

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

Integral healthcare model for treating problems caused by alcohol and other drugs: perceptions of users, their companions and practitioners

Maristela Moraes¹

Abstract *Based on an integral healthcare model for the users of alcohol and other drugs, the expansion of Brazil's Psycho-Social Care Centers – Alcohol and Drugs (CAPS-AD) is guided by the acknowledgement of users as citizens rather than patients, aiming at social reinsertion through an intersectoral approach and damage control, as well as other principles designed to build up integral healthcare services that are fair and egalitarian. This paper examines alcohol and drug users, their companions and healthcare practitioners in terms of the existing healthcare model, through a study conducted at two Psycho-Social Care Centers – Alcohol and Drugs in Recife, Pernambuco State. Focus groups, participative observation and documentary surveys were used to analyze the daily work routines at these Centers, exploring player perceptions and therapeutic projects. The findings indicate that users are still perceived as being ill, with medicalization and other traces of care models not used since the Psychiatric Reform. Social reinsertion was perceived as the main obstacle in integral healthcare. Restructuring this practice seems necessary, in order to break away from a culture of prejudice, exclusion and illness, as well as control models based on hospital-centric psychiatry.*

Key words *Healthcare, Drugs, Humanization, Integral care*

Resumo *No Brasil, a expansão dos CAPS-AD, baseada em um modelo de atenção integral à saúde de usuários de álcool e outras drogas, preconiza a passagem da idéia de doentes para a de cidadãos; reinsertão social e intersectorialidade das ações; adoção da redução de danos e outros princípios para atenção integral justa e equânime; entretanto, a literatura aponta para manutenção da lógica de controle que surge com o saber médico do século XVIII. O objetivo desse trabalho foi investigar a percepção de usuários, acompanhantes e profissionais, acerca do modelo de atenção à saúde de usuários de drogas. O estudo foi realizado em CAPS-AD de Recife (PE), com grupos focais, observação participante e pesquisa documental, para presenciar o cotidiano das unidades, aproximar-se das percepções dos atores sobre o modelo e conhecer os projetos terapêuticos utilizados. Os resultados apontam que ainda há a percepção dos usuários como doentes, a medicalização e outros resquícios de modelos de atenção em desuso a partir da reforma psiquiátrica. A reinsertão social foi percebida como o maior obstáculo para atenção integral à saúde. É necessária uma reorientação da prática, buscando romper com a cultura do preconceito, da exclusão e da doença, e com modelos controladores baseados na psiquiatria hospitalocêntrica.*

Palavras-chave *Atenção à saúde, Drogas, Humanização, Integralidade*

* Estudo realizado para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC)/Fiocruz, com orientação de Maria Alice Branco (ENSP).

¹ Instituto PAPAÍ. Rua Mardônio Nascimento 119, Várzea. 50741-380 Recife PE. maristelammoraes@hotmail.com

Introdução

O uso de substâncias psicoativas está presente em toda a história da humanidade, em diferentes culturas, e certamente os vários registros desse uso não podem deixar de ser citados pelos trabalhos que têm como objeto o uso de drogas ou contextos relacionados a essa prática. Ainda que apontem para um consumo diferenciado do atual, marcam a relação existente entre os seres humanos e a busca por diversos tipos de substâncias, em diferentes contextos, com objetivos e motivações diversas, como remédio e como veneno, de forma divina ou demonizada, correspondendo a uma prática humana milenar e universal¹.

Os estudos antropológicos apontam que, dentre as drogas consumidas pela humanidade, o álcool é uma das mais antigas, uma das mais utilizadas e com diferentes fins, de anestésico a narcótico. Sendo uma substância produzida a partir de elementos disponíveis na natureza (água, açúcar, fermentos e calor), talvez a origem do álcool tenha ocorrido espontaneamente, durante a pré-história humana. Com o posterior desenvolvimento de técnicas agrárias e de utensílios de cerâmica, é provável que o armazenamento, fermentação e comercialização tenham sido facilitados, contribuindo para uma produção sistemática posterior².

Um outro exemplo de substância psicoativa, que tem suas origens datadas dos tempos do neolítico, originada de uma das primeiras plantas utilizadas em larga escala, é a *cannabis*, matéria-prima da maconha. Há registros de seu uso no Antigo Oriente, na China e na Índia, estando na base de remotas formas religiosas e diversos usos medicamentosos³.

É evidente também que a história do uso de substâncias, em vários momentos, se confunde com a história da cura, dos curandeiros, dos alquimistas, das bruxas, dos xamãs e da medicina⁴.

A tradição de uso de plantas mágicas está na origem de vários mitos de criação do universo, cultos religiosos, rituais de cura ou processos de autoconhecimento, de várias culturas orientais e ocidentais. Menezes Filho⁵, citando Schultes & Horfmann⁶, apresenta alguns exemplos dessas plantas, como o alucinógeno *datura*, associado ao culto ao deus indiano Shiva Nataraja; as alucinógenas do México, Colômbia, Guatemala e Peru; a *ayahuasca* nas seitas União Vegetal e Santo Daime, na bacia Amazônica e no Brasil; além do cipó *banisteriopsis* e outras plantas utilizadas pelo xamanismo. Também se faz referência à lendária Árvore do Conhecimento, que segundo al-

guns autores, existiu na África e provavelmente esteve envolvida no surgimento da consciência dos nossos ancestrais⁷.

Cabem aqui algumas observações sobre rituais, tendo em vista que em qualquer tempo e lugar, a vida social é marcada por essas manifestações, constituindo um sistema cultural de comunicação simbólica⁸, de grande utilidade para tratar de questões dos primórdios do uso de drogas.

Dentre os tipos de rituais, merecem destaque os tabus, ou ritos de evitação, que têm como principal finalidade limitar o contato entre o sagrado e o profano. Os rituais expiatórios, complementares aos de evitação, provocam os sentimentos de angústia causados pela culpa⁸ e têm papel fundamental na compreensão das relações que se estabelecem com as drogas na atualidade.

É possível considerar que, atualmente, “o temor da sociedade em relação ao uso de drogas expressa o perigo representado pelo que há de transgressor em tal ato”⁹, à provável punição associada à violação do tabu, caracterizado principalmente pela não existência de mediação entre a transgressão e a punição.

Entendemos o tabu em relação ao uso de drogas não apenas por seu caráter sagrado original, comportando um ritual para seu uso e se inserindo num contexto de iniciação, mas também pelo seu caráter atual de impureza, pela violação constante a sua proibição⁹.

