atenção articulada em saúde mental, estando, desta forma, distanciada dos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Em virtude da não existência dessa rede de atenção e de todos os desdobramentos que ela traz, como a não existência de dispositivos especializados, como os CAPSad, nem de equipes de referência em saúde mental, nem de ações de matriciamento, deixa a atenção básica sem suporte para as ações na área. Desta forma, as equipes de ESF estão desamparadas no que concerne ao acolhimento destes usuários, ao manejo dos casos, às possibilidades de encaminhamento. Com isso, inexistem condições de pensar em ações de prevenção ao uso abusivo de substância, muito menos de promoção de saúde neste campo. As dificuldades que as equipes relatam enfrentar decorrem, em grande parte, da ausência de políticas públicas específicas no campo da Saúde Mental neste município.

Desse modo, neste artigo discutiu-se não somente os modelos de atenção utilizados na atenção básica em relação aos problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas, verificando-se como ainda estão atrelados à concepções e práticas contraditórias aos princípios do SUS. Verificou-se também as dificuldades que as equipes de ESF enfrentam em relação ao atendimento desses usuários, por falta de capacitação e de infraestrutura para este tipo de atenção, sendo que uma das variáveis intervenientes nesta situação é a falta de política municipal na área da saúde mental.

Caso o município venha a construir uma rede de atenção em Saúde Mental, segundo as políticas públicas específicas para este campo, é bem possível que algumas destas dificuldades constatadas possam ser superadas. Contudo, parte delas provavelmente ainda permanecerá, pois envolve uma mudança paradigmática mais ampla, que nem mesmo os serviços especializados em drogadição já alcançaram, principalmente neste campo controverso dos modelos de atenção aos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Seria importante que pesquisas semelhantes a esta fossem realizadas em municípios que tem implantada políticas municipais de saúde mental, com CAPS, CAPSad, equipes de referência em saúde mental, NASF, conforme preconizadas pelo Ministério da Saúde, para poder ter sob controle a variável da falta de apoio especializado para as equipes de ESF e, assim verificar, como a atenção básica nestes municípios conseguem estabelecer a atenção para a problemática decorrente de uso de álcool e outras drogas.

REFERÊNCIAS

- Aalto, M., Pekuri, P. & Seppä, K. (2002) Primary health care professional activity in intervening in patients alcohol drinking: a patient perspective. *Drug and Alcohol Dependence*. v. 66, p. 39-43, 2002.
- Barros, M.A. & Pilon, S.C. (2006). Programa de saúde da família: Desafios e potencialidades frente ao uso de drogas. *Revista eletrônica de enfermagem*, 8(1), 144-149. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/revisao_02.htm>.
- Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2001A). *Resolução da Diretoria Colegiada, maio 2001* (Resolução nº 101). São Paulo: Anvisa/Senad. [Online]. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=1188>>.
- Brasil, Ministério da Saúde (2001b). *Relatório Final da oficina de trabalho para discussão do plano nacional de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2003). *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Secretaria Executiva, Coordenação Nacional DST/AIDS. Brasília.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2007). *Política Nacional de Atenção Básica*. Secretaria de Atenção Básica, Departamento de Atenção Básica. Brasília.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2008). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *III Seminário Internacional Atenção Primária Saúde da Família: expansão com qualidade e valorização de resultados: relatório das atividades*. Brasília.
- Brasiliano, S. (2005). *Comorbidade entre dependência de substâncias psicoativas e transtornos alimentares: perfil de evolução de mulheres em um tratamento específico para dependência química*. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP.
- Carlini, E., Galduroz, J., Noto, R., Fonseca, A., Carlini, C., Oliveira, L., Nappo, S., Moura, Y. & Sanchez, Z. (2007). *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país*. CEBRID. Escola Paulista de Medicina. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas.
- Chauí, M. (1984). *Repressão sexual*, (8ª ed.). São Paulo: Brasiliense.
- Crives, M.N.S. & Dimenstein, M. (2003). Sentidos produzidos acerca do consumo de substâncias psicoativas por usuários de um Programa Público. *Revista Saúde e Sociedade*, 12(2), 26-37.
- Cruz, M.S. (2006). Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de redução de danos. In O. Cirino & R. Medeiros (Org.). *Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis* (v. 1; pp. 13-24). Belo Horizonte: Autêntica.
- Da Ros, M.A. (2000). *Estilos de pensamento em saúde pública: um estudo da produção da FSP e ENSP – FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck*. Tese de Doutorado. CCE, UFSC.

- De Leon, G. (2003). *Comunidades terapêuticas: teoria, modelo e método*. São Paulo: Loyola.
- Faria, J.G. & Schneider, D.R. (2009). O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. *Psicologia e Sociedade*, 21(3), 324-333.
- Fiori, M. (2004). *Controvérsias médicas e a questão do uso de drogas*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Antropologia Social, USP, São Paulo.
- Fiori, (2002). Algumas reflexões a respeito do discurso médico sobre as drogas. Texto apresentado na *XXVI Reunião Anual da ANPOCS*, realizada em Caxambu, 2002. Acesso em: 12 out. 2008. Disponível em: <<http://www.neip.info/downloads/anpocs.pdf>>.
- Fontanella, B.J.B. & Turato, E.R. (2002). Barreiras na relação clínico – paciente em dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 439-447.
- MacRae, E. (1996). A desatenção da legislação de entorpecentes pela complexidade da questão. Neip: *Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos*. Acesso em: 10 out. 2008. Disponível em: <http://www.neip.info/downloads/t_edw1.pdf>.
- MacRae, E. (2000). Antropologia: Aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In Seibel, S.D. & Toscano Jr. A. *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu.
- MacRae, E. (2007). Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos. In XIV Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social, 2007, Rio de Janeiro. *Anais de resumos e de trabalhos completos do XIV Encontro Nacional da ABRAPSO*. Rio de Janeiro, RJ: ABRAPSO. v. 1.
- Marlatt, A., Gordon, J. (1993). *Prevenção à recaída*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Moraes, M. (2008). Modelo de atenção integral a saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(1), 121-133.
- Mota, L.A. (2007). *Dependência química: problema biológico, psicológico ou social?* São Paulo: Paulus.
- Noto, A.R. & Galduroz, J.C.F. (1999). O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4(1), 145-151.
- Oliveira, L. (2008). Comunidades terapêuticas para dependentes químicos. *Febract: Federal Brasileira das Comunidades Terapêuticas*. Acesso em: set. 2008. Disponível em: <<http://www.febract.org.br/artigos2008.htm>>.
- Olabuénaga, J.I. (1999). *Metodologia de la investigacion cualitativa*, (2ª ed.). Universidade de Deusto, Bilbao.
- Organização Panamericana de Saúde. (1986). *Carta de Ottawa*. Acesso em: out. 2009. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>.
- Organização Mundial da Saúde. (2002). Reducing Risks, promoting healthy life. *The World Health Report*. Genebra.
- Organização Mundial da Saúde. (2004). *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas*. Genebra. Acesso em: out. 2009. Disponível em: <www.who.org.br>.
- Patto, M.H. (1991). *A produção do fracasso escolar*. São Paulo: TA Queiroz.
- Porto, M.A. (1996). O método está nu: Pupício, Latour e a Medicina Moderna. *Revista da Sociedade Brasileira de História da Ciência*, 12, 99-106. Acesso em: 12 out. 2008. Disponível em: <http://www.mast.br/arquivos_sbhc/89.pdf>.
- Rezende, M.M. (2000). Modelos de análise do uso de drogas e de intervenção terapêutica: algumas considerações. *Revista Biociências*, Taubaté, 6(1), 49-55.
- Rezende, M.M. (2003). Uma provável caracterização do profissional de Saúde Mental que atende dependentes de drogas no Vale do Paraíba. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, VI(1), 100-108.
- Sabino, N.M. & Cazenave, S.O.S. (2005). Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Estudos de Psicologia*, 2, 167-174.
- Schneider, D.R., Spohr, B. & Leitão, C. (2006). Caracterização dos serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas na região da grande Florianópolis. *Revista de Ciências Humanas*, Florianópolis: EDUFSC.
- Schneider, D.R. (2009). Caminhos epistemológicos na elucidação da loucura. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*, 1(2), 62-76.
- Schneider, D.R. (2010). Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3), 687-698.
- Seibel, S.D. & Toscano Jr, A. (2000). *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu.
- Luz, M.T. & Tesser, C.D. (2002). Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(2), 363-372.
- Luz, M.T. & Tesser, C.D. (2006). Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13(1), 195-206.
- Thomaz, H. & Roig, P.M. (1998). *Reaprendendo com a drogadição*. São Paulo: Empório do Livro.
- Yunes, M.A.M, Garcia, N.M. & Albuquerque, B de M. (2007). Monoparentalidade, pobreza e resiliência: Entre as crenças dos profissionais e as possibilidades de convivência familiar. *Revista Psicologia Reflexão e Crítica*, 20(3), 444-453.

Recebido em: 01/07/2010. Aceito em: 14/10/2010.

Autores:

Daniela Ribeiro Schneider – Psicóloga. Mestre em Educação (UFSC). Dra. em Psicologia Clínica (PUC/SP). Professora da graduação e pós-graduação em Psicologia da UFSC.

Dálberti Sciamana de Lima – Psicólogo. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFSC. <dalberti.delima@gmail.com>.

Enviar correspondência para:

Daniela Ribeiro Schneider
Rua Padre Lourenço R. de Andrade, 650 – Santo Antônio de Lisboa
CEP 88050-400, Florianópolis, SC, Brasil
E-mail: danischneider@cfh.ufsc.br