



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**  
CURSO DE MESTRADO

**AS AÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO  
BÁSICA JUNTO A USUÁRIOS COM PROBLEMAS  
DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.**

MESTRANDO: DÁLBERTI SCIAMANA DE LIMA  
ORIENTADOR: PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup> DANIELA RIBEIRO SCHNEIDER

Área de Concentração:  
Processos psicossociais, saúde e desenvolvimento psicológico

Florianópolis, 2009





UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**  
CURSO DE MESTRADO

MESTRANDO: DÁLBERTI SCIAMANA DE LIMA  
ORIENTADOR: PROF<sup>a</sup> DR<sup>a</sup> DANIELA RIBEIRO SCHNEIDER

**AS AÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO  
BÁSICA JUNTO A USUÁRIOS COM PROBLEMAS  
DECORRENTES DO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas

Florianópolis, 2009



**Dálberti Sciamana de Lima**

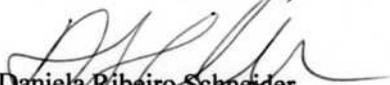
***As ações dos profissionais de saúde da atenção básica junto a usuários com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas***

Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

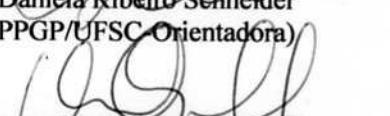
Florianópolis, 26 de fevereiro de 2010.



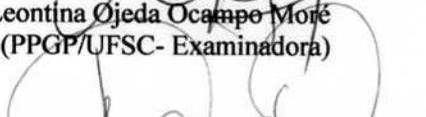
Dra. Kátia Maheirie  
(Coordenadora - PPGP/UFSC)



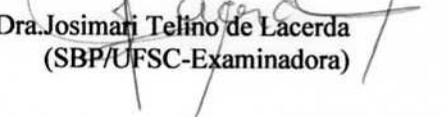
Dra. Daniela Ribeiro Schneider  
(PPGP/UFSC-Orientadora)



Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo More  
(PPGP/UFSC- Examinadora)



Dra. Josimari Telino de Lacerda  
(SBP/UFSC-Examinadora)



Dra. Maria Aparecida Crepaldi  
(PPGP /UFSC -Suplente)



“Liberdade não é fazer o que se quer, mas querer o que se faz”.  
Jean Paul Sartre



## **Agradecimentos**

*Meus pais me ensinaram que toda conquista necessita da aplicação constante de esforço e dedicação, da decisão de fazer aquilo que precisa ser feito, no momento que precisa ser feito. Assim, comprometimento, persistência e responsabilidade foram qualidades essenciais que, talvez mesmo sem a intenção, eles me transmitiram.*

*Graças a eles, e os agradeço muito por isso, encontrei as condições propícias para buscar uma profissão que me realizasse*

*Agradeço também a minha orientadora no mestrado Dr<sup>a</sup> Daniela Schneider, por sua paciência e alegria com que sempre me recebia para as orientações. Contudo, tal atitude não impediu que me cobrasse, que me chamasse à atenção e que me auxiliasse a focar na qualidade minha dissertação. Mesmo a despeito da ausência de condições próximas ao ideal, Daniela soube extrair meu melhor com as ferramentas que tinha em mãos.*

*A minha amiga e ex companheira Ana Paula, agradeço por ter me incentivado o tempo todo a continuar estudando, mesmo sabendo que a ausência seria um dos preços a serem pagos. Com ela aprendi a “ser” alguém melhor e mais preocupado com as coisas e pessoas a minha volta. Aprendi a valorizar mais minha família, amigos e a todos que, frequentemente, cruzaram ou ainda cruzarão minha vida.*

*Aos professores Éder Leoni, que mesmo sem saber, ministrou aulas que geravam verdadeiras interrogações e as quais nunca saía irreflexivo, a Zuleica Preto, por ter sido, além de uma excelente orientadora, uma grande amiga e que contribuiu efetivamente para que eu escolhesse a atual linha de pesquisa e, por último, a professora Juliane Viecili, minha orientadora do TCC, que despertou em mim o desejo pela pesquisa e pela formação no nível de mestrado. Com ela, aprendi a importância do rigor na pesquisa.*

*Por fim, até o presente momento, posso dizer que nenhuma conquista se dá sem apoio, sem incentivo, sem a mediação de pessoas que te impulsionam a superar cada desafio e cada obstáculo. Por isso, a realização de uma pessoa não é só dela, mas de todos que, de alguma forma, auxiliaram-na em sua trajetória.*



LIMA, D. S. (2009) *As ações dos profissionais de saúde da atenção básica junto a usuários com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC) 2009.

**Resumo:** Na ausência dos dispositivos de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas como os CAPS e CAPS-ad, a demanda deste atendimento acaba sendo absorvida pelas equipes da atenção básica de saúde. Nesse contexto, o objetivo dessa pesquisa foi analisar as ações dos profissionais de saúde da atenção básica, junto a usuários com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em um município de porte médio do Estado de Santa Catarina cuja rede de saúde não apresenta os serviços previstos pela política nacional de atenção à saúde mental, como os diferentes tipos de CAPS, ações de matriciamento e equipes de referência em Saúde Mental. Foram realizadas entrevistas semi estruturadas com um médico clínico geral, um enfermeiro e um agente comunitário de saúde das cinco maiores Unidades Básicas de Saúde do município em questão. Esta pesquisa se caracterizou como um estudo de campo qualitativo, do tipo descritivo exploratório, de corte transversal. Os resultados obtidos indicam que as equipes da ESF pesquisadas não apresentam conhecimentos técnicos suficientes para diagnóstico e manejo dos casos, utilizam a administração farmacológica como principal método de intervenção, fazem encaminhamentos para hospitais psiquiátricos e grupos de ajuda mútua por não terem na rede de saúde dispositivos suficientes para atendimento desta demanda e desconhecem as políticas públicas de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, do Ministério da Saúde.

**Palavras chave:** Atenção básica – dependência de substâncias psicoativas – equipes de saúde.

LIMA, D. S. (2009) *As ações dos profissionais de saúde da atenção básica junto a usuários com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC) 2009.

**Abstract:** In the absence of devices of integral assistance to the alcohol users and other drugs as CAPS-ad and CAPS, these cases end up being absorbed by the public health system. In this context, the objective of this research was to analyze the actions of the professionals of health who work at the Public Health System dealing with users addicted to alcohol and other drugs, in an average city from Santa Catarina State – Brazil – regarding its population, which Public health system does not present minimum required services in accordance to the national politics of assistance to mental health, as the different types of Caps, matrix-based strategies and teams of reference in mental Health. Semi-structured interviews have been conducted in the presence of a general doctor, a nurse and a community agent of health from the five larger Public health system units of the city where the survey has been carried out. This research has characterized itself as a qualitative study, descriptive and explanatory. Obtained results indicate that teams of Family Health Strategy, FHS, who participated in the research do not present enough knowledge for diagnosis nor ability to handle the referred cases, they use pharmacology as their primary source of intervention on cases, often they send these patients to psychiatric hospitals and mutual self-help groups for they do not have proper means to assist these patients regarding mental health and public integral assistance politics for Alcohol and other drugs addiction patients, are unknown to them.

**Key Words:** Public Health System – psychoactive substances addiction – Basic attention

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2 – OBJETIVO.....</b>	<b>7</b>
2.1 – Objetivo geral.....	7
2.2 – Objetivos específicos.....	7
<b>3 – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>8</b>
3.1 – Perspectiva teórico metodológica.....	8
3.2 – Equipes básicas de saúde: composição e processos de trabalho.....	11
3.3 – Política de Atenção a Saúde Mental.....	15
3.3.1 – Política de Atenção Integral ao uso Álcool e Outras Drogas.....	22
3.4 – Modelos de Atenção à Dependência de Álcool e outras Drogas.....	25
3.4.1 – O modelo jurídico – moral.....	29
3.4.2 – O modelo biomédico.....	33
3.4.3 – O modelo psicossocial.....	39
3.4.4 – O modelo sociocultural.....	41
3.5– Padrões de consumo e classificação geral das substâncias psicoativas .....	46
<b>4 – MÉTODO.....</b>	<b>57</b>
4.1 – Caracterização e Delineamento da Pesquisa.....	57
4.2 – Campo de Pesquisa.....	57
4.3 – Participantes.....	59
4.4 – Instrumentos e procedimentos para a coleta dos dados.....	61
4.5 – Procedimentos para transcrição e análise dos dados.....	63
4.6 – Procedimentos éticos.....	63
<b>5 – DEFINIÇÃO DAS CATEGORIAS E ELEMENTOS DE ANÁLISE.....</b>	<b>65</b>
<b>6 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>74</b>
6.1 – Identificação da demanda.....	74
6.2 – Propostas terapêuticas e práticas de acolhimento.....	84
6.3 – Concepções teórico metodológicas das equipes de saúde da atenção básica em relação às causas da dependência de álcool e outras drogas.....	91
<b>7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>102</b>

<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXO 1.....</b>	<b>118</b>
<b>ANEXO 2.....</b>	<b>120</b>

## Lista de Tabela e Figuras

<b>Figura 1</b>	Problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas	<b>52</b>
<b>Figura 2</b>	Frequência de problemas relacionados ao consumo	<b>53</b>
<b>Tabela 1</b>	Quantidade de profissionais atuantes nas cinco maiores UBS do Município pesquisado.	<b>58</b>
<b>Tabela 2</b>	Descrição geral dos sujeitos de pesquisa	<b>60</b>
<b>Tabela 3</b>	Respostas dos sujeitos em relação à categoria “Identificação da demanda”	<b>77</b>
<b>Tabela 4</b>	Respostas dos sujeitos em relação à categoria “Práticas de acolhimento e encaminhamento”	<b>86</b>
<b>Tabela 5</b>	Respostas dos sujeitos em relação à categoria “concepções sobre dependência”.	<b>93</b>
<b>Quadro 1</b>	Definição das categoriais “Identificação da demanda”.	<b>66</b>
<b>Quadro 2</b>	Definição das categoriais “Práticas de acolhimento e propostas terapêuticas”.	<b>69</b>
<b>Quadro 3</b>	Definição da categoria “Concepções sobre dependência”.	<b>71</b>



## INTRODUÇÃO

### 1.1 - A questão do uso de Drogas.

A relação do homem com substâncias psicoativas é tão antiga quanto a própria história da humanidade. Em Shanidar, norte do Iraque, há 60 mil anos o homem de Neanderthal já conhecia pelo menos oito tipos de plantas com efeitos medicinais (Toscano Jr., 2000). O vinho, consumido em eventos sociais, ocasiões especiais e comemorativas, é utilizado desde o período neolítico (8.000 a 10.000 A.C.). O consumo de derivados de opióides, do cânhamo originaldo da planta *Cannabis sativa*, e de folhas de coca remontam a antiguidade 3.000 AC (Brasiliano, 2005). A partir destes achados verifica-se que a utilização de substâncias psicoativas pelo homem ocorre desde os períodos mais remotos da evolução humana, não sendo o uso de drogas um comportamento contemporâneo ou mesmo restrito a uma determinada época ou grupo humano.

Embora indícios da utilização de drogas sejam encontrados em praticamente todas as épocas, culturas e sociedades humanas (MacRae, 2000; MacRae, 2007; Mandon, 1996), na antiguidade seu consumo se restringia a pequenos grupos e era utilizada para fins lúdicos, recreativos, ritualísticos ou medicinais (Moraes, 2008). O padrão de uso motivado por tais fins somente foi se alterando a partir do século XVII, tendo seu ápice iniciado no século XVIII, com processo de industrialização e urbanização ocorrido na Europa e Estado Unidos (Toscano Jr, 2000).

Verifica-se com isso, que a frequência e a prevalência do consumo destas substâncias estão relacionados e associados a transformações sociais, políticas, culturais e econômicas. Por essa razão, a compreensão do fenômeno da dependência de substâncias psicoativas não pode ser realizada com base exclusivamente no comportamento individual, sem menção às macro estruturas sociais e econômicas que criam condições para o *modos operandi* do home moderno. Nos dias atuais (2009), o uso de álcool e outras drogas se configuram como um dos principais problemas no campo da saúde pública mundial e brasileira (Brasil, 2003; Genebra, 2004).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) indicam que o uso abusivo de substâncias psicoativas ocorre em 10% das populações urbanas, independente da idade, sexo, nível de instrução ou poder aquisitivo (Barros & Pillon, 2006; Genebra, 2002; Genebra, 2004). O

tabaco sozinho é responsável pela morte anual de aproximadamente cinco milhões de pessoas em todo o mundo. Esse número corresponde a 9% do total de óbitos ocorridos em escala mundial (Barros & Pillon, 2006; Genebra, 2002).

O tabaco, em conjunto com o álcool, são as duas substâncias psicoativas responsáveis pelo maior número de mortes evitáveis em todo o mundo. Os dados da OMS revelam a magnitude e os danos que o uso abusivo destas substâncias tem no âmbito da saúde física, psíquica, social e econômica dos individuais e para população em geral.

No Brasil a realidade não difere muito do panorama mundial. A dependência de álcool ocorre com 12% de seus usuários e a prevalência de drogas ilícitas atinge 1% da população geral (Carlini, Galduróz, Noto & Nappo, 2005). Estima-se que no Brasil existam mais de 15 milhões de pessoas com problemas relacionados ao alcoolismo (Cardim, 1986; Cremesp, 2003). No campo da Saúde Mental, pesquisas indicam que no Brasil, 70% das internações psiquiátricas ocorrem por transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (Cardim, 1986; Gallassi, Elias & Andrade, 2008; Peixoto, Souza & Freitas, 1997). Tais dados revelam o impacto que o uso abusivo de substâncias psicoativas têm no âmbito da saúde individual, coletiva e no Sistema de Saúde brasileiro (Moraes, 2008).

Em virtude da expressividade em termos da magnitude do consumo e possibilidades de identificação dos casos pelas equipes locais de saúde, o uso abusivo de substâncias necessita ser abordado no contexto da Atenção Básica. Pesquisas apontam (Barros & Pillon, 2006, Cremesp, 2003) procedimentos que podem ser adotados pelas equipes da atenção básica, no intuito de realizarem diagnoses, intervenções breves e ações de prevenção e promoção de saúde junto aos usuários com problemas ocasionados pelo uso de drogas.

Contudo, é válido ressaltar que, em sua grande maioria, os usuários não buscam os serviços de saúde em decorrência do uso problemático de drogas, mas sim por conta de comorbidades associadas (Cremesp, 2003; Rezende, 2003). Quando a busca pela atenção é feita, os usuários já apresentam agravos físicos, transtornos comportamentais e ou prejuízos sociais decorrentes do consumo. Essa situação torna pertinentes questões sobre como é feita a abordagem e o diagnóstico destes usuários? Como as equipes de saúde identificam se o agravo físico ou comportamental apresentado pelo usuário é ou não decorrente do uso de substâncias psicoativas? Quais são os procedimentos adotados após identificação da dependência de drogas? Enfim, quais são as ações

em saúde adotadas pelos profissionais da atenção básica junto a estes usuários? Como e para onde são feitos os encaminhamentos? Há contra referência?

As respostas para estas questões podem estar diretamente relacionadas à qualificação da equipe técnica sobre a problemática das drogas, às concepções que nutrem sobre as determinantes da dependência e sobre a estrutura da rede de serviços disponibilidade para atendimento desta demanda. Assim, a verificação da qualificação que as equipes da atenção básica têm para lidar com esta demanda, aliados à identificação da concepção subjacente as causas da dependência, à aplicação de políticas públicas municipais de saúde mental e ao estabelecimento de protocolos de atenção em relação a estes usuários, é algo necessário. Estas questões estão diretamente relacionadas aos princípios norteadores do SUS: acessibilidade, equidade, integralidade, controle social e resolutividade em saúde (Brasil, 1990, 2002).

Em relação ao aspecto da resolutividade em saúde, a dependência de álcool e outras drogas se constitui como um dilema no campo da saúde coletiva. Desproporcional à incidência do uso de drogas na população está a baixa efetividade dos tratamentos e modelos de atenção propostos (Schneider, 2006a, Schneider, 2009a) Geralmente, os modelos atuais de atenção se sustentam em concepções divergentes sobre as causas da dependência e suas possibilidades de intervenção, enfatizando determinados aspectos singulares do fenômeno, mas sem relacioná-los ou integrá-los com outras variáveis ou dados universais.

Como exemplo, pode-se destacar o discurso presente no modelo biomédico, que define a dependência como uma doença crônica, recorrente e de fundo orgânico (Genebra, 2004; Fiori, 2002; Fiori, 2004; Toscano Jr, 2000). Tal definição não integra variáveis fundamentais para o estabelecimento do quadro de dependência, como fatores psicossociais, culturais, político e sócio econômicos. A variável biológica da dependência, objetivada pela ação farmacocinética e farmacodinâmica da droga no organismo, apesar de sua importância na delimitação desta problemática, é enfatizada de forma determinista em relação as demais constituintes do quadro de dependência psicoativa. Além disso, fatores preponderantes relacionados às mediações sociais e condições de vida são negligenciados.

Associado a elevada prevalência do uso de drogas pelas populações urbanas e a baixa efetividade dos modelos de atenção está o fato de pesquisas indicarem a existência de subdiagnóstico no campo da saúde mental, em especial, relacionados ao uso abusivo de álcool e

outras drogas (Gonçalves et. al., 2008). Os técnicos não apresentam formação e qualificação suficiente para detectar este problema e lidar com este tipo de demanda (Cruz & Filo, 2005; Rezende, 2003), além de apresentarem concepções moralistas, reducionistas e deterministas sobre as causas da dependência.

Em se tratando da organização e estruturação dos serviços de atenção voltados para atendimento de usuários dependentes de álcool e outras drogas, a partir do surgimento e regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) foram organizados e implantados atendimentos em diversos níveis de atenção, de acordo com as especificidades da demanda e o grau de gravidade do consumo (Ribeiro, 2004). Assim, o tratamento para problemas relacionados ao uso de drogas pode contemplar atendimento ambulatorial, internações breves e longas, atendimento psicoterápico com apoio farmacológico, acompanhamento terapêutico em centros de convivência e ser organizado na forma de dispositivos específicos com atribuições previamente estabelecidas.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad), foram idealizados para atuar na lógica da atenção integral em oposição ao modelo hegemônico da psiquiatria clássica, centrado na doença, na internação hospitalar, na unicausalidade do adoecimento e na ação interventiva individualizada e receptiva dos profissionais de saúde. A meta destes dispositivos é oferecer propostas de atenção sustentadas em concepções críticas e dialéticas da relação sujeito – droga, propondo a minimização dos prejuízos advindos do uso abusivo, ao invés da abstinência como exclusiva meta terapêutica a ser imposta para todos os usuários (Brasil, 2003, Brasil, 2004a).

O município estudado é uma cidade de porte médio de Santa Catarina que, até o presente momento (2009), apresenta políticas públicas no campo da Saúde Mental nas quais imperam o modelo asilar com enfoque terapêutico direcionado para a abstinência e internação hospitalar. Isso em relação aos serviços especializados realizados a nível secundário e terciário da rede. Em termos de ações da rede primária, o município em questão, apesar do porte, não apresenta enquadre terapêutico voltado para atendimento em saúde mental. Tal situação pode ser verificada pela ausência dos CAPS e CAPS-ad no município, além de recursos humanos e dispositivos insuficientes para atendimento à demanda no campo da saúde mental. Ademais, neste município encontram-se situados os dois maiores hospitais psiquiátricos (um público e um privado) do Estado de Santa Catarina, indicando a

necessidade de se verificar o impacto que a presença de instituições asilares tem no acolhimento e na integralidade das ações em Saúde Mental, principalmente no tocante aos usuários dependentes de álcool e outras drogas.

Ressalta-se, assim, que neste município ainda não foram implantados os serviços previstos pela política nacional de atenção à saúde mental, como os diferentes tipos de CAPS, ações de matriciamento e qualificação dos técnicos para atendimento a esta demanda. Com isso, é possível identificar que o usuário “perde-se” na rede assistencial, buscando os serviços somente quando já é dependente ou por intermédio de terceiros, como amigos e familiares. Para complementar a já defasada rede de serviços, grupos de ajuda mútua e instituições filantrópicas acabam sendo a única opção disponível para atendimento e acolhimento da demanda.

Em termos históricos, vale lembrar que o Campo da Saúde Mental, em 1997, representava cerca de 12% do total investido pelo SUS (Peixoto, Souza & Freitas, 1997). De acordo com os pesquisadores, o montante investido estava relacionado a alta média de permanência dos usuários nas instituições de tratamento, ou seja, nos hospitais psiquiátricos.

Ressalta-se que na rede de saúde municipal não são encontrados psicólogos e existem apenas dois psiquiatras para atendimento de toda a população municipal. Recursos humanos mais abundantes apenas nas instituições asilares mantidas pelo poder público estadual. Assim, os profissionais especializados na demanda em saúde mental encontram-se somente no nível terciário da rede.

A partir destes indicadores é possível propor a investigação de como são feitos os atendimentos de usuários que chegam à rede básica com problemas derivados do uso abusivo de drogas: Como os usuários são acolhidos? Ocorre algum procedimento ou planejamento terapêutico para atendimento desta demanda? Pela condição estrutural da rede de serviços em saúde do município, pode-se levantar a hipótese de que os usuários, quando identificados, são encaminhados diretamente para as instituições asilares, o que corrobora com achados referentes a alta prevalência de internações psiquiátricas motivados pelo uso / abuso de substâncias psicoativas, tanto no âmbito nacional quanto no município em questão (Gallassi, Elias & Andrade, 2008).

Desse modo, a partir dos dados apresentados neste capítulo, pela presente pesquisa objetivou-se **analisar as ações dos profissionais**

**6**

**de saúde da atenção básica, junto a usuários com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.**

## **2 – OBJETIVOS**

### **2.1 – Objetivo Geral**

Analisar as ações dos profissionais de saúde da atenção básica de um município de Santa Catarina, junto a usuários com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

### **2.2 – Objetivos Específicos**

- Descrever os procedimentos adotados pelos profissionais da atenção básicas de saúde, para identificação de usuários com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.
- Identificar as práticas de acolhimento desenvolvidas pelos profissionais da atenção básicas de saúde, junto a usuários com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.
- Identificar as propostas terapêuticas desenvolvidas e encaminhamentos realizados pelos profissionais da atenção básica de saúde, junto a estes usuários.
- Descrever as concepções teórico-metodológicas dos profissionais da atenção básica de saúde, em relação às determinantes do fenômeno da dependência de álcool e outras drogas.

### 3 – REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

#### 3.1 – Perspectiva teórico epistemológica

A forma como os problemas decorrentes do consumo de substâncias psicoativas são abordados no contexto da atenção básica é uma questão complexa em virtude de vários fatores, dentre eles as indefinições existentes no campo científico sobre as determinantes da dependência e o grave problema que o uso abusivo destas substâncias gera no campo da saúde pública brasileira e mundial.

A dependência de álcool e outras drogas ocasiona comorbidades físicas e psicológicas, gera conseqüências adversas, e às vezes irreversíveis, para a vida pessoal, familiar, social e laboral do usuário. Dentre esse leque de problemas destacam-se, no âmbito físico, a hipertensão, pancreatite, úlceras, cardiopatia, cirrose, efisema pulmonar além de diversos outros problemas cardiorespiratórios. No aspecto psicológico estão associadas a transtornos de humor, de ansiedade, psicoses, insônia. No aspecto social destacam-se problemas conjugais, jurídicos, familiares, desemprego, acidentes de trabalho e acidentes automobilísticos.

No Brasil, o alcoolismo ocupa a terceira causa de aposentadorias por invalidez e a segunda em termos de transtornos mentais. Estima-se que cerca de 12% da população brasileira é dependente de álcool, 9% dependente de tabaco e 1% dependente de outras drogas (Carlini, Galduróz, Noto & Nappo, 2005)

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde são enfáticos ao discutirem sobre as conseqüências que a dependência de substâncias psicoativas apresenta para a saúde pública e qualidade de vida dos usuários. As Políticas Públicas de atenção integral ao uso de substâncias psicoativas se constituem, por isso, como parte integrante das ações integradas do Sistema Único de Saúde (SUS). Ações essas que visam, além de promover a saúde destes usuários, oferecer atendimento preventivo, remediativo e recuperativo através da criação de um sistema articulado de cuidados na rede primária e no atendimento especializado.

No campo científico, observa-se a existência de impasses na definição do fenômeno da drogadição, principalmente no tocante a sua constituição a partir da articulação dinâmica de variáveis neurofisiológicas, psicológicas, sócio históricas, políticas e econômicas. Parece não haver consenso sobre as condições que levam um sujeito a se

tornar dependente destas substâncias, o que pode ser verificado com base nas ações dos diversos serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas e nos modelos explicativos adotados pelas equipes de saúde e comunidade científica em geral.

Uma vez havendo divergências quanto as determinantes do fenômeno, desdobram-se divergências quanto aos indicadores diagnósticos, aos modelos mais indicados de tratamento e recuperação, aos prognósticos relativos à evolução clínica dos casos e as ações integradas em saúde voltadas para a identificação de fatores de risco e prevenção à dependência.

De modo em geral, os estudos e modelos explicativos que norteiam as ações em saúde atem-se a um conjunto específico de variáveis, enfatizando-as em detrimento de uma compreensão mais sistêmica e integral da dependência. Por outro lado, a amplitude do enfoque conduz a explicações genéricas que tendem a ser superficiais pelo falta de especificidade quanto identificação das determinantes e variáveis do fenômeno estudado.

No presente estudo, o aporte teórico utilizado se ancora nas perspectivas da psicologia fenomenológica existencialista, de Jean Paul Sartre. Embora seja citado e reconhecido mais por suas contribuições no âmbito da Filosofia, Sartre foi um teórico que propôs concepções inovadoras para o campo da Psicologia, oferecendo contribuições efetivas para os problemas epistemológicos que esta área do conhecimento vinha e ainda vem enfrentando (Schneider, 2002; Schneider, 2006b).

Sartre buscou responder os dilemas teóricos e epistemológicos de sua época, decorrentes da dicotomia entre as perspectivas idealista e racionalista de um lado e as perspectivas materialista e positivista de outro. Dilemas esses que dificultavam a Psicologia de encontrar consenso quanto aos seus conceitos de base e definição de seu objeto de estudo (Schneider, 2002; Schneider, 2006b).

Desse modo, seu projeto inicial foi reformular a Psicologia, problematizando suas questões mais elementares e propondo soluções que visassem superar os impasses gerados pelo antagonismo epistemológico presente nas perspectivas que lhe serviam de base. Para tanto, revisou as proposições desta disciplina, dialogando criticamente com os filósofos e pensadores de sua época (Schneider, 2002; Schneider, 2006b).

Mesmo não tendo abordado diretamente o campo relativo à Saúde Mental, a concepção sartreana da personalidade como um processo resultante da totalização das experiências singulares do sujeito

com o tempo, espaço, sujeitos e objetos e de sua compreensão da psicopatologia a partir do núcleo de vida e história concreta do sujeito, incluindo as mediações sociológicas, fornecem substrato teórico e subsídio para as críticas à psiquiatria clássica e ao modelo mentalista e ahistórico que vinha sendo adotado para a compreensão dos fenômenos psicopatológicos.

Desse modo, as contribuições de Sartre geraram efetivas implicações para o movimento da Reforma Psiquiátrica, principalmente no tocante ao seu campo epistemológico, ao propor a compreensão do fenômeno psicopatológico não somente como resultante de desequilíbrios bioquímicos ocorridos no Sistema Nervoso Central (SNC), mas também como decorrente da concretude existencial de um dado sujeito, ou seja, como consequência de sua relação singular e existencial concreta no mundo, no tempo e num dado espaço social e material (Laing, 1991; Bertolino, 1998; Schatzqberg e Nemoroff, 2002).

Assim, em Sartre encontram-se contribuições epistemológicas para refletir sobre as indefinições citadas no início desta introdução, ou seja, no tocante as determinantes dos quadros de dependência de substâncias psicoativas. Classificada pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) como uma doença de fundo orgânico cujas consequências podem acarretar a ocorrência de transtornos psiquiátricos severos e persistentes, a dependência de drogas se inscreve a partir do mesmo aporte teórico que subsidia as compreensões dos fenômenos psicopatológicos da psiquiatria clássica e as consequentes críticas aos modelos mentalista, organicistas, reducionistas e deterministas.

Além de contribuições teóricas e epistemológicas para o campo da psicologia, Sartre ofereceu as ciências humanas uma nova abordagem metodológica no intuito de lhes garantir objetividade, sem “cair” na armadilha da suposta neutralidade apregoada pelo positivismo. Este método, chamado de progressivo regressivo, enfoca a dialética presente entre os aspectos singulares (características, particularidades, singularidades) e universais de um fenômeno (contexto, época, sociedade, cultura). Um sujeito, por exemplo, apresenta gestos, sentimentos e atitudes que o distingue dos demais. Contudo, este sujeito sempre será um recorte que expressará as características universais de sua época, de sua cultura, de sua rede social. Um sujeito, ao mesmo tempo em que é individualidade e singularidade, é resultante de seu tempo, de sua cultura, sendo, portanto, um acesso para compreendê-los.

Em relação à forma como os problemas decorrentes do consumo de substâncias psicoativas são abordados no contexto da

atenção básica, o método progressivo regressivo permite compreender as ações em saúde a partir da dialética entre as práticas executadas pelas equipes da Estratégia da Saúde da Família em suas respectivas unidades e o contexto sócio histórico e político no qual estas mesmas ações fazem parte e ganham inteligibilidade.

Dessa forma, apresenta-se o panorama teórico investigativo do presente estudo, cujo cerne transita entre a atual situação das políticas públicas e serviços de atenção à saúde mental, em especial, de usuários de álcool e outras drogas de um município de médio porte do estado de Santa Catarina que não apresenta estas diretrizes políticas; os modelos de atenção à dependência adotados nas unidades básicas de saúde deste município, em especial, àqueles incorporados e praticados pelas equipes da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e a perspectiva teórico metodológica que fornece os pressupostos e modelo compreensivo analítico deste trabalho, cujo aporte ancora-se na Psicologia Fenomenológica Existencialista de Jean Paul Sartre.