Observa-se um paralelo entre a violação do tabu, expressa pelo uso de drogas para busca de prazer, e o caráter de expiação recebido pelo usuário, principalmente ao tornar o uso compulsivo, fazendo a pessoa sentir-se castigada pela própria droga, como uma forma clara de vingança pela violação do tabu⁹.

Na atualidade, no centro das principais contradições relacionadas à questão do uso de drogas, está o comércio dessas mercadorias, num contexto capitalista em que mercadoria torna-se fetiche. É no processo de transformação do fetiche ***droga ilegal***, no fetiche ***dinheiro*** que entram em jogo relações de produção e reprodução de riqueza, poder e simbologia¹⁰.

Já em relação ao campo da saúde, qualquer panorama geral sobre o quadro do uso de drogas na sociedade brasileira fica bastante prejudicado, não só pela defasagem dos instrumentos de coleta de informações, como também, entre outros fatores, pelo aspecto ilícito e marginalizado do uso de algumas substâncias.

Até os anos 80, o Brasil não dispunha de dados epidemiológicos consistentes, e só a partir de 1986 desenvolveu-se uma nova geração de investi-

gações capazes de oferecer o mínimo de informações para diagnóstico confiável desta realidade¹.

A partir de 1987, vários estudos passam a ser realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo¹¹. Os estudos sobre álcool, a droga mais consumida no país e que acarreta os maiores problemas decorrentes do uso indevido, apontam índices elevados de abuso entre a população¹¹.

Em relação ao tratamento, um estudo realizado de 1987 a 1993 revela que o álcool é responsável por 90% das internações por dependência e psicoses por drogas, sendo a maioria dos internados na faixa etária entre 31 e 45 anos, com predomínio do sexo masculino (proporção de 15:1), estando o uso de cocaína em segundo lugar¹².

Dados mais atuais sobre morbidade hospitalar no SUS apontam que os gastos públicos com internações decorrentes de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, de janeiro a novembro de 2003, foram de R\$ 55.565.960, correspondendo a 83% dos gastos totais nesta categoria, enquanto os decorrentes de transtornos associados ao uso de outras substâncias, neste mesmo período, foram de R\$ 11.651.624, 17% do total¹³.

Entretanto, o saber produzido a partir destes estudos é marcado por profundas incertezas¹, alimentadas pela insuficiência desses dados para uma avaliação global da situação no país e para definição de políticas abrangentes e efetivas.

Reproduzindo os aspectos contraditórios que marcam o contexto do uso de drogas na atualidade, tanto a sociedade quanto o governo do Brasil tradicionalmente deram prioridade à repressão na abordagem dessa questão, em detrimento de ações preventivas abrangentes¹.

A opção brasileira pela abordagem repressiva e proibicionista nasce de um modelo americano que se espalha rapidamente por todo o mundo¹⁴.

Atualmente, as políticas relacionadas ao uso de drogas são de responsabilidade da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), criada em 1998 e subordinada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. A SENAD coordena o nível estratégico de atividades de restrição da oferta de substâncias que causem dependência física ou psíquica, e de redução de demanda, entendida como prevenção ao uso indevido, além de aspectos da recuperação de dependentes¹⁵.

Quanto ao uso de drogas lícitas, principalmente o álcool, até pouco tempo o Brasil não dispunha de uma política pública específica ou

que contemplasse essa problemática. O novo governo brasileiro recentemente divulgou um documento intitulado "A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas"¹⁶, que, segundo alguns autores, apenas inicia a discussão sobre a implantação de serviços de atenção à saúde¹⁷.

A política pública da redução de danos, indicada nesse e em outros documentos oficiais do país e em documentos internacionais, é citada nos documentos brasileiros com maior destaque que em anos anteriores. Esta abordagem opõe-se à visão tradicional de redução da oferta e está construída sobre dois argumentos: 1) é impossível uma sociedade completamente sem drogas; 2) a guerra às drogas contraria os princípios éticos e direitos civis das pessoas, ferindo o direito à liberdade do uso do corpo e da mente¹⁸.

Além disso, a abordagem da redução de danos põe em ação estratégias de autocuidado imprescindíveis para diminuição da vulnerabilidade frente à exposição às situações de risco, além de ser apontada como forma privilegiada de intervenção em saúde pública. No entanto, a implantação de programas e ações pautadas nessa abordagem ainda é alvo de críticas e censuras, gerando polêmicas e contradições de várias ordens.

Em termos de Classificação Internacional das Doenças, a dependência de substâncias passa a ser considerada em 1893. Em 1969, é feita a primeira revisão desse termo, sendo introduzida a noção de farmacodependência, e depois revisada e ampliada novamente em 1975¹.

Classificada como doença mental, principalmente por conta das contribuições da psiquiatria e da psicanálise, a toxicomania passa a ser alvo das mesmas intervenções que marcam o processo de reforma psiquiátrica no Brasil, que visa implantar um novo paradigma de atenção à saúde mental, que orienta até hoje a prática nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Essa história da doença mental é marcada por diversas questões importantes. Nos mesmos locais onde os leprosos eram confinados, os "jogos de exclusão" serão retomados, agora sobre os pobres, vagabundos, presidiários e alienados. Especialmente a loucura, que tinha conquistado um lugar na hierarquia dos vícios da Idade Média, passa a ser alvo da ciência de forma contundente. Inúmeras eram as explicações e caracterizações dos insanos: avaros, delatores, bêbados, adúlteros, intérpretes equivocados das Escrituras Sagradas, feiticeiros, alquimistas e tantos outros entregues à desordem e à devassidão que apresentavam desvios de conduta¹⁹.

Respaldados na idéia de que o trabalho dignifica os humanos, não só os vagabundos e mendigos eram alvo de exclusão, mas havia uma proliferação significativa das casas de correção ou de trabalho, principalmente na Inglaterra do século XVI. Com a Renascença, pobreza passa a designar castigo e a existência de pobres era sinal da maldição do Senhor, um mal a ser banido da sociedade¹⁹. Na França, no mesmo século, aparece a exigência de criação dos hospícios para os miseráveis encontrarem “a vida, a roupa, uma profissão e castigo”¹⁹.

Como resquícios dessa compreensão de trabalho, obviamente relacionada à disciplina da era industrial, composta por uma série de técnicas orientadas para a dominação²⁰, várias instituições utilizam o trabalho assistido como técnica terapêutica.

Provavelmente como aparato para todas as intervenções ditas terapêuticas, numa instituição psiquiátrica existe uma explicação científica para cada ato, uma confirmação da inferioridade do diferente, reduzindo o conflito entre o excludente e o excluído²¹.

