

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
NÚCLEO DE PESQUISAS EM PSICOLOGIA CLÍNICA – *PSICLIN***

RELATÓRIO DE PESQUISA

**HORIZONTE DE RACIONALIDADE ACERCA DAS DROGAS E DE SUA
DEPENDÊNCIA POR PARTE DAS EQUIPES TÉCNICAS DOS SERVIÇOS DE
SAÚDE: IMPLICAÇÕES PARA O TRATAMENTO**

Prof^ª Dr^ª Daniela Ribeiro Schneider

Agosto de 2005

RELATÓRIO DE PESQUISA

INTRODUÇÃO

Em pesquisa anterior, desenvolvida pela equipe do Núcleo de Pesquisas em Psicologia Clínica da Universidade Federal de Santa Catarina (PSICLIN/UFSC), no período de outubro de 2002 a março de 2004, intitulada “Caracterização dos Serviços de Atenção à Dependência Química na Região da Grande Florianópolis”, foi realizada uma descrição dessas instituições, avaliando desde sua infra-estrutura, corpo técnico e administrativo, clientela atendida, atividades técnicas desenvolvidas, procedimentos técnicos adotados, programas de tratamento utilizados, entre outros aspectos, tendo como base entrevistas realizadas com a equipe técnica dos serviços.

Constatou-se que os serviços estudados não se preocupam com controle dos seus processos de tratamento e resultados, realizando somente avaliações empíricas, baseadas em sua experiência e, em alguns casos, em dados estatísticos, sem critérios objetivos e indicadores de qualidade. Ainda que não sustentados em dados objetivos, a maioria dos serviços estudados refere-se que seus índices de abandono de tratamento e de recaída no uso de droga são altos, geralmente ultrapassando 50%. Quando questionados sobre as razões dessa situação, a maioria das equipes técnicas cita aspectos da personalidade ou da psicopatologia dos pacientes ou de seus familiares, ou ainda da vulnerabilidade biológica às drogas, adotando uma perspectiva determinista, seja de ordem subjetiva ou orgânica. Nenhum serviço estudado volta-se para seus próprios processos de tratamento, questionando-se acerca de seus métodos, procedimentos e concepções.

Tal constatação corrobora com dados encontrados na literatura especializada, que aponta que um dos maiores problemas na atenção à drogadição é justamente a questão da aderência dos dependentes ao tratamento: são elevados os número de “recaídas”, de “abandonos”, de “evasões” e de retorno de pacientes aos serviços (Marques & Formigoni, 2001; Pinsky, 1995; Silva et al, 1995; Oliveira, 1997).

Tal ocorrência impõe que a problemática da eficácia e eficiência dos tratamentos oferecidos à população é essencial de ser investigada e superada.

Qualquer atividade profissional na saúde ou na organização de serviços de saúde tem necessariamente como substrato uma racionalidade teórico-metodológica que norteia sua atuação, baseada em concepções sobre o fenômeno da saúde, do adoecimento e de como intervir nesse processo saúde/doença. Esse substrato está sustentado (é função) num horizonte de racionalidade que fornece uma compreensão sobre o ser da realidade (ontologia), sobre o homem, a sociedade e as relações sociais (antropologia), assim como sobre os processos de saúde/doença, com seus parâmetros estabelecidos sobre “normalidade”. Daí desdobram-se as teorias médicas, psiquiátricas, psicológicas, religiosas e suas propostas de intervenção no fenômeno que é seu objeto. Portanto, a organização dos serviços, os processos de intervenção, as atividades técnicas desenvolvidas na área da saúde são estabelecidas a partir desses substratos. (citação ou não)

Tais concepções estabelecem tanto para os profissionais de saúde quanto para os pacientes o entendimento sobre o sofrimento, bem como o campo de possibilidades para a intervenção na situação de saúde/doença. Neste sentido, tal horizonte de racionalidade interfere diretamente tanto na prática profissional na área, quanto no engajamento dos

pacientes nos processos de tratamento, na medida em que conforma a concepção acerca da problemática, bem como sua crença na possibilidade de recuperação.