### **3.2 – Equipe básica de saúde: composição e processos de trabalho.**

A implantação dos cuidados primários em saúde compreende, entre outros fatores, a definição de políticas públicas de atenção à saúde, de normas operacionais de funcionamento, de leis, regimentos e resoluções governamentais, sempre norteados pelos princípios básicos da Reforma Sanitária e pelos princípios internacionais da Carta de Ottawa. Contudo, outra esfera relevante diz respeito à formação, composição e processos de trabalho das equipes profissionais que atuam na atenção básica.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2006), a rede básica pode se efetivar pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), ainda que haja equipes da atenção básica que não pertencem a ESF, estruturada pelo modelo 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). Seus processos de trabalho apresentam como característica fundamental a definição e delimitação de um território de atuação, onde os usuários desta região possam ter ofertados os serviços básicos de saúde e cuidados primários.

O ESF teve início no Brasil, como programa, a partir de 1994, em virtude da parceria entre o Ministério da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância / UNICEF. O principal eixo norteador do

ESF é o oferecimento às famílias de serviços de promoção de saúde e atenção preventiva e curativa em suas próprias comunidades. Tais ações visam a melhoria das condições de saúde da população.

A ESF surgiu com o propósito de alterar o modelo assistencial de saúde, centrado no complexo médico hospitalar (Da Ros, 2000), cujo enfoque sustentava-se nas ações curativas em detrimento da preventiva e no atendimento individualizado em contraposição a assistência familiar e grupal. A ESF veio como resposta às necessidades de uma atenção integral desenvolvida por equipe multiprofissional ao indivíduo e à comunidade, com intensa participação da comunidade. Ademais, a ESF se constituiu na objetivação dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS), sustentados nos conceitos de integralidade, universalidade, equidade e participação social.

Em se tratando da estrutura física, as equipes da ESF atuam nas Unidades Básicas de Saúde, que operam como porta de entrada, ou seja, atender a demanda sem necessidade de encaminhamentos. Contudo, o atendimento a demanda referenciada por outras especialidades ou áreas, também é realizado. Além disso, as equipes da atenção básica e da ESF também prestam atendimentos médicos e odontológicos emergenciais.

É importante ressaltar que a atenção básica se constitui por um conjunto de ações voltadas para os cuidados primários e preventivos da saúde da população, podendo a mesma ser realizada pela ESF ou equipes que atuam diretamente nas Unidades Básicas de Saúde.

Embora ocorram ações emergenciais em saúde, o atendimento por parte das equipes da atenção básica e da ESF difere, pelo menos em tese, do modelo de ação terapêutica individualizada, centrada na ação médica receptiva, curativa e hospitalar (Mendes, 1999). Nesse sentido, os profissionais da atenção básica e da ESF desenvolvem programas e atividades voltadas para caracterização de sua demanda, no intuito de demarcarem os problemas de saúde mais recorrentes e desenvolverem ações preventivas e de proteção à saúde focalizadas junto aos fatores de risco, sejam eles comportamentais, alimentares e/ou ambientais (Brasil, 2006).

Cada profissional da rede básica atua segundo perspectivas teórico – metodológicas próprias e fundamentadas no campo de conhecimento do qual fazem parte. Contudo, observa-se a necessidade destes, na prática profissional, estarem engajados e sintonizados 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 seus aspectos singulares e

universais. Singulares no sentido da especificidade de sua queixa ou demanda em saúde. Universais pelas características sócio-demográficas e culturais dos sujeitos, os quais sempre estão inseridos num contexto concreto de relações, num dado campo de inteligibilidade (Bertolino, 1996).

Desse modo, é possível perceber que a reflexão sobre o papel das equipes de trabalho que compõe a atenção básica deve incorporar não somente a descrição de seus processos organizacionais, profissionais e administrativos, mas também, problematizar os parâmetros que regem a formação profissional na relação com os princípios e diretrizes do SUS (integralidade, equidade e universalidade) e com as características da demanda, em especial, àquelas com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas (Brasil, 2004b), foco desta pesquisa.

Como já exposto, o princípio da integralidade talvez venha a se configurar como o princípio mais complexo de ser posto em prática, em virtude dos pressupostos epistemológicos e teóricos presentes na formação superior dos cursos de graduação voltados para a área da saúde. O modelo biomédico tradicional, por exemplo, centra-se na ontologia realista e na metodologia positivista (Tesser & Luz, 2002; Tesser & Luz, 2006), operando a partir da segmentação mecanicista de seu objeto e da multi especialização como forma de recortá-lo e acessá-lo em suas partes. Como consequência, induz a uma prática tecnicista, reducionista, centrada na doença e nos processos anatomo-fisiológicos como indicadores principais dos processos patológicos, desconsiderando variáveis epidemiológicas essenciais para a ocorrência das doenças, além de fatores ambientais e sócios culturais que incidem sobre as condições de possibilidade para os processos de saúde – doença (Da Ros, 2000; Gerschman e Santos, 2006; Mendes, 1999; Ogden, 1999;).

Embora sua presença nas equipes básicas de saúde não seja exigida e regulamentada por lei, historicamente a Psicologia apresentou os mesmos problemas, com agravos objetivados pela indefinição de seu objeto, pela falta de consenso sobre seus conceitos de base e pela divergência ontológica, epistemológica e metodológica entre suas diversas abordagens (Figueiredo & Santi, 2000).

Retornando a questão da integralidade, a prática na atenção básica requer a superação dos modelos tradicionais de ensino aprendizagem, que normalmente são alheios a produção social em saúde, a visão sistêmica do ser humano e ao protagonismo dos usuários no processo de saúde doença (Souza, Vilar, Rocha, Uchoa & Rocha,

2008). Para tanto, o Ministério da Saúde (Brasil, 2004b), por meio dos programas de formação em saúde, estimula a mudança curricular e incentiva a formação de profissionais socialmente engajados, tecnicamente instrumentalizados, capazes de problematizar seu campo de atuação e as consequências de suas intervenções na resolutividade nos processos de saúde doença. Além disso, cabe aos profissionais de saúde acolher os usuários e adotar práticas de cuidado centradas no protagonismo e na auto responsabilização (Souza, Vilar, Rocha, Uchoa & Rocha, 2008).

No atendimento a demanda caracterizada por usuários com agravos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, a dificuldade nos processos de diagnose aliados a insuficiência na formação profissional conduz a instauração de diversas barreiras e dificuldades de acesso a demanda reprimida. Esta situação é complementada pelos próprios usuários que, embora apresentem agravos em saúde, tem dificuldade de buscar os serviços da rede, pelas próprias características do fenômeno da dependência de drogas. 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 & Turato, 2002).

Dentre as duas variáveis apresentadas, “auto percepção sobre a gravidade dos problemas relacionados ao uso de drogas” e “falta de resolutividade dos tratamentos propostos”, a segunda reflete diretamente a prática profissional e os pressupostos teórico metodológicos que a embasam e, a primeira ocorre, por um lado, por características do próprio fenômeno da dependência de drogas e, por outro lado, como desdobramento da questão da abordagem do problema pelos serviços de saúde, já que os agravos decorrentes do uso de drogas podem ser mapeados por ações de prevenção e identificados pelo perfil das queixas apresentadas pelos usuários ao buscarem os cuidados na rede básica.

Desse modo, observa-se que a falta de preparo dos profissionais para diagnosticar e intervir sobre a dependência de substâncias psicoativas, aliados a outros fatores como crenças e concepções relativas ao fenômeno da dependência conduzem a uma espécie de distanciamento entre equipe técnica e usuário, contribuindo para que este não revele ou não mencione os problemas que apresenta em decorrência do uso de álcool e outras drogas (Fontanella & Turato, 2002; Yunes, Garcia & Albuquerque, 2007).

Outro fator importante no que diz respeito ao pleno atendimento da demanda está o fato de que esta supera a capacidade do sistema gerando gargalos no atendimento, além de sobrecargas e dificuldades no acesso aos serviços de saúde como marcação de exames e realização de consultas (Souza, Vilar, Rocha, Uchoa & Rocha, 2008). Tal pressão contingencial operada pelo excesso de demanda contribui, embora não seja esse o fator determinante, para inviabilizar a prática qualificada do acolhimento, da escuta terapêutica e do aprofundamento dos processos de diagnose, fazendo com que casos de morbidades originadas pelo uso abusivo de drogas passem despercebidos, na sua origem, pela equipe de saúde.

Desse modo, visando oportunizar acesso integral a usuários que apresentem agravos de saúde decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas e proporcionar atendimento em consonância com os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica, em municípios com população acima de vinte mil habitantes é previsto a instalação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Tais dispositivos versam sobre a prática de cuidados básicos junto a usuários portadores de transtornos mentais e usuários com problemas decorrentes da dependência psicoativa.

Por outro lado, em municípios que não possuem CAPS e CAPS-ad, as ações voltadas para atendimento de usuários de substâncias psicoativas devem ser realizadas pelas equipes da atenção básica. Para tanto, a OMS em conjunto com Ministérios Federais, 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 (Aalto, Pekuri & Seppä, 2002; Barros & Pillon, 2006; Genebra, 2002).

### **3.3 – Política de Atenção à Saúde Mental**

As atuais Políticas Públicas de Atenção à Saúde Mental foram legisladas em 2001 pela Lei 10.216, chamada Lei de Saúde Mental (Tenório, 2002) e inserem-se em um amplo processo de transformação da atenção à saúde mental objetivado pela Reforma Psiquiátrica Brasileira. Esta se originou por movimento social de trabalhadores no campo da Saúde Mental, que buscaram melhorar as condições

assistenciais e denunciar o tratamento desumano e precário das instituições psiquiátricas (Brasil, 2004a; Desviat, 1999).

A Reforma Psiquiátrica parte de um conjunto de pressupostos sustentados na mudança epistemológica, metodológica e assistencial que embasa o modelo psiquiátrico tradicional. Seus princípios organizadores e concepção de saúde se assemelham aos princípios da Reforma Sanitária, cujo objetivo é reformular as práticas em saúde mediante o desenvolvimento de um sistema centrado no conceito ampliado de saúde, na universalidade, na integralidade e equidade (Brasil, 2006). Desse modo, um movimento vincula-se ao outro pelas propostas de transformações teórico - metodológicas, estruturais, ideológicas, políticas e assistenciais, diferenciando-se quanto ao lócus de atuação e objeto da mudança. Ademais, as mudanças mais amplas na atenção à saúde trazidas pela Reforma Sanitária condicionam o modelo de atendimento à Saúde Mental e as políticas dos serviços de saúde (Brandalise, 2002).

A Lei 10.216, de 2001, representa o marco legal da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Nela, estão explicitados os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde para a atenção à Saúde Mental e, conseqüentemente, aos usuários com sofrimento decorrente do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Estes usuários têm garantidos por Lei o acesso universal à assistência, bem como, a descentralização do atendimento aproximando-o do território de seus usuários (Brasil, 2003).

Tratar sobre as Políticas de Saúde Mental pressupõe abordar o movimento da Reforma Psiquiátrica e, conseqüentemente a história da loucura, cujo desenrolar teórico metodológico caminhou, lado a lado, com as concepções e práticas em saúde junto a usuários de substâncias psicoativas.

No período compreendido pela Idade Média, a loucura, assim como outros comportamentos ditos “desviantes” como o vício ou a atividade sexual desvinculada do matrimônio eram concebidos como obras demoníacas ou heresias, justificando a morte, o enclausuramento e a punição moral do sujeito em forma de penitências ou retratações perante o poder eclesiástico. A demonização do comportamento ou de concepções que não se adequavam aos princípios e dogmas do cristianismo medieval era prática corrente, tendo se constituindo como um elemento ativo do sistema de racionalidade daquela época (Carneiro, 2002; Foucault, 1978; Moraes, 2008; Schneider, 2009<sup>a</sup>; Seibel & Toscano Jr., 2000; Tesser & Luz, 2006).

A partir do Iluminismo, mais especificamente com o advento do Racionalismo, a loucura ganha status de desgraça, sustentado na lógica metafísica do cogito cartesiano. O louco não é mais aquele cujo demônio habita, mas sim alguém despossuído da faculdade da razão, da impossibilidade da ocorrência do pensamento lógico (Foucault, 1978). Juntavam-se a estes os marginais de diversas ordens, leprosos, prostitutas, vagabundos, enfim, a todos que, de alguma forma, representavam ameaças à ordem pública social (Amarante, 1995).

Com o avanço das correntes racionalistas e empiristas e a legitimação da medicina enquanto campo técnico operativo e profissional, a loucura vai sendo compreendida como uma doença de fundo orgânico, sustentada na nova racionalidade biomédica, que ganha pouco a pouco status hegemônico. O mesmo processo de apropriação ocorrido com o fenômeno da loucura ocorre com a dependência psicoativa, caracterizada como doença a partir de 1893 (Moraes, 2008), embasada em uma matriz orgânica e genética.

O louco passa a ser não mais aquele cuja razão o desabita, mas um alienado periculoso. De acordo com Amarante (1995), a caracterização do louco como gerador de riscos e propenso a pôr em perigo a ordem social, instaura o discurso médico sobre a loucura e a apropriação do espaço hospitalar por este profissional. O mito demoníaco foi substituído pelo organicismo mecanicista, justificando a internação manicomial e prática terapêutica “medicalizadora” como principal foco técnico assistencial (Amarante, 1995).

O “novo” discurso que legitima o fenômeno da loucura sustentando-o na ontologia realista, na metodologia positivista e na descrição sintomatológica, se transpõe na definição, explicação e intervenção dos fenômenos psíquicos e da dependência de substâncias psicoativas, ou seja, a partir da inauguração da classificação psicopatológica, ambas passam a ser inclusas no rol das doenças (Schneider, 2009b).

Em ambos os casos há na contemporaneidade uma desvalorização das variáveis psicossociais constitutivas dos fenômenos psicopatológicos. Estas são consideradas apenas ativadoras situacionais que desencadeiam um problema já existente, ou seja, um eliciador de um problema latente.

Sendo assim, tanto os transtornos mentais quanto a dependência de substâncias psicoativas passaram a ser objetos do saber médico e definidos como doenças de fundo orgânico e/ou genético. Tal definição justifica a hospitalização e o internamento manicomial como foco da

ação técnica e assistencial médica (Amarante, 1995; Fiori, 2004; MacRae, 2007).

Os hospitais, que anterior ao século XVIII eram caracterizados pelo seu caráter misto entre casa de correção, dispositivo de caridade e hospedaria, passaram a ser ordenados pelo saber / fazer biomédico, sendo Pinel, o alienista, seu primeiro representante (Amarante, 1995; Foucault, 1978). Contudo, o caráter cronificador das instituições asilares e do modelo totalizante e despersonalizante destes dispositivos (Goffman, 1961) passaram, nos anos de 1950, a gerar críticas e propostas de reformas na atenção, iniciadas pelos movimentos das Comunidades Terapêuticas (Inglaterra e EUA), da Psicoterapia Institucional (França) e culminando com a instalação das Terapias de Família (Amarante, 1995). Além dos movimentos de reforma, a inserção da psiquiatria nos espaços sociais a partir de uma perspectiva preventiva e promotora de saúde, contribuiu para transformações no modelo assistencial desenvolvido pela psiquiatria clássica, inserindo-se no mesmo contexto político e ideológico da Reforma Sanitária, isto é, o contexto da prevenção de doenças e promoção de saúde.

A Psiquiatria Comunitária, surgida nos anos de 1960, vertente que se opunha ao modelo tradicional médico hospitalar asilar, ganham fôlego as práticas de prevenção e promoção de saúde mental dirigindo-se a comunidade em geral. Tal ocorrência criou condições para o desenvolvimento de um projeto social dentro do âmbito da psiquiatria (Amarante, 1995).

Já no campo epistemológico, as propostas de reforma do modelo psiquiátrico tradicional assentavam-se na crítica ao caráter aprisionador e redutor operado pela psiquiatria clássica. Nesse campo, Basaglia foi um dos principais expoentes.

No Brasil, o movimento da Reforma Psiquiátrica teve início na década de 1970, implantado por diversas instituições, entidades e grupos militantes na área de Saúde Mental. Embora sustentado na crítica ao modelo asilar e no caráter biologicista da psiquiatria clássica, o movimento se ergueu sobre uma característica nova e essencial: a luta pelos direitos de cidadania dos doentes mentais (Tenório, 2002). Com a apoderamento do doente mental operado pela medicina, este passou a ser considerado com um ente sem direitos, em função da impossibilidade, outorgada, de “governar a si mesmo”. Tinha-se que revogar estas seqüelas sociais produzidas pelo modelo manicomial.

A Reforma Psiquiátrica Brasileira caminhou junto com as críticas à ineficiência e onerosidade do complexo médico industrial

privatista. Nesse ínterim, foi criado o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, cuja luta e reivindicações culminaram com a proposta antimanicomial (Amarante, 1995; Tenório, 2002). Com a Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), foram gestadas as condições para a implantação de políticas públicas no campo da Saúde Mental.

Em consonância com os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária, no campo da saúde pública, a organização dos serviços em redes articuladas por territórios e organizadas em níveis de complexidade de atendimento, predispõe a inserção de dispositivos de atenção integral no campo da Saúde Mental. Junto às redes de atenção básica, é propostas a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), alicerçados nas novas diretrizes do SUS e incorporando a proposta antimanicomial (Brasil, 2005b)

Em 1992, pela Portaria GM 224/92, foi oficializado os centros destinado aos cuidados intermediários para pessoas portadoras de transtornos mentais. Os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) foram substituídos pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com território de atuação delimitado, incentivo ao exercício de cidadania, inclusão social e proposta técnica assistencial substitutiva ao modelo hospitalocêntrico (Brasil, 2004a; Brasil, 2005b).

De início, os NAPS foram instituídos em conjunto com os CAPS, contudo, apresentam diferenciações no que tange as propostas terapêuticas. Os NAPS se constituem como serviços que atuam também na esfera social e cultural, diferente dos CAPS cujo papel principal é atuar como dispositivo sanitário *sensu strictu*, sustentado em um modelo médico psicológico (Rietra, 1999)

Desse modo, as Políticas Públicas de Saúde Mental incorporam os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária – acesso universal, integralidade das ações, equidade, descentralização e controle social – e da Reforma Psiquiátrica – reabilitação psicossocial, desinstitucionalização, promoção da cidadania, construção da autonomia, devendo ser pensadas como parte da Rede de Atenção à Saúde em geral (Brasil, 2004a; Brasil, 2005b).

Os CAPS apresentam como principais características o funcionamento como serviço aberto e comunitário de saúde, realizando atendimentos por demanda espontânea ou referenciada à população de sua área de abrangência. Seu objetivo é garantir acesso aos serviços de Saúde Mental, promovendo ações que visem assegurar a reinserção social dos usuários por meio de estratégias que promovam o acesso ao

trabalho, lazer, o fortalecimento de laços significativos e o exercício da cidadania (Brasil, 2004a; Brasil, 2005b).

Dentre suas principais atribuições estão o atendimento em regime de atenção diária, o gerenciamento de projetos terapêuticos em conjunto com cuidados clínicos personalizados, a promoção de inserção social dos usuários por meio de ações intersetoriais envolvendo educação, trabalho, esporte, lazer e cultura, o oferecimento de suporte e supervisão a atenção à saúde mental na rede básica para as equipes da ESF e Programas de agentes comunitários de saúde (PACS), a regulação da porta de entrada da rede assistencial em saúde mental de sua área de abrangência, a coordenação de atividades de supervisão em unidades hospitalares psiquiátricas e a atualização dos pacientes que utilizam medicamentos para saúde mental (Brasil, 2004a; Brasil, 2005a).

Verifica-se a partir destes dados que os CAPS foram implantados não somente para oferecer atendimento substitutivo em relação às unidades psiquiátricas e ao modelo manicomial, mas para disponibilizar e gerenciar todas as ações em saúde, articulando-as com os demais dispositivos e serviços da rede assistencial em saúde.

Os processos de trabalho no CAPS são articulados na forma de projetos e oficinas terapêuticas, delimitados de acordo com o perfil e necessidades dos usuários. Em termos de atendimento, são oferecidas três modalidades – intensivo, semi extensivo e não intensivo – direcionados ao indivíduo, aos grupos, à família e comunidade inserida em sua área de abrangência.

O atendimento intensivo se caracteriza pelo atendimento diário a pessoas que se encontram em grave sofrimento psíquico e que precisam de atenção contínua. O atendimento semi extensivo apresenta delimitação em termos de permanência. Neste tipo, o usuário recebe atenção até 12 dias por mês. Esta modalidade é disponibilizada para pessoas que apresentam melhora na evolução clínica, mas que continuam precisando de cuidados e atenção da equipe de saúde. Já o atendimento não intensivo é destinado a pessoas que não precisam de suporte contínuo, podendo ser atendidas até três dias no mês. Nas três modalidades de atendimento são previstas ações domiciliares caso necessário (Brasil, 2004a).

Além das modalidades de atendimento, os CAPS são organizados pelas características da demanda e área de abrangência atendida. Em relação às características da demanda, os CAPS podem estar voltados para atendimento de adultos com transtornos mentais severos e persistentes (CAPS I, II e III); de adultos que apresentam

transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas (CAPS-ad) e de crianças e adolescentes que apresentam transtornos mentais (CAPSi)

Válido frisar que a principal diferença entre o CAPS e CAPS-ad consiste na delimitação do diagnóstico principal e dos transtornos decorrentes. No caso dos CAPS, o usuário pode apresentar problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Contudo, este não é a condição clínica primordial, mas sim, secundária. No CAPS-ad, o usuário pode apresentar outros transtornos mentais que não decorrentes somente do uso prejudicial de álcool e outras drogas. Conquanto, o transtorno não é a condição clínica principal, mas desdobramento do uso abusivo de drogas (Brasil, 2004a; Brasil, 2005b).

Em relação a área de abrangência, existem cinco tipo de CAPS. São eles:

CAPS I – Para município com população entre 20 mil e 70 mil habitantes. Funciona de segunda a sexta feira em horário comercial e realiza atendimentos diários para adultos portadores de transtornos mentais severos e persistentes, incluindo pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

CAPS II – Para municípios com população entre 70 mil e 200 mil habitantes. Funciona de segunda a sexta feira em horário comercial podendo, se necessário, funcionar até as 21 hrs. Assim como no CAPS I, realiza atendimentos diários em adultos portadores de transtornos mentais, incluindo usuários de álcool e outras drogas.

CAPS III – Para municípios com população acima de 200 mil habitantes. Funciona diariamente, inclusive em feriados e finais de semana. Realiza os mesmos atendimentos que os demais CAPS.

CAPSi – Para municípios com população acima de 200 mil habitantes e como regime de funcionamento igual aos CAPS I e II. A diferença reside no público alvo, caracterizado por crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais.

CAPS-ad – Para municípios com população acima de 100 mil habitantes. Funciona em horário comercial de segunda a sexta feira, podendo estender-se até as 21 hrs. É voltado para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas, possuindo leitos de repouso para desintoxicação.

Além do contingente populacional atendido, estas unidades se diferenciam pelas equipes que nelas atuam, pelos serviços disponibilizados e pelo regime de funcionamento. Em consonância com a capacidade operacional, cada modalidade de CAPS apresenta equipe de saúde, organização dos serviços, regime de atendimento e

diversidade de projetos e atividades desenvolvidas de acordo com seu tamanho e capacidade estrutural (Brasil, 2004a).

Convêm salientar que, na lógica da organização em rede dos serviços e dispositivos de atenção em saúde, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) apresentam a atribuição de fornecer apoio matricial às equipes da Atenção Básica, ou seja, proporcionar momentos relacionais nos quais ocorram a troca de saberes entre profissionais de diferentes serviços envolvidos (Arona, 2009; Brasil, 2006), pois estes, de modo em geral, realizam grande parte de atendimentos junto a usuários com transtornos mentais leves, inclusive, decorrentes do uso de substâncias psicoativas (Brasil, 2004a). Mais especificamente, 20% dos atendimentos realizados na atenção básica são de usuários que apresentam uso abusivo de álcool (Brasil, 2004a).

Em municípios que não apresentam os CAPS, o atendimento é realizado preferencialmente pelas equipes da atenção básica e ESF. Contudo, estas equipes não recebem treinamento específico nem matriciamento de profissionais de saúde mental (Baroni & Fontana, 2007; Barros & Pillon, 2006). A propósito, os CAPS e as equipes de saúde mental também são responsáveis pelo gerenciamento e monitoramento de usuários que apresentam transtornos mentais. Fica a questão de como estes usuários são cuidados, acolhidos ou mesmos inseridos nos serviços de atenção, sem recursos humanos especializados e estrutura assistencial adequada.

Em virtude do objeto e objetivo desta pesquisa, será abordado mais detalhadamente as Políticas dirigidas aos usuários de substâncias psicoativas e os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad).

### **3.3.1 – Política de atenção integral ao uso de álcool e outras drogas.**

A Política de Atenção Integral ao uso de Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde, se configura por um conjunto de ações em saúde voltadas para a recuperação de usuários com problemas decorrentes da dependência de drogas, para a promoção de saúde e para prevenção ao uso indevido ou abusivo de substâncias psicoativas. Tendo nos CAPS-ad os dispositivos especializados para atuar junto a esta demanda, a Estratégia de Redução de Danos como principal modelo de atenção e a oferta de atendimento, tanto na atenção básica quanto em serviços especializados e a internação em hospitais como último recurso

para casos que se façam necessários, o Ministério da Saúde de fato proporciona um sistema integral de atenção aos usuários de drogas.

Convém enfatizar que esta política só foi possível em decorrência da existência do SUS e das mudanças na concepção de que as drogas não se constituem somente como um problema de âmbito jurídico, mas sim de saúde pública. Embora o controle repressivo, expresso no discurso da “guerra contra as drogas”, se constitua como uma prática que visa impedir a produção, comercialização e distribuição destas substâncias junto a população, com as mudanças nas práticas em saúde decorridas tanto dos princípios da Reforma Sanitária quanto da Reforma Psiquiátrica, foi possível criar condições que permitissem compreender o uso de drogas não como “caso de polícia”, mas como um comportamento de risco a saúde individual e coletiva. No âmbito executivo, observa-se a mudança de concepção pela incorporação da questão das drogas pelo Ministério da Saúde e não somente pela Política Nacional Antidrogas (Senad, 2004).

Nesse sentido, a Estratégia da Redução de Danos (ERD) vem a se configurar como modelo preferencial aplicado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2003), justamente por se sustentar no conceito de saúde ampliada, no protagonismo, autonomia e co-responsabilização do usuário, além de incorporar as ações de prevenção e promoção de saúde (Brasil, 2004a; Brasil, 2005b; Brasil, 2006).

Os Centros de Atenção Psicossocial voltados para usuários com problemas decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas (CAPS-ad) passaram a existir a partir de 2002. Sua finalidade é oferecer atendimento diário e contínuo a pacientes que apresentem prejuízos decorrentes do uso de drogas, tanto por demanda espontânea quanto referenciada. Devem fornecer, quando necessário, atendimento ambulatorial para desintoxicação e realizar encaminhamentos que demandem por atenção clínica hospitalar. Nesse sentido, as Unidades Básicas de Saúde, em conjunto com as equipes da Estratégia de Saúde da Família e dos hospitais, complementam a rede de serviços voltados para a atenção dessa demanda, devendo servir como porta de entrada para usuários que residem em municípios que não possuem dispositivos no campo da Saúde Mental (Barros & Pillon, 2006; Brasil, 2004a; Brasil, 2006).

Tendo a Estratégia da Redução de Danos (ERD) como principal modelo de atenção à dependência, os CAPS-ad desenvolvem atividades de atendimento individual ou em grupos, promovendo também oficinas terapêuticas e visitas domiciliares (Brasil, 2004a; Brasil, 2005b). Em

síntese, o conceito da ERD se sustenta na minimização das consequências adversas advindas de práticas prejudiciais à saúde e teve seu início nos primórdios do século passado (XX). Contudo, as práticas atuais surgiram nos anos de 1970, por meio da distribuição de seringas, visando diminuir a incidência de Hepatite B entre usuários de drogas injetáveis (Cruz, 2006).

Posteriormente, com a descoberta de que o compartilhamento de agulhas tinha função preponderante na disseminação do vírus HIV, assim como a prática de relações sexuais sem proteção, a Estratégia de Redução de Danos passou a ser aplicada junto a esse grupo no intuito de prevenir e conter a disseminação do HIV. No Brasil, esta política foi adotada a partir de 1996 (Brasil, 2004a; Brasil, 2006; Cruz, 2006). Contudo, o campo de atuação da ERD foi ampliado para usuários de drogas inaláveis ou aspiradas e não somente aos usuários de drogas injetáveis.

A ERD será discutida mais amplamente no capítulo referente aos modelos de atenção. Contudo, o momento é oportuno para relatar que ela se firma como principal modelo de atenção à dependência de álcool e outras drogas em termos de políticas públicas, em virtude dos conceitos e pressupostos que a embasa. A ERD se estabelece como crítica às práticas de atenção voltadas para a abstinência total dos usuários, a culpabilização dos usuários e ao determinismo psíquico e/ou biológico que concebe a dependência como uma doença crônica, recorrente e de fundo orgânico (Brasil, 2003; Cruz, 2006; Delbon, Ros & Ferreira, 2006; MacRae, 2007).

Talvez por seu caráter de ação assistencial, política e sócio histórico, a ERD enfatiza a autonomia do usuário sobre seu corpo como um direito de cidadania. Nesse sentido, ao fenômeno da dependência são incorporados elementos sociais, políticos, econômicos e culturais, fazendo jus a forma complexa como este mesmo fenômeno se apresenta (Cruz, 2006; Brasil, 2003).