Nesse contexto, uma reflexão sobre a ação sedativa dos medicamentos torna-se fundamental. Para Basaglia²¹, o efeito dos medicamentos utilizados pela psiquiatria fixa o doente no seu papel passivo de doente. Segundo o autor, a administração de medicamentos configura-se também como uma forma de violência e de opressão relacionada aos hospitais tradicionais, tendo em vista que coloca o paciente numa posição passiva diante do poder médico que prescreve o que alguém deve tomar, dentro de uma estrutura institucional cuja autoridade médica não admite contestação.

Mas, até mesmo as expectativas quanto ao tratamento estão fortemente influenciadas pela relação que as pessoas estabelecem com a saúde e a doença, marcadas, entre outros fatores, pelas classes sociais em que estão inseridas. Entre as camadas altas e médias, a noção de saúde está relacionada à de bem-estar, enquanto que para as camadas populares, a idéia de saúde está ligada à capacidade de trabalhar²².

Sob o rótulo de neurose ou outra categoria igualmente imprecisa, escondem-se problemas sociais diversos, uma questão complexa que exigia da assistência psiquiátrica brasileira a renúncia do papel que a história lhe coube, a saber, o de recolher e excluir os dejetos humanos da sociedade²¹, de forma semelhante a outros países do mundo.

Do ponto de vista do modelo de atenção, entre vários autores parece consenso a existência de

quatro diferentes modelos, distintos entre si e possuidores de pontos positivos e lacunas. Recorrendo a Bucher¹, identificam-se os seguintes: o modelo sanitarista, o jurídico-moral, o socio-cultural e o psicossocial.

Seja qual for o modelo de atenção que oriente as ações em saúde, a literatura mostra que o tratamento deve fundamentar-se em aspectos biológicos, psíquicos e sociais, sendo capaz de responder às particularidades do indivíduo, do grupo, do tipo de droga e do ambiente sociofamiliar²³.

A maior parte dos serviços de tratamento para problemas decorrentes do uso de drogas no Brasil pertence à rede pública de saúde, regida pelos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS e pelo modelo oficial de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Com diversas origens e pautados em diferentes concepções de atenção à saúde, a rede de atendimento a dependentes químicos no país está distribuída entre unidades básicas de saúde, hospitais gerais, serviços ambulatoriais, unidades especializadas, clínicas especializadas e comunidades terapêuticas²³.

O Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, no âmbito do SUS, define como principais componentes da assistência: a atenção básica; a atenção nos CAPS-AD, ambulatórios e outras unidades hospitalares especializadas; a atenção hospitalar de referência e a rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil), complementar à rede de serviços colocados à disposição pelo SUS²⁴.

Situada no contexto da reforma psiquiátrica, a atenção psicossocial tem como proposta compreender a determinação psíquica e sociocultural do processo saúde-doença. Considera os conflitos e contradições constitutivas dos sujeitos e intervém na organização das relações intra-institucionais, horizontalizando as ações e valorizando a equipe multidisciplinar. Trabalha para a desconstrução da idéia de instituição como clausura, permitindo uma relação exterior. Tem também como princípio a execução de ações éticas e terapêuticas baseadas na recuperação dos direitos de cidadania e do poder de contratualidade social²⁵.

Para tanto, algumas exigências são impostas: desospitalização, desmedicalização, clínica ampliada e transdisciplinar, horizontalização das relações intra-institucionais, interlocução entre loucos eãos, trânsito livre nas unidades de saúde, atendimento integral e territorializado, desinstitucionalização do paradigma psiquiátrico e substituição pelo psicossocial²⁵.

Esse modelo está na base de funcionamento dos Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS e NAPS), serviços de atenção psicossocial implantados maciçamente no Brasil, paralelamente à diminuição significativa de leitos e hospitais psiquiátricos²⁶.

A implantação dos chamados CAPS-AD, específicos para tratamento dos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, tem sido a prioridade da atual política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, do ponto de vista do tratamento¹⁶.

Além da regulamentação dos CAPS-AD, o Ministério da Saúde também instituiu, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, a partir da Portaria GM/816 de 30 de abril de 2002, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas e na criação “de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais”¹⁶, integrada ao meio cultural e adequada aos princípios da Reforma Psiquiátrica¹⁶.

É importante destacar que a referida Portaria baseia-se, entre outros documentos, na Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS, ao recomendar a ampliação da atenção integral à saúde, promovendo a intersetorialidade. A criação de uma Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde surgiu a partir da necessidade de mudanças no modelo de atenção à saúde. Tem como pressupostos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde (usuários, profissionais e gestores)²⁴.

Em suma, no atual contexto da atenção à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, marcado pela psiquiatria clássica e pelas formas alternativas de conceber e intervir nesse campo, o avanços das políticas públicas e a preconização de um modelo de atenção integral à saúde de usuários de drogas precisam ser compreendidos a partir de sua expressão na prática cotidiana das unidades.

Sendo assim, o presente estudo está inserido num contexto de investigação da Saúde Coletiva, cuja singularidade está no fato de abordar as percepções de diferentes atores sociais, sobre o modelo de atenção à saúde que orienta a prática, possibilitando a escuta de personagens importantes nesse cenário, geralmente ignorados em vários estudos.

Objetivos

O objetivo geral desse estudo foi analisar as percepções de profissionais, usuários e acompanhantes acerca do modelo de atenção à saúde que orienta os serviços de tratamento para usuários de drogas em Recife (PE).

Os objetivos específicos foram: identificar concordâncias e contradições entre profissionais, usuários e acompanhantes acerca do modelo de atenção à saúde de usuários de drogas; analisar as repercussões das percepções sobre a estruturação/prática dos serviços.

Metodologia

O estudo está embasado nos campos das ciências humanas e da saúde, utilizando a abordagem da produção de sentido e práticas discursivas como referencial teórico-metodológico.

As práticas discursivas são as formas de construção de sentido acerca da vida e de posicionamento em relações sociais do cotidiano. Dessa forma, uma conversa, um texto ou um filme são exemplos de práticas discursivas²⁷.

Nesse contexto, os repertórios são conjuntos de termos, figuras de linguagem, descrições e demais construções discursivas que são apreendidos e construídos. É possível identificar repertórios em textos, em conversas e em outras situações cotidianas²⁷.

O estudo foi realizado em dois CAPS-AD localizados em Recife. Foram utilizadas as técnicas de grupos focais, observação participante e pesquisa documental, para presenciar o cotidiano das unidades de saúde, aproximar-se das percepções dos atores sobre o modelo e conhecer os projetos terapêuticos das unidades.

Participaram dos grupos focais 36 pessoas, entre usuários, acompanhantes e profissionais de diferentes áreas e setores.