Especificamente na área da atenção à dependência de álcool e outras drogas a interferência do horizonte de racionalidade sobre os aspectos teórico-metodológicos dos processos de tratamento e sobre a inteligibilidade do problema e engajamento do paciente nesses processos é ainda mais marcante, devido ao fato de estarmos lidando com um fenômeno de saúde onde as dimensões social e psicológica são variáveis constitutivas, entre outras. Dessa forma, mesclam-se mais facilmente a racionalidade científica com as racionalidades metafísica, religiosa e política, dificultando a delimitação do fenômeno da drogadição em uma definição precisa, se tomarmos como parâmetros outros fenômenos de saúde de ordem claramente orgânica. O tema das drogas é, portanto, atravessado por polêmicas e desafios teóricos e epistemológicos devido às inúmeras contradições que por ele perpassam, bem como à complexidade de inter-relações ali envolvidas (sociais, políticas, psicológicas, médicas, etc).

Um discurso ou concepção torna-se dominante quando se converte em senso-comum, sendo, assim, naturalizado, ocultando suas determinantes de gênese (Bravo, 2002). Hodiernamente, na área das drogas, conforme se verifica na literatura especializada (Rezende, 2004; Agra, 2004; Bravo, 2002), há certas concepções que se tornaram dominantes, como aquelas que centram seu modelo na abstinência, no controle social, na segregação dos dependentes entendidos ora como delinquentes ora como doentes, operando dispositivos médico-terapêuticos e penais. Contrapõe-se a esse modelo hegemônico os Programas de Redução de Danos, centrado em uma perspectiva política, de resgate da cidadania, visando à redução dos possíveis danos provocados pelo uso de drogas e cujo dispositivo principal é o de promover a reinserção social (Bravo, 2002; Ministério da Saúde, 2001). Tais concepções antagônicas representam, na área de drogas, a contradição dialética presente na contemporaneidade entre o modelo psiquiátrico e o antipsiquiátrico, principalmente em sua versão antimanicomial.

Dessa forma, investigar as concepções prevalentes nos serviços de atenção à dependência de substâncias psicoativas, que expressam o horizonte de racionalidade que fundamenta teorias, metodologias e procedimentos técnicos é um importante instrumento para que se conheça o cenário deste tipo de atenção à saúde e, com isso, verifique-se o impacto destas concepções nos processos de tratamento e seus resultados. Com isso, pretende-se indicar alguns critérios qualitativos importantes de serem considerados em avaliações de serviços de saúde, que impliquem uma forma de contribuir para o enfrentamento da problemática da eficácia e eficiência dos tratamentos oferecidos.

QUESTÕES DA PESQUISA

- Qual o horizonte de racionalidade predominante, que fundamenta as concepções sobre as drogas e sua dependência, das equipes técnicas dos serviços de atenção aos problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas da Região da Grande Florianópolis?

OBJETIVOS DA PESQUISA

Geral:

- Contribuir com a elaboração de critérios qualitativos de avaliação de serviços de saúde na área da atenção ao uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas;

Específicos:

- Descrever as concepções das equipes técnicas ou coordenações dos serviços de atenção à drogadição na Região da Grande Florianópolis, acerca dos fatores que contribuem na constituição do fenômeno da dependência de álcool e outras drogas;
- Descrever as concepções das equipes técnicas ou coordenações dos serviços de atenção à drogadição na Região da Grande Florianópolis, acerca da função do uso abusivo das drogas na sociedade contemporânea;
- Verificar, a partir das concepções encontradas, o horizonte de racionalidade acerca do fenômeno das drogas na sociedade contemporânea e sua dependência;
- Discutir as implicações dos horizontes de racionalidades encontrados nos modelos teórico-metodológicos dos serviços estudados;

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Em pesquisa anterior, realizada nos anos de 2002-2003, pela equipe do PSICLIN/UFSC, foi feita uma caracterização dos serviços de atenção à dependência de substâncias psicoativas da Região da Grande Florianópolis, realizada a partir da investigação da perspectiva das suas equipes técnicas ou coordenações. O universo desse tipo de instituição nessa região, no momento da coleta de dados, contava com 28 serviços, divididos entre hospitais, ambulatórios, comunidades terapêuticas, clínicas, grupos de ajuda mútua e programas de redução de danos. Responderam à pesquisa 21 serviços. Os instrumentos utilizados foram um questionário com questões fechadas e, posteriormente, uma entrevista semi-dirigida realizada com os responsáveis técnicos pelos serviços. Nessas entrevistas foram feitas duas questões abertas sobre as concepções acerca dos fatores preponderantes que levam à dependência de álcool e outras drogas e outra sobre o significado do fenômeno da drogas na sociedade contemporânea. Naquele momento a análise desse material não foi realizado. Esse dados serviram de base para a pesquisa ora relatada.