Complementando a ERD além dos CAPS e CAPS-ad, as equipes da ESF o leque de dispositivos disponibilizados pelo Ministério da Saúde para atendimento, tratamento e prevenção ao uso de álcool e outras drogas (Brasil, 2003; Brasil, 2004a; Brasil, 2006). Além do conjunto de dispositivos voltados para atendimento assistencial, a política do Ministério da Saúde vai ao encontro do conceito de saúde ampliada, entendendo a dependência de drogas não somente a partir de aporte teórico da medicina e psiquiatria, mas evidenciando suas implicações psicológicas, políticas, sociais e econômicas (Brasil, 2003).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2003) e abordado por diversos autores (Cruz, 2006; Fiori, 2002; Fiori, 2004; MacRae, 2000; MacRae, 2007; Mandon, 1996; Moraes, 2008; Rezende, 2003; Schneider, 2006a; Schneider, 2009a; Tesser & Luz, 2002; Tesser & Luz, 2006; Toscano Jr., 2000), no campo da dependência de substâncias psicoativas, a existência de diversos modelos de atenção sustentados em racionalidades divergentes, aliados a enfoques reducionistas, proibicionistas, de cunho jurídico – moral ou psiquiatrizantes que visam à abstinência como meta terapêutica por essência, indicam a necessidade de se rever os modelos de atenção e promover ações ampliadas que comportem a complexidade inerente ao fenômeno da dependência de substâncias psicoativas (Brasil, 2003).

Contudo, tanto no âmbito das práticas em saúde das equipes básicas, quanto na disponibilização da oferta dos serviços de atenção especializada, é possível verificar pontos críticos como, por exemplo, a falta de preparo técnico das equipes para diagnosticar, assistir ou encaminhar usuários dependentes de substâncias psicoativas e a indisponibilidade de profissionais ou equipes suficiente para atendimento satisfatório de toda demanda.

Em relação ao preparo técnico das equipes que atuam junto a usuários dependentes de álcool e outras drogas, observa-se nas ações em saúde a coexistência de modelos e concepções divergentes quanto ao que vem a ser o fenômeno da dependência e os procedimentos efetivos para assisti-la. As vezes, em um mesmo dispositivo de atenção, como CAPS-ad, é comum verificar concepções antagônicas e epistemologicamente inconciliáveis a respeito das causas da dependência, como, por exemplo, modelo jurídico – moral e modelo biomédico. Como desdobramento, estas práticas em saúde apresentam reduzido índice de resolutividade e efetividade terapêutica (Rezende, 2000; Rezende, 2003).

No próximo capítulo serão abordados os modelos de atenção disponíveis para compreensão e abordagem do fenômeno da dependência de substâncias psicoativas.

### **3.4 – Modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas.**

Caracterizado essencialmente por ser um fenômeno constituído de inúmeras interfaces e articulações entre variáveis psicossociais, sócio-culturais, políticas, econômicas, biológicas, farmacológicas e antropológicas, a dependência de álcool e outras drogas se configura

com uma complexidade alheia a qualquer tentativa de explicação reducionista que desconsidere suas múltiplas determinações. Complexidade no sentido de sua constituição multideterminada, mas que continuamente é abordada a partir de processos teórico-metodológicos dicotômicos, fragmentados, ahistóricos, moralistas, deterministas e de cunho acentuadamente reducionistas (Schneider, 2006a; Schneider, 2009a).

Tais processos se verificam a partir de concepções que enfatizam apenas um aspecto da dependência de substâncias psicoativas, seja ele o perfil psicológico ou o contexto sócio-econômico dos usuários, os efeitos bioquímicos das drogas, os fatores genéticos, o meio familiar, a falta de políticas públicas de atenção e promoção à saúde, os mecanismos econômicos e políticos que regulamentam as leis de consumo comercialização e produção, as normas e valores culturais, enfim, concepções que, embora intimamente relacionada com a dependência, sozinhas não dão conta de explicá-la, nem propor-lhe soluções adequadas.

Embora a evolução do conhecimento científico seja constante, não há ainda explicações convincentes capazes de promover a compreensão do como ou do porque uma pessoa passa a se tornar dependente de substâncias psicoativas (MacRae, 1996). Como bem coloca o autor ao parafrasear Mandon (1996, In MacRae, 1996), não existe conhecimento sólido e fundamentado sobre as drogas, apenas cruzamento de competências.

A partir da análise do processo histórico relacionado ao uso e abuso de drogas pela humanidade, é possível verificar, contudo, que o padrão de uso foi-se alterando drasticamente ao longo dos séculos, passando de um uso ritualista, esporádico e restrito a pequenos grupos (MacRae, 2000) até se constituir como um grave problema de saúde pública mundial (Genebra, 2004). Autores que discutem a problemática das drogas na contemporaneidade, tendo na Antropologia o aporte teórico, afirmam que foi a partir do processo de industrialização que o uso de drogas passou a ser cada vez em maior escala, em uma ascendente contínua até os dias de hoje, tendo seu ápice iniciado no pós guerra, na década de 1950 (Fiori 2002; Fiori, 2004; MacRae, 1996, MacRae, 2007).

Tal fato impôs aos Estados e diversos campos de conhecimento científico, questões que visassem dar resoluções adequadas à problemática da dependência, sobretudo relativos aos seus impactos no âmbito da saúde pública e das questões psicossociais da

contemporaneidade. Contudo, observa-se, concomitante ao aumento no consumo, a baixa efetividade dos tratamentos oferecidos que, a custo, conseguem realizar sua meta de manter o usuário abstinente. Diante deste fato há que se questionar se a raiz do problema, da efetividade contrário a muitos argumentos científicos, não pode se encontrar nas práticas em saúde, subjacentes às concepções deterministas predominantes de que as drogas se configuram como uma doença crônica e irrecuperável, de fundo orgânico e/ou moral.

Ademais, diante da falta de resolutividade dos modelos tradicionais de tratamento há que se questionar não somente as implicações da dependência de drogas para a saúde dos sujeitos e seus desdobramentos na saúde pública, mas também as concepções sobre como a dependência é entendida, sua ontologia, epistemologia e seus desdobramentos para os processos de saúde / doença. Como toda prática ou técnica enseja, há em seu bojo uma determinada ontologia que lhe confere sustentação fenomenológica. Dessa forma, se os resultados dessa prática se tornam ineficientes e ineficazes, há que se avaliar criticamente as bases desta concepção ao invés de tomá-la como verdade dada “a priori”.

Nesse sentido, do ponto de vista da ciência moderna, as perspectivas cuja ontologia se baseiam em uma visão monísta ou dicotômica da realidade tendem a não oferecer condições de possibilidade para compreensão de fenômenos multideterminados, como é o caso da dependência de substâncias psicoativas. Nesse caso, a dicotomia que se expressa na concepção de determinação moral (idealista) ou biológica (objetivista), inviabiliza, do ponto de vista interventivo, a superação do conjunto de variáveis que possibilitam à aderência a determinada droga. Compreender porque determinado sujeito utiliza compulsivamente uma substância, a despeito das implicações e prejuízos evidentes em sua vida laboral, familiar e social, é algo complexo que deve ser pensado dialeticamente, identificando e caracterizando variáveis, determinantes e seus valores para cada sujeito.

Desse modo, não basta responsabilizar o usuário pelo insucesso dos tratamentos, justificando-o a partir da concepção da dependência como uma doença crônica ou da falta de motivação para os tratamentos. A questão é repensar os próprios modelos de tratamento, suas decorrências para a adesão e resolução, evidenciando os limites da prática terapêutica a partir de sua própria essência.

Toda prática em saúde, seja ela uma ação individual ou institucional, apresenta um conjunto de concepções que lhe garante

sustentação teórica e epistemológica (Tesser & Luz, 2002; Tesser & Luz, 2006). 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.

Racionalidade, na presente pesquisa, é compreendida como um conjunto articulado de conhecimentos constituídos historicamente a partir da relação do homem com a realidade (Schneider, 2009a). Tais conhecimentos são produtos específicos do processo sócio histórico de uma determinada época e seu papel é fornecer ao homem uma compreensão acerca da realidade (ontologia), do homem (antropologia) das relações sociais (sociologia) e das condições de possibilidade deste conhecimento ser produzido (epistemologia).

Deste conjunto de conhecimentos se desdobram as diversas teóricas médicas, psiquiátricas, psicológicas dentre outras. A partir delas são estabelecidas as definições dos fenômenos que lhe são objetos, os parâmetros para os processos de saúde/doença, as propostas de intervenções e a organização dos serviços e modelos de atenção.

Uma determinada concepção justifica dada prática e organização técnica institucional. Concepções que definem a dependência de álcool e outras drogas como uma doença orgânica (modelo biomédico) justificam os processos de intervenção com psicofármacos, bem como, a prática institucional da internação com enfoque voltado para a abstinência (Tesser & Luz, 2006; Moraes, 2008;). Uma certa concepção moral da dependência (modelo jurídico-moral), desdobram-se em práticas que visam a expiação da culpa do usuário e justificam intervenções que persigam a mudança de hábitos e comportamento social do indivíduo.

Observa-se que este conjunto de concepções, ou sistemas de racionalidades, define o campo de possibilidades de intervenção nos modelos de atenção à saúde, implicando diretamente no engajamento e adesão dos pacientes no tratamento e na prática profissional como um todo (Schneider, 2009a). Em relação à dependência de álcool e outras drogas, o fato deste fenômeno se constituir pelo entrelaçamento de variáveis de diversas dimensões faz com que os processos de intervenção, bem como a crença nas possibilidades de recuperação, sejam norteados por vários sistemas de racionalidades, que se desdobram em diferentes modelos de concepção sobre a dependência, como vistos acima, gerando indefinições teóricas e

metodológicas, ou ainda, mistura de diferentes racionalidades em um mesmo serviço.

De acordo com Schneider (2009a) a dependência de substâncias psicoativas é caracterizada por polêmicas e desafios teóricos e epistemológicos gerados pelas inúmeras contradições que por ela perpassam. Contradições estas ocasionadas pela complexidade da relação entre as diversas variáveis envolvidas e que dificultam a delimitação e resolutividade deste fenômeno no campo da saúde coletiva.

De acordo com Rezende (2000), existem quatro modelos principais de análise da dependência, com suas subseqüentes perspectivas metodológicas de intervenção, que são: modelo jurídico – moral, modelo biomédico, modelo psicossocial e modelo sócio – histórico. Cada modelo sustenta-se em determinadas concepções sobre o que vem a ser a dependência, suas implicações e desdobramentos, as possibilidades de tratamento e / ou recuperação, bem como, suas técnicas de intervenção. A síntese destes saberes e práticas constitui a racionalidade ou sistema lógico sob o qual os diversos modelos e serviços de saúde se nutrem para a compreensão e intervenção nos fenômenos de saúde / doença (Tesser & Luz, 2002; Tesser & Luz, 2006).

### **3.4.1 – O Modelo Jurídico – Moral**

Decorrente de múltiplas influências entre a perspectiva político-econômica e judaico – cristã, o modelo *jurídico – moral* se configura a partir de um visão dualista da realidade, ou seja, concebe o uso de substâncias psicoativas sustentados na dualidade entre moralidade imoralidade e legalidade ilegalidade. (Rezende, 2000). A droga é concebida como um mal a ser combatido, seja do ponto de vista moral ou jurídico, sendo a mesma atribuídos poderes maléficis e/ou demoníacos, capazes de corromper o indivíduo e afastá-lo do “Bem” (MacRae, 2000; MacRae, 2007).

A noção de vício, depravação e fraqueza moral, aliado às 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 & Dimenstein, 2003). Assim, as práticas de controle e repressão ao uso, aliado as propostas terapêuticas de cunho

religioso - expiatório têm na abstinência a principal meta terapêutica, justificando-a pela compreensão da droga como um ente maligno que deve ser combatido e extirpado. Tem-se assim, uma dupla idealização: da droga como uma entidade mórbida auto sustentada e ontologizada e, do sujeito, como sendo culpado e fraco moralmente por ser incapaz de resistir a esse mal.

Ressalta-se, nesse sentido, a estreita ligação entre culpa, desmoralização e a noção de vício (Chauí, 1984). Este último, com raízes históricas que remontam a Idade Média, ainda se constitui como base de julgamento e/ou *representação social* (Jodelet, 2001) do dependente, tanto por parte do senso comum quanto por parte de alguns dispositivos de saúde públicos e privados de atenção à dependência. De modo em geral, as propostas terapêuticas voltadas para a expiação da culpa do usuário partem da noção de vício e fraqueza moral como premissa (Schneider, 2009a). Desse modo, o tratamento consiste na adoção de práticas religiosas, na laborterapia e na institucionalização do sujeito visando retirá-lo da presença de “hábitos, pessoas e lugares”, que sejam eliciadores do uso para aquele sujeito.

Partindo de uma concepção histórica sobre o uso de drogas, verifica-se que a concepção do uso de substâncias com potenciais psicoativos, sob um ponto de vista moral, teve início mais expressamente no período da Idade Média. Além das drogas, tanto o sexo quanto a gula passam a ser vistos como uma tríade maldita (Toscano Jr. 2000), inclusive sendo relacionados à luxúria, bruxaria e fraqueza moral perante os apetites do corpo (MacRae, 2000). A noção de vício, estreitamente vinculada à noção de pecado, criou condições para a disseminação de uma moral religiosa que repugnasse os chamados “prazeres da carne”, fazendo com que o prazer advindo da utilização de substâncias psicoativas fosse condenado assim como o sexo, embora o vinho, símbolo do sangue de cristo, continuasse a ser usado nos rituais religiosos (Toscano Jr. 2000). Oportuno dizer que o status de imoralidade não era somente atribuído as pessoas que se deixavam levar pelos vícios, mas também aos homossexuais, aos doentes mentais, aos ninfomaníacos ou demais indivíduos que apresentassem um padrão de comportamento que contrariasse com a moral religiosa vigente (Carneiro, 2002).

Entretanto, nem sempre as drogas foram objeto de intervenção jurídica ou política. A dependência enquanto fenômeno teve sua primeira definição em 1893 (Moraes, 2008) e a compulsão pelo uso de alguma substância só passou a ser definida etiologicamente após início

do século XIX (Carneiro, 2002). Ademais, até esse período não havia conhecimento disponível sobre os efeitos farmacológicos das drogas, o que só passou a ocorrer com a legitimação da medicina enquanto ciência (Fiori, 2002; Fiori, 2004). Anterior a esse período, não havia um conhecimento sobre os princípios ativos de certas substâncias, sendo as mesmas utilizadas pelo conhecimento empírico que se tinha delas. Os princípios ativos começaram a ser isolados somente a partir de 1806, sendo a morfina a primeira delas (Toscano Jr. 2000).

Em termos ontológicos, este modelo demonstra sustentar-se em uma concepção idealista de realidade, que desconsidera a relação entre necessidades individuais e conjunto de forças sócio – históricas que criam condições de possibilidades para o uso / consumo de drogas. O indivíduo é visto como tendo uma essência a priori que independe das condições concretas de sua existência. Algo inerente a ele que condiciona seu comportamento. Por outro lado, também é possível observar neste modelo, resquícios de uma visão realista e objetivista – o que reforça a dicotomia e o dualismo presente nesta abordagem – que entende a subjetividade como sendo um reflexo estampado e condicionado da materialidade, nesse caso, dos efeitos “nefastos” das drogas ou de uma sociedade moralmente corrompida (Tesser & Luz, 2002; Tesser & Luz, 2006).

Tem-se assim, um modelo de intervenção refém de uma ontologia dualista e dicotômica, que ora pende para um subjetivismo metafísico sustentado nas concepções da dependência como um problema moral, ora para um objetivismo materialista, sustentando na concepção da droga como ente determinante em si da dependência (MacRae, 2000; Schneider, 2009; Toscano, 2000). Tal concepção justifica, de um lado, a adoção de ações jurídicas e mecanismos repressivos e proibicionistas do uso, objetivados pelas legislações nacionais e internacionais que prevêm a impossibilidade do uso controlado diante da disponibilidade e oferta das drogas à população em geral e, de outro, práticas religiosas visando a absolvição e expiação da culpa gerada pelo consumo.

Vale observar que a dicotomia legalidade / ilegalidade, presente no modelo jurídico – moral, só veio a ocorrer por consequência das leis e regulamentações que ilegalizaram algumas drogas, tornando marginais seus usuários, criminosos seus fornecedores e aplicando mecanismos de controle repressivos, coercitivos e jurídicos na tentativa de coibir o consumo, comercialização e a distribuição de drogas. Assim, as drogas viraram um problema de polícia, enfatizadas no emblemático discurso

do “combate as drogas” ou da “guerra contra as drogas” (Carneiro, 2002).

Convém observar que esta legalização não está assentada em bases científicas, mas sim políticas, já que a própria concepção de drogas ilícitas é arbitrária e se altera com processo histórico (MacRae, 1996). Como exemplo, é possível citar a proibição passada do tabaco em vários países, o café na Europa até início do século XIX e a legalização de substâncias com potencial de dependência mais elevado, como o caso do álcool, em detrimento de drogas com potencial de dependência menor, como o caso da maconha (MacRae, 1996). Ressalta-se ainda a prescrição, no início do século XX, de algumas drogas (hoje consideradas ilegais como o xarope de cocaína e a maconha) para tratamento de diversos males como a asma e a depressão (Fiori, 2002).

Além disso, o proibicionismo relega o usuário à clandestinidade, além de proporcionar condições de possibilidade para a alta lucratividade do comércio ilegal. Submetidos às regras e restrições que regem a economia lícita, os produtores e distribuidores de substâncias psicoativas seriam obrigados, por exemplo, a manter uma contabilidade transparente e um controle de qualidade dos seus produtos. Poderiam também ser obrigados a restringir sua clientela a determinados grupos populacionais, evitando-se, assim, a venda à crianças, por exemplo (MacRae, 1996)

Revela o autor (MacRae, 1996) que a ilegalidade da produção e comercialização de algumas drogas impede que um controle rigoroso sobre os processos produtivos ocorra, fazendo com que este tipo de negócio, para sobreviver, necessite contar com outras atividades ilícitas aumentando seu leque de ilegalidade. Longe de defender uma apologia as drogas, é frisado neste caso, as contradições presentes no âmbito político – ideológico em relação à legalização de algumas drogas em detrimento de outras, independente de seu potencial para a instauração ou não da dependência.

Em resumo, o modelo *jurídico – moral* se objetiva pela concepção inatista de ser humano, sendo este, ora, moralmente condenado pela fraqueza moral, ora recriminado, criminalizado e marginalizado (MacRae, 1996, MacRae, 2000, MacRae, 2007) pelas ações e dispositivos jurídicos, sendo tratado pejorativamente como “viciado”, “drogado” e associado ao crime organizado, ao tráfico, à violência e à banditagem. A dependência, nesse sentido, não é vista como um problema de saúde pública ou como decorrente de um *modus operandi* do mundo contemporâneo globalizado, com amplas variáveis

psicossociais e sócio – culturais, mas sim, como uma questão jurídica e moral, que criminaliza, condena e relega o usuário a condição de marginal.

Embora seja comum a adoção de diversos modelos de atenção em um mesmo serviço ou dispositivo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, o modelo *jurídico – moral* é essencialmente empregado nos grupos de ajuda mútua como os alcoólicos anônimos (AA), os narcóticos anônimos (NA) e as comunidades terapêuticas (Schneider, 2006a; Schneider, 2009a).

### **3.4.2 – O Modelo Biomédico**

Decorrente inicialmente da influência da medicina e, posteriormente, pelos estudos e pesquisas mais especificamente da psiquiatria, farmacologia e neurofisiologia, o modelo *biomédico* tradicional se configura também a partir de uma visão dualista e dicotômica da realidade, cuja concepção da dependência se sustenta ora no determinismo biológico e/ou psicológico, ora nas propriedades intrínsecas das drogas. Tal concepção se objetiva na definição da dependência como uma doença crônica, recorrente, de fundo orgânico e, portanto, irrecuperável (Schneider, 2009a; Thomaz & Roig, 1998) e, na concepção das drogas como entidades patologizantes, capazes de causar e instaurar a dependência nos indivíduos (Genebra, 2004; Thomaz & Roig, 1998; Toscano, 2000).

O modelo *biomédico* tradicional relativo à dependência psicoativa surgiu na antítese do modelo *jurídico – moral*, representando a nova racionalidade científica calcada no positivismo (Tesser & Luz, 2002; Tesser & Luz, 2006). Desse modo, faz-se necessário contextualizar o surgimento e a apropriação do discurso biomédico sobre o fenômeno a dependência de drogas.

No início do século XX, o contexto antropossocial estava marcado por conflitos sociais e guerras, demandando medicamentos que aliviassem sofrimentos físicos e psíquicos (MacRae, 2000). Com conseqüência, houveram disseminações em larga escala do uso da morfina e da cocaína, bem como, uma crescente preocupação higienista no E.U.A. em virtude da massiva utilização de ópio e álcool por classes minoritárias, como imigrantes chineses e irlandeses (MacRae, 2000). Por outro lado, as crescentes demandas dessas substâncias aliadas à institucionalização da medicina em suas diversas especialidades promoveram embates relativos ao domínio produtivo e prescritivo das

drogas, que passaram a ser vistas a partir de seu enorme potencial econômico. Desse modo, como relata Fiori (2002, p5) (...) “a medicina apoiou decisivamente o controle legal sobre todas as substâncias, o que pode ser explicado pelo complexo contexto de disputas que envolveram a consolidação da medicina como saber científico: deter a exclusividade do receituário e da manipulação de substâncias era uma conquista importante”.

Nota-se assim, a estreita ligação entre a descoberta dos princípios ativos de muitas drogas, a legitimação da medicina como campo disciplinar e profissional e os impasses políticos e sociais vividos no início do século passado. Tais ocorrências nos levam a refletir sobre o papel da medicina e a gênese do atual discurso biomédico relativo às causas do fenômeno da dependência.

Antes do nascimento da medicina moderna no século XIX (Ogden, 1999), o conhecimento era sustentado na autoridade eclesiástica, cujo embasamento se erguia no alicerce dos mitos e das crenças religiosas. Os fenômenos eram interpretados como tendo uma causa oculta provindos de uma força superior a partir de uma lógica maniqueísta. Assim, a loucura, o vício, a lepra, a miséria e o homossexualismo eram vistos como obras do demônio (Foucault, 1978). Com advento do movimento renascentista, da transição do pensamento religioso para racionalismo, da valorização crescente da subjetividade motivada pela ruptura da cosmovisão geocêntrica e teocêntrica, do ideário iluminista nas suas vertentes liberal e romântica (Lastória, 1999; Pierre, 1978), ocorre não somente uma mudança no padrão e na finalidade do uso das drogas, mas uma apropriação das incipientes ciências que foram se formando a partir da observação rigorosa dos fatos em detrimento de sua exclusiva especulação.

Com o aprofundamento do pensamento científico, nas suas vertentes racionalistas e empiristas, se criaram condições de possibilidade para o surgimento da ciência biomédica, enquanto corpo de conhecimento cientificamente estruturado. Estudos posteriores sobre a anatomia de cadáveres e a comparação entre órgãos saudáveis e lesionados forneceram conhecimento relativos a patologia anatômica e a noção de doença, sustentadas em uma lógica mecanicista e positivista (Ogden, 1999; Russell, 1969). A doença não se sustentava mais em uma força oculta, mas sim em alterações anatomo-fisio-patológicas dos próprios órgãos e tecidos anatômicos (Porto, 1994). Assim, a medicina surge sob a experiência clínica (Foucault, 1987) sustentada não mais no discurso do doente, mas sim na práxis clínica, na investigação criteriosa

proveniente do registro realizado no leito dos doentes (Brandalise, 2002). Segundo Schneider (2009b)

...Foucault (1987) irá nos mostrar como a Medicina, enquanto disciplina moderna, teve seu início marcado com uma clínica dos casos, descrevendo sinais e sintomas, a fim de chegar ao quadro das doenças, conforme os procedimentos que caracterizaram o pensamento classificatório e que redundaram na constituição dos grandes sistemas e nosologias, típicas da perspectiva empirista predominante no século XVII. Aos poucos ela será substituída por uma perspectiva experimental e científica, que levará à consolidação da clínica moderna, pautada na medicina anatomopatológica do século XIX (Schneider, 2009b, p5).

Contudo, embora sejam evidentes os avanços que o pensamento e os procedimentos teóricos – metodológicos da biomedicina proporcionaram na cura de inúmeras doenças, fica claro seu limite objetivado por concepções reducionistas, dicotômicas e positivistas dos processos de saúde doença, sustentados em uma ontologia materialista e objetivista, na qual a realidade é compreendida como dada “a priori” e independente do sujeito que a toma como objeto (Tesser & Luz, 2002; Tesser & Luz, 2006). O organismo como um todo é negligenciado a partir da exaltação da doença como objeto de análise e intervenção, cuja definição se dá a partir de uma lógica causal e linear, próprio do paradigma mecanicista. Tal prática é evidenciada a partir da ontologização das doenças como entidades universais, a despeito do contexto onde as mesmas aparecem (Porto, 1994). Desse modo, os processos de intervenção visam corrigir, por meio de procedimentos concretos, as lesões ou o conjunto de sintomas expressos no organismo (Tesser & Luz, 2002; Tesser & Luz, 2006).

Nesse sentido, Ogden (1999) apresenta uma síntese do modelo *biomédico* tradicional a partir de seis questionamentos básicos: o que causa a doença? Quem é o responsável pela mesma? Como elas devem ser tratadas? Quem deve realizar o tratamento? Qual a relação entre saúde e doença e, qual a relação entre mente e corpo? As respostas a cada uma destas questões exemplificam a perspectiva do modelo biomédico.

A doença, neste modelo, provém de um agente externo alheio ao corpo ou determinada por alterações involuntárias deste. No caso da “patologia da dependência”, o agente é a droga. Desse modo, os sujeitos

são vistos como vítimas e não como protagonistas do processo de adoecimento. O tratamento, de responsabilidade do corpo médico, consiste basicamente na adoção de processos farmacológicos, cujo objetivo final é mudar o estado do corpo. A saúde, nesse caso, é compreendida como ausência de doença, sem que haja uma continuidade entre ambas. Assim, esta concepção torna a saúde ou a doença um processo estanque e não relacionável, onde o sujeito ou está saudável ou está doente (Ogden, 1999).

A aplicação do modelo *biomédico* nos processos de investigação, análise e intervenção do fenômeno da dependência levam a concepção da mesma como uma doença crônica, de fundo orgânico e ou genético. Cabe ressaltar que esta mesma forma de compreensão se transfere para a explicação da chamada doença mental, a qual é definida a partir da alteração de processos funcionais neuroquímicos no Sistema Nervoso Central (Genebra, 2004, Thomaz & Roig, 1998). Assim, a história da dependência se inscreve no mesmo processo histórico da loucura, no qual, da possessão demoníaca, que transitou da “perda da razão” até a noção de “doença mental” (Moraes, 2008; Schneider, 2009b).

Tanto na dependência quanto na “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). Ademais, em ambos os casos ocorrem as mesmas propostas terapêuticas, objetivadas por internações clínicas ou farmacológicas centradas sobre o próprio sujeito enquanto portador de entidade mórbida, sustentadas na mesma ontologia materialista e objetivista.

Fazendo um paralelo com os quatro campos de Reforma Psiquiátrica, apresentados por Amarante (1999) é possível tecer reflexões e aproximações entre o saber biomédico, o fenômeno da dependência psicoativa e o conceito de doença mental. Tal reflexão reveste-se de sentido a partir da constatação de que os mesmos pressupostos que embasam o campo de intervenção e compreensão biomédica sobre a “doença mental”, são transpostos e aplicados na compreensão e intervenção sobre o fenômeno da dependência psicoativa.

O primeiro campo a que se refere Amarante (1999) é chamado de *teórico assistencial* e se constituiu pelos conceitos e práticas sustentadas pela psiquiatria e pela psicologia a respeito do saber / fazer biomédico, bem como, dos conceitos de neutralidade, doença mental,

normalidade / anormalidade, saúde / doença (Amarante, 1999; Costa – Rosa; Luzio & Yasui, 2003). Para ocorrer um processo de transformação no modelo de atenção à saúde mental, é necessário rever as bases teóricas e as práticas assistenciais aplicadas no atendimento aos portadores de sofrimento psíquico.

Em relação à dependência de substâncias psicoativas, a mudança neste campo envolve a desconstrução de saberes que enfatizam somente o aspecto biológico da dependência. Tais saberes, como já vem sendo exposto, compreendem a adicção como uma doença irreversível, sob a qual se desdobram tratamentos direcionados para a institucionalização ou isolamento terapêutico dos usuários (Amarante, 1995).

No âmbito da segunda dimensão, denominada por Amarante (1999) como *técnico assistencial*, emerge a questão das implicações e desdobramentos do modelo biomédico para o tratamento da dependência. Em se tratando da chamada doença mental, tal modelo assenta-se nas práticas de tutela, custódia, disciplina, imposição da ordem, punição corretiva, vigilância e no trabalho terapêutico operacionalizados pelos dispositivos manicômiais (Amarante, 2003). Na questão da dependência, o mesmo ocorre já que o dependente é visto como um doente que necessita ser isolado de seu meio a fim de ser tratado. Tal prática pode ser verificada a partir de recente pesquisa (Gallassi, Elias & Andrade, 2008), cujos resultados indicaram que cerca de 77% dos gastos do SUS, no campo da saúde mental, ocorrem com internações hospitalares por problemas de alcoolismo. Daí a necessidade de rever os modelos de atenção à dependência.

O terceiro campo ou dimensão envolve aspectos *jurídicos - políticos*. Aqui, o modelo jurídico moral é o maior representante da visão tradicional. No caso da Reforma Psiquiátrica, a extinção dos manicômios e a revisão de legislações sanitárias, civis e penais são indicativos das transformações presentes neste campo (Amarante, 2003; Costa – Rosa; Luzio & Yasui, 2003).

As mudanças *jurídico - políticas* se fazem presentes na concepção da dependência não mais como um problema de segurança e, sim, de saúde pública. Desse modo, ao usuário não é atribuído o status de delinqüente e infrator da lei, como no modelo jurídico moral, mas como portador de uma doença com profundas implicações e desdobramentos para a saúde individual e coletiva. Porém, no modelo biomédico tradicional, as intervenções estão voltadas para a questão da

doença. Já na proposta da Reforma Psiquiátrica, as intervenções voltam-se para ações de prevenção e promoção de saúde.

O último campo, ou dimensão, refere-se as transformações no âmbito *sociocultural*. Aqui se vê, como no caso da chamada doença mental, o enfoque para as mudanças no imaginário social, cuja concepção da dependência recai para o aspecto moral do usuário (ou a falta dela). A disseminação dos valores judaico-cristãos, em conjunto com o saber biomédico tradicional, tornou o dependente um doente, vinculado a marginalização, criminalização, a patologização psíquica e a fraqueza de caráter. As mudanças neste campo envolvem a concepção da dependência não mais como uma doença moral ou orgânica, vinculada aos aspectos marginais e “sombrios” da sociedade, mas sim como um problema sistêmico decorrente de inúmeros processos e impasses no campo político, econômico, cultural e social e, claro, da dimensão biológica. Segundo Amarante (2003), muito do imaginário social em relação ao uso de drogas decorre da ideologia psiquiátrica tornada senso comum, já que um discurso torna-se hegemônico quando passa a ser naturalizado e pouco questionado (Schneider, 2009a). No caso da loucura, o imaginário social relaciona-a a incapacidade do sujeito de estabelecer vínculos e trocas sociais, de mover com autonomia no mundo. Assim como nesse caso, na dependência há também a necessidade de se mudar o lugar social do adicto (Amarante, 2003).

Contemporaneamente, por contribuições das ciências sociais e também da psicologia, passa a dominar no cenário biomédico tradicional o discurso biopsicossocial sobre a dependência, com o objetivo de trazer a tona a complexidade do fenômeno e fazer frente ao reducionismo e determinismo biologicista. Ademais, a ascensão do consumo aliado à ineficácia dos tratamentos centrados na abstinência impunha a necessidade de se repensar tanto as práticas quanto a epistemologia presente no modelo biomédico tradicional. Contudo, mesmo diante dessa concepção moderna, prevalece a ênfase organicista e determinista da incurabilidade da dependência (Schneider, 2009a)

Em síntese, o modelo *biomédico* tradicional sustenta-se nos avanços da medicina moderna, surgida a partir da clínica médica (Foucault, 1987), cuja ontologia se baseia em uma visão objetivista e a-priorística da realidade. Nutrindo-se de uma epistemologia positivista e mecanicista (Tesser & Luz, 2002, Tesser & Luz, 2006), a dependência de drogas é concebida como uma doença causada pela intromissão de agentes externos (as propriedades intrínsecas das drogas e/ ou fatores

ambientais), internos (fatores genéticos e ou biológicos) ou a interação de ambos.

O objetivo terapêutico assenta-se sob a meta da abstinência total, alcançada pela terapia farmacológica antagonista ou de substituição, pela internação visando a desintoxicação e por intervenções clínicas individuais ou em grupos.

Como em uma circularidade hermenêutica, o determinismo se justifica pela incurabilidade da dependência, ou seja, o usuário nunca se recuperará da dependência, devendo a mesma ser constantemente monitorada, assim como outras doenças crônicas como a diabetes ou a hipertensão (Fiori, 2002). Como bem diz MacRae (2007) análogo ao que ocorreu na Idade Média, quando certas drogas foram atribuídas características essencialmente abomináveis, com o advento da biomedicina elas passaram a ser vistas como causadora da dependência. Em ambos os casos ocorre um processo de ontologização das drogas e do corpo em entidades maléficas.

Este modelo predomina nos ambulatórios médicos, nas unidades básicas de saúde e em clínicas e hospitais psiquiátricos. Contudo, seu discurso hegemônico está presente em praticamente todos os serviços e dispositivos de atenção, mesmo naqueles que, em tese, foram pensados para atuar na lógica inversa do modelo *biomédico*, como os CAPS, por exemplo. Tal contradição foi verificada em pesquisas junto aos serviços de atenção à Saúde Mental e aos usuários de álcool e outras drogas (Moraes, 2008; Rezende, 2003; Schneider, 2006a, Schneider, 2009a) e justifica-se pela própria indefinição das determinantes constitutivas do processo de dependência psicoativa.

Assim, embora existam dispositivos idealizados para atuar a partir de um ou outro modelo específico, o que se encontra na prática é uma mescla de perspectivas, mesmo a despeito de suas diferenças epistemológicas e teórico metodológicas.

### **3.4.3 – O Modelo Psicossocial**

Próprio das comunidades terapêuticas (De Leonn, 2003; Oliveira, 2008; Sabino & Cazenave, 2005), embora se ressalte a existência de diversos modelos em um mesmo serviço de atenção, este modelo surge com a prerrogativa de ampliar a concepção da dependência para além das variáveis químicas e/ou biológicas, embora nestas mesmas comunidades, contraditoriamente, seja comum o discurso

da drogadição como dependência química e / ou doença (Schneider, 2006a; Schneider, 2009a; Sabino & Cazenave, 2005).

Segundo Resolução nº101/2001, (ANVISA, 2001) que regulamenta seu funcionamento, as Comunidades Terapêuticas (CT), são definidas de acordo com o modelo *psicossocial*. Tal definição se dá em virtude da natureza de sua proposta, assentada na busca pela integração de fatores biológicos, psicológicos e sociais da dependência. Contudo, como pode se verificar em recente pesquisa sobre a racionalidade dos serviços de atenção à dependência da Grande Florianópolis (Schneider, 2009a), nas Comunidades Terapêuticas é comum se observar o hibridismo de concepções, saberes e práticas sobre a dependência, entendida discursivamente como um fenômeno biopsicossocial, mas empiricamente abordada a partir da mescla entre os modelos jurídico-moral, biomédico e psicossocial.

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. Em oposição ao modelo *biomédico* tradicional, no modelo *psicossocial* o sujeito desempenha um papel ativo, e a interação droga-usuário é o alvo da interação terapêutica. De modo em geral, na abordagem *psicossocial* a droga é concebida não 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, 2000; Rezende, 2003; Sabino & Cazenave, 2005).

É válido neste momento fazer uma breve ressalva quanto às especificidades do modelo *psicossocial*. Uma de suas principais características diz respeito à permissividade na incorporação de diversas abordagens, podendo ter as mesmas um enfoque estritamente farmacológico ou biológico – o aspecto “bio” – psicodinâmico comportamental – o aspecto “psico” – ou direcionado para abordagens em grupo e/ou familiar – o aspecto “social”. Talvez por essa última razão seja o modelo preferido nas Comunidades Terapêuticas, ainda que nelas prevaleça um hibridismo de enfoques e abordagens (Rezende, 2003; Schneider, 2006a; Schneider, 2009b).

Normalmente regidas por ex-dependentes ou por grupos e/ou instituições religiosas, as práticas nas Comunidades Terapêuticas ensejam um ecletismo metodológico (Oliveira, 2008) caracterizado pela

mescla de abordagens. Vale ressaltar que tal hibridismo não se faz presente apenas nesse *locus* de intervenção, mas também nos serviços de atenção como um todo (Rezende, 2003). Segundo o autor, 77,5% dos profissionais pesquisados por ele relataram utilizar diversas abordagens no tratamento da dependência nos serviços da rede pública, como internações, farmacoterapia, psicanálise, psicoterapia individual e de grupo, doze passos, orientação familiar, dentre outras. Este modelo geralmente encontra-se mesclado a outros em ambulatórios, clínicas e hospitais.

### 3.4.4 – O Modelo Sociocultural

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 (Brasil, 2003). Rezende (2003) afirma que o modelo *sociocultural* é encontrado principalmente nos grupos de ajuda mútua como os AAs e NAs, ou nas comunidades terapêuticas. Em sua análise, o autor não faz referência aos dispositivos do Ministério da Saúde como os antigos NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) ou os atuais CAPS-ad (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas). A razão para tanto talvez resida no fato dos grupos de ajuda mútua ou das comunidades terapêuticas utilizarem atividades grupais como estratégias de intervenção (socioterapia), embora o trabalho com grupos não seja suficiente para caracterizar o modelo *sociocultural*.

Contudo, na presente dissertação, os grupos de ajuda mútua são compreendidos a partir do *modelo jurídico – moral* e não *sociocultural*, já que se apóiam na crença da dependência como uma fraqueza moral ou de caráter, superada pelo reconhecimento das próprias falhas e submissão a um poder superior. Nesses grupos, a meta é a abstinência total do uso da substância em questão, ao contrário do que preconiza a Estratégia da Redução de Danos (Brasil, 2003; Cruz, 2006; Delbon, Ros & Ferreira, 2006; MacRae, 2007).

Nesse sentido, a meta da abstinência é um dos principais pontos de crítica do modelo *sociocultural* em relação aos modelos anteriores. Nestes, o engajamento e a adesão (Leite & Vasconcellos, 2003) do usuário é estipulado pelo tempo de abstinência e pelo seguimento das regras, normas, medidas e prescrições receitadas por seus agentes, de acordo com o tratamento. Porém, a exigência da abstinência conduz a

um paradoxo: exige-se abstinência para o engajamento em um tipo de tratamento estruturado justamente para proporcioná-la (Cruz, 2006). O sujeito busca o tratamento por não conseguir se ver livre das drogas. Como exigir esse livramento 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 segregário, pois não abrangeria 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.

Em acréscimo, Sabino & Cazenave (2005) afirmam que nem todo usuário de drogas se torna dependente, já que a mesma é procurada comumente como fonte de prazer. Do uso esporádico e recreativo ao uso abusivo ou dependência há um longo caminho a ser percorrido e sob o qual se encontram poucos achados. Contudo, esse não é o pensamento presente no *modelo biomédico*, o qual, dentre alguns autores, pontuam que o uso social é apenas um dos estágios da drogadição (Thomaz & Roig, 1998).

Convém ressaltar que os modelos anteriores, em comparação com a estratégia da Redução de Danos, apresentam outra distinção fundamental: a ideologia presente nos sentidos atribuídos à utilização das drogas na contemporaneidade (Crivez & 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 *sóciocultural*, por meio de uma perspectiva histórica e antropológica, não vê como possível a existência de uma sociedade livre de todas as drogas. Até 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 como meta terapêutica, seja pela intervenção clínica ou pela utilização de mecanismos repressivos de controle, o modelo *sóciocultural* atenta-se para reduzir os prejuízos decorrentes da utilização de drogas. (Cruz, 2006; MacRae, 2007).

Sustentado em uma abordagem sócio – histórica, o modelo *sóciocultural* traz como principal contribuição a análise contextual das condições de possibilidade para a ocorrência do consumo de drogas, sendo esta problematizada a partir de impasses e transformações nos âmbitos político, econômico, social e cultural. Como exemplo, é

possível citar a relação entre aumento do uso de substâncias psicoativas concomitante as novas configurações midiáticas e exacerbação do consumo como forma de objetivação de status, valorização pessoal e inserção social (Conte, Oliveira, Henn & Wolff, 2007).

Observam-se, nesse caso, desdobramentos na saúde pública motivadas por mudanças no contexto antropossocial e econômico. Desse modo, pode se verificar que o modelo *sócio-cultural* se baseia em uma concepção interacionista e crítica da realidade, o que em termos epistemológicos é um avanço em se tratando dos modelos anteriores sustentados em uma episteme positivista, mecanicista ou ocultista.

Tais contribuições encontram-se na posição do modelo *sócio-cultural* frente às drogas, as quais não são vistas como um mal em si, mas como meios de expressão e manifestação do desejo e da liberdade individual, ou como produtos das relações sociais (Cruz, 2006). Ademais, este modelo aplica ações estratégicas de autocuidado e de responsabilidade individual, rompendo assim como a vitimização e culpabilização do usuário, presente nos modelos anteriores (Moraes, 2008). Desse modo, fatores condicionantes ao uso e, passíveis de prevenção, ganham ênfase nas ações, ao invés de propostas que visam a internação (*biomédico*), prisão ou absolvição (*jurídico-moral*) do usuário (Delbon, Ros & Ferreira, 2006). Busca-se a minimização dos efeitos gerados pelo consumo de substâncias psicoativas, a partir de uma lógica sustentada no Estado de Direito, próprio do modelo da Redução de Danos (RD).

Em termos históricos, ações voltadas para a minimização dos potenciais efeitos prejudiciais de algumas substâncias, ou mesmo comportamentos, ocorrem desde o início do século passado (Cruz, 2006). Segundo o autor, neste período, os próprios usuários de drogas na Holanda tinham instituído a troca de seringas no intuito de evitarem a contaminação pela Hepatite B. Posteriormente, nos anos 80, com o conhecimento de que o uso compartilhado de agulhas se constituía como um potente canal de disseminação do HIV, países como a Austrália, Suíça e Grã-Bretanha passaram a adotar a RD como estratégia governamental oficial (Cruz, 2006), estendendo-a também para ações de prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). O mesmo ocorreu no Brasil.

A RD 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. Caso mesmo assim não consiga, que sejam então utilizados entre os parceiros, medidas alternativas de esterilização (Cruz, 2006).

Além de estratégias que visem reduzir os prejuízos provocados pelo uso de drogas, a RD incorpora em sua prática ações de prevenção e promoção de saúde, ancoradas em dados epidemiológicos e sócio demográficos (Delbon, Ros & Ferreira, 2006). Ganham visibilidade estudos voltados para os padrões de consumo e transformações na sociedade contemporânea, bem como, aos fatores de risco e proteção atrelados ao uso de drogas (Ballani & Oliveira, 2007; Conte, Oliveira, Henn & Wolff, 2007; Crives & Dimenstein, 2003; Cruz, 2006; MacRae, 2000; MacRae, 2007; Moraes, 2008). Convém ressaltar que tais aspectos ganharam visibilidade somente a partir das últimas década, como já exposto, relativos a epidemia de AIDS entre os usuários de drogas injetáveis.

Segundo Cruz (2006), práticas que visem a diminuição dos riscos na utilização de qualquer substância podem ser consideradas como redutora de danos. Como exemplo, o autor cita medidas contraceptivas, campanhas para diminuição de acidentes no trânsito relacionados ao uso de álcool. Nesse último caso, permite-se o uso do álcool sem condená-lo a priori. Entretanto, evita-se a associação bebida – direção pelos desdobramentos negativos dessa relação (Cruz, 2006).

Em resumo, no modelo *sóciocultural* se objetiva pela concepção materialista histórica de ser humano, sendo este, pensado a partir das noções de liberdade individual, o que denota a racionalidade política na qual se ancora. A dependência de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, é compreendida como um problema de saúde pública, decorrente de amplas variáveis de cunho político, econômico, cultural e social (Cruz, 2006; MacRae, 2000; MacRae, 2007). Desse modo, as pesquisas neste modelo assentam-se estudos epidemiológicos e sócio demográficos e as estratégias terapêuticas em práticas de promoção e prevenção ao uso (Cruz, 2006; Delbon, Ros & Ferreira, 2006), além da estratégia da Redução de Danos.

Este modelo é preconizado pelo Ministério da Saúde para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e redes básicas de saúde, além de ONGs que trabalham com a Estratégia da Redução de Danos.

Após esta breve revisão dos modelos de atenção a 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 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 que tem na dependência, seu objeto de análise e intervenção. Ademais, o hibridismo de modelos presentes nos diversos serviços de atenção é um indicativo da falta de critérios e parâmetros objetivos para se caracterizar as determinantes da dependência 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 diversidade de compreensão sobre a natureza do uso de drogas reflete, por sua vez, a dificuldade de profissionais de formação tão díspar para lidar com questões que envolvem dimensões tão diferentes da experiência humana. Entre as formas de adoecer talvez nenhuma outra envolva de forma tão complexa os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais desde o seu início e durante toda a trajetória dos indivíduos que usam drogas (Cruz, 2006, p2)

Ressalta ainda o autor, que a principal razão do fracasso nas iniciativas de prevenção, é o enfoque unidirecional da dependência, além da diversidade na formação de base dos profissionais. Como agravante, 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 uma práxis efetiva que garanta a eficácia e eficiência dos tratamentos propostos.

A dinamicidade e pluralidade existente nos dispositivos e serviços, em termos de concepções teórico – metodológicas, se faz de tal modo que, na prática, torna-se inviável a caracterização de um ou outro dispositivo de acordo com um modelo hegemônico. O modelo *jurídico moral* está presente em todos os serviços organizados a partir de uma base teológica, como por exemplo, os grupos de ajuda mútua como os AAs e NAs. Entretanto, nestes grupos, há também a presença do discurso *biomédico*, objetivado na concepção da dependência como uma doença. Conquanto, este modelo também se faz presente nos dispositivos jurídicos – penais que regulamentam o consumo, a comercialização e a distribuição de drogas em âmbito nacional e

internacional. Entretanto, existem autores que afirmem ser estes grupos organizados a partir do modelo *sociocultural* (Rezende, 2003).

As Comunidades Terapêuticas, de acordo com a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (Oliveira, 2008) e a ANVISA (2001), atuam segundo modelo *psicossocial*. Entretanto, estas sustentam a gênese da dependência a partir de pressupostos *jurídico-morais* e *biomédicos*. Os CAPS-ad, bem como as estratégias de ação na rede básica de saúde, principais dispositivos do Ministério da Saúde (Brasil, 2003) voltados para atendimento da demanda em álcool e outras drogas no âmbito da saúde pública, operam segundo o modelo *sociocultural*, objetivado pela estratégia da Redução de Danos. Contudo, pesquisa recente revela a ênfase do discurso *biomédico* e *jurídico – moral* nestes dispositivos (Schneider, 2009a). Isto se deve, dentre vários outros fatores, como nos aponta Cruz (2006), ao problema da formação profissional, ainda pautada nos modelos tradicionais.

Diante do exposto, faz-se necessário o estabelecimento de modelos de atenção sobre o fenômeno da dependência, que comportem sua dinamicidade e complexidade, capaz de apreendê-lo dialeticamente a partir da inter-relação entre as diversas variáveis que o constitui. O recorte é necessário, mas, se não contextualizado e inserido no seu campo de inteligibilidade, tende a tomar um aspecto da aparência do fenômeno como se fosse sua essência.

### **3.5 – Padrões de consumo e classificação geral das substâncias psicoativas**

Já dizia Paracelsus que a diferença entre o remédio e o veneno está apenas na dose administrada. Antigamente, os medicamentos tinham essencialmente bases vegetais. Uma mesma planta poderia ser utilizada para aliviar dores ou provocar a morte. Atualmente, sabe-se que um remédio utilizado de forma inadequada, além de não oferecer melhora do quadro clínico, pode trazer sérios riscos à saúde ou até mesmo ocasionar a morte de seu usuário. Assim, os efeitos e modos de utilização de uma substância dirão se ela se constitui como um remédio ou um veneno.

Como a citação de Paracelsus, as origens e conceitos de termos como remédios, medicamentos ou mesmo drogas é bem antiga. Contudo, ainda hoje são utilizados de forma naturalizada e, por vezes, sem distinção (Noto et al, 2003). Embora utilizados como sinônimos,

remédio e medicamento, por exemplo, apresentam distinções etimológicas e designam ações diferentes. O medicamento, originado do latim *medicamentum*, significa o ato de cuidar, proteger, tratar. Remédio, do latim *remedium*, significa aquilo que cura (Rezende, 2004).

Nesse sentido, ambos podem a primeira vista serem utilizados como sinônimos. Contudo, remédio apresenta um sentido mais amplo por designar tudo aquilo que cura. Logo, exercícios físicos e alimentação balanceada podem ser remédios, mas não medicamentos (Rezende, 2004).

A OMS, Organização Mundial da Saúde (1993) define droga como qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar e modificar um ou mais de seus sistemas. Quando essa modificação visa o bem estar e saúde do paciente, diz que a droga é um remédio. Já quando essas alterações ocorrem sobre o Sistema Nervoso Central (SNC) e conseqüentemente geram modificações na consciência, percepção, cognição e humor, são chamadas de drogas psicotrópicas, drogas psicoativas ou mesmo substâncias psicoativas (Cremesp, 2003; CID – 10, 1993; DSM – IV 2002; Genebra, 2002).

Normalmente, o consumo freqüente de substâncias psicoativas está associado a diversos mecanismos neurofisiológicos associados as sensações de prazer e bem estar, gerando um impulso motivacional extra para a reutilização da droga (Nicastri, 2001; Planeta, Cruz, Marin, Aizenstein & DeLucia, 2007). A continuidade do consumo, sua freqüência e quantidade, associada ao potencial de dependência da própria substância, ocasionam alterações funcionais no cérebro, promovendo aquilo que a literatura médica chama de mecanismos de neuroadaptação (Nicastri, 2001; Planeta, Cruz, Marin, Aizenstein & DeLucia, 2007; Schatzqberg & Nemoroff, 2002).

Atualmente, os mecanismos de neuroadaptação têm sido apontados como uma das principais variáveis neurofisiológicas da dependência de substâncias psicoativas (Genebra, 2004; Nicastri, 2001; Planeta, Cruz, Marin, Aizenstein & DeLucia, 2007; Schatzqberg & Nemoroff, 2002). Contudo, a literatura aponta que a perda do controle e uso compulsivo da substância não são suficientemente esclarecidos por este mecanismo, já que fatores de risco como o estresse prolongado produz alterações na resposta da droga com o organismo, potencializando ou não seus efeitos (Planeta, Cruz, Marin, Aizenstein & DeLucia, 2007).

As substâncias psicoativas são classificadas pela OMS (CID-10, 1993) em três grandes grupos:

- 1) – *Depressoras do SNC*: Geram inibição da atividade motora e nervosa, produzindo efeitos sedativos como diminuição da ansiedade, relaxamento muscular e redução do estado de alerta, da atenção e da concentração. Ex: álcool, benzodiazepínicos (ansiolíticos), solventes, opiáceos.
- 2) – *Estimulantes do SNC*: Seus efeitos estimulam a atividade de determinados sistemas neuronais, produzindo estado de elação, de alerta exagerado, insônia e agitação psicomotora. Ex: cocaína, anfetaminas, nicotina, cafeína, ecstasy, crack.
- 3) – *Perturbadoras do SNC*: Produzem alterações qualitativas na consciência (alucinações) e hipersensibilidade senso perceptivas (hiperestesia). Ex: maconha, LSD.

Algumas destas substâncias, tanto pela suas propriedades farmacocinéticas e farmacodinâmicas, toxicologia e via de administração apresentam maior potencial para gerar comportamento compulsivo de consumo do que outras (Cremesp, 2003; Nicastri, 2001; Schatzqberg & Nemoroff, 2002; Seibel & Toscano Jr, 2000; Thomaz & Roig, 1998). Desse modo, a dependência pode ocorrer de forma mais recorrente em usuários de determinados grupos de substâncias. Contudo, os efeitos das drogas, sozinho, são insuficientes para explicar o fenômeno da dependência, já que existem grupos de usuários que utilizam uma mesma substância, mas com padrão de consumo diferenciado (Cremesp, 2003; Seibel & Toscano Jr, 2000).

A droga apresenta potencial para a dependência quando seu uso repetido desencadeia ações de tolerância (necessidades crescentes de maiores quantidades da substância para obtenção dos primeiros resultados), de abstinência (efeitos físicos desagradáveis e comportamentais mal adaptativos ocasionados pela ausência da substância) e comportamento compulsivo de consumo (uso repetitivo e descontrolado no uso da substância)

Algumas drogas como os analgésicos, por exemplo, podem gerar motivação para o uso repetido e tentativas frequentes de obtenção da substância. Contudo, a gravidade dos sintomas é menor em relação às chamadas drogas ou substâncias psicoativas (ou também psicotrópicas). Normalmente, seu uso repetido e de forma descontrolada pode gerar transtornos físicos e psiquiátricos severos (CID – 10, 1993; Cremesp,

2003, DSM – IV 2002; Genebra, 2002), além de ocasionar a síndrome da dependência.

Segundo a OMS, a síndrome da dependência de substâncias psicoativas é constituída por um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que são desenvolvidos após uso constante de uma ou mais substâncias desse grupo. É identificada pela presença de três ou mais dos seguintes sintomas ocorridos de forma freqüente no mesmo período de 12 meses (CID – 10, 2003; DSM-IV, 2002)

- 1) – *Tolerância*: Necessidade da utilização de doses crescentes da substância para obtenção dos mesmos resultados iniciais ou a diminuição acentuada dos efeitos mantendo o mesmo consumo.
- 2) – *Abstinência*: Efeitos fisiológicos desagradáveis e comportamentais mal adaptativos ocasionados pela não utilização da substância. Após o desenvolvimento da abstinência, o indivíduo tende a procurar pelo consumo da substância no intuito de evitar que os efeitos desagradáveis apareçam.
- 3) – *Uso prolongado*: Consumir a substância em doses acima daquela inicialmente pretendida.
- 4) – *Tentativas de diminuição*: Desejo frustrado de diminuir, regular ou interromper o uso da substância.
- 5) – *Investimento*: Gasto de tempo na tentativa de obter a substância para usá-la ou para recuperar-se de seus efeitos. Substituição de atividades sociais, ocupacionais e recreativas em virtude do uso, com conseqüente ênfase nas relações sociais com usuários da substância.
- 6) – *Compulsão*: Uso continuado e descontrolado da substância mesmo admitindo e reconhecendo os prejuízos de seu consumo.

Em alguns casos, ocorre o uso abusivo destas substâncias sem que necessariamente o usuário venha a desenvolver a síndrome da dependência. Embora em ambos os casos haja a presença de prejuízos físicos e sociais relacionados ao consumo, no quadro de uso abusivo não estão inclusos os critérios de tolerância, abstinência e uso compulsivo.

Os critérios definidores do quadro de uso abusivo de substâncias psicoativas, segundo o DSM – IV (2002) são: um padrão mal adaptativo de uso de substâncias ocasionando prejuízo ou

sofrimento clinicamente significativo dentro de um período de 12 meses, manifestado por um ou mais dos seguintes critérios:

- 1) – Fracasso no cumprimento de obrigações importantes em virtude do uso de substâncias psicoativas e uso repetido em situações nas quais esteja implícito algum perigo físico, legal, social ou interpessoal.
- 2) – Presença constante de quadros de intoxicação ou outros sintomas relacionados ao uso da substância quando deveria cumprir obrigações relativas ao seu papel social, ocupacional, familiar.
- 3) – Uso em situações nas quais isto representa perigo como dirigir um automóvel, operar máquinas ou em comportamentos recreativos arriscados como nadar ou praticar montanhismo.
- 4) – Problemas legais recorrentes relacionados à substância como detenção por conduta desordeira, agressão, espancamento.
- 5) – Uso continuado e freqüente da substância mesmo a despeito dos prejuízos sociais ou interpessoais que isto vem causando.
- 6) – Ausência dos critérios definidos do quadro de dependência de substâncias psicoativas.

Em relação às conseqüências, se verifica que o uso abusivo se constitui como estágio que pode evoluir para a dependência em virtude do já presente descontrole que o usuário apresenta no uso da substância (CID – 10, 2003; DSM-IV, 2002; Genebra, 2004; Seibel & Toscano Jr, 2000). Alguns estudos tem se concentrado nos fatores que levam um usuário recreativo ou esporádico a evoluir para o uso abusivo e a dependência. Sabe-se que o tipo de substância e os contextos relacionados ao uso são fatores que estão relacionados. (Ballani & Oliveira, 2007; Barros & Pillon, 2006; Brasil, 2003; Cremesp, 2003; Seibel & Toscano Jr, 2000;).

É possível observar que em ambos os casos (uso abusivo e dependência) existe a presença de problemas e prejuízos relacionados ao uso constante da substância. Por essa razão, na presente pesquisa optou-se pela avaliação das ações dos profissionais de saúde da atenção básica em relação a estes usuários, ou seja, àqueles que apresentam problemas (físicos, psicológicos, sociais, familiares, ocupacionais) relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Estes problemas podem ser tanto decorrentes do uso ou por se constituírem como fatores de risco (desemprego, violência, tráfico).

Os critérios adotados pelo CID – 10 (2003) e DSM – IV (2002) são relativos à caracterização sintomatológica dos quadros de dependência e uso abusivo de substâncias psicoativas. Verifica-se que a literatura especializada trata mais a respeito daqueles que geram prejuízos e agravos severos à saúde, (CID – 10, 2003; DSM-IV, 2002; Genebra, 2004; Seibel & Toscano Jr, 2000), do que em relação a padrões menos intensos de consumo, justamente por esses últimos não se constituírem como um grave problema de saúde.

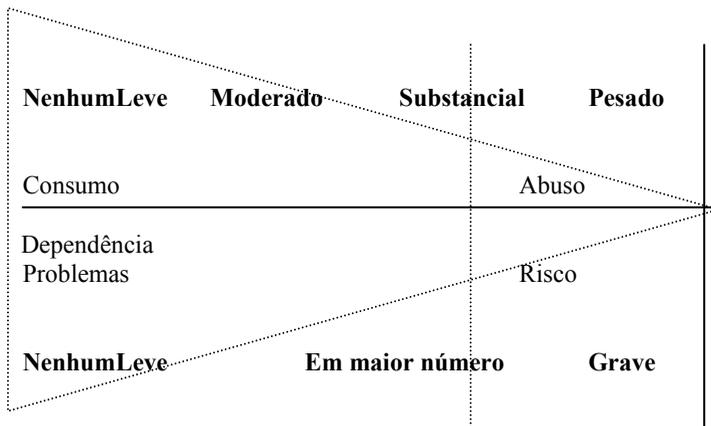
Em relação aos padrões de consumo, a literatura especializada aponta alguns critérios (CID – 10, 2003; Seibel & Toscano Jr, 2000;):

- **Não usuários** – Não faz uso de nenhuma substância de abuso.
- **Usuário leve ou experimental**– Faz uso em baixas doses, de forma esporádica, pontual e não persistente, como beber entre amigos ou em confraternizações. Nesse caso, os problemas, riscos ou prejuízos advindos do consumo são baixos ou mesmo inexistentes dependendo do tipo de droga utilizada.
- **Usuário recreativo ou moderado** – Faz uso mais freqüente e, por vezes, adota comportamentos de risco de forma usual. Contudo o uso, dependendo da substância, não apresenta riscos ou gera prejuízos significativos a vida social, laboral ou familiar do usuário. Consome de forma mensal.
- **Usuário controlado** – Ocorre um uso regular, mas não compulsivo, de modo que não há interferências evidentes no funcionamento habitual do indivíduo. Este termo é um dos mais questionados em virtude da possível impossibilidade de algumas substâncias permitirem um uso mais freqüente sem ocasionar prejuízos a saúde física, psicológica e social do usuário. Contudo, mesmo diante de um padrão mais freqüente, este tipo de usuário não apresenta sintomas de abstinência e tolerância, podendo passar semanas ou meses sem utilizar a substância.
- **Usuário nocivo:** Aqui já ocorre o uso abusivo, de acordo com os critérios do DSM – IV (2002). Os riscos e prejuízos relacionados ao uso são evidentes e significativos, além da alta freqüência e da quantidade administrada. Consome de forma semanal e freqüente, mas não apresenta síndrome de abstinência nem tolerância.
- **Usuário pesado** – É o caso do usuário dependente, que apresenta tolerância, abstinência e faz uso compulsivo da

substância, mesmo a despeito dos agravos evidentes que isto lhe traz. Normalmente, o hábito de consumo é diário.