Foram considerados como critérios para inclusão na amostra os usuários que estavam em tratamento na unidade há, no mínimo, dois meses e que tinham procurado o serviço por vontade própria ou em acordo com parentes ou familiares; os acompanhantes de usuários que já tinham sido atendidos ou estavam em atendimento; profissionais que trabalhavam nas unidades há, pelo menos, um ano, como psicoterapeuta, clínico, arte-educador, gestor ou em atividade administrativa.

Para análise foram criadas categorias a partir do documento “A política do Ministério da Saú-

de para a Atenção Integral à Saúde de Usuários de Álcool e Outras Drogas”¹⁶, de 2003, que apresenta as linhas gerais do modelo de atenção à saúde de usuários de drogas.

As categorias criadas foram as seguintes:

1) **acolhimento**: ações cotidianas na chegada à unidade de saúde, bem como encaminhamentos e estabelecimento de vínculos; 2) **intersectorialidade**: ações capilarizadas, articuladas com a sociedade civil e a comunidade; 3) **diminuição do preconceito**: ações que visem à diminuição do preconceito relacionado ao uso de álcool e outras drogas; 4) **mudança de percepção sobre os usuários**: percepções sobre a necessidade de passagem da concepção do usuário de drogas como doente para cidadão, merecedor de direitos; 5) **reintegração social**: ações de reinserção social, utilizando recursos intersectoriais como esporte cultura e lazer; 6) **cuidados aos familiares**: atenção prestada aos familiares e outros acompanhantes de usuários em atendimento ou não; 7) **objetivo do tratamento**: projetos terapêuticos, finalidades do tratamento, expectativas sobre altas.

Sobre procedimentos de análise

Para análise, foram criados dois quadros de repertórios produzidos pelos atores sociais, um para cada unidade de saúde. Nos quadros, estão contidas colunas para os repertórios produzidos pelos atores, além de uma coluna com todas as categorias e subcategorias utilizadas, conforme ilustrado no quadro abaixo.

Para preenchimento dos quadros foram selecionados aspectos contidos nas transcrições dos grupos focais e nas anotações do diário de campo realizadas durante a observação participante. Os quadros contêm um vasto material bruto utilizado para o estudo, sendo possível encontrar alguns fragmentos dessas falas ao longo do presente artigo. O material coletado a partir da análise documental foi inserido no corpo do texto.

Os repertórios referentes a cada subcategoria de análise estão devidamente numerados de acordo com a coluna de categorias e subcategorias.

A análise foi feita a partir dos quadros e do material de análise documental, apresentada separada pelas categorias de análise.

Categorias/subcategorias	Repertórios produzidos		
	Usuários	Profissionais	Acompanhantes
1. Acolhimento 1.1 recepção 1.2 encaminhamento 1.3 rotina 1.4 vínculo com os usuários 1.5 vínculo com os profissionais 1.6 vínculo com familiares 1.7 vínculo geral com a unidade			
2. Intersectorialidade 2.1 articulação entre a rede de atenção em saúde 2.2 articulação com outros setores			
3. Diminuição do preconceito 3.1 em relação ao tratamento 3.2 em relação ao usuário			
4. Mudança de percepção sobre usuários			
5. Reintegração social			
6. Cuidados aos familiares			
7. Objetivo do tratamento 7.1 resolatividade 7.2 projetos terapêuticos 7.3 inserção dos profissionais 7.4 inserção da clientela 7.5 inserção dos familiares 7.6 alta			

Resultados e discussão

Em todas as categorias de análise, pareceu haver a percepção sobre a importância dos elementos presentes na política definida pelo Ministério da Saúde, mas, ao mesmo tempo sobre a dificuldade de atender esses princípios na vivência cotidiana.

Em vários momentos, os usuários falavam da gratidão pela possibilidade de estar fazendo o tratamento numa unidade tão boa e gratuita, onde recebiam medicação sem precisar pagar. Esse aspecto remete à falta de percepção da atenção à saúde como um direito e, mais ainda, a não percepção deles próprios como cidadãos, como pode ser ilustrado na fala abaixo, sobre o trabalho de manutenção da unidade de saúde, realizada por usuários:

[...] temos que fazer mesmo, por aí a fora tratamento, remédio, quando tá custando? E nós temos isso aqui de graça. A gente tá fazendo, mas também estamos recebendo, em dobro, né, e a situação por aí não tá muito boa. (homem adulto, 60 anos, negro, participante de grupo focal de usuários).

As regras são percebidas como normais e necessárias pelos atores sociais de ambas as unidades, mas a cobrança pelo seu cumprimento por vezes é narrada por usuários como “exageradas” ou “rigorosas”. Esse tipo de avaliação, entretanto, só foi comum entre usuários que possuíam uma maior crítica à atenção recebida, minoria em ambos os serviços.

Na unidade de saúde A, os usuários que estavam no intensivo ou semi-intensivo (período integral ou um turno do dia), diferente dos usuários da unidade de saúde B, enfatizaram vários elementos do Termo de Compromisso que assinam ao serem admitidos. O Termo de Compromisso da unidade de saúde A, que traz informações sobre as regras gerais da unidade, como horário de entrada e de saída, faltas, alta administrativa ou por abandono e sobre as tarefas de manutenção da unidade, pareceu ser percebido como rigoroso, porém necessário para que as pessoas “levassem a sério” o tratamento. Referiram perceber as regras como normais e as atividades de manutenção da unidade como parte do tratamento, reproduzindo, em vários momentos, o discurso dos profissionais.

Entre os profissionais da unidade de saúde A, parecia haver a percepção de que as atividades de manutenção da unidade, realizadas pelos usuários, ajudariam no desenvolvimento de aspectos tidos como importantes para a alta do tratamento, remetendo a uma explicação científica para cada ato, como destaca Basaglia²¹, na qual o usu-

ário aceita a interpretação oficial acerca dos acontecimentos dentro das unidades, como uma forma de enquadrar-se no modelo de internado perfeito, valorizado pelas equipes, reduzindo o conflito entre o excludente e o excluído.

A existência de regras em instituições de atenção à saúde mental está marcada historicamente pela necessidade de enquadramentos dos desviantes, dos que não seguem regras vigentes na sociedade e, em muitos casos, tem a função de controle ou punição. Se por outro lado, em toda e qualquer instituição há a necessidade de regras e acordos que possibilitem a convivência coletiva, em se tratando de instituições que têm a marca da função de controle e ajustamento social, é necessário estar atento às concepções de sujeito que possam estar embutidas em instituições atuais, porém marcadas por essa história.