Entre os serviços participantes um deles respondeu ao questionário, mas não realizou a entrevista. Portanto, o mesmo esteve presente na descrição dos resultados da primeira pesquisa, mas não é respondente da atual. Contamos assim, nessa pesquisa, com o

total de **20 serviços** participantes, divididos em: 05 ambulatórios, 03 Hospitais, 01 Clínica, 02 Grupos de Ajuda Mútua, 07 Comunidades Terapêuticas e 02 Programas de Redução de Danos.

Foi utilizada a metodologia qualitativa da **análise de conteúdo**, segundo o modelo sugerido por Olubeúnaga (1999). Neste horizonte compreende-se que o *texto* (a transcrição das entrevistas realizadas) sempre implica em um *contexto*, ou seja, em um conjunto de sentidos, significados, racionalidades subjacentes ao discurso dos responsáveis técnicos daqueles serviços e que tem seus desdobramentos na consolidação do projeto terapêutico da instituição, o qual era alvo de nossos objetivos de investigação.

Os passos metodológicos seguidos foram os seguintes:

- a) A partir das transcrições das respostas às duas questões abertas da entrevista: **1)** na perspectiva dos profissionais dessa instituição o que acontece com as pessoas para que elas se tornem dependentes de álcool e/ou outras drogas e necessitem procurar tratamento aqui nessa instituição? **2)** O que significa o uso abusivo de álcool e as drogas na nossa sociedade contemporânea? – foi elaborado um *texto de campo*, que compilava os variados dados que apareceram no discurso dos responsáveis técnicos. Foram dadas 55 diferentes respostas diretas à primeira pergunta e 47 respostas diretas para a segunda.
- b) Esse *texto de campo* passou então por um processo de codificação dos dados, quando foram aproximadas respostas e realizada a sua **categorização** em itens mais abrangentes, formando o que Olubeúnaga (1999) chama de *texto de investigação*. Nessa etapa foram elaboradas 14 categorias para a primeira pergunta e 10 para a segunda.
- c) Passou-se então à verificação das categorias para conferir se estas eram *claras, significativas, exaustivas e mutuamente excludentes*, quando então chegamos ao *texto final*. Como resultado obtivemos 09 categorias de respostas sobre a concepção dos fatores que levam uma pessoa à dependência de substâncias psicoativas, sendo que a primeira dessas categorias foi dividida em 04 subcategorias; e 08 categorias sobre o que representa o fenômeno das drogas na sociedade contemporânea;
- d) Passou-se, então, à descrição das diversas categorias presentes em cada serviço, formando uma tabela das concepções presentes em cada serviço;
- e) Buscou-se na literatura especializada (Agra, 2004; Anton, 2000; Bucher, 1992; Pillon, 2004; Rezende, 2000) os já definidos “**Modelos de Análise**” de abordagem e tratamento da drogadição, utilizados para categorizar as diferentes concepções ou explicações do fenômeno das drogas e sua dependência e seus desdobramentos para o tratamento em termos da discussão contemporânea. Por outro lado, realizou-se a categorização em “**Sistemas de Racionalidades**”, referenciando-se em postulações de especialista da área da antropologia da ciência (Bertolino, 2004). A noção de racionalidade vai além da noção de “modelo de análise”, normalmente utilizada pela literatura especializada na área de drogas, pois descreve o processo de produção do conhecimento nas diferentes áreas e disciplinas adjacentes e seus desdobramentos para a compreensão dos diversos fenômenos que compõe a realidade. Esses dois aspectos formaram a *grade de análise* utilizada para, como o próprio nome diz, analisar as categorias elencadas e viabilizar, assim, a discussão dos dados.
- f) As categorias de respostas fornecidas por cada serviço foram analisadas pelos critérios contidos na grade de análise e classificadas de acordo com o “modelo de análise” e do “sistema de racionalidade” que cada uma se enquadrava, formando nova tabela para análise.
- g) Com base nesses dados foram realizadas, então, a descrição e discussão dos resultados.