O quadro apresentado pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp, 2003) ilustra a relação entre consumo e incidência de prejuízos associados.

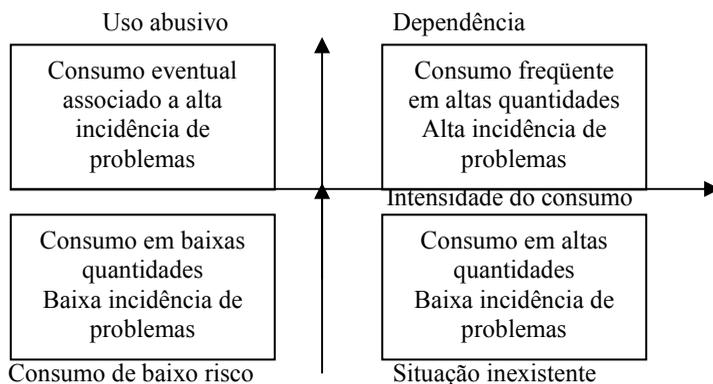
**Figura 1:** Problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas.



**Fonte:** Adaptado de Cremesp, 2003.

De acordo com a figura 1, os problemas e riscos relacionados ao uso de substâncias psicoativas tendem a serem maiores quanto maior for o padrão de uso. O consumo moderado de álcool, por exemplo, faz deste um consumo de baixo risco. Há indivíduos que bebem de forma freqüente e em grandes doses, mas não apresentam os critérios para o quadro de dependência, pois não apresentam sintomas de tolerância e abstinência. Contudo, o uso freqüente e exagerado pode acarretar comportamentos de risco como problemas sociais (brigas, falta no emprego), físicos (acidentes) e psicológicos (agressividade, episódios depressivos). Tais indivíduos, embora não sejam dependentes, fazem um uso abusivo de substâncias psicoativas (Cremesp, 2003).

**Figura 2:** Frequência de problemas relacionados ao consumo.



**Fonte:** Adaptado de Cremesp, 2003.

A partir da figura 2, é possível verificar a impossibilidade da existência de consumo de substâncias psicoativas em altas quantidades sem que haja a incidência de problemas. No quadrante relativo ao consumo de baixo risco, verifica-se que o uso de substâncias em pequenas quantidades apresenta baixa incidência de problemas. Desse modo, verifica-se que, quanto maior o consumo de substâncias psicoativas, maior a incidência de problemas e transtornos associados.

Contudo, as consequências do uso, nesse caso, devem também estar atreladas ao tipo de substância psicoativa, afinal, uma dose de álcool ou vinho não equivalem ao potencial toxicológico de uma tragada de crack ou uso em pequena quantidade de drogas injetáveis. Nesse caso, a toxicologia da substância é uma variável fundamental para o estabelecimento de padrões de uso relacionados as frequências e quantidades administradas. Normalmente, drogas com efeito intenso e rápido como o crack e a nicotina, por exemplo, tendem a apresentar maior potencial para instauração da dependência do que drogas cujo efeito é menos agudo.

Verifica-se com os dados apresentados neste capítulo, a existência de critérios definidores para o estabelecimento de padrões de consumo e prejuízos associados ao uso de álcool e outras drogas. O Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp, 2003) desenvolveu uma cartilha contendo formas de abordagem, diagnóstico e

modelos de tratamento para cada tipo de substância psicoativa. Contudo, mesmo a despeito da produção científica sobre o tema (Cremesp, 2003; Genebra, 2004; Seibel & Toscano Jr, 2000) o subdiagnóstico de transtornos mentais na rede pública e privada de saúde, em especial aqueles relacionados o uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas, é freqüente assim como a utilização de medicamentos de uso controlado como antidepressivos e ansiolíticos.

Além da cartilha desenvolvida pelo Cremesp (2003), a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad, 2004) financiou em 2006 um estudo multicêntrico para validação transcultural de um Escala de Gravidade de Dependência chamada Addiction Severity Index (ASI). A ASI foi desenvolvida em 1979 por pesquisadores da Faculdade de Medicina da Universidade da Pensilvânia, EUA.

De acordo com o Senad (2004) a escala consiste em uma entrevista semi estruturada de aproximadamente 60 minutos que permite avaliar a gravidade dos problemas apresentados pelo paciente, o número, a extensão e a duração dos sintomas e a necessidade de intervenção nos diversos aspectos da vida do indivíduo. Assim, mesmo diante das dificuldades existentes na definição das determinantes da dependência de substâncias psicoativas, existem diversos estudos e iniciativas que visam buscar formas de padronizar o diagnóstico e intervenção junto a estes usuários.

Além das próprias características intrínsecas das drogas, alguns fatores de risco e proteção também se configuram como potenciais eliciadores do uso experimental e possível evolução para o uso abusivo e dependência. Dentre eles estão fatores de risco e proteção, fatores familiares, fatores escolares, fatores sociais, características psicossociais dos indivíduos, além daqueles relacionados às próprias substâncias (Strauch, Pinheiro, Silva & Horta, 2009).

No caso de fatores individuais, são apontados como de risco aqueles relacionados as características psicológicas do próprio usuário, ou seja, existência ou não de episódios depressivos, de estados de insegurança, insatisfação com a própria vida, busca constante de prazer e dificuldades em lidar com problemas e frustrações. Por outro lado, indivíduos com habilidades sociais e que apresentam vínculos afetivos com pessoas, valores e instituições, além daqueles com auto estima desenvolvida e habilidades para lidar eficazmente com perdas e frustrações, são menos propensos a fazerem uso pesado de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas.

Fatores familiares de risco podem estar relacionados à existência de uso de drogas na família ou a existência de problemas de relacionamentos intrafamiliares, violência doméstica, desagregação dos vínculos familiares, pais e irmãos que fazem uso de drogas, dentre outros. Já outros fatores como apoio familiar, regras claras de conduta e envolvimento afetivo dos pais com a vida do filho podem diminuir o risco deste se tornar um usuário moderado ou mesmo evoluir para um uso abusivo de drogas, servindo como mecanismo de proteção (Strauch, Pinheiro, Silva & Horta, 2009).

Em relação a fatores escolares, pesquisas indicam que é neste espaço social que normalmente ocorre o primeiro uso de drogas de na vida (Andrade, Bassit & Boccuto, 1999; Carlini, Galduróz, Noto & Nappo, 2005; Cremesp, 2003; Kerr-Corrêa, Pratta & Santos, 2006; Pratta & Santos, 2008). O bom desempenho escolar, a qualidade do vínculo afetivo estabelecido pelo aluno com o ambiente acadêmico, o estímulo ao prazer pela descoberta, a qualidade do vínculo entre professor e aluno, além das possibilidades de desafios que a escola representa, estão associados a fatores escolares de proteção. Já o baixo desempenho, bullying, permissividade e falta de regras claras de conduta, exclusão, violência e falta de vínculos com professores e ambiente escolar se constituem como fatores escolares de risco e que podem facilitar o uso de drogas (Strauch, Pinheiro, Silva & Horta, 2009).

Em relação aos fatores sociais, destaca-se o *modus operandi* da sociedade contemporânea, calcada no imediatismo, consumismo e hedonismo (Conte, Oliveira, Henn e Wolf, 2007) como principal fator de risco não somente para o uso de álcool e outras drogas, mas também para a auto administração de diversas drogas, em especial psicofármacos, com o objetivo de eliminar um desconforto físico e problemas de ordem psicoemocional e social. Em geral, as informações transmitidas pelos veículos de comunicação enfatizam a busca pelo prazer imediato e a qualquer custo, disseminando uma cultura voltada para o consumo exacerbado de bens e serviços (Conte, Oliveira, Henn e Wolf, 2007).

Nesse sentido, o jovem ou adolescente, que já se configura como o principal grupo de risco ao uso de álcool e outras drogas, é particularmente suscetível aos modismos e a busca de reconhecimento social pela inserção na cadeia de consumo. Segundo Conte, Oliveira, Henn & Wolf, (2007):

“A propaganda suscita a demanda de objetos, feita para nossa satisfação, do lado do gozo ilimitado, supostamente vindo a apagar um desejo que não é eliminado com o consumo, é apenas relançado para outros objetos. Essa instrumentalização do desejo através dos objetos pode, frequentemente, fixar-se no objeto droga, configurando-se em modelo de consumo de relação social (p 98)”.

Ressalta ainda o autor que a droga pode ser vista como a escolha de um objeto adequado que, além de estar ao alcance das mãos, proporciona um atalho para a felicidade. Desse modo, é estreita a ligação entre uso de drogas e valores calcados no consumismo e no imediatismo. O uso na família e na rede social, incentivado e apoiado pelo saber midiático, de remédios para relaxar, para dormir, para melhorar desempenho sexual, para o humor e para emagrecer dão a impressão, principalmente ao jovem, de que existe uma solução imediata e de ação rápida para qualquer problema. De certo modo, o contato inicial com substâncias psicoativas é feito pelo jovem no intuito de buscar alívio imediato para impasses psicológicos (tristeza, insegurança, inibição, timidez) ou para situações conflitantes vividas em seu cotidiano, em especial, na família (Soldera, Dalgalarrodo, Filho & Silva, 2004).

Fatores de proteção social podem ser aqueles promotores de trabalho, lazer, cultura e ou atividades que promovam o bem estar, integração social e perspectivas de futuro. É conhecida a iniciativa de diversos programas sociais públicos e privados que visam oferecer atividades de esportes, lazer, arte e cultura para jovens em situação de risco ocasionado pelo tráfico, pela miséria e pela exclusão social.

Além dos fatores já citados, tem-se aqueles associados as drogas em si, ou seja, sua oferta, disponibilidade e informações sobre os riscos e prejuízos associados ao consumo. Embora não exista um espaço preferencial para a comercialização e uso de drogas, pesquisas apontam que o tráfico geralmente ocorre em situações onde a exclusão social e miséria são mais acentuados. Tal fato pode ocorrer em virtude da falta de oportunidades para trabalho, geração de renda e baixa escolaridade.

## **4 – MÉTODO**

### **4.1 – Caracterização e Delineamento da Pesquisa**

Esta pesquisa se caracterizou por ser um estudo de campo qualitativo, do tipo descritivo exploratório, de corte transversal. A pesquisa qualitativa visa a apreensão de significados presentes nos discursos e comportamentos dos sujeitos investigados, articulando-os ao contexto no qual são emergidos (Biasoli – Alves, 1998). Na pesquisa qualitativa, o ambiente natural é a principal fonte de dados, sendo que seu enfoque recai para a qualidade do objeto, sem a necessidade de garantir sua representatividade (Biasoli – Alves, 1998, Gil, 1991; Godoy, 1995). Além do exposto, a pesquisa qualitativa apresenta outra característica fundamental: os dados coletados não são passíveis de serem matematizados, condição essa que a torna especialmente indicada à aproximação e abordagem dos fenômenos sociais (Marques, Manfroi, Castilho & Noal, 2006).

Os estudos descritivos exploratórios visam a aproximação do pesquisador com o campo ou objeto de estudo visando descrevê-lo nas suas diferentes dimensões, a fim de poder classificá-lo e, posteriormente, analisá-lo (Gil, 1991; Gil, 1996). Seu objetivo é a demarcação do objeto, seu recorte em um dado campo de inteligibilidade e num dado momento no tempo e espaço. Por essa razão também é chamado de corte transversal, pois a coleta de dados é feita em um período determinado e não ao longo de uma trajetória temporal, como no caso de estudos longitudinais (Gil, 1991; Gil, 1996). No presente estudo, o fenômeno demarcado em suas características foram as ações dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica em um Município de porte médio do Estado de Santa Catarina.

### **4.2 – Campo de Pesquisa**

A pesquisa teve como referência as cinco maiores Unidades Básicas de Saúde (UBS), de um município de porte médio do Estado de Santa Catarina, definidas pela população abrangida em seu território e quantidade de profissionais atuantes. A escolha das UBS como campo de pesquisa se deu em virtude do município pesquisado, até a presente data (2009), não apresentar estrutura de funcionamento (dispositivos) e

rede assistencial nos moldes da política de atenção integral à saúde mental e aos usuários de álcool e outras drogas, do Ministério da Saúde (Brasil, 2003; Brasil, 2004a). A ausência dos diferentes tipos de CAPS na rede assistencial municipal relega toda a demanda em saúde mental as UBS, inclusive àquelas relacionadas ao uso abusivo e dependência de drogas. Ressalva-se que as UBS têm um papel chave fundamental neste tipo de atendimento (Brasil, 2006), pois se constituem como a porta de entrada do usuário ao Sistema Único de Saúde.

No município em questão, este papel ganha incremento na sua importância e estratégia, pois, na ausência de política assistencial específica, dos serviços e dispositivos de atenção à saúde mental e, especificamente, no que se refere à atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, as pessoas com esses problemas procuraram resolução e atendimento nas UBS. Ademais, as UBS têm como um de seus atributos possibilitar acesso integral e serviços contínuos voltados para a promoção e proteção em saúde, bem como, para tratamento e recuperação dos agravos desta (Brasil, 2006).

As unidades pesquisadas com a respectiva quantidade de profissionais atuantes foram:

**Tabela 1:** Quantidade de profissionais atuantes nas cinco maiores UBS do Município Pesquisado

UBS	Dentista	ACS	Aux. Enferm.	Tec. Enferm.	Enferm.	Médico
Centro Saúde 1	3	21	8	5	3	5
Centro Saúde 2	2	23	10	4	5	10
Centro Saúde 3	3	16	8	2	5	6
Centro Saúde 4	3	20	7	6	4	5
Centro Saúde 5	3	14	10	4	4	5
<b>Total por especialidade</b>	<b>14</b>	<b>94</b>	<b>43</b>	<b>21</b>	<b>21</b>	<b>31</b>
<b>Total de profissionais</b>	<b>224</b>					

Fonte: DATASUS, 2008.

### 4.3 – Participantes.

Os participantes desta pesquisa foram 3 profissionais integrantes das equipes básicas de saúde, de cada uma das cinco UBS selecionadas. Em cada uma atuam profissionais de várias especialidades (ver tabela 1): médicos, odontólogos, enfermeiros, técnicos ou auxiliar de enfermagem, além dos agentes comunitários de saúde (ACS). No presente estudo, foram selecionados um médico, um enfermeiro e um ACS de cada UBS, no total de quinze profissionais. O critério para inclusão foi o tempo mínimo de um ano de serviço como integrante da equipe da Estratégia da Saúde da Família (ESF), independente do território ou da UBS que tenha atuado.

Este critério final sofreu modificações ao longo da pesquisa em virtude da constatação da rotatividade de profissionais que atuam nas UBS. O critério anterior estava pautado no tempo mínimo de um ano de permanência do profissional na Unidade onde estava sendo feita a coleta. Contudo, na entrevista piloto percebeu-se que muitos profissionais, embora com anos de experiência na ESF, tinham sido transferidos para a atual Unidade havia pouco tempo. Assim, o critério pautado no tempo de atuação na Unidade onde a pesquisa estava sendo feita, mostrou-se insuficiente.

A escolha por estes profissionais se deu em virtude das diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006) que estabelece como equipe profissional mínima para atuação na atenção básica um médico (clínico geral), um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).

Foram selecionados um agente comunitário de saúde, um enfermeiro e um médico de cada uma das cinco maiores Unidades Básicas de Saúde do Município em questão. Na Tabela 2, encontra-se a caracterização dos sujeitos por ocupação.

**Tabela 2:** Caracterização dos sujeitos de pesquisa

<b>Características</b>	<b>Agente Comunitário de Saúde</b>	<b>Enfermeiro</b>	<b>Médicos Clínicos Gerais</b>
<b>Sexo</b>			
Feminino	5	5	2
Masculino	0	0	3
<b>Tempo atuação ESF</b>			
Até 3 anos	1	3	1
4 a 5 anos	2	2	4
Mais de 5 anos	2	0	0
<b>Média de atendimentos mês</b>			
Até 200	1	3	0
201 a 250	4	2	0
250 a 390	0	0	0
Acima de 390	0	0	5
<b>Formação em ESF</b>			
Sim	0	0	4
Não	5	5	1
Conhecimento Política Nacional de Assistência Psiquiatra	0	0	0
Conhecimento Política Atenção Integral a Usuário de Álcool e outras Drogas	0	0	0

**Fonte:** Elaborado pelo autor, 2009.

Verifica-se, a partir da Tabela 2, que os ACS entrevistados se constituem exclusivamente por mulheres com experiência na área acima de 3 anos na ocupação. Realizam cerca de 250 atendimentos domiciliares por mês. Ressalta-se a formação técnica de três agentes comunitárias na área de enfermagem.

Assim como em relação aos ACS, os sujeitos da área de enfermagem são constituídos exclusivamente por mulheres com experiência acima de três anos na área. A média mensal de atendimentos tende a duplicar quando ocorrem períodos de vacinação ou epidemias como o caso da nova gripe H1N1, pandemia ocorrida no inverno de 2009. Normalmente, realizam de 200 a 250 atendimentos por mês.

Em relação aos médicos participantes da pesquisa, verifica-se que quatro dos cinco sujeitos apresentam especialização da área de Saúde da Família e atuam nessa área, no mínimo, há dois anos. Nesse caso há uma predominância de médicos homens em relação as mulheres, diferentes das ocupações apresentadas anteriormente. Em termos de atendimentos mensais, verifica-se que todos os profissionais realizam pelo menos 400 atendimentos por mês, gerando uma média diária acima de 20 atendimentos.

### **3.4 – Instrumentos e procedimentos para a coleta de dados**

Os dados foram coletados mediante entrevista semi estruturada, com questões fechadas e abertas, contendo a caracterização do respondente em relação a três eixos temáticos:

- 1) Os procedimentos adotados para identificação da demanda em saúde mental, mais especificamente relativas à dependência de álcool e outras drogas;
- 2) As propostas terapêuticas desenvolvidas; as práticas de acolhimento e os encaminhamentos realizados;
- 3) As concepções teórico – metodológicas dos profissionais sobre a dependência de álcool e outras drogas.

Em relação aos eixos temáticos, salienta-se que, ao invés de 3 eixos existiam 4. As questões do eixo número 2 dois estava divididas em dois eixos (2 e 3). Contudo, no transcorrer das entrevistas, as respostas dadas aos eixos 2 e 3 se sobrepunham, o que implicaram na organização dos itens em uma única grande categoria, ficando três eixos de categorização. De fato, ao responderem as questões do eixo 2 e 3, pode ser observado que os encaminhamentos realizados já se constituíam em si como uma proposta terapêutica ou mesmo uma prática de acolhimento.

A entrevista semi estruturada consiste em um processo de investigação, caracterizado pelo diálogo entre entrevistador e entrevistado, organizado na forma de um roteiro com pontos a serem explorados *a priori*, mas seguindo uma formulação flexível guiada pelo discurso do entrevistado (Biasoli-Alves, Zélia & Silva, 1992; Biasoli-Alves, Zélia & Silva, 1998). Este instrumento para coleta de dados se mostrou adequado ao presente estudo em face da necessidade de se aprofundar ou verificar a evolução do conhecimento relativo às ações

em saúde voltadas para usuários com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Antes do início da pesquisa, foi realizado um piloto para averiguar a sensibilidade do instrumento de coleta, no caso, das questões que estariam norteando a entrevista. Após execução do piloto, que ocorreu em uma Unidade Básica de Saúde do município pesquisado, foi realizado um ajuste nas questões, pois algumas das mesmas eram similares e forneciam as mesmas respostas dos sujeitos. Outras questões não auxiliavam na obtenção dos dados necessários à pesquisa. Desse modo, algumas questões do instrumento foram reformuladas.

Para início da pesquisa piloto e coleta oficial dos dados, foi redigida uma carta de apresentação para o Secretário Municipal de Saúde do Município, cuja aprovação foi condição necessária para a autorização deste estudo. Após aval do Secretário, o pesquisador se dirigiu a cada uma das UBS selecionadas e apresentou-se ao seu respectivo coordenador no intuito de recrutar os participantes e agendar horários para a coleta dos dados. As entrevistas foram realizadas nas próprias Unidades, nas salas de atendimento à população e tiveram duração média de 25 minutos. Vale lembrar que o piloto ocorreu em uma Unidade Básica de Saúde que não participou da coleta oficial de dados.

Verifica-se que o tempo médio de 25 minutos por entrevista deu-se em virtude da demanda de atendimentos realizada nas Unidades por conta da gripe H1N1. Reconhece-se que o tempo foi insuficiente para aprofundamento das questões presentes na entrevista.

Em algumas unidades, as entrevistas foram alocadas entre os horários de atendimento à população, de modo que a alta demanda de atendimentos impôs ao pesquisador a necessidade de coletar os dados de forma rápida, e, por vezes, sem o necessário aprofundamento.

Outro motivo que dificultou a realização das entrevistas foi o aumento dos casos da nova gripe H1N1, cujo pico de contaminação ocorreu entre os meses de agosto e setembro de 2009, justamente, o período de realização das entrevistas. O número de atendimentos mensal da área médica teve um aumento de 35%, ocasionando constantes remarcações na coleta de dados e encurtamento do tempo previsto para a entrevista.

O primeiro contato do pesquisador com os participantes foi marcado pela apresentação sucinta dos objetivos da pesquisa, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, autorização da gravação do áudio e conseqüente realização das entrevistas.

Para a realização das mesmas, o pesquisador utilizou como recursos folha A4 impressa com o roteiro de perguntas e um gravador de voz digital. De início, alguns profissionais se mostraram reticentes quanto a gravação do áudio da entrevista. Porém, o pesquisador explicou a necessidade do procedimento em face da impossibilidade de anotar e registrar manualmente todos os detalhes da entrevista.

#### **4.5 – Procedimentos Transcrição e Análise dos dados**

Para a análise dos dados foi utilizado a análise de conteúdo, de acordo com o modelo proposto por Olobuenaga (1999). De acordo com o autor, o texto, objetivado pela transcrição das entrevistas, remete sempre a um determinado contexto relacionado aos sentidos, significados e racionalidades presentes nos relatos dos sujeitos de pesquisa. Para se chegar a esse texto – contexto, as questões das entrevistas foram transcritas, organizadas e em seguida, decodificadas e categorizadas. A categorização segue os princípios da significância em relação à questão abordada, da exaustividade e da exclusão.

No primeiro momento, após todos os dados terem sido coletados, foi realizada a transcrição dos mesmos na íntegra. Depois de transcritas, as respostas foram agrupadas de acordo com sua adequação em relação aos eixos norteadores das entrevistas. Desse modo, as categorias principais foram delimitadas pelos eixos “identificação da demanda”, “propostas terapêuticas e práticas de acolhimento” e “concepções teórico metodológicas sobre a dependência. As respostas coletadas foram sendo categorizadas conforme a pertinência a um dos eixos norteadores, agrupadas em subcategorias de acordo com a similaridade entre elas, conforme se pode verificar nos quadros logo adiante.

#### **4.6 – Procedimentos éticos**

Para ser aprovada, esta pesquisa precisou se adequar quanto os procedimentos do Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos, da UFSC. O papel do Comitê é garantir normas reguladoras para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos, alicerçadas nos quatro principais referenciais da Bioética (Conselho Nacional de Saúde, 1996): autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Um de seus principais objetivos é garantir condições mínimas necessárias

para que pesquisas envolvendo seres humanos sejam realizadas, sem incorrer em riscos e prejuízos para os participantes.

Antes de ser iniciada a pesquisa, foi colhida a assinatura da Declaração de ciência e parecer da instituição envolvida. Após, o pesquisador foi a campo iniciar a coleta dos dados. Nesta etapa foram esclarecidos aos sujeitos participantes todos os procedimentos que envolveriam a pesquisa, bem como, seus objetivos, resultados esperados e assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Também foi explicado aos participantes que a participação na pesquisa é voluntária e sem incidência de qualquer ônus caso ocorressem desistências ou recusas na participação da pesquisa. Por essa razão, foi solicitado a cada entrevistado a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido antes da pesquisa ser iniciada. Foi também explicado a necessidade do uso de gravador de áudio, bem como, do sigilo absoluto em relação à identificação dos participantes e local onde a coleta foi realizada.

Esta pesquisa foi aprovada sob nº 046/09 FR 246748 Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos da UFSC, da Pró Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina.

## **5 – DEFINIÇÕES DAS CATEGORIAIS E ELEMENTOS DE ANÁLISE**

As análises das entrevistas se deram por meio da análise de conteúdo. Para tanto, foram utilizadas categorias gerais, definidas a partir dos eixos norteadores das entrevistas. A partir dos agrupamentos das respostas dos sujeitos dadas pelas semelhanças entre elas, foram definidas as subcategorias e os principais elementos de análise, conforme expostos no Quadro 1. Os elementos se constituem por segmentos de respostas dadas pelos sujeitos. Desse modo, em uma mesma resposta são encontrados diversos elementos de análise. Por vezes, na resposta de uma mesma questão, o sujeito abordou diversos aspectos da mesma, de modo que vários elementos de análise puderam ser selecionados.

**Quadro 1:** Definição das categoriais “**Identificação da demanda**”.

Categoriais	Subcategoria	Elementos de Análise
<b>1 - Identificação da demanda</b>	1.1 – Visitas domiciliares	1.1.1 – Observação do comportamento e da dinâmica familiar pelos ACS 1.1.2 – Conhecimento da comunidade e entorno
	1.2 – Demanda espontânea	1.2.1 – Relato dos próprios usuários 1.2.2 – Comorbidade associada 1.2.3 – Renovação do receituário
	1.3 – Intermédio da família	1.3.1 – Conflitos familiares 1.3.2 – Tráfego e desemprego 1.3.3 – Problemas de saúde 1.3.4 – Relato de familiares
	1.4 – Não abordam diretamente o problema	1.4.1 – Perda de confiança 1.4.2 – Invasão de privacidade 1.4.3 – Usuários negam problema 1.4.4 – Não sabem como identificar 1.4.5 – Ausência de procedimentos padronizados 1.4.6 – Não é atribuição das UBS

A categoria **Identificação da demanda** refere-se às ações e procedimentos executados pelos profissionais de saúde da atenção básica, para identificar usuários que apresentam problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas, ou seja, é uma categoria que reflete os procedimentos que as equipes utilizam para identificar casos de usuários com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Os relatos dos sujeitos indicam que esta identificação ocorre de quatro formas: 1.1 – Pelas visitas domiciliares realizadas pelos ACS; 1.2

– Por demanda espontânea, pelos próprios usuários que procuram as equipes da ESF; 1.3 – por Intermédio dos familiares que procuram o auxílio especializado nas Unidades Básicas; 1.4 – não ocorre a identificação pela ausência de abordagem por parte das equipes de saúde.

A subcategoria 1.1 foi decomposta em dois itens ou elementos de análise: 1.1.1 – *Observação do comportamento e da dinâmica familiar* e 1.1.2 – *Conhecimento da comunidade e entorno*. O primeiro item é caracterizado pela observação direta dos agentes comunitários de saúde na residência do usuário. A demanda é identificada quando os ACS visitam as comunidades e identificam fatores de risco presentes na própria família como pais usuários de drogas, por exemplo. O item 1.1.2 se caracteriza pela constatação, por parte dos ACS, de usuários de drogas em seu território de atuação. Pessoas utilizando e comercializando drogas nas ruas são alguns exemplos.

A subcategoria 1.2 foi decomposta em três elementos de análises. O primeiro, 1.2.1 – *Relatos dos próprios usuários* indicam que a demanda é identificada quando os usuários comunicam as equipes de saúde que apresentam problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas. O segundo item, 1.2.2 – *Comorbidade associada* indica a demanda identificada quando o usuário vem até a Unidade Básica de Saúde em virtude de sintomas físicos decorrentes do uso abusivo ou dependência de substâncias psicoativas. O terceiro item, 1.2.3 – *Renovação do receituário* indica a identificação da demanda pela ida do usuário até as Unidades no intuito de obterem a renovação dos medicamentos prescritos por profissionais de saúde mental. Ressalta-se que em relação a subcategoria 1.2, são os próprios usuários que vão até as unidades apresentarem suas queixas, que podem ser decorrentes de comorbidades, decorrentes da necessidade de se renovar o receituário prescritos por médicos anteriores ou mesmo um pedido expresso de ajuda para superar os problemas da dependência de drogas.

A subcategoria 1.3 indica que as equipes de saúde identificam os casos de uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas por intermédio de algum familiar ou parente do usuário. A existência de conflitos familiares, tráfico de drogas por parte de algum integrante da família ou mesmo a presença de problemas físicos decorrentes do uso levam os familiares a solicitarem ajuda junto as Unidades Básicas de Saúde, em especial, aos ACS.

A subcategoria 1.4 indica que a identificação não é feita, pois as equipes básicas de saúde não abordam os usuários no tocante ao uso de

álcool e outras drogas. Nesse caso, os elementos de análise 1.4.1 – *Perda da confiança* e 1.4.2 – *Invasão de privacidade*, indicam que as equipes, em especial os ACS, não abordam diretamente o problema por receio de que a família ou o usuário sintam sua privacidade invadida, percam a confiança e fragilizem o vínculo entre a família e as equipes de saúde. Por essa razão é comum os ACS, mesmo a despeito de terem identificado na família algum usuário com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, aguardarem o pedido de ajuda por parte dos próprios familiares. Assim, em muitos casos, se a família não comunica a situação, o ACS também não a aborda. As equipes esperam que tanto usuário quanto familiares solicitem apoio ou ajuda para lidar com a problemática relativa à dependência e uso abusivo de drogas.

Os itens 1.4.3 – *Usuários negam problema*, indica que a identificação dos casos não é feita, quando os usuários não pedem auxílio direto para as equipes de saúde. Nestes casos, identificação dos casos limita-se ao relato do próprio usuário. Os itens 1.4.4 – *Não sabem como identificar* e 1.4.5 – *Ausência de procedimentos padronizados*, indicam que não existe um protocolo de atenção específica voltado para este tipo de usuário, ou seja, não há procedimentos padronizados para identificação de casos de risco ou mesmo de usuários que já fazem um uso abusivo ou são dependentes de álcool e outras drogas. Por último, o elemento 1.4.6 – *Não é atribuição das UBS*, indica que as equipes de saúde relataram que estes usuários não são identificados em virtude de que esta identificação ou acompanhamento terapêutico não é considerado papel das unidades básicas de saúde e sim, das unidades especializadas como os CAPS, CAPS-ad e Unidades psiquiátricas.

**Quadro 2:** Definição das categoriais “Práticas de acolhimento e propostas terapêuticas”.

Categorias	Subcategoria	Elementos de Análise
<b>2 – Práticas de acolhimento e propostas terapêuticas</b>	2.1 – Acompanhamento e monitoramento	2.1.1 – Na própria Unidade 2.1.2 – No domicílio do usuário 2.1.3 – Intervenção psicofarmacológica 2.1.4 – Orientação ao usuário
	2.2 – Encaminhamentos	2.2.1 – Outras especialidades na própria Unidade 2.2.2 – Grupos de ajuda mútua (AA e NA) 2.2.3 – Instituições psiquiátricas 2.2.4 – Grupos religiosos 2.2.5 – Serviço Saúde Mental do município
	2.3 – Dificuldades no manejo	2.3.1 – Falta de conhecimento sobre fenômeno 2.3.2 – Falta de estrutura para atendimentos 2.3.3 – Falta de referência em Saúde Mental 2.3.4 – Desinteresse por parte do usuário

Neste quadro são apresentadas três subcategorias relativas ao **acolhimento e propostas terapêuticas** adotadas pelas equipes de saúde quando os casos de usuários com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas são identificados: 2.1 – Acompanhamento e monitoramento 2.2 – Encaminhamentos e 2.3 – Dificuldades no manejo. A subcategoria 2.1 está subdividida em 4 itens: *Na própria unidade; No domicílio do usuário; Intervenção psicofarmacológica; Orientação*. Cada subitem representa um tipo de proposta terapêutica adotada pelas equipes da atenção básica.

O item *Própria unidade*, indica que os usuários são atendidos na própria Unidade Básica de Saúde. O item *No domicílio do usuário* indica que os mesmos passam por uma consulta com o clínico geral e depois recebem acompanhamento mensal pelos ACS em suas próprias residências. Nesse caso, o usuário não retorna para as Unidades Básicas. O item *Intervenção psicofarmacológica* indica que o modelo de tratamento adotado se baseia na prescrição de ansiolíticos e antidepressivos. Por último, o item *Orientação* indica que as equipes de saúde procuram orientar os usuários sobre os efeitos do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas, bem como, fornecer apoio motivacional aos mesmos visando a interrupção do uso.

A subcategoria 2.2 divide em cinco itens, cada um representando um local, serviço ou dispositivo para o qual os usuários são encaminhados. Dentre eles tem-se especialidades na *própria Unidade*, *grupos de ajuda mútua* como os Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA), *instituições psiquiátricas*, *grupos religiosos* ou o *serviço de saúde mental do próprio município*

A subcategoria 2.3 indica que as equipes apresentam dificuldades para abordar os usuários e desenvolver propostas terapêuticas. Nesse caso, os 4 itens no qual esta subcategoria foi dividida indicam que a dificuldade do manejo ocorre por *Falta de conhecimentos* sobre o fenômeno da dependência de substâncias psicoativas, *Ausência de estrutura física* e tempo disponível para os atendimentos, ausência de matriciamento decorrente da inexistências de equipes de *Referência em Saúde Mental* e, por último, o *Desinteresse por parte dos usuários* que não buscam os serviços de atenção nem demonstram motivação para interromper ou controlar o uso de substâncias psicoativas.

**Quadro 3:** Definição da categoria “**Concepções sobre dependência**”.

<b>Categoriais</b>	<b>Subcategoria</b>	<b>Elementos de Análise</b>
<b>3 – Concepções sobre dependência</b>	3.1 – Estrutura familiar	3.1.1 – Ausência de diálogo 3.1.2 – Ausência de afeto 3.1.3 – Pais usuários de drogas 3.1.4 – Falta de estrutura familiar
	3.2 – Aspectos psicossociais	3.2.1 – Curiosidade 3.2.2 – Fuga de problemas pessoais 3.2.3 – Frustrações e decepções pessoais 3.2.4 – Diversão 3.2.5 – Traumas de infância 3.2.6 – Depressão 3.2.7 – Culpabilização do usuário 3.2.8 – Influência das amizades 3.2.9 – Ausência de possibilidades de crescimento pessoal e profissional
	3.3 – Aspectos biológicos	3.3.1 – Doença de fundo orgânico
	3.4 – Uso de eliciadores	3.4.1 – Cigarro 3.4.2 – Álcool
	3.5 – Contexto sócio econômico	3.6.1 – Violência urbana 3.6.2 – Baixa escolaridade 3.6.3 - Miséria 3.6.4 – Tráfico de drogas 3.6.5 – Desemprego
	3.6 – Desconhece as causas	3.7.1 – Desconheço as causas

Neste quadro são apresentadas as **concepções das equipes de saúde** da atenção básica no tocante as determinantes da dependência de substâncias psicoativas. Foram cinco as subcategorias identificadas: 3.1 – Estrutura familiar; 3.2 – Aspectos psicossociais; 3.3 – Aspectos biológicos; 3.4 – Uso de eliciadores; 3.5 – Contexto sócio econômico e 3.6 – Desconhece as causas.

A subcategoria 3.1 está dividida em 4 itens, indicando quais aspectos da dinâmica familiar são incisivos, de acordo com as equipes de saúde, para a constituição dos casos de dependência. Dentre eles foram citados *ausência de diálogo na família, ausência de afeto por parte dos pais, pais com histórico de uso de drogas e falta estrutura e suporte familiar*. Desse modo, de acordo com as equipes de saúde que tiveram esta concepção, a dependência de álcool e outras drogas tem suas origens e causas na família.

A subcategoria Aspectos psicossociais está dividida em 7 itens que indicam aspectos relativos a personalidade ou atitudes dos usuários. De acordo com as equipes de saúde, a *curiosidade, a fuga de problemas, frustrações e decepções pessoais, a busca por diversão, eventos traumáticos na infância e a depressão* são fatores determinantes na constituição do fenômeno da dependência. Agrega-se a estes itens o 3.2.7 – *algo dependente do usuário*, indicando que a dependência é um fenômeno que depende exclusivamente da pessoa, sem alusão a alguma característica específica.

A subcategoria 3.3 – Aspectos biológicos indica que a dependência de drogas foi definida como uma doença crônica e de fundo orgânico, a semelhança de outras doenças crônicas como diabetes ou hipertensão arterial. A subcategoria 3.4 – *uso de eliciadores* indica que a dependência de drogas é decorrente do uso de substâncias concebidas como “portas de entrada” para as drogas ilícitas. O cigarro e o álcool, nesse sentido, são percebidos como determinantes para o estabelecimento dos quadros de dependência. Nesse sentido, ambas as drogas não são concebidas como tal pelas equipes, já que neste caso há uma clara distinção entre as chamadas drogas lícitas (álcool e tabaco) e ilícitas (maconha, cocaína, extasy, crack).

A subcategoria 3.5 – Contexto sócio econômico refere-se aos indicadores sociais e econômicos da dependência como o *tráfico de drogas, influência dos amigos, falta de possibilidade de crescimento pessoal e profissional, baixa escolaridade, violência e miséria*. Assim, de acordo com as equipes de saúde, fatores econômicos e sociais são determinantes para o desenvolvimento da dependência de álcool e outras drogas.

A subcategoria 3.6 – Desconhece as causas, indica que as equipes tiveram dificuldade ou não conseguiram delimitar quais as determinantes dos quadros de dependência psicoativa. Ao serem questionadas sobre as concepções da dependência, responderam que não

sabiam ou que não conheciam as reais causas e determinantes deste fenômeno.

## 6 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No âmbito da Saúde Pública brasileira, as equipes da atenção básica se configuram como os profissionais responsáveis pelos cuidados primários à saúde da população localizada em sua área de abrangência. Dentre esses cuidados estão o monitoramento e acompanhamento de pacientes em grupos de risco como hipertensos, diabéticos, gestantes e idosos (Brasil, 2006). Idealizados para atuar na lógica da atenção integral, as equipes possuem a responsabilidade de oferecer cuidados básicos que, além de evitar o agravamento de certas patologias, promovam a saúde e bem estar da população local.

Em se tratando de usuários com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, as equipes de saúde podem atuar no monitoramento e acompanhamento de casos já consolidados e de usuários de risco, realizando diagnoses, intervenções breves e ações de prevenção e promoção de saúde. A identificação de padrões de uso e do tipo de substância consumida aliado a identificação de fatores de risco e proteção são indicadores que podem dar indícios de potenciais usuários abusivos e/ou dependentes de álcool e outras drogas. Casos de risco podem ser monitorados no intuito de evitar que evoluam para padrões nocivos de uso destas substâncias.

Contudo, pode se verificar a não existência de equipes de referência em saúde mental, implicando na não realização de matriciamento das equipes da ESF que deixam médicos, agentes comunitários e enfermeiros desamparados no que se trata de apoio técnico, tanto para identificação dos casos quanto para oferecimento de uma rede assistencial de apoio, conforme também verificado por outros autores (Arona, 2009).

### 6.1 – Identificação da demanda

O primeiro questionamento que foi feito para os profissionais da atenção básica entrevistados foi a respeito dos procedimentos que eles utilizavam para identificar casos de usuários que apresentam problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Embora alguns procedimentos básicos puderam ser identificados, os sujeitos deixaram evidente que o atendimento nas Unidades não está voltado para a

identificação e assistência a este tipo usuário, conforme pode-se observar nos relatos abaixo:

*“(...) fazer uma ação específica voltada para atendimento, acompanhamento, isso não”*. Enfermeiro – UBS 1

*“Ou eles falam ou a gente percebe pelo problema que o paciente apresenta, não que o atendimento fosse voltado pra isso, entende. Não é uma coisa que a gente costuma investigar, a não ser que o paciente fale, né !!”* Médico – UBS 1

*“Bom, a gente não faz uma consulta específica para isso até porque não temos muito conhecimento”*. Enfermeiro – UBS 2

*“(...) não realizei nenhuma consulta específica por causa disso. Na verdade, eu não presto uma atenção voltada pra isso. Como bombeiro a gente vai apagando incêndio”*. Enfermeiro – UBS 3

*“Procedimento padrão não existe aqui porque não é uma unidade voltada pra isso. Isso você precisar perguntar nos institutos de psiquiatria, na colônia”*. Enfermeiro – UBS 4

*“Não costumo atender porque na verdade esse não é nosso foco de atuação”*. Médico – UBS 5

A partir dos relatos apresentados é possível verificar que os casos de usuários com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas não é concebido, pelos profissionais da ESF, como um dos objetos que deveria ser focado pela atenção básica. De acordo com os entrevistados, identificar ou atender casos de usuários de drogas não é papel destas equipes.

Contudo, de acordo com o Ministério de Saúde (Brasil, 2006) cabem as equipes da atenção básica o desenvolvimento de ações focalizadas sobre grupos e fatores de risco comportamentais, alimentares e ou ambientais, com o intuito de prevenir o aparecimento e a manutenção de doenças evitáveis. Ressalta-se que segundo OMS (Genebra, 2004), o álcool e o tabaco juntos são dois maiores agentes causadores de mortes evitáveis no mundo.

O Ministério da Saúde apresenta políticas e dispositivos específicos no campo da atenção integral ao uso de álcool e outras drogas (Brasil, 2003). Na ausência destes dispositivos a demanda para

este tipo de serviço acaba sendo absorvida pelas equipes da atenção básica, como é o caso do município em questão. Verifica-se que a percepção das próprias equipes de que não cabe a eles o atendimento a usuários de álcool e outras drogas, criam condições para que estes não sejam acolhidos pela rede.

Outro fato que merece destaque diz respeito à avaliação das condições de saúde das famílias que são feitas pelos ACS em sua primeira visita. Quando em contato com a comunidade, os ACS investigam se naquela residência existe a presença de pessoas portadoras de deficiências, diabéticos, hipertensos, gestantes, idosos.

Observa-se, desse modo, que as equipes de saúde, especialmente os ACS, possuem a incumbência de identificar casos de usuários de álcool e outras drogas nas comunidades onde atuam. Tal fato demonstra que também é atribuição das equipes básicas de saúde a identificação de fatores de risco relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas, já que tais fatores e práticas incidem diretamente sobre a saúde e qualidade de vida da população.

Dos 15 sujeitos entrevistados, 9 responderam que o atendimento nas unidades básicas não estão voltados para os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Verifica-se, a partir da tabela 3, que a maioria das citações relatadas pelos entrevistados, no tocante aos procedimentos de identificação destes usuários, agrupa-se na subcategoria “Não abordam o problema”. No total, os elementos de análise que fazem parte desta subcategoria foram citados 31 vezes.

**Tabela 3:** Respostas dos sujeitos em relação a categoria “Identificação da demanda”

Categoria “Identificação da demanda”	Sub categorias	Médico					Enfermeiro					ACS					Qtd sujeito	Total sub categoria
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
1.1.1– Observação do comportamento e da dinâmica familiar pelo ACS 1.1.2– Conhecimento da comunidade e entorno	<b>1.1 - Visitas Domiciliares</b>			X	X		X	X	X			X	X	X			8	10
													X		X		2	
1.2.1 – Relato dos próprios usuários	<b>1.2 - Demanda espontânea</b>	X	X	X				X		X		X					6	15
1.2.2 – Comorbidade associada		X			X				X		X						4	
1.2.3 – Renovação do receituário			X			X	X	X				X					5	
1.3.1 – Conflitos familiares	<b>1.3 - Intermédio da família</b>		X			X							X				3	17
1.3.2 – Tráfego e desemprego												X	X		X	3		
1.3.3 – Problemas de saúde			X			X	X	X									4	
1.3.4 - Relato dos próprios familiares					X		X			X		X	X	X	X	7		
1.4.1 - Perda de confiança por parte da família	<b>1.4 - Não abordam o problema</b>												X	X	X	3	31	
1.4.2 - Invasão de privacidade													X		X	2		
1.4.3 - Usuários negam problema		X			X		X	X		X		X	X		X	8		
1.4.4 - Não sabem como identificar								X		X								2
1.4.5 - Ausência de procedimentos padronizados		X	X		X					X		X	X	X		7		
1.4.6 - Não é papel da UBS		X	X	X	X		X		X	X		X	X			9		

Constata-se que as equipes da atenção básica tem dificuldade de abordar este tipo de problema de saúde pública junto aos usuários. Mesmo a despeito das inúmeras complicações físicas e psicológicas que decorrem do uso abusivo ou da dependência de álcool e outras drogas, esta problemática passa ilesa na atenção básica do município em questão. As razões para isso podem ser encontradas nos próprios relatos dos entrevistados, quando os mesmos apontam que a ausência de equipes de referência em saúde mental, de uma rede assistencial estruturada para colhimento destes usuários aliados a alta demanda por atendimentos de rotina realizados no cotidiano das unidades, faz com que este tipo de demanda seja ignorado e não acolhido pela rede assistencial do município:

*“É feito esse atendimento aqui que eu falei. Também tem a questão da falta de referência em Saúde Mental, não tem pra onde encaminhar e os que têm ficam na fila de espera por muito tempo”*. Enfermeiro – UBS 1.

*(...) “agente tentar encaminhar pra outro lugar porque aqui não tem condição de oferecer esse atendimento”*. Médico – UBS 1

*“Na verdade, a gente não sabe muito que fazer pois não temos estrutura nem conhecimento para este tipo de atendimento e a rede também não oferece suporte, então...fica complicado”*. Enfermeiro UBS 2

*“Na própria Unidade não fazemos este tipo de atendimento por causa de uma série de coisas como falta de estrutura, de capacitação para nós, da demanda que temos que dar conta e de outros programas como tuberculose, hipertensos”*. Médico – UBS 2

*“Quanto ao problema das drogas não tem muito que fazer pois nós não temos conhecimento técnico, o serviço de referência está lotado e não atende mais pacientes novos”*. Enfermeiro – UBS 3.

*(...) “aqui não tem uma estrutura. Não tenho tempo. Até a questão do tabagismo a gente está tentando implantar, fazendo a coleta. Se nesses casos já tem dificuldade, imagina nos outros”*. Enfermeiro – UBS 3

*(...) “tentamos dar alguma orientação, mas não temos condição de atender esses casos aqui”*. Enfermeiro – UBS 5

Com base nos dados constata-se que a falta de estrutura é referida como uma das principais determinantes das dificuldades de atenção aos usuários abusivos ou dependentes de álcool e outras drogas. Foram referidos como principais elementos dessa falta de estrutura a elevada demanda de atendimentos que as UBS necessitam acolher todos os dias, a insuficiência de recursos humanos nas próprias unidades, bem como a ausência de equipes de referência em saúde mental, implicando na não realização de matriciamentos às equipes de ESF. No município em questão há somente dois psiquiatras para toda a rede pública de saúde.

Segundo 8 dos 15 sujeitos entrevistados, os possíveis casos de uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas não são identificados pelas equipes de saúde em virtude dos próprios usuários negarem a presença de algum problema. Assim, tem-se uma dupla dificuldade encontrada nas Unidades de Saúde: a falta de abordagem das equipes pela crença de que este tipo de atendimento não é de responsabilidade das UBS e a percepção destas mesmas equipes de que os usuários, quando apresentam problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, não solicitam ajuda especializada:

*“O próprio usuário que não costuma por conta própria buscar um serviço. Geralmente é a família que leva o usuário a internação ou a procurar ajuda. É difícil a pessoa chegar pedir por ajuda”.* Enfermeiro – UBS 1

*“(...) tem a ver com o próprio usuário que não busca o serviço por isso. Às vezes ela tem outro problema por causa do uso de drogas mas fica difícil saber exatamente. Na maioria das vezes eles negam”.* Médico – UBS 1

*“(...) eles não vem aqui procurar ajuda. Desconheço casos de usuários com problemas com drogas que vem até a Unidade busca ajuda. Só se estiver com outro problema junto, daí sim”.* Enfermeiro – UBS 3

Embora a literatura confirme que os usuários com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas ignorem os aspectos negativos de seus problemas e não levem em conta a necessidade de

ajuda especializada (Rezende, 2003), o fato das equipes de saúde nutrirem a percepção de que os usuários negam o problema, contribui para que o mesmo não seja abordado nas consultas clínicas ou durante as visitas de acompanhamento realizadas pelos ACS.

Os usuários de substâncias psicoativas buscam os serviços de atenção quando já se encontram no estágio de uso abusivo ou dependência, ou seja, a ajuda especializada somente é buscada quando o indivíduo já apresenta um quadro clínico de gravidade (Rezende, 2003). Por essa razão, ações de prevenção, mapeamento de fatores de risco e identificação de usuários com potencial para o uso abusivo e dependência, são necessárias. Embora, de fato, seja esse o papel das unidades especializadas como os CAPS e CAPS-ad, a ausência destas necessariamente relega as Unidades Básicas de Saúde a função de monitorar as condições de saúde da população de sua territorialidade.

De todas as subcategorias delimitadas nesta etapa da pesquisa, a subcategoria 1.4 – Não abordam diretamente o problema foi a mais referenciada. No total, houve 31 referências aos elementos de análise referentes a esta subcategoria, indicando que este procedimento é o que mais ocorre no atendimento das UBS e nas visitas domiciliares realizadas pelos ACS:

*“...eu não vou chegar para família e perguntar se tem algum problema com uso de drogas. Quando eu fiz isso em uma família eles se revoltaram, acharam que eu estava me intrometendo. Sem eles me contar não tem como saber”. ACS – Centro Saúde 5.*

*“...o ACS é aquele que ajuda mas você visita duas, três vezes e espera abertura da família. Porque se você se colocar da forma que ela não se sinta protegida, eles não te abrem mais a porta. O primeiro passo é o pedido de ajuda”. ACS – Centro de Saúde 3.*

*“(...) a gente espera que a família venha. Eu tento não quebrar o elo. O meu elo aqui é... por exemplo, tu me conta um segredo e eu não posso quebrar isso. A família tem uma confiança mas eu não posso quebrar isso. Eu não posso ficar falando coisas que o paciente não quer que eu fale”. ACS – Unidade Saúde 4*

Verifica-se que a abordagem não é realizada, embora a identificação de usuários de álcool e outras drogas seja um dos fatores

de risco a ser mapeado pelos ACS. O relato dos sujeitos indica certo despreparo na abordagem das famílias e receio de que, ao serem questionadas sobre possível utilização de substâncias psicoativas, a família sintasse violada em sua privacidade.

Além da subcategoria 1.4 – Não abordam o problema, outras apresentaram resultados significativos como a subcategoria 1.3 – Por intermédio da família, com 17 indicações e 1.2 – Demanda espontânea, com 15 indicações. A subcategoria 1.3 indica que são os familiares que vão até as UBS buscarem por apoio especializado. De acordo com relato das equipes de saúde, é comum pais ou parentes próximos agendarem consultas médicas visando a busca de auxílio para o usuário abusivo ou dependente.

Sobre este aspecto, vale ressaltar que a subcategoria 1.3 corrobora dados (Rezende, 2003) revelando que os usuários tendem a buscar os serviços de atenção somente quando sua relação com substâncias psicoativas já apresenta elevada gravidade. Antes dessa situação, porém, os familiares já solicitam por apoio. De acordo com os sujeitos entrevistados, a ocorrência de conflitos familiares motivados pelo uso abusivo de substâncias psicoativas, o tráfico de drogas motivado pela escassez econômica e falta de perspectivas de vida, aliados aos problemas de saúde que os usuários apresentam em virtude do uso de drogas, são os principais elementos de análises apresentados.

O relato dos sujeitos corrobora com indicadores relacionados aos padrões de uso de substâncias psicoativas e a ocorrência de problemas de ordem física, social, laboral e psicológica. Quanto maior o padrão de consumo do usuário, maior a incidência de problemas ocasionados (CID – 10, 2003; Cremesp, 2003; Seibel & Toscano Jr, 2000;). Por outro lado, a busca dos familiares por apoio já pode ser, por si só, um indicativo da ocorrência de problemas relacionados ao uso de drogas.

A subcategoria 1.2 – Por demanda espontânea – que implica que os próprios usuários com problemas decorrentes do uso de drogas procuram os serviços, foi referida por 6 dos 15 profissionais. A grande referência para esta procura é a de renovar receitas de medicamentos de uso controlado, ou ainda, a busca de atenção a comorbidades associadas ao uso de drogas.

*(...) ou eles falam ou a gente percebe pelo problema que o paciente apresenta.* Médico – UBS 1

*A demanda vem, aparece. Mas não é uma coisa freqüente como se tivéssemos um serviço específico para isso, mas a demanda vem.* Enfermeiro – UBS 2

*Eles falam sim, eles não mentem não. Pelo menos eu percebo que mais vezes eles comentam e não desviam o assunto. Alguns podem até omitir mais a grande maioria acaba falando.* Médico – UBS 2

*Eles mesmos contam ou a gente deduz pelo estado do paciente, se está bêbado, se bebe muito. A gente percebe indícios.* Médico – UBS 3

No tocante ao elemento de análise 1.2.2, os dados corroboram com a literatura especializada (Cremesp, 2003; Rezende, 2003), que afirma ser as comorbidades associadas ao uso de drogas os principais fatores que levam os usuários a buscarem os dispositivos de saúde, sejam eles da atenção básica ou serviços especializados. De modo em geral, este usuário já passou por consulta clínica com psiquiatra da rede de saúde, que atua no ambulatório anexo a uma das Unidades Básicas de Saúde do município.

Contudo, de acordo com os próprios sujeitos entrevistados, a alta demanda deste tipo de atendimento faz com que os psiquiatras não consigam estabelecer planejamentos terapêuticos de médio prazo. Os usuários conseguem uma consulta e retorno da mesma após um mês. Depois desse período, ele entra na fila de espera junto com os demais usuários. Assim, para continuar a utilização da medicação prescrita, eles agendam consultas com os clínicos gerais das UBS:

*(...) no máximo eles vão até o médico pra renovar a receita. A gente repassa, mas também acompanha. Vê se eles freqüentam os grupos, se o psiquiatra da rede conseguiu atender. Mas é bem difícil porque nem sempre eles conseguem atendimento.* ACS – UBS 1

*(...) inclusive agora, temos um paciente nos aguardando para fazer a renovação de receita, né. A gente no mínimo exige que o clínico consulte. Se deixar, eles vêm aqui só para que o enfermeiro renove por fora. Uma vez que o médico psiquiatra passou a receita, a gente exige que o clínico geral vá acompanhando. O clínico, contudo, faz o mínimo da avaliação que ele tem condição de fazer, pois ele mesmo não tem conhecimento específico para isso* Enfermeiro – UBS 3

*(...) Acontece muito também do paciente vir até a UBS quando já passou pela internação. Ele já foi internado, saiu, teve consultas com o psiquiatra e utiliza daí medicamentos com receita controlada. Daí ele vem, me conta essa história pra renovar a receita da medicação. Eu acho errado, mas daí encaminho novamente pro psiquiatra, porque o fato dele realizar uma consulta não significa que ele não precisa mais daquele acompanhamento. Ele marca de volta a consulta, mas enquanto não é atendido, ele continua voltando comigo para renovar a receita dos medicamentos. Médico – UBS 2*

*Atendo muito pouco usuário. A maioria deles já é acompanhada em algum outro lugar. Às vezes vem aqui somente pra renovar receita mas não é um acompanhamento que a gente faça. Médico – UBS 5*

Verifica-se a partir dos relatos dos médicos e enfermeiros, que a demanda relativa a usuários com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas é bastante presente na atenção básica. Contudo, a problemática aparece pela via da comorbidade ou da necessidade de medicação, sendo reforçada a concepção das dificuldades dos usuários de referirem ao problema, bem como, das dificuldades das equipes terem uma abordagem direta deste tipo de demanda.

Além da identificação dos casos quando usuários ou familiares se deslocam até as UBS, existem situações nas quais os próprios ACS, quando realizam suas visitas domiciliares mensais, percebem indícios relacionados ao uso de drogas. Nesses casos, são dois os principais modos de identificação: 1.1.1 – *pela observação da dinâmica familiar* e 1.1.2 – *pelo conhecimento da comunidade e entorno*.

*“(...) Pelo conhecimento da família (...) e a gente observa em ações: “eu vou ali e já volto”. Daí já volta nervoso, perguntando se tem fósforo ou não. (...) Eu percebo pelo comportamento. Você tenta no dia a dia perceber o que acontece”. ACS – Unidade Saúde 3*

*“O ACS como mora na área de abrangência dele ele sempre relata os casos na reunião de equipe. Ele fala dos pacientes que já foram internados em instituições psiquiátricas. Assim, a maioria é feita pelo agente”. Enfermeiro – Unidade Saúde 3*

*“Esses casos ou a pessoa diz ou o ACS informa.” Médico – Unidade Saúde 3*

Após análise dos relatos dos sujeitos entrevistados, é possível delimitar que nas UBS do município investigado não ocorre procedimentos para prevenção e ou identificação dos fatores de risco ao uso abusivo e a dependência de substâncias psicoativas. Com exceção de alguns casos de usuários que espontaneamente buscam os serviços de atenção para renovação de receita médica e atendimento de comorbidades associadas ao uso de drogas e de familiares que se deslocam até as Unidades em busca de atendimento especializado para seus parentes próximos, a identificação de usuários com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas não faz parte dos procedimentos de atenção ofertados pela atenção básica.

Dentre as razões para esse fato são indicados dificuldades quanto a infraestrutura das UBS (espaço físico adequado, falta de recursos humanos e ausência de matriciamento e serviços de referência), percepção de que o atendimento a este tipo de usuário é de exclusividade dos serviços de atenção especializados e a crença de que os usuários, quando apresentam quadro clínico de dependência ou uso abusivo de substâncias psicoativas, negam o problema.

Desse modo, constata-se a ausência de procedimentos padronizados de atenção, bem como a falta de conhecimento técnico para manejo e atendimento destes casos. Além destes fatores, a ausência dos dispositivos de atenção especializados, de fato, dificulta o trabalho das equipes da atenção básica, pois as mesmas acabam deixando de identificar esses casos, pois, ao fazê-los, não encontram na rede de saúde dispositivos para encaminhamentos nem condições técnicas adequadas para tratamento e recuperação.

## **6.2 – Propostas Terapêuticas e Práticas de Acolhimento**

A Atenção Básica define-se por um conjunto de ações e estratégias, tanto no âmbito individual quanto coletivo, que visam à promoção e a proteção da saúde (Brasil, 2006). Estas ações e estratégias abrangem a realização de diagnósticos, o tratamento e a reabilitação da saúde (Brasil, 2006).

Embora muito se tenha feito para a resolução de doenças crônicas como a hipertensão arterial e diabetes, além de casos relacionados ao desenvolvimento infantil e acompanhamento de gestantes e idosos (Barros & Pillon, 2006), pesquisas apontam que pouco tem sido feito na Atenção Básica para o acolhimento e

atendimento de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (Barros & Pillon, 2006; Ribeiro, 2004).

Na presente dissertação, como pode ser observado no capítulo 7.1 referente a “Identificação da demanda”, verificou-se que os profissionais da atenção básica nutrem a percepção de que o atendimento e acolhimento de usuários de álcool e outras drogas é papel dos serviços de atenção especializados e não da atenção básica.

**Tabela 4:** Respostas dos sujeitos em relação a categoria “Práticas de acolhimento e encaminhamento”

Categoria “Práticas de acolhimento e encaminhamento”	Sub categorias	Médico					Enfermeiro					ACS					Qtd sujeito	Total sub categoria
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
2.1.1 – Na própria unidade	<b>2.1 – Acompanhamento e monitoramento</b>	X	X				X	X	X			X					6	19
2.1.2 – No domicílio do usuário		X					X					X	X			4		
2.1.3 – Intervenção psicofarmacológica.		X	X				X	X				X				5		
2.1.4 – Orientação ao usuário.							X			X	X		X			4		
2.2.1 – Outras especialidades na própria unidade.	<b>2.2 - Encaminhamentos</b>											X	X			2	29	
2.2.1 – Grupos de ajuda mútua (AA e NA).		X					X	X	X	X	X	X	X			7		
2.2.3 – Instituições psiquiátrica		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			11		
2.2.4 – Grupos religiosos		X		X								X				3		
2.2.5 – Serviço de Saúde Mental do município.		X	X	X			X	X				X				6		
2.3.1 – Falta de conhecimento sobre o fenômeno	<b>2.3 – Dificuldades no manejo</b>	X	X	X			X		X			X				6	24	
2.3.2 – Falta de estrutura para atendimentos		X	X				X	X	X	X	X	X				9		
2.3.3 – Falta de referência em Saúde Mental		X					X	X	X	X		X				6		
2.3.4 – Desinteresse por parte do usuário.							X					X		X		3		

Conforme pode ser observado na Tabela 4, as respostas dos sujeitos foram diversificadas e contemplaram, em cada subcategoria e elementos de análise, variados aspectos. Em relação ao acompanhamento e monitoramento dos casos de pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, as respostas foram

variadas, de modo que nenhum procedimento apresentou grande destaque em relação aos demais. Embora se queixando da falta de estrutura nas unidades aliados a percepção de que este tipo de demanda necessita ser absorvido por dispositivos especializados, as equipes de saúde da ESF relataram que os atendimentos são realizados nas próprias UBS.

Dos 15 sujeitos entrevistados, 6 responderam que o local onde ocorre o acompanhamento médico é na própria UBS. Em segundo lugar, com 4 respostas cada, os procedimentos citados também envolvem acompanhamento feito pelos ACS no próprio domicílio do usuário.

Em termos de proposta de intervenção aparece, em primeiro lugar, com cinco respostas diretas e outras cinco referentes à renovação do receituário, a utilização de psicofármacos como principal ação terapêutica, sendo seguida pelas orientações realizadas pelas equipes nas UBS.

Verifica-se na análise da primeira subcategoria que, em termos de práticas em saúde no que se relaciona à dependência de drogas, as equipes da ESF atuam, de maneira geral, de acordo com o modelo biomédico, ou seja, centram suas ações no controle de sintomas, através da administração de psicofármacos, sem avaliarem as outras variáveis psicossociais envolvidas na problemática em questão. Desta forma, focam sua intervenção no indivíduo e na recuperação dos agravos à saúde, ao invés de atuarem na prevenção de problemas relacionados ao uso abusivo de drogas e na promoção da saúde (Da Ros, 2000; Tesser & Luz, 2006). Subjaz, assim, prevalece a noção de culpabilização e de patologização do usuário (Schneider, 2009a).

Por outro lado, mesmo tendo algum atendimento sendo realizado nas UBS, segundo as equipes da ESF, há dificuldades de acolher esses casos, pois as Unidades não apresentam infraestrutura adequada, nem as equipes conhecimentos suficientes para o manejo dos casos. Indagados sobre as principais dificuldades encontradas no atendimento de usuários de substâncias psicoativas, responderam:

*A falta de suporte para atender esses casos, como orientar, como abordar. A gente não sabe o que fazer. (...) Acho difícil porque não tem um serviço bom e disponível pra atender. Eles não querem ajuda mas quando aceitam tem essa dificuldade. Porque no posto não tem esse atendimento. É bem complicado. ACS – UBS 1*

*(...) se o paciente quiser fica mais fácil. Mas tem também a questão da falta de estrutura, de apoio para poder oferecer um atendimento bom pra essas pessoas. Acho que a dificuldade maior pra gente como equipe de saúde é a falta de referencia na rede. Enfermeiro – UBS 1.*

*A falta de conhecimento meu sobre drogadição é um problema, mas faço aquilo que posso. Se tivesse um serviço de apoio, de referencia na rede ia ajudar muito. Assim, tem a falta de estrutura, de treinamento pra isso. Acho que a dificuldade maior é essa. Médico – UBS 1.*

*A falta de apoio. O ideal é ter um psicólogo em cada unidade. Não temos referência. Então a dificuldade é essa. A gente não atua em rede. Não tem onde encaminhar e quando se encaminha, não há uma contra referência. Médico – UBS 2.*

*(...) vejo que não temos uma estrutura voltada pra isso. No dia a dia é muito difícil a gente fazer. Tem a questão da angústia pela demanda. (...) O ideal seria a gente fazer o atendimento (usuários) aqui no posto. A gente também não tem a qualificação pra ter esse atendimento. Não temos instrumentalização pra se tornar um especialista nesse tipo de atendimento. Médico – UBS 3*

*A falta de conhecimento sobre como lidar com o usuário é um. A falta de estrutura, de recursos e de profissionais especializados é outra. Não temos rede de atendimento nessa área e os serviços que fazem já estão esgotados. Acho que a maior dificuldade é a falta de apoio do poder público. Enfermeiro – UBS 3*

Novamente a falta de infraestrutura, agora aliada à ausência de conhecimentos técnicos sobre o fenômeno, é referida como a principal fonte da dificuldade de manejo, relacionada à categoria das **práticas de acolhimento e encaminhamento**, assim como foi referida à **identificação da demanda**. Desse modo, constata-se que o atendimento a estes usuários ocorre sem uma rede de atenção articulada e sem equipes de referência responsáveis pelo matriciamento nas UBS, o que acarreta numa situação concreta de sobrecarga de tarefas e responsabilidades para as equipes da ESF. Estas equipes estão “jogadas à própria sorte”, na medida em que não tem retaguarda técnica para suas ações no campo da drogadição.

Por outro lado, a inexistência neste município de capacitação específica na temática, leva a um descompasso da ESF com as políticas do Ministério da Saúde para atenção integral de usuários com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas, o que acaba por reforçar a atenção pautada no modelo hospitalocêntrico e biomédico. Podemos verificar mais detalhadamente esta tendência nos encaminhamentos realizados para os casos em pauta, que são, principalmente, direcionados ao Hospital Psiquiátrico (11 respostas), aos grupos de ajuda mútua (7 respostas) e ao dois psiquiatras da rede municipal.

*É feito o encaminhamento pro ambulatório de Saúde Mental, mas daí é como te falei, você não sabe quando a pessoa será atendida. Quando o caso é muito grave a gente encaminha pro Hospital Psiquiátrico. Acontece muito também do paciente vir até a UBS quando já passou pela internação. Ele já foi internado, saiu, teve consultas com o psiquiatra e utiliza daí medicamentos com receita controlada. Daí ele vem, me conta essa história pra renovar a receita da medicação. Médico – UBS 2.*

*(...) eu verifico, anoto e passo para a enfermeira. Ai a enfermeira vai tentar atender para ver qual a situação da pessoa. Depois ela encaminha, porque parece que tem uma referência que é o Hospital de Psiquiatria. ACS – UBS 2.*

*(...) não tem muito que fazer pois nós não temos conhecimento técnico, o serviço de referencia está lotado e não atende mais pacientes novos. A gente cuida da saúde e encaminha pros AA, pros NA, pro Hospital Psiquiátrico, enfim, vai buscando uma forma de encaixar o paciente, dependendo da gravidade de seu estado. Enfermeiro – UBS 3.*

*A abordagem inicial é feita aqui, mas a gente depois não sabe para onde encaminhar. O que tentamos fazer é entrar em contato com o pessoal do Centro de Saúde onde tem psiquiatra e ver se eles nos ajudam, se nos avisam quando alguém que está na fila desiste. Temos que ficar rebolando para isso. Enfermeiro – UBS 2.*

*Bom, tentamos dar alguma orientação mas não temos condição de atender esses casos aqui. O que fazemos é tentar encaixar consulta com psiquiatra ou encaminhar pros serviços como AA e NA. Enfermeiro – UBS 5.*

*Se for um caso novo eu encaminho pra psiquiatria. Eu não sigo esses casos. A gente repassa. Aqui, se for um caso bem urgente temos o hospital psiquiátrico como referência porque o serviço da Rede Municipal é parado, porque atende o município inteiro.* Médico – UBS 5.

Além dos hospitais psiquiátricos que são, marcadamente, dispositivos do modelo biomédico, foco de crítica da atual política da Reforma Psiquiátrica, os Grupos de Ajuda Mútua, como os AAs e os NAs, foram citados como segundo local para encaminhamentos. Embora reconhecidos na sociedade como serviços de referência para usuários de álcool e outras drogas, os grupos de ajuda mútua misturam pressupostos de racionalidades distintas e de epistemologias irreconciliáveis como, por exemplo, a racionalidade científica e a religiosa, pois, embora caracterizados por atuarem segundo modelo jurídico-moral (Rezende, 2000; Rezende, 2003; Schneider, 2009a), os Alcoólicos Anônimos (AA) e os Narcóticos Anônimos (NA) se constituem em um modelo híbrido de intervenção, já que na sua base subjaz a definição da dependência como doença crônica, de fundo orgânico e irrecuperável, ainda que mantenham a condenação moral do usuário. Adotam, assim, modelos de atenção à dependência marcadamente híbridos e sem indicadores que possibilitem verificar a resolutividade dos casos. Este modelo está em contradição com a política do Ministério da Saúde, mas, no entanto, é um dos principais locais de encaminhamento dos atendimentos da rede pública.

Em terceiro lugar parecem os encaminhamentos realizados para o ambulatório de Saúde Mental do município. Contudo, as equipes enfatizam que a quantidade de profissionais do ambulatório não supre a demanda de atendimentos, pois são dois psiquiatras para atender toda a população do município, de quase 201.746 habitantes, segundo estimativa da população para 2009 (IBGE, 2009). Por essa razão, encontram-se nos relatos dos sujeitos elementos que enfatizam a falta de locais ou serviços na rede para a realização dos encaminhamentos.

Desta forma, como não há no município em questão uma política estabelecida para a saúde mental, não existem procedimentos padronizados para acolhimento e encaminhamento dos casos de usuários abusivos ou dependentes de álcool e outras drogas. O relato “não temos muito que fazer” é o mais presente, sugerindo que os profissionais da

ESF não sabem como proceder para o manejo destes casos. Desta forma, constata-se que a ausência de diretrizes por parte do município no tocante aos atendimentos de usuários de álcool e outras drogas reflete diretamente nas ações dos profissionais de Saúde.

### **6.3 – Concepções teórico metodológicas das equipes de saúde da atenção básica em relação às causas da dependência de álcool e outras drogas.**

No tocante as políticas públicas voltadas para atenção integral de usuários de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde propõe a ruptura com as concepções centradas no modelo biomédico e coloca como princípio a concepção integral do sujeito e do processo saúde/doença. Desdobra-se daí o modelo de atenção centrado na Estratégia da Redução de Danos como preferencial a ser adotado pelos diversos serviços e dispositivos, sejam eles da atenção básica ou especializada (Brasil, 2003). Contudo, segundo recentes pesquisas realizadas nos diversos serviços de atenção da Grande Florianópolis (Schneider, 2006a) e de outros estados (Rezende, 2003), pode ser identificado que, nestes locais, impera o hibridismo de concepções e racionalidades.

De acordo com os dados apresentados, foi possível verificar que dentre as principais respostas dos profissionais da atenção básica no tocante ao que consideram como determinantes do fenômeno da dependência de álcool e outras drogas, a subcategoria 3.2 – Aspectos psicossociais se constituiu como aquela de maior referência, com 37 citações, seguida da subcategoria 3.5 – Contexto sócio-econômico, com 22 citações e da subcategoria 3.1 – Estrutura familiar, com 15 citações.

Em relação aos aspectos psicológicos apontados pelas equipes como principais determinantes, destacam-se os elementos de análise “*diversão*”, com 7 respostas, os elementos “*fuga de problemas pessoais*” e “*curiosidade*”, ambos com 6 respostas cada. Foram considerados aspectos psicológicos aqueles que remetessem a fatores que, de certo modo, estavam relacionados ao próprio sujeito enquanto individualidade.

Segundo os sujeitos entrevistados, características de ordem psicossocial se definem como principais determinantes para a constituição da dependência de substâncias psicoativas. Nota-se que a definição destas características é vaga e generalista, o que não condiz com a condição complexa e multideterminada do fenômeno. Ademais,

os sujeitos apontam vários fatores em uma mesma questão, demonstrando a simples justaposição de uma multiplicidade de variáveis envolvidas na dependência, mas sem compreendê-las em seu conjunto e sem estabelecer a relação de função entre elas.

**Tabela 5:** Respostas dos sujeitos em relação à categoria “concepções sobre dependência”.

Categoria “Concepções sobre Dependência”	Sub Categorias	Médico					Enfermeiro					ACS					Qtd Suje itos	Total Subcate goria
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
3.1.1 – Ausência de diálogo	3.1 - Estrutura familiar		X							X					X	X	4	15
3.1.2 – Ausência de afeto															X		1	
3.1.3 – Pais usuários de drogas		X								X							2	
3.1.4 - Falta de estrutura ou apoio familiar		X	X				X			X	X			X	X	X	8	
3.2.1 – Curiosidade	3.2 - Aspectos psicossociai s	X					X	X		X				X	X	6	37	
3.2.2 – Fuga de problemas pessoais							X		X	X		X	X	X	X	6		
3.2.3 – Frustrações e decepções pessoais									X	X		X	X	X	X	5		
3.2.4 – Diversão		X		X							X	X	X	X	X	7		
3.2.5 – Traumas de infância				X					X							2		
3.2.6 – Depressão							X					X				2		
3.2.7 - Culpabilização do usuário							X					X				3		
3.2.8 – Influência das amizades				X		X	X				X	X		X		6		
3.2.9 – Ausência de possibilidades de crescimento pessoal profissional														X		1		
3.3.1 – Doença de fundo orgânico	3.3 - Aspectos biológicos			X							X	X			3	3		
3.4.1 – Cigarro	3.4 - Uso de eliciadores químicos			X											1	3		
3.4.2 – Álcool						X					X				2			
3.5.2 – Tráfico de drogas	3.5 - Contexto sócio económico	X		X			X	X	X							5	15	
3.5.3 – Desemprego		X	X						X		X	X				3		
3.5.5 – Violência		X						X								2		
3.5.6 – Baixa escolaridade								X		X						2		
3.5.7 – Miséria		X		X				X								3		
3.5.9 - Desconheço as causas						X				X	X				3	3		

Desta forma, verifica-se que as concepções são superficiais e se colocam ao nível do senso-comum, conforme podemos constatar nas falas abaixo:

*Olha, pode ser muita coisa, miséria, desemprego, problemas sociais. Tem também a família que as 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.

*Alguma coisa que não deu certo, tipo, quis ser algo, acabou estudando tanto e não conseguiu. É, decepção sentimental, casamento mal resolvido, serviço que não deu certo.* ACS – UBS 2.

*Em primeiro lugar, a questão do mundo. A fragilidade da pessoa ou curiosidade em vir experimentar em um determinado momento da vida. Mas vezes pela curiosidade ou pelo veículo inicial do álcool, quando ela já está mais fora de si. (...) é algo bem complexo também porque tem a ver com a educação. Às vezes os pais são muito rígidos e protegem demais a criança falando que a droga é ruim; daí ele experimenta e vê que é bom, mas desconhece as conseqüências. Tem casos também de famílias que vivem disso, da venda de drogas.* Enfermeiro – UBS 2

*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

Como é possível verificar, os relatos dos sujeitos indicam dificuldades no estabelecimento e definição do que vem a ser a dependência de substâncias psicoativas e suas principais causas, pois caem numa somatória indefinida de fatores. Sartre (1995) questiona esta postura puramente descritiva, que não busca o nexos ou essência do fenômeno, mas realiza simplesmente um “trabalho de colecionador”, sendo o mesmo que ficar acrescentando números depois do 0,99, o que não modifica em nada o que caracteriza o fenômeno.

Observa-se que as dificuldades no estabelecimento das determinantes da dependência é um problema que não é específico dos profissionais da ESF, já que os especialistas da própria área do

conhecimento, não apresentam consenso sobre a definição e delimitação desse fenômeno (Rezende, 2004).

Além do Aspecto psicossocial, citado pelos entrevistados como principais determinantes da dependência de substâncias psicoativas, o Aspecto sócio econômico mereceu destaque, com 15 citações. Dentre os elementos de análise que compõe esta subcategoria, o “*tráfico de drogas*” foi o mais citado. Ressalta-se que esta é uma realidade presente nas várias comunidades onde estão inseridas as UBS pesquisas, sendo efetivamente uma influência no consumo de substâncias psicoativas e de suas conseqüências psicossociais.

Também de acordo com os entrevistados, a influência que amigos consumidores exercem se constituem como fatores essenciais para a dependência de substâncias psicoativas. De fato, pesquisas apontam que a curiosidade se constitui com um dos principais motivos que levam adolescentes ao primeiro contato com as substâncias psicoativas, sendo que os amigos foram tidos como os responsáveis pelo início do consumo (Pratta & Santos, 2006). Contudo, estas mesmas pesquisas apontam a inexistência de causas isoladas que levam os indivíduos a utilizarem estas substâncias. Geralmente, como apontam a maioria dos estudos, existe uma série de fatores que juntos, podem criar condições de possibilidade para que o consumo de certa droga ocorra (Barros & Pilon, 2006; Brasil, 2003; Carneiro, 2002; Conte, Oliveira, Henn e Wolf, 2007; Cremesp, 2003; Crives & Dimenstein, 2003; Moraes, 2008; Rezende, 2000; Rezende, 2003; Ribeiro, 2004; Schneider, 2009a; Seibel & Toscano Jr. 2000).

Também é importante diferenciar entre as razões do uso inicial e as determinantes do uso dependente, que são contextos bem diferenciados. Embora a relação com pessoas que utilizem determinada substância psicoativa seja um dos fatores que podem levar não usuários ao papel de consumidores, dados do Cebrid (Carlin, Galduróz, Noto & Nappo, 2005), demonstram que nem todos que utilizam álcool e outras drogas pela primeira vez tornam-se dependentes ou usuários abusivos. Este fato sugere a existência de outras variáveis para que o quadro de uso abusivo ou dependência ocorra.

De modo em geral, quando um sujeito entra em dependência gerada por uma dinâmica psicológica de compulsão, não é pela simples curiosidade ou porque parte de sua rede sociológica continua utilizando. Na grande maioria dos casos a dependência está relacionada com a superação de impasses psicológicos vivenciados pelo sujeito (Schneider, 2009a).

Outro aspecto citado pelos entrevistados, no que diz respeito às determinantes da dependência de álcool e outras drogas, é a estrutura familiar. A falta de apoio de parentes e familiares e a ausência de diálogo em casa foram os principais elementos de análise apontados. Embora a família seja considerada pela literatura especializada como co-autora, tanto do surgimento do uso abusivo quanto da recuperação e proteção da saúde de seus membros (Schenker & Minayo, 2004), é comum haver o deslocamento da culpabilização dos usuários para a instância familiar:

*Eu acho que tudo começa na família. É a base de tudo. A grande maioria que a gente atende teve contato com drogas muito cedo. Começou, qualquer tipo de droga, com doze anos, adolescentes. Eu acho que a base principal é a família. Os pais trabalham fora, né. A criança fica em casa sozinha, falta mais diálogo, comunicação, sentar, explicar. Falta aquela firmeza dos pais pra explicar os perigos e consequências do uso de drogas. Médico – UBS 2.*

*(...) Não sei se é esse termo, mas alguma falta de alguma coisa. Falta de amor, família, diálogo. A família tem que ter um diálogo direto. Conversar em casa. A pessoa chegou perguntar: como foi seu dia? O que é que aconteceu? ACS – UBS 3.*

*Problemas em casa, na família, pode ser problemas sociais como falta de emprego, tráfico. Curiosidade também porque o adolescente que experimentar as coisas. Mas vejo que o principal problema deve ser a falta de diálogo em casa, de esclarecimento. Se os pais explicam para os filhos o que pode acontecer se ele cair nas drogas, pode ser que ele não cai. Mas nenhum pai fala até porque muitos usam também, bebem, fumam. Enfermeiro – UBS 3.*

De acordo com os relatos, a família é percebida no seu aspecto de risco, ou seja, como um fator que influi decisivamente para a dependência ou uso abusivo de álcool e outras drogas. Segundo entrevistados, a família deixa de executar ações que poderiam promover a saúde de seus membros e evitar que os mesmos experimentassem as drogas. Embora a literatura aponte a co-influência da família, tanto como fator de proteção ou como de risco (Schenker & Minayo, 2004), percebe-se que o relato dos entrevistados nesse quesito não é citado.

Além das causas já citadas, encontram-se os aspectos biológicos e o uso de eliciadores, ambos com três citações. Segundo relato dos entrevistados, o aspecto biológico diz respeito à definição da dependência e de suas causas, com base em dimensões estritamente biológicas, ou seja, como uma doença crônica, recorrente, de predisposição genética. É interessante notar que apesar dos procedimentos serem centrados no uso de psicofármacos e os encaminhamentos dos casos serem realizados basicamente para dispositivos típicos do modelo biomédico (hospital psiquiátricos, grupos de ajuda mútua, etc), as concepções sobre o problema da dependência de drogas pelos profissionais não são muito referenciadas na dimensão biomédica, o que demonstra que em termos de visão sobre o fenômeno eles estão mais próximos dos princípios atuais da política do ministério do que em termos de ações efetivas.

Por último, três entrevistados responderam que desconhecem as causas da dependência e não souberam pontuar alguns fatores ou variáveis que pudessem influir na constituição deste fenômeno.

Após análise desta categoria e dos relatos apresentados por médicos, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde, pode ser identificado multiplicidade na definição do que vem a ser e quais são as principais causas da dependência ou do uso abusivo de álcool e outras drogas. Os relatos apresentados pelos participantes compreendem em primeiro lugar aspectos psicossociais, em segundo aspectos sócio-econômicos e relacionados ao contexto familiar. É interessante observar que não há um predomínio da concepção da dependência como doença, geralmente discurso hegemônico no meio da saúde.

Embora a articulação das três dimensões mais citadas seja fundamental para a ocorrência de casos de dependência, as mesmas foram apresentadas de modo simplista, desarticulada entre si e generalista, levando à constatação de que as equipes técnicas não possuem uma postura mais científica em relação ao tema. Por essa razão, pode-se dizer que a definição feita pelas equipes da ESF pesquisadas assemelham-se ao senso comum, ou seja, assentadas em uma perspectiva ahistórica, generalista, determinista, patologizante e sem criticidade.

De acordo com a literatura especializada, é comum a existência de pontos de vista ecléticos quando o assunto é dependência de álcool e outras drogas (Rezende, 2003; Schneider, 2006a; Schneider, 2009a). Tal fato ocorre pelas próprias características do fenômeno, cujo cerne perpassa por variáveis de dimensões psicológicas, sociológicas,

biológicas e antropológicas (Schneider, 2009a). Mas além desta condição, a ausência de conhecimentos especializados por parte das equipes de saúde é outro fator de possibilita este ecletismo generalista.

Os relatos dos participantes corroboram com dados coletados em outras pesquisas sobre equipes especializadas no atendimento a usuários com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas (Schneider, 2006a; Schneider, 2009a; Rezende, 2003). De acordo com os autores, há uma postura puramente descritiva, sendo que os aspectos psicológicos como rejeição, ausência de diálogo, fuga de problemas e frustrações e aspectos familiares como falta de estrutura e de apoio foram apontados como principais causas da dependência de drogas.

Embora a pesquisa de Rezende (2003) tenha sido feito com profissionais especialistas na atenção aos dependentes de substâncias psicoativas, nota-se semelhanças na forma como os profissionais da ESF definem o fenômeno. Ambas as pesquisas (Rezende, 2003; Schneider, 2009a) apontam resultados semelhantes, onde os profissionais apresentam concepções generalistas, que em boa parte alternam entre a culpabilização do usuário e/ou de sua família, somada a noção da dependência como doença.

*(...) 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*

Como se pode observar a partir destes relatos, a dependência de substâncias psicoativas é vista, em seus vários aspectos, de forma parcial. Segundo Rezende (2003), a literatura científica contribui para o fortalecimento dessa visão ao postular diferentes explicações para a

etiologia da dependência: predisposição genética, particularidades bioquímicas, fragilidades egóicas, rejeição parental, desestruturação familiar, falhas de caráter, tendências destrutivas, ausência de bem estar social, falta de perspectiva e crises de valores são algumas das explicações encontradas, segundo o autor.

Verifica-se que algumas destas explicações são apontadas pelos entrevistados, demonstrando que a falta de definição e o generalismo se constitui hoje como discurso hegemônico no tocante as causas da dependência, tanto por profissionais da ESF quanto por aqueles responsáveis pelo seu matriciamento e atendimento especializado. Segundo o autor, a alta demanda por atendimentos em saúde também contribui para o generalismo na definição desta problemática, pois os profissionais ficam envolvidos em sua prática cotidiana e deixam de buscar e observar as formas de relação que as pessoas estabelecem com as drogas, incorrendo assim na tendência de fornecer explicações generalistas e superficiais acerca do fenômeno (Rezende, 2003).

Ainda de acordo com Rezende (2003), muitas das concepções e abordagens dos profissionais por ele pesquisados são equivalentes à do senso comum, ou seja, superficiais e sem distinção quanto as formas de consumo, aos tipos e efeitos das drogas utilizadas. O pensamento hegemônico que predomina é aquele que torna o sintoma individual e social em doença psiquiátrica e desvio de comportamento (Schneider, 2009a). O mesmo ocorre com as equipes da ESF pesquisadas neste trabalho.

Embora as pesquisas de Schneider (2009a) e Rezende (2003) tenham sido conduzidas com participantes de centros especializados no atendimento de dependentes de substâncias psicoativas, os dados obtidos bem como as práticas e concepções sobre o fenômeno assemelham-se, reforçando a hipótese da existência de saberes e práticas hegemônicas no campo da dependência de álcool e outras drogas, independente do locus de atuação (CAPS ou UBS) e dos profissionais envolvidos.

Por outro lado, o próprio domínio científico, no que tange a delimitação das causas da dependência, não contribui para o esclarecimento das determinantes deste fenômeno, já que, como apresentado ao longo desta pesquisa, existem diferentes explicações para a etiologia da dependência. Assim, tanto as equipes da ESF não apresentam conhecimentos mais aprofundados envolvendo a problemática de usuários de álcool e outras drogas, quanto as diversas áreas do conhecimento, que se pautam oram em concepções

generalistas, oram em concepções deterministas e reducionistas (Rezende, 2003, Schneider, 2009a).

Concomitante ao estabelecimento de concepções difusas sobre o fenômeno da dependência o enquadre terapêutico definido como o ambiente de tratamento, a composição da equipe profissional e o tipo de tratamento proposto, é igualmente difuso e sem critérios para avaliação, intervenção ou mesmo encaminhamento, conforme pode ser observado no eixo temático relativo “**As propostas de encaminhamento**”, presentes neste trabalho (Ribeiro, 2004).

Se faz mister observar que as UBS não são os dispositivos idealizados por excelência, para atendimento da demanda em saúde mental. (Brasil, 2003; Brasil, 2006). Este atendimento é realizado pelos CAPS e CAPS-ad que, além de oferecer e prestar atendimento exclusivo em saúde mental, atuam no matriciamento das demais equipes de saúde que compõe a rede. Contudo, foi possível constatar que as equipes de saúde investigadas nesta pesquisa não possuem conhecimento técnicos mínimos para o diagnóstico, acolhimento e tratamento de usuários de álcool e outras drogas, nem possuem equipes de referências ou unidades especializadas, na rede municipal, para encaminhamento destes usuários.

O atendimento de usuários abusivos ou dependentes de álcool e outras drogas necessita envolver a rede de saúde em vários aspectos, levar em conta o tipo de droga eleita, o padrão de uso da substância, sua forma de consumo, além de fatores psicológicos e sócio culturais do próprio usuário (Ribeiro, 2004). Para cada tipo de paciente, existe a necessidade de um enquadre terapêutico diferente. Para isso, as redes de atendimento devem atuar juntas nos vários níveis de complexidade.

Para ampliar as possibilidades de atendimento a estes usuários, a rede primária precisa estar sensibilizada e preparada para efetuar diagnósticos precoces e motivar usuários consumidores para o tratamento (Ribeiro, 2004). Usuários de drogas com maior potencial toxicológico e com padrão elevado de consumo dificilmente poderão ser acolhidos e tratados na atenção básica. Porém, conforme já observado, cabe a rede primária motivar usuários para o tratamento, identificar fatores de risco e proteção, além de envolver a comunidade na busca pela redução da demanda por meio da promoção da saúde (Barros & Pilon, 2006).

Segundo Ribeiro (2004), os serviços devem buscar seu ponto de interseção dentro da rede, no intuito de especificar qual será sua parcela de atuação e a forma mais eficaz de oferecê-la. De acordo com o autor,

os serviços de atenção devem buscar apoiar o usuário e se conectar aos demais serviços disponíveis na rede, com o intuito de reforçar e ampliar as estratégias de atendimento disponível.

Dessa forma, constata-se que na rede municipal de saúde do município pesquisado, não há política específica voltada para o atendimento das demandas em saúde mental e, mais especificamente, de usuários com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Quando se fala em política específica estipula-se uma rede assistencial articulada entre os diversos níveis de atenção, com a presença de ações tanto na atenção básica quanto nos dispositivos que prestam uma atenção mais especializada. A ausência de ações planejadas e de conhecimentos técnicos voltados para o atendimento de usuários com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas na atenção básica, decorre da própria ausência de uma política específica do município.

O modelo de atenção adotado pelas equipes da ESF indicam o hibridismo de concepções, pois há aspectos que se enquadram nos vários modelos, como os “Psicossocial”, “Jurídico Moral” ou “Biomédico”. Na verdade, verifica-se um predomínio do modelo psicossocial, pois predomina a visão da causalidade em aspectos psicológicos e sociais. Também aparece em certos aspectos a culpabilização do usuário típica do modelo jurídico-moral. Contudo, em termos de intervenção, são encontradas ações compatíveis com o modelo biomédico, já que parte das ações terapêuticas centram-se na intervenção farmacológica.

O único modelo cujas referências não foram encontradas é justamente aquele preconizado pelo Ministério da Saúde como política oficial de atenção integral ao uso de álcool e outras drogas, ou seja, a política da redução de danos, própria do modelo “Sócio-Histórico”.

Desse modo, verifica-se que, além apresentarem conhecimentos de senso comum acerca do fenômeno da dependência de álcool e outras drogas e não possuírem rede de apoio para a realização de matriciamento e encaminhamentos dos casos, as equipes de saúde da ESF do município pesquisado desconhecem as políticas públicas de saúde relativas a essa área de atenção (Arona, 2009). É possível, por essa razão, pontuar que, no momento em que esta pesquisa foi realizada, não havia a existência de rede assistencial nem recursos humanos preparados para atuar junto as pessoas que possuem problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas no município pesquisado.

## 8 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar as ações dos profissionais de saúde da atenção básica junto a usuários com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, objetivo geral desta pesquisa, se constituiu como um desafio por vários motivos, dentre eles, os inúmeros impasses epistemológicos e teóricos que caracterizam a abordagem desse fenômeno em sua complexidade, além da relação intrínseca entre problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas e a área da saúde pública, passando pelas condições de acolhimento, diagnóstico e encaminhamento destes casos, principalmente quando se trata, como no caso deste estudo, de um município que não apresenta política definida no campo da Saúde Mental, estando fora das prerrogativas do Ministério da Saúde para a área.

No campo do tratamento de problemas relacionados aos usuários de substâncias psicoativas, a história tem mostrado que prevalecem, em geral, concepções reducionistas, sejam as psicologizantes e subjetivistas, ou organicistas e objetivistas, que acabam por criar barreiras epistemológicas e metodológicas para investigação e intervenção. No caso da dependência, desloca-se um problema multideterminado, para explicações alicerçadas em uma ou poucas variáveis que o compõe, sejam elas psicológicas ou biológicas. Com isso, o fenômeno não é concebido em uma perspectiva crítica e histórica, 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 numa perspectiva hegemônica colocam como meta a abstinência “a priori”.

Outro aspecto que influi no estabelecimento das dificuldades de abordagem deste problema na atenção básica está no próprio campo de atenção especializado, já que estas questões da racionalidade hegemônica também ali permanecem. Alguns profissionais capacitados em Saúde Mental e em dependência de drogas, que atuam nos dispositivos de atenção como os CAPS e CAPS-ad, também apresentam concepções deterministas e reducionistas sobre a dependência, utilizando modelos contraditórios de atenção, culpabilizam e vitimizam o usuário, gerando modelos de exclusão.

Sendo assim, com as equipes de ESF que atendem demanda genérica e não receberam ainda a capacitação específica para a área, acaba-se por verificar a reprodução do modelo hegemônico acima descrito, o que acaba por ferir, com isso, o princípio básico que rege o

SUS e as políticas de atenção integral aos usuários de drogas do Ministério da Saúde, que é o da integralidade.

Esta situação da atenção aos usuários de drogas enfrenta maiores dificuldades ainda no contexto municipal da pesquisa, na medida em que esta cidade não oferece suporte e rede de atenção articulada em saúde mental, desta forma, encontra-se distanciada do cumprimento dos princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica e especificamente, da atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. Em virtude da não existência de uma rede de atenção e de todos os desdobramentos que ela traz como a não existência de equipe de referência, de matriciamento, de dispositivos especializados e articulados a atenção básica, fica claro que as equipes de ESF que atuam nas UBS estão desamparadas no que concerne ao acolhimento destes usuários, manejo dos casos, encaminhamentos, muito menos há condições de pensar em ações de prevenção ao uso abusivo de substância e promoção de saúde. A dificuldade que as equipes relatam enfrentar decorre, em grande parte, da falta de políticas públicas do município, no campo da Saúde Mental.

A falta de uma rede de saúde mental estruturada aliado à formação insuficiente dos profissionais de saúde em relação à problemática do uso abusivo e da dependência de álcool e outras drogas, conduz a um modelo de atenção pautado em concepções generalistas e reducionistas sobre o fenômeno, cujas intervenções resumem-se, em especial, à administração farmacológica e internações hospitalares via encaminhamentos aos hospitais psiquiátricos da região, típica do modelo biomédico, questionado pela Reforma Sanitária e Psiquiátrica.

Desse modo, os procedimentos adotados para diagnóstico dos usuários de substâncias psicoativas são, na ESF deste município, informais, pautados na experiência pessoal do técnico e depende, em última instância, do próprio depoimento do usuário em termos de pedido de ajuda. Assim, inexistem protocolos de atenção e métodos de investigação padronizados e voltados para uma atenção preventiva e de cuidados imediatos em saúde mental. Muito menos, planejamentos de qualquer ação visando a promoção de saúde. O modelo remediativo é o dominante.

A percepção dos profissionais de que o acolhimento destes usuários não é papel das UBS nem das equipes do ESF 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 subdiagnóstico para este 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.

Em termos de práticas de acolhimento e propostas terapêuticas desenvolvidas, pode ser verificado que quando identificados, 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, nota-se que no município predomina o modelo de atenção centrado na internação hospitalar, próprio do modelo biomédico, ou nos grupos de ajuda mútua, próprio do modelo jurídico-moral.

Como os hospitais psiquiátricos e os grupos de ajuda mútua são insuficientes para acolhimento da demanda e, no município, existem apenas dois psiquiatras para atendimento de uma população estimada em torno de 200.000 mil habitantes, muitos casos permanecem sem nenhum tipo de atenção, indicando a existência de uma demanda reprimida para este tipo de problema.

Os usuários que são atendidos nas próprias USB recebem tratamento medicamentoso, o que reforça o modelo assistencial biomédico, individualista e centrado na contenção do sintoma. Desse modo, nota-se que 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.

Em termos de concepções teórico metodológicas, pode-se verificar que as equipes da ESF deste município, embora argumentem que o fenômeno da dependência de drogas é sustentado em variáveis psicossociais e sócio-econômicas, na prática atuam segundo modelo biomédico e jurídico moral, que colocam as variáveis acima referidas em segundo plano. Ademais, as concepções relativas ao fenômeno apresentam caráter simplista e reducionista, que não condiz com a complexidade e multideterminação do mesmo.

Verifica-se, na verdade, que prevalecem concepções reducionistas que destacam um único aspecto dentre a complexidade de variáveis que constituem o problema da drogadependência. No caso em questão prepondera uma visão psicologizante, que atribui o problema à constituição psicológica do indivíduo sem considerar a sua constituição

na relação com o contexto social ou adotado em perspectiva patologizante, como se vê nas categorias predominantes tais como fuga de problemas, frustrações e decepções, depressões, traumas de infância. Com isso, dificultam um planejamento investigativo mais rigoroso, que ajudem na identificação e descrição do conjunto de variáveis envolvidas na constituição do fenômeno e suas regularidades, bem como numa intervenção que acolha os usuários em sua diversidade.

Desse modo, esta pesquisa discutiu e identificou não somente a dificuldade que as equipes da ESF apresentam junto ao atendimento de usuários de álcool e outras drogas, mas também algumas das possíveis determinantes desta condição. Caso o município construa uma rede de atenção em Saúde Mental, segundo as políticas públicas específicas para este campo, bem possível que parte desta dificuldade seja superada. Contudo, parte dela pode ainda permanecer, pois envolve uma mudança paradigmática mais ampla, que nem mesmo os serviços especializados já alcançaram, principalmente neste campo controverso da atenção aos problemas decorrentes de substâncias psicoativas.

Seria importante que pesquisas semelhantes a esta fossem realizadas em municípios que possuem implantada as políticas municipais de saúde mental, com CAPS, CAPS-ad, além das equipes de referência em saúde mental, conforme preconizadas pelo Ministério da Saúde. Nestes municípios, a variável da “falta de apoio especializado para as equipes de ESF”, de certo modo, estaria controlada. Assim poderia ser verificado como as equipes da ESF nestes municípios conseguem estabelecer a atenção para a problemática decorrente de uso de álcool e outras drogas.

Em termos de vivência e experiência pessoal, participar desta pesquisa foi um marco, tanto acadêmico quanto profissional. Possibilitou além de conhecimentos científicos ligados a temática pesquisada, desenvolver habilidades e competências no campo da pesquisa. Habilidades estas que, por transferência de aprendizagem, podem e serão transpostas para outros contextos, na pesquisa com outros fenômenos. O desenvolvimento de perspectiva crítica, investigativa e que leve em conta o rigor científico foi um dos objetivos buscados no transcorrer desta dissertação, além da contribuição com conhecimentos e dados referentes há um fenômeno complexo e de difícil manejo como a dependência de álcool e outras drogas.

Dificuldades, houveram muitas: ocorrência da gripe H1N1 na época da coleta dos dados, reduzido tempo disponível para dedicação à pesquisa, experiência profissional em área distinta da temática pesquisa

são alguns exemplos. A questão da gripe H1N1 no transcorrer do processo de coleta de dados impôs dificuldades para que contatos com os técnicos das equipes de saúde fossem agendados. Mesmo quando agendados, a demanda de atendimentos nas UBS eram elevadas, de modo que as entrevistas não puderam ser alongadas ou devidamente aprofundadas. Há de se revelar que muito mais rica seria a coleta e análise dos dados se as entrevistas tivessem sido em profundidade.

Contudo, mesmo a despeito destas condições, creio ter sido possível elaborar uma pesquisa de qualidade e que, de fato, ofereça significativas contribuições para a ciência, para mim como Psicólogo, cientista e pesquisador e ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, onde tive o privilégio de iniciar e concluir minha dissertação de mestrado.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 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.
- Amarante, P. (1999). Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: Fernandes, M. I. A; Scarcelli, I. R. & Costa, E. S. (org) Fim de século: ainda manicômio. São Paulo, IPUSP, p 47-52.
- Amarante, P. (1995). Loucos pela vida: A trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2001). Resolução da Diretoria Colegiada, maio 2001 (no101). São Paulo: ANVISA/Senad. [online]. Disponível: <http://e-legis.bvs.br/leisref/public/showAct.php?id=1188>
- Arona, E. C. (2009) Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. *Revista Saúde e Sociedade*. Vol. 18, n1, p 26-36.
- Ballani, T. S. L, Oliveira, M. L. F. (2007). Uso de drogas de abuso e evento sentinela: construindo uma proposta para avaliação de políticas públicas. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*. Vol. 16, n.3, p488-494.
- Baroni, D. P. M, Fontana, L. M. (2007). Ações em saúde mental na atenção primária no município de Florianópolis. Monografia de especialização em Saúde Pública. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública. UFSC.
- Bertolino, P. (1998) As emoções. Florianópolis: NUCA Edições Independentes.
- Bertolino, P. (1996). Psicologia: Ciência e paradigma. Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Psicologia no Brasil: Direções epistemológicas* (pp. 13-40). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.

- Barros, M. A., Pillon, S. C. (2006). Programa de saúde da família: Desafios e potencialidades frente ao uso de drogas. Revista eletrônica de enfermagem. Vol. 8, n 01, p 144 – 149. Disponível em [http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_1/revisao\\_02.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_1/revisao_02.htm)
- Biasoli-Alves, Zélia M<sup>a</sup> M. (1998). A pesquisa em Psicologia: análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. In: Romanelli, Geraldo e Biasoli-Alves, Zélia M<sup>a</sup> M. (Orgs.). Diálogos Metodológicos sobre Prática de Pesquisa. (pp. 135-157). Ribeirão Preto: Legis Summa.
- Biasoli-Alves, Zélia M<sup>a</sup> M. e Silva, M<sup>a</sup> Helena G. F. D. da (1992). Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. Paidéia, Cadernos de Educação, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto –Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, n.2, Fev/Jul.
- Brandalise, F. (2002). O trabalho e reabilitação psicossocial: um estudo sobre a inserção nas práticas laborais como estratégia de promoção de autonomia de usuários de saúde mental no âmbito da reforma psiquiátrica nacional. Dissertação de Mestrado. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós Graduação em Psicologia. Santa Catarina, UFSC.
- Brasil, Ministério da Saúde (2006). Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde (2005a). Avaliação básica em saúde: caminhos da institucionalização. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde (2005b). A reforma psiquiátrica e políticas de saúde mental no Brasil: Conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental. 15 anos depois de Caracas. Brasília, Ministério da Saúde.
- Brasil, Ministério da Saúde (2004a). Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial. Secretaria de Atenção a Saúde.

Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde (2004b). O SUS e os cursos e graduação na área da saúde. Serie Textos Básicos de Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 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: Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde (2002). A política de saúde no Brasil: avanços e limites. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil, Ministério da Saúde (1990). ABC do SUS: Doutrinas e princípios. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência a Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

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.

Cardim, M. S. (1986). Epidemiologia descritiva do alcoolismo em grupos populacionais no Brasil. Cadernos de Saúde Pública. Vol. 2 n° 2. p 191-211. Rio de Janeiro.

Carlini, E. A., Galduróz, J. C. F., Noto, A. N., Nappo, S. A. (2005). II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: Estudo envolvendo as 107 maiores cidade do país. CEBRID. Escola Paulista de Medicina. Departamento de Psicobiologia. São Paulo: UFSP.

Carneiro, H. (2002). A fabricação do vício. Neip: Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos. Acessado em 10 de outubro de 2008. Disponível em [http://www.neip.info/downloads/t\\_hen1.pdf](http://www.neip.info/downloads/t_hen1.pdf)

- Chauí, M (1984). *Repressão sexual*. São Paulo: Ed. Brasiliense, 8ª Ed.
- CID – 10 (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID – 10*. Organização Mundial da Saúde. Porto Alegre: Artmed.
- Conte, M.; Oliveira, S.; Henn, R. C.; Wolff, M. P. (2007). *Consumismo, uso de drogas e criminalidade: riscos e responsabilidades*. *Psicologia Ciência e Profissão*. Vol. 27,n1, p94-105.
- Costa-Rosa, A, Luzio, C. A. & Yasui, S. (2003). *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro, Nau Editora.
- 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*, Vol. 12, n2, p 26-37.
- Cremesp (2003) *Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento*. 2ª Edição. Conselho regional de medicina de São Paulo: Associação Médica Brasileira. São Paulo.
- Cruz, M. S. (2006). *Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de redução de danos*. In: Oscar Cirino; Regina Medeiros. (Org.). *Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis*. 1 ed. Belo Horizonte: Autêntica, v. 1, p. 13-24
- Cruz, M. S.; Filo, J. F. S. (2005) *A formação de profissionais para assistência de usuários de drogas e a constituição de um novo habitus de cuidado*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. Vol 54, n. 2, p 120-126.
- 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.

- Delbon, F., Ros, V. D., Ferreira, E. M. A. (2006). Avaliação da disponibilização de kits de Redução de Danos. *Revista Saúde e Sociedade*, Vol. 15, n.1, p37-48
- De Leonn, G. (2003) Comunidades terapêuticas: teoria, modelo e método. São Paulo: Loyola.
- Desviat, M (1999) A Reforma Psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- DSM – IV – TR (2002). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª Edição. Associação Americana de Psiquiatria. Lisboa: Climepsi Editores.
- Figueiredo, L. C. M, Santi, P. L. R. (2000). Psicologia, uma (nova) introdução. São Paulo: Educ.
- Fiori, M. (2004). Controvérsias médicas e a questão do uso de drogas. Dissertação de mestrado. Departamento de Antropologia Social. São Paulo: USP.
- Fiori, (2002). Algumas reflexões a respeito do discurso médico sobre as drogas. Texto apresentado na XXVI Reunião anual da ANPOCS, realizada em Caxambú 2002. Acessado em 12 de outubro de 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*, Vol 36, n4 p 439 – 447.
- Foucault, M. (1987). O nascimento da clínica. 3ª Edição. Rio de Janeiro, Forense Universitária.
- Foucault, M. (1978). História da loucura na idade clássica. São Paulo: Perspectiva.
- Gallassi, A. D.; Elias, P. E. M.; Andrade, A. G. (2008). Caracterização do gasto SUS com internações de dependentes de substâncias psicoativas no período de 2000 a 2002 no município de Campinas – SP. *Revista de psiquiatria clínica*. Vol. 35. p 02-07.

- Genebra. Organização Mundial da Saúde. (2004). Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas.
- Genebra, World Health Organization (2002). Reducing Risks, promoting healthy life. The World Health Report.
- Gerschman, S; Santos, M. A. B (2006). O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. Revista Brasileira de Ciências Sociais, Vol. 21, n61.
- Gil, A. C. (1996). Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas.
- Gil, A. C. (1991). Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas.
- Godoy, A. S. (1995). Introdução a pesquisa qualitativa e suas possibilidades. São Paulo, FGV. Revista de Administração de empresas. Vol 35, n.2, p57-63.
- Goffman, E. (1961). Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva.
- Gonçalves, D. M. et all (2008) Avaliação de desempenho do Self-Reporting Questionnaire como instrumento de rastreamento psiquiátrico: um estudo comparativo com o Structured Clinical Interview For DSM – IV – TR. Cad. Saúde Pública. Vol 24, n° 2, 380-390.
- (IBGE, 2009) - <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
- Jodelet, D. (2001). As representações sociais. Rio de Janeiro: Editora UERJ.
- Laing, R. D. (1991) O eu dividido. Estudo existencial da sanidade e da loucura. 6ª Edição. Petrópolis: Editora vozes.
- Lastória, L. A. C. N. (1999). Dialética do pensamento ético na psicologia. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP.

- Leite, S. N., Vasconcellos, M. P. C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Revista Ciência e Saúde*, Vol. 8, n.3. p,775-782.
- Kerr-Corrêa, F., Andrade, A. G., Bassit, A. Z., Boccuto, N. M. V. F. (1999). Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da UNESP. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo. Vol. 21. nº 2.p 95-100.
- 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.
- MacRae, E. (2000). Antropologia: Aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL, S D. & Toscano Jr. A. (2000) Dependência de drogas. São Paulo: Ed. Atheneu.
- MacRae, E (1996). A desatenção da legislação de entorpecentes pela complexidade da questão. Neip: Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos. Acessado em 10 de outubro de 2008. Disponível em [http://www.neip.info/downloads/t\\_edw1.pdf](http://www.neip.info/downloads/t_edw1.pdf)
- Mandon. D. (1996). Perspectiva antropológica da droga. In MacRae, E. A. Desatenção da legislação de entorpecentes pela complexidade da questão. Neip: Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos. Acessado em 10 de outubro de 2008. Disponível em [http://www.neip.info/downloads/t\\_edw1.pdf](http://www.neip.info/downloads/t_edw1.pdf)
- Marques, H. R., Manfroi, J., Castilho, M. A., Noal, M. L. (2006). Metodologia da pesquisa e do trabalho científico. 2ª Edição. Campo Grande, Editora UCDB.
- Mendes, E. V. (1999). Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec.
- 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*. Vol 13, nº1, p 121-133.
- Nicastri, S. (2001) Métodos de neuroimagem e abusos de substâncias psicoativas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. São Paulo. Vol. 23. nº 1. p26-31.
- Noto, A. R. et all (2003) Drogas e saúde na imprensa brasileira: uma análise dos artigos publicados em jornais e revistas. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 19, n. 1, p 69 – 79.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, L. (2008). Comunidades terapêuticas para dependentes químicos. Febract: Federal Brasileira das Comunidades Terapêuticas. Acesso em setembro de 2008. Disponível em <http://www.febract.org.br/artigos2008.htm>
- Olubuenaga, J. I. (1999). *Metodologia de la investigacion cualitativa*. 2ª Edición. Universidad de Deusto, Bilbao.
- Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID – 10*. Porto Alegre: Artmed.
- Peixoto, H. C. G.; Souza, M. L.; Freitas, S. F. T. (1997) Ordenação dos principais grupos diagnósticos de internação do Sistema Único de Saúde no Brasil, 1997, segundo diferentes critérios. Acessado em 01 de janeiro de 2009. Disponível em [http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala\\_de\\_leitura/artigos/Internacoes\\_Hopitales/Ordenacao\\_Diagnosticos\\_InternHosp\\_Brasil.pdf](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/Internacoes_Hopitales/Ordenacao_Diagnosticos_InternHosp_Brasil.pdf)
- Pierri, L. (1978). *A gênese do método científico*. 2ª Edição. Rio de Janeiro, Campus.
- Planeta, C. S., Cruz, F. C., Marin, M. T., Aizenstein, M. L., DeLucia, R. (2007) Ontogênese, estresse e dependência de substâncias psicoativas. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. São Paulo. Vol. 43. nº 3.
- Pratta, E. M. M. & Santos, M. A. (2006). Levantamento dos motivos e dos responsáveis pelo primeiro contato de adolescentes do ensino

médio com substâncias psicoativas. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas. Vol.2, no.2.

Pratta, E. M. M. & Santos, M. A. (2008). Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. Estudos de Psicologia. Vol 11 no 13.

Porto, M. A. (1996). O método está nu: Pupício, Latour e a Medicina Moderna. Revista da Sociedade Brasileira de História da Ciência. n.12 p. 99-106. Acessado em 12 de outubro de 2008. Disponível em [http://www.mast.br/arquivos\\_sbhc/89.pdf](http://www.mast.br/arquivos_sbhc/89.pdf)

Rezende, J. M. (2004) Linguagem médica. 3ª Edição. AB Editora. Disponível em <http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/lmindex.html>. Acessado em 07 de setembro de 2009.

Rezende, M. M. (2003). Uma provável caracterização do profissional de Saúde Mental que atende dependentes de drogas no Vale do Paraíba. Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental. Vol VI, n.1, p 100-108.

Rezende, M. M. (2000) Modelos de análise do uso de drogas e de intervenção terapêutica: algumas considerações. Revista Biociências. Taubaté, v. 6, n. 1, p. 49-55.

Ribeiro, M. (2004). Organização dos serviços para o tratamento da dependência do álcool. Revista Brasileira de Psiquiatria. Vol 26, p 59-62.

Rietra, R. de C. P. (1999). Inovações na gestão em saúde mental: um estudo de caso sobre o CAPS na cidade do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 1999. 125 p

Russell, B. (1969). A perspectiva científica. 3ª Edição. São Paulo: Companhia Editora Nacional.

- Sabino, N. M; Cazenave, S. O. S. (2005). Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Estudos de Psicologia*. Vol 2, p167-174.
- Sartre, J. P. (1995) *Esboço de uma teoria das emoções*.
- Schatzqberg, A. F., Nemoroff, C. B. (2002), *Fundamentos de Psicofarmacologia clínica*. Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.
- Schenker, M; Minayo, M. C. S. (2004) A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão de literatura. *Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 20, n. 3, p 649 – 659.
- Schneider, D. R. (2009a) Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. *Ciência & saúde coletiva (online)*, v. 1, p. 1-10.
- Schneider, D. R. (2009b). Caminhos epistemológicos na elucidação da loucura. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*. Vol. 1, n2.
- Schneider, D. R; Spohr, B.; Leitão, C. (2006a). 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. (2006b) *Novas perspectivas para a psicologia clínica a partir das contribuições de J. P. Sartre*. *Interação em Psicologia*. Vol. 10, n. 1, p 101-112
- Schneider, D. R. (2002). *Novas perspectivas para a psicologia clínica: um estudo a partir da obra de Saint Genet comédien et martyr de Jeanl Paul Sartre*. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica. Núcleo de Práticas Clínicas. São Paulo.
- Seibel, S. D; Toscano Jr, A. (2000). *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu.
- Senad (2004) *Seminário Internacional de Políticas sobre Drogas*. Secretaria Nacional Antidrogas. Brasília.

- Souza, E. C. F.; Vilar, R. L. A.; Rocha, N. S. P. D.; Uchoa, A. C.; Rocha, P. M.; (2008). Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. Vol.24, n.1, p100 – 110.
- Soldera, M.; Dalgalarondo, P., Filho, H. R. C.; Silva, C. A. M. (2004). Uso de drogas psicotrópicas por estudantes: prevalência e fatores associados. *Revista de Saúde Pública*. Vol 38. N 2. P 277 – 283.
- Strauch, E. S., Pinheiro, R. T., Silva, R. A., Horta, B. L. (2009). Uso de álcool por adolescentes. Estudo de base populacional. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo. Vol 43. N° 4. P 647 – 655.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: histórias e conceitos. Rio de Janeiro. *Revista História, Ciência e Saúde*, vol. 9, n.1, p 25 – 59.
- Tesser, C. D., Luz, M. T. (2006). Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, Vol 13,n1, p195 – 206.
- Tesser, C. D, Luz, M. T. (2002). Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. *Ciência e Saúde Coletiva*, Vol 7,n2, p363 – 372.
- Thomaz, H. Roig, P. M. (1998). *Reaprendendo com a drogadição*. São Paulo: Empório do Livro.
- Toscano Jr. A. (2000). Um breve histórico sobre o uso de drogas. In: Seibel, S D. & Toscano Jr. A. (2000). *Dependência de drogas*. São Paulo: Ed. Atheneu.
- 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*, vol. 20, n.3, p444 – 453.

**ANEXO 1**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
LINHA DE PESQUISA: PROCESSOS PSICOSSOCIAIS, SAÚDE E  
DESENVOLVIMENTO PSICOLÓGICO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****1- Informações sobre a pesquisa**

Prezado Sr (a),

Visando contribuir para o desenvolvimento do conhecimento científico na área da saúde e das práticas no âmbito do SUS, junto a usuários de drogas, solicitamos sua participação na presente pesquisa de Mestrado intitulada *“As ações dos profissionais da atenção básica, junto a usuários com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas”*.

Este estudo está sendo desenvolvido pelo Programa de Pós Graduação em Psicologia, na Linha de pesquisa Processos Psicossociais, Saúde e Desenvolvimento Psicológico, da Universidade Federal de Santa Catarina. Nosso objetivo é conhecer quais são as ações em saúde que você desenvolve, junto a usuários que apresentem problemas decorrentes do uso e álcool e outras drogas.

Para tanto, está sendo proposto a você a realização de uma entrevista individual, semi estruturada, com questões abertas e fechadas. Esta entrevista será gravada e terá duração aproximada de 45 minutos.

Frisamos que os dados coletados serão sigilosos e de uso exclusivo dos pesquisadores, de modo que sua identidade pessoal será preservada.

Quaisquer dúvidas que surgirem antes ou durante a pesquisa, o Sr (a). Poderá entrar em contato pelo telefone 37219402 deixando recado para Prof<sup>ª</sup> Daniela, ou pelo e-mail [danis@cfh.ufsc.br](mailto:danis@cfh.ufsc.br) . O (a) Sr (a) tem o direito de recusar-se a participar da pesquisa ou retirar o consentimento dado anteriormente, sem nenhuma penalização, necessitando, para isso, que entre em contato com a equipe através de um dos meios acima descritos.

## **2- Termo de Consentimento**<sup>1</sup>

Eu, \_\_\_\_\_, considero-me informado (a) sobre a pesquisa realizada pelo Programa de Pós Graduação em Psicologia, da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação da Prof<sup>ª</sup> Dr.<sup>a</sup> Daniela Ribeiro Schneider, intitulada “*As ações dos profissionais da atenção básica junto a usuários com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas*”, e aceito participar das entrevistas, tendo clareza do sigilo que será mantido em relação ao meus dados pessoais.

Florianópolis, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Assinatura

do participante

\_\_\_\_\_  
Dálberti Sciamana de Lima  
Pesquisador

<sup>1</sup> Esse termo de consentimento é de uso exclusivo do pesquisador e não será divulgado sobre nenhum pretexto. Ele é uma exigência das Normas de Pesquisa que envolvem Seres Humanos, do Ministério da Saúde, que visa garantir a ética na pesquisa e o respeito ao sujeito pesquisado.

**ANEXO 2****Roteiro de Entrevista****Caracterização dos sujeitos:**

UBS: _____	Sexo: _____	Idade: _____	Data: _____/_____/____
Graduação _____	Tempo de Atuação (ESF): _____		
Tempo de Formação: _____	Titulação acadêmica: _____		
Atendimentos semanais: _____	Atendimento familiar semanal: _____		
Conhecimento Política Nacional Assistência Psiquiátrica: ( ) sim ( ) não			
Conhecimento Política de Atenção Integral a Usuários AD: ( ) sim ( ) não			

**Eixo I) - Identificação da demanda.**

- 1) Como você faz para identificar casos de usuários que possuem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas?
- 2) Como você faz para identificar seu padrão de consumo?

**Eixo II) - Práticas de acolhimento.**

- 3) Quais são os procedimentos adotados pelos profissionais da ESF quando identificam casos de dependência de AD? Há algum procedimento padrão? Qual?
- 4) E você, especificamente, como procede junto a estes usuários?

**Eixo III) - Propostas terapêuticas e encaminhamentos.**

- 5) Para onde estes pacientes são encaminhados ou referenciados?

- 6) Você consegue avaliar os resultados trazidos para a saúde física e mental destes pacientes?

**Eixo IV) - Concepções acerca do fenômeno da dependência de drogas**

- 7) Como você definiria a dependência de substâncias psicoativas
- 8) Em sua opinião, quais são as principais causas da dependência de substâncias psicoativas?