Ainda que feitas essas considerações, é importante deixar claro que a maioria dos atores sociais participantes do estudo não percebe o controle, a punição ou outros aspectos embutidos na análise feita acima, mas é evidente que, como parte do processo de construção da prática da atenção em saúde mental, esses elementos estão presentes de alguma forma.

Os profissionais demonstram estar atentos à necessidade de humanização da atenção, ainda que poucos pareçam conhecer os princípios que regem esse modelo de atenção, atualmente incentivado dentro do SUS. Para além daquele espaço de trabalho, o relato dos usuários mostra não haver uma postura humanizada por parte de alguns profissionais, indicando que os princípios da humanização podem estar circunscritos apenas à unidade de saúde por serem uma diretriz da atenção profissional.

Foi possível identificar a existência de três grandes conjuntos de repertórios lingüísticos dos atores sociais, a saber, repertórios afetivos, técnicos e políticos, que auxiliam a compreensão dos sentidos acerca da atenção à saúde. Os repertórios afetivos, formados por expressões que apontam para relações mais humanizadas, que incluem afeto, amor, atenção, escuta e aproximação, foram bastante acionados para falar de atenção que julgavam humanizada, sobretudo quando se abordavam questões sobre acolhimento.

As percepções de usuários e acompanhantes sobre o componente intersectorialidade foram mais focadas na falta de ações ligadas ao esporte e à profissionalização que, segundo eles, deveriam ser oferecidas dentro da unidade, tendo em vista perceberem como necessário o corpo e a mente estarem ocupados, para afastar as dro-

gas. Houve pouca referência sobre a necessidade do estabelecimento de parcerias com outros setores para contribuir na geração de renda ou inserção no mercado de trabalho, como preconizado pela Política de Atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Já as categorias e subcategorias relacionadas à diminuição do preconceito, à mudança de percepção acerca do uso e do usuário de drogas e à reinserção social desse grupo apareceram fortemente associadas, no decorrer do trabalho de campo. Isso ocorreu por parte dos três atores sociais, seja nos grupos focais, seja durante a observação participante, levando à opção de analisá-las em conjunto.

Entre os usuários, foi dada grande ênfase nas repercussões que a exclusão social tem em suas vidas. Para os usuários da unidade de saúde A, serem percebidos como doentes, aparentemente, representa um avanço no sentido de deixarem de ser vistos como irresponsáveis e vagabundos, concepções aparentemente consideradas predominantes na sociedade. Já para os usuários da unidade de saúde B, a questão não parece ser a dificuldade de deixarem de ser vistos como doentes, conforme preconizado pela reforma psiquiátrica e na política de atenção aos usuários de drogas, mas de não serem vistos como marginais, como pode ser observado na fala a seguir:

[...] pra mudar a sociedade, tem que mudar a cabeça da sociedade, porque a união da sociedade vai ser impossível. Sempre tem preconceito com qualquer coisa, seja classe social, seja cor, seja que o cara é drogado, seja [...] por tudo, sempre vai ter preconceito [...]. Há quantos anos tem o preconceito dos negros? Desde quando se deixou de ter preconceito com pobre? Todo dia o negro é chamado de drogado, pobre e marginal [...]. A sociedade tem o raciocínio pra trás, um pensamento inferior; [...] não pensam que não é preciso usar droga pra pessoa ter pensamento ruim [...]. (homem jovem, 18 anos, negro, participante de grupo focal de usuários).

Entre alguns profissionais, tanto da unidade de saúde B como na A, também é possível verificar a compreensão de que a melhor forma de reintegrar-se à sociedade é deixando de usar drogas. Talvez a abstinência seja a expressão máxima de que alguém se encontra em condições de ajustamento e “purificação”, necessários para serem aceitos socialmente. Mesmo assim, parece que o caráter de vigilância sobre essas pessoas se manterá permanente.

Corroborando este aspecto a percepção, especialmente presente entre os atores sociais da unidade

de saúde A, da doença provocada pelo uso de drogas como algo incurável, que pode estabilizar-se, mas estará sempre presente. Ou seja, uma vez alcoolista, sempre alcoolista, sempre uma pessoa diferente, em quem não se pode confiar por estar sujeita permanentemente a recaídas e crises.

Talvez essas sejam expressões do que discutem alguns autores, como Tundis & Costa²⁸, sobre a função de vigilância assumida e delegada a algumas instituições, e por que não à sociedade como um todo, cujos saberes e práticas estão norteados pelos mecanismos de dominação e imposição da lei e da ordem, principalmente sobre as camadas populares urbanas.

Vale ressaltar que, entre os atores sociais da unidade de saúde A, há a percepção do trabalho da equipe estar voltado para a conscientização sobre a doença junto aos usuários, aos acompanhantes e à sociedade, para que possam aceitá-los como doentes. Essa percepção parece repercutir consideravelmente na construção da autoimagem de doentes entre os usuários.

Essa autopercepção de doentes, reforçada pelos profissionais e acompanhantes, também parece trazer ganhos para os usuários, como por exemplo, a falta de crítica com quem apresenta recaída.

A manutenção da idéia de doentes configura-se como um obstáculo ao avanço para uma concepção de cidadania, conforme se espera de uma atenção integral, justa e humanizada, aproximando-se mais do modelo psiquiátrico tradicional do que da proposta atual.

Tanto a noção de doentes como a de marginais são contrárias ao fortalecimento da organização social dos próprios usuários, indicada nos documentos que orientam as ações de promoção da saúde de usuários de drogas, uma vez que contribuem com a passividade e a exclusão. Não pareceu ser compreendida pelos vários atores sociais a importância dessa organização social, uma vez que não foram citadas nem percebidas ações nesse sentido.

Além do preconceito associado ao uso de drogas, a percepção da existência de problemas sociais graves no cotidiano da maioria dos usuários parece ter relação com a avaliação dos profissionais quanto às dificuldades na promoção da reinserção social, que reconhecem como um dos pontos-chave da atenção aos usuários de drogas, em consonância com a política oficial. Atribuem esses problemas à falta de perspectivas de ocupação profissional, em parte parecendo ser justificada, por exemplo, pela percepção dos usuários como acomodados, observada na unidade de saúde A.

Avaliam que a instituição deveria ser um local de passagem, mas que não tem sido porque, entre outros fatores, a rede intersetorial é precária e não se tem para onde encaminhá-los. Ainda que haja essa compreensão, não há referência a uma articulação ou criação de uma rede comunitária, conforme indicado em documentos que discutem as estratégias para reinserção social.

Para os acompanhantes de usuários essas questões também se colocam de forma clara:

“Se o indivíduo saísse daqui em condições de realmente começar a ter um movimento na sociedade e que esse próprio centro fosse capaz de encaminhá-lo, porque pára e cada um que vá para sua casa e cada um que se vire”. (homem adulto, negro, familiar de usuário, participante de grupo focal de acompanhantes).

Curiosamente, nas três categorias abordadas na análise em questão, os repertórios políticos não foram empregados da forma enfática que se poderia esperar a partir da natureza das questões colocadas. Esses repertórios, quando trazidos, não estavam relacionados à percepção dos usuários como cidadãos, à necessidade de organização social dos usuários, pautada na compreensão de aspectos da reforma psiquiátrica e a outros avanços rumo a uma concepção do sujeito como biopsicossocial e político. Na maioria das vezes, as referências restringiram-se a aspectos sobre o papel do governo e à gestão da saúde pública.

O aspecto do cuidado aos familiares foi um dos mais difíceis de ser observado durante o estudo, tendo em vista a pouca referência dos atores sociais a esse aspecto da atenção.

Os profissionais percebem como indispensáveis os cuidados aos familiares, mas avaliam como realizados aquém do que esperam e do que pensam ou sabem estar recomendado nas políticas de atenção aos usuários de drogas.

É interessante notar que, ainda que haja a recomendação dos cuidados aos familiares, como o foco do tratamento é mantido no usuário, parece não se ter clareza da natureza dessa atenção às famílias. Algumas vezes, a família é vista pelos profissionais como um suporte, como um apoio para o usuário em tratamento, enquanto que elas próprias demonstram suas expectativas de ser ouvidas, de compartilhar angústias, de ser o foco da atenção.

Sobre os objetivos do tratamento, apesar de aparentemente semelhante para grande parte dos atores sociais, algumas contradições apareceram nos discursos, principalmente em torno da meta da abstinência, como pode ser observado abaixo:

Participante A:

[...] eu não posso negar que um dos critérios para eu dar alta é a abstinência de drogas, com certeza, né, que ninguém precisa de droga pra viver. E outra coisa importante é a melhora da qualidade de vida, [...] com sua vida familiar; sua vida profissional, sua vida afetiva, amorosa [...]. (mulher adulta, parda, profissional participante de grupo focal)

Participante B:

[...] primeiramente é o resgate da sua autoestima e depois, que a droga se tornasse algo secundário na vida dele, que tudo que é secundário você pode dispensar a qualquer momento com facilidade [...]. (mulher adulta, parda, profissional participante de grupo focal)

A abstinência parece ser uma meta clara para todos os atores sociais na unidade de saúde A, que aparentemente concordam com esse objetivo, embora as freqüentes recaídas talvez possam indicar o rigor de uma meta que parece inalcançável para a maioria dos usuários. Nesse caso, a recaída pode ser interpretada como fraqueza, fracasso, insistência em um erro, portanto, passível de gerar vergonha e culpa.

Era comum ouvir relatos de que, para o uso crônico do álcool, não há alternativas além da abstinência, principalmente devido aos agravos à saúde de pessoas que fazem uso de álcool há muito tempo e à incompatibilidade entre a medicação utilizada e a droga.

Já no projeto terapêutico da unidade de saúde A, a manutenção da abstinência é o item número 1 do acompanhamento da efetividade do tratamento, onde estão descritos como objetivos, sensibilizar e motivar os dependentes para meta de supressão da droga e melhoria da qualidade de vida; trabalhar a questão da droga na lógica da redução de danos, tendo como meta ideal a supressão da substância.

Ainda que no discurso os usuários da unidade de saúde A deixem claro que não recebem reclamações da equipe profissional pelas recaídas, foi possível observar um aparente temor da descoberta ou desconfiança de que se fez uso de álcool. Da mesma forma, parecia haver uma vigilância por parte dos profissionais quanto à manutenção da abstinência, expressa no questionamento aos usuários sobre se haviam feito uso, seja nos corredores ou nas salas de atendimento, mas principalmente nas triagens e nos atendimentos para receberem prescrição de medicação.

Esse aspecto remete à discussão feita anteriormente, acerca da constante vigilância pela qual passam os usuários, pela violação do tabu, mas

também pelos jogos de exclusão e normatização existentes na sociedade atual, na qual o uso de drogas transformou-se em um grande vilão.

No projeto da unidade de saúde A, a abordagem da redução de danos é colocada como uma possibilidade, ainda que se reforçando que a meta ideal é a abstinência.

É importante deixar claro que a lógica da redução de danos não é oposta à abstinência. A supressão do uso de drogas pode ser a melhor forma de reduzir os danos para algumas pessoas, mas é importante que essa conclusão seja tirada pelo próprio usuário, junto com a equipe que o acompanha, e não algo imposto num projeto terapêutico.

A política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas preconiza a adoção de programas terapêuticos individualizados, criados para cada caso específico, que podem ter como meta final a abstinência, ou não.

Parece que não só no momento em que esse projeto terapêutico da unidade de saúde B foi redigido, mas ainda hoje, há uma dificuldade na compreensão dos princípios da redução de danos. Não significa, contudo, que os profissionais não percebam ou não utilizem a redução de danos na prática, mas talvez falem mais informações sobre a abordagem, para que sintam mais segurança na utilização do termo.

Uma outra questão que chama a atenção diz respeito à percepção sobre o uso de medicamentos durante o tratamento, especialmente observada na unidade de saúde A, que remete a aspectos relevantes acerca da atenção recebida, parecendo também ter relação direta com o controle e a vigilância sobre os usuários, discutidos anteriormente.

O uso de medicamentos é percebido, na unidade de saúde A como importante para o tratamento, principalmente pelos acompanhantes, porque, segundo eles, serve para controlar o usuário, melhorar a auto-estima e fazer o humor estabilizar-se. Muitos percebem mesmo como necessário e fundamental o uso de medicação:

[...] eu venho pra cá terça-feira e se a médica disser 'ele (o marido de quem fala) não precisa tomar medicação', eu pego o nome dela todinho e vou no Conselho Regional de Medicina e denuncio ela [...]. (mulher adulta, esposa de usuário, participante de grupo focal de acompanhante).

Além disso, o uso de medicamentos por usuários de álcool parece ser uma forma de controle também da própria abstinência, uma vez que é reforçado, a cada momento, que com a medicação sendo tomada, não se pode beber.

Os usuários também percebem que os remédios ajudam a melhorar. É interessante notar que quase todos parecem estar utilizando medicamentos e reconhecem esse procedimento como importante, muitas vezes central para a recuperação. Essa percepção, muitas vezes, os coloca aparentemente à disposição para utilizar o que estiver disponível na farmácia da unidade, para não correr o risco de ficar sem remédios, avaliação compartilhada pelos profissionais que, em geral, receitam medicamentos para quase todos os atendidos.

Esse aspecto parece indicar que a abstinência e a desintoxicação pela medicação são capazes de purificar quem está em tratamento e livrá-lo de um grande mal. A administração, uso ou controle sobre o uso configuram-se como importantes rituais entre profissionais, usuários e acompanhantes, que expressam um repertório usual de práticas de tratamento, presente nas relações entre os atores sociais em questão, dando sentido à realidade vivida.

O componente prevenção, compreendido como necessário, também está no projeto terapêutico da unidade de saúde B. Há menção da tríade prevenção-pesquisa-tratamento como orientadora das ações; entretanto, na prática, o componente de prevenção pareceu menos desenvolvido que o componente de tratamento, e o de pesquisa praticamente inexistente, ao menos no período em que foi realizado o estudo. Por se tratar de uma unidade de referência para tratamento, é possível ter a expectativa de que este componente fosse mais desenvolvido e destacado.

As ações de prevenção também estão explícitas na política de atenção integral à saúde de usuários de álcool e outras drogas, ancoradas na ideia de que não existe separação entre prevenção e assistência na saúde pública, nem hierarquia de importância entre esses componentes. Visam o fortalecimento dos fatores de proteção que auxiliem na redução da iniciativa de consumo, considerando que tanto os fatores de risco como os de proteção podem ser identificados em todos os domínios da vida¹⁶.

Em suma, quanto aos objetivos do tratamento, pode-se dizer que a percepção dos vários atores sociais, em linhas gerais, está próxima do que preconiza a política atual em questão, que é bastante recente e provavelmente está em fase de construção de legitimidade e implantação, em toda a rede de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas. Não se deve desconsiderar, entretanto, os vários elementos destoantes dessa política, bem como as contradições existentes nos discursos e a não coincidência de ex-

pectativas dos atores sociais envolvidos, que serão melhor referidas na conclusão do estudo.

Conclusões

Sabe-se que historicamente o uso de drogas tem marcado a relação existente entre os seres humanos, estando presente em diferentes contextos, com objetivos e motivações diversas, como remédio e como veneno, de forma divina ou demonizada.

No entanto, a literatura aponta para a manutenção da lógica de controle que surge com o saber médico do século XVIII, em torno dos portadores de desvios, entre eles os usuários de drogas, tendo em vista que estas se configuram, progressivamente, como tabus na sociedade atual.

A história da doença mental, na qual está inserido o uso de drogas, é marcada por diversos “jogos de exclusão”. A loucura passa a ser alvo da ciência de forma contundente, construindo inúmeras explicações e caracterizações dos insanos, entregues à desordem e à devassidão que apresentavam desvios de conduta¹⁹.

Esses jogos de exclusão manifestaram-se dentro das instituições médico-jurídicas para onde os usuários de drogas iam ou eram mandados, cujos recursos terapêuticos utilizados tinham mais a função de punir do que de tratar e, muitas vezes, tentavam reduzir o conflito entre o excluído e o excluído, como por exemplo, a partir do uso de medicamentos sedativos, que fixa o doente na sua posição de passividade²¹.

Em resposta ao crescente pânico da população em torno do grande problema da atualidade - o uso de drogas - cresceu também uma corrente de atenção à saúde que diz que essas pessoas merecem atenção à saúde de qualidade, o que é coerente com o movimento de humanização da atenção à saúde, documentado na Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS, que recomenda a ampliação da atenção integral à saúde, promovendo a intersetorialidade²⁴.

Apesar de claramente serem avanços, tanto a política de humanização quanto a da atenção integral aos usuários de drogas ainda encontram-se em processo inicial de implantação, sendo possível observar a convivência de resquícios de práticas anteriores a essas propostas, pertencentes a outros paradigmas de atenção.

Os aspectos que destoam e vão numa direção contrária ao da política humanizada de atenção integral estão bastante enraizados em modelos hegemônicos que perduraram historicamente, mas aparentemente em processo paulatino de descon-

strução, que provavelmente leva um tempo bem maior do que o tempo necessário para a publicação de um documento ou de portarias que regulamentam um determinado modelo de atenção.

No entanto, de modo geral, nas duas unidades de saúde que fizeram parte desse estudo, há a percepção de que o modelo descrito na Política de Atenção Integral ainda não faz parte do cotidiano de grande parte dos atores sociais. Os maiores questionamentos e discordâncias foram feitos pelos profissionais; na unidade de saúde A por reforçarem a concepção dos usuários como doentes, e no da unidade de saúde B pela dúvida acerca da forma mais adequada de aproximar-se dos usuários.

Não havia também, de modo geral, a percepção da atenção à saúde como um direito, nem dos usuários como cidadãos ou da importância da organização social dos usuários.

A mudança da idéia de doente para a de cidadão aparentemente é algo ainda distante, entre outras razões, por estar relacionada ao fato da identificação como doente ser uma justificativa social para o “desvio”, retirado do campo da moral e colocado no da saúde mental. É esse lugar do “não responsabilizável” por uma determinada conduta condenável, que muitos usuários de álcool e outras drogas parecem procurar para lidar com a exclusão e com a culpa.

Trata-se de um grande obstáculo ao avanço para uma atenção integral, tendo em vista que tanto a noção de doentes, como a de marginais, são contrárias ao fortalecimento da organização social dos próprios usuários, para que possam fazer controle social, indicada nos documentos que orientam as ações de promoção da saúde de usuários de drogas, uma vez que contribuem com a passividade e a exclusão.

Foi demonstrada, também, a necessidade de se pensar estratégias mais eficazes de inserção dos acompanhantes no processo de atenção à saúde, de forma que estes percebam que são parte integrante desse processo, o que pareceu ainda não ser possível.

As percepções sobre os objetivos do tratamento, aparentemente semelhantes entre os atores sociais, apresentavam contradições nos discursos em torno da meta da abstinência, talvez a expressão máxima de que alguém se encontra em condições de ajustamento e “purificação”, necessários para serem aceitos socialmente.

Essa meta da abstinência aparentemente coloca a abordagem da redução de danos em segundo plano, talvez pela falta de compreensão de que ela não é oposta à abstinência.

A abstinência e a desintoxicação pela medicação pareciam ser capazes de purificar quem está em tratamento e livrá-lo de um grande mal. A administração, uso ou controle sobre o uso configuram-se como importantes rituais entre profissionais, usuários e acompanhantes, que expressam um repertório usual de práticas de tratamento, presente nas relações entre os atores sociais em questão, dando sentido à realidade vivida, localizando no corpo a sede de todos os males e qualificando o uso de medicamentos na prática psiquiátrica.

É necessário, entretanto, que se tenha clareza de que a ampliação da rede de serviços não é suficiente para se ter uma atenção integral à saúde dos usuários. Entre outras coisas, talvez seja necessário: 1) envolver/formar profissionais habilitados e sensíveis, sintonizados com os princípios da humanização e da atenção psicossocial e, acima de tudo, dispostos a romper com princípios de controle e exclusão, profundamente enraizados na nossa sociedade; 2) formular políticas públicas mais amplas e intersetoriais, que possam lidar de forma adequada com a complexidade que é o uso de drogas na atualidade; 3) envolver toda a sociedade num esforço de reflexão sobre o papel que o uso de drogas teve e tem na nossa cultura, de uma forma menos moralista e mais ética; 4) compreender e implementar os princípios da redução de danos, abordagem mais humana, respeitosa, que ajuda a desenvolver estratégias de autocuidado e estimula ações protagonistas dos usuários de drogas, para que possam advogar em favor do seu direito à saúde.

A reflexão sobre as implicações dos processos de socialização masculina, que expõe os ho-

mens a situações vulnerabilizantes e os coloca, por exemplo, como a população majoritária dos serviços de saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de drogas, também não estava presente no cotidiano das práticas dos vários atores sociais em questão. Não há dúvida, entretanto, da necessidade de discutir a ação nesse campo, seja inserindo nas agendas das políticas públicas, nas práticas de saúde ou na sociedade de forma ampla.

As discordâncias de percepção entre os vários atores sociais não foram tão evidentes quanto se pode esperar, tendo em vista que os sentidos são construídos nas relações estabelecidas, de forma que em vários momentos se tinha a impressão de que um discurso técnico estava sendo reproduzido, reconstruído e legitimado cotidianamente. Ainda assim, esses atores sociais identificavam-se como autores desses sentidos produzidos e não se tem dúvida de que certamente o eram.

Cabe a preocupação, entretanto, da perpetuação da valorização de um saber técnico, em detrimento de outros valores que possam ser trazidos pelos diferentes atores, o que sem dúvida também perpetuaria um modelo de atenção pautado em um saber médico onisciente, onipotente e onipresente.

Por fim, é preciso que, no campo da atenção à saúde de usuários de drogas, sejam trilhados caminhos para tornar realidade uma atenção integral, justa e humanizada, que rompa com práticas enraizadas na sociedade, pautadas na psiquiatria do século XIX e na percepção de que os desviantes devem estar “controlados” dentro das unidades de tratamentos, seja pelo uso de medicamentos, seja pela busca incessante da abstinência.

Referências

1. Bucher R. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
2. Acioli MD. **O processo de alcoolização entre os Pankararú: um estudo em Etnoepidemiologia** [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2002.
3. Cavalcanti BC. **Danças e bandeiras: um estudo do maconhismo popular no Nordeste do Brasil** [dissertação]. Recife (PE): Departamento de Antropologia/ Universidade Federal de Pernambuco; 1998.
4. Achterberg J. **A imaginação na cura: xamanismo e medicina moderna**. São Paulo: Summus; 1996.
5. Menezes Filho A. **Os alquimistas continuam chegando** [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2001.
6. Schultes RE, Horfmann RF. **Planta de los Dioses**. México: Fonte de Cultura Econômica; 1982.
7. Mckenna T. **O alimento dos deuses**. Rio de Janeiro: Record; 1995.
8. Peirano M. **Rituais ontem e hoje**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora; 2003.
9. Izecksohn S. O tratamento como ritual de cura. In: Baptista M, Cruz MS, Matias R, organizadores. **Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito**. Rio de Janeiro: Editora UERJ; 2003. p. 125-132.
10. Minayo C. Sobre a toxicomania da sociedade. In: Baptista M, Cruz MS, Matias R, organizadores. **Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito**. Rio de Janeiro: Editora UERJ; 2003. p. 13-32.
11. Noto AR. **Uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua de seis capitais brasileiras no ano de 1997** [tese]. São Paulo (SP): Escola Paulista de Medicina/ Universidade Federal de São Paulo; 1997.
12. Noto AR, Carlini EA. Internações hospitalares provocadas por drogas: análise de sete anos consecutivos (1987-1993). **Revista ABP-APAL** 1995; 17(3):107-114.
13. Delgado PGG, Macedo P, Cordeiro F, Moreira S. Álcool e redução de danos: construção de uma política intersetorial efetiva. In: Buning E, Gorgulho M, Melcop A, O' Hare P, organizadores. **Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 144.
14. Arana X, Husak D, Scheerer S, organizadores. **Globalización y drogas. Políticas sobre derechos humanos y reducción de riesgos**. Madrid: Instituto Internacional de Sociología Jurídica de Oñati - Dykinson; 2003.
15. Sudbrack MFO, organizadora. **Prevenção ao uso indevido de drogas: diga sim à vida**. v.2. Brasília: CEAD/Unb; SENAD; 2000. p. 14-21.
16. Brasil. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. [Série E, Legislação de Saúde]
17. Delgado PGG. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: Tundis S, Costa N, organizadores. **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes; 1987. p. 171-202.
18. Cotrim BC. A prevenção ao uso indevido de drogas nas escolas. In: Sudbrack MFO, organizadora. **Prevenção ao uso indevido de drogas: diga sim à vida**. v. 1. Brasília: CEAD/Unb; SENAD; 1999. p. 58-67.
19. Foucault M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva; 1978.
20. Sibília P. **O homem pós-orgânico: corpo, subjetividade e tecnologia digitais**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 2002.
21. Basaglia F. **A instituição negada**. Rio de Janeiro: Edições Graal; 1985.
22. Bezerra Junior B. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: Tundis S, Costa NR, organizadores. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes; 1987. p. 133-170.
23. Mossiman A. O tratamento do uso indevido de drogas. In: Sudbrack MFO, organizadora. **Prevenção ao uso indevido de drogas: diga sim à vida**. v. 2. Brasília: CEAD/Unb; SENAD; 2000. p. 42-48.
24. Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
25. Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: Amarante P, organizador. **Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2003. p. 13-44.
26. Amarante P, organizador. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: Amarante P. **Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau Editora; 2003. p. 45-66.
27. Medrado-Dantas B. **Tempo ao tempo: a gestão da vida em idade** [tese]. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2002.
28. Tundis S, Costa NR, organizadores. In: **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes; 1987.

Artigo apresentado em 09/02/2006

Aprovado em 04/05/2006

Versão final apresentada em 17/11/2006