DESCRIÇÃO e DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As categorias resultantes da primeira questão e da segunda questão sobre a concepção do fenômeno das drogas na sociedade contemporânea estão em tabelas em anexo. Os dados nos permitem elaborar as seguintes reflexões:

1) No que se refere à primeira pergunta sobre a concepção dos fatores que constituem a dependência do álcool e outras drogas:

A grande maioria dos serviços afirmou considerar a dependência como um **fenômeno multideterminado** ou, mais especificamente, **um processo bio-psico-social** (19/20 - 19 instituições utilizaram essa forma de argumentação entre as 20 respondentes). No entanto, o entendimento sobre o que são esses três diferentes aspectos (tripé) que constituem o fenômeno da drogadição foi bastante divergente entre os diferentes serviços, demonstrando que sob um discurso hegemônico podem existir concepções variadas, muitas vezes incompatíveis entre si. Essas divergências vão desde concepções como: a) a dependência como uma doença, com claros componentes genéticos, que se torna recorrente e incurável; b) a dependência como um problema de reencarnação; c) o entendimento que a drogadição é produzida na ordem social, sendo concebida como uma escolha livre do sujeito no seu direito de cidadão, entre outras tantas. Portanto, impõe-se a necessidade de esclarecer as diferentes noções que sustentam esses argumentos díspares, apesar de, aparentemente estarem todos sob um mesmo discurso ou rótulo.

Sendo assim, os argumentos acerca dos *fatores que constituem a dependência* tiveram como predomínio uma *visão psicologizante*, pois a variável prevalente na concepção da determinação da drogadição entre os diferentes serviços foi a atribuída à **estrutura da personalidade do usuário** (17/20), entendida em sua grande maioria em uma *perspectiva subjetivista* (atribuição de uma subjetividade auto-sustentada) *e/ou moralista* (subjetividade concebida a partir da relação com valores morais ou religiosos) (15/20) sustentada em noções como “problemas de auto-afirmação”, “sensibilidade”, “falta de limites”, “indisciplina mental”, “falta de força de vontade”, “busca interna de realização”, bem como em uma *perspectiva psicopatologizante* (subjetividade considerada a partir de problemas psicológicos ou psiquiátricos) (11/20) sustentada em noções como “dificuldade de lidar com o sofrimento ou frustração”, “fuga da realidade”, “forma de lidar com os problemas psicológicos”, “comorbidade”, “forma de lidar com problemas emocionais ou problemas sexuais”. Portanto, no aspecto “psico” do tripé do discurso hegemônico destaca-se a perspectiva de culpabilização do usuário sobre seu problema da dependência, baseada numa concepção determinista (subjetivista, moralista, psicopatologizante) do fenômeno.

Na grande maioria das respostas a variável “estrutura da personalidade” veio acompanhada de argumentos que se referiam ao aspecto “social” do tripé, referendada na variável **“importância do contexto social do indivíduo na constituição da dependência”**, citada por treze instituições. Dessa treze referências, onze foram cruzadas com as respostas sobre a personalidade. Somente dois serviços citaram o contexto social como a variável fundamental na dependência sem associá-lo às questões de personalidade. O entendimento predominante sobre o contexto social é sustentado em uma *perspectiva ambientalista* (7/13 – sete respostas em treze referências ao contexto social), passando por noções como “influência do ambiente”, “influência das más companhias”, “problemas de educação no meio”, etc. Essas variáveis, que poderiam ser um contraponto à culpabilização do usuário, servem na verdade, na maioria dos serviços, para referendá-la, na medida em

que grande parte das referências servem para explicar que o ambiente é também doente, daí decorrer o problema do indivíduo. Dessa forma, incluem o contexto social, mas em uma perspectiva ambientalista e ahistórica. Segundo Patto (1991) a versão ambientalista do desenvolvimento humano reserva ao termo “ambiente” uma concepção acrítica, compatível, ao mesmo tempo, com uma visão biologizada da vida social e com uma definição etnocêntrica de cultura.

Outra variável, próxima da questão do contexto social, bastante significativa em termos numéricos (11/20) foi o da compreensão da dependência como decorrente de **problemas no funcionamento familiar**. Essas concepções são sustentadas, em sua maioria, em *noções psicopatologizantes*, como as referentes à “falta de auto-estima dos pais”, “falta de autoridade paterna”, “problemas decorrentes da separação dos pais”, “hábito de beber dos familiares”, “pais alcoolistas ou com histórico de dependência”. Dessas respostas, dez são associadas pelos serviços às questões da estrutura de personalidade. Poderia-se afirmar, parodiando as reflexões de Patto (1991) em “A produção do fracasso escolar”, que este modo de compreender a relação com as famílias e sua culpabilização é um desdobramento da culpabilização dos usuários, só que agora localizado em seu ambiente familiar e cultural. É a conhecida “teoria da carência cultural”, que seguindo o corolário da perspectiva liberal busca as determinantes dos problemas sociais, como o caso da drogadição, em aspectos como: “alta densidade habitacional, ausência dos pais, desinteresse dos pais, autoritarismo dos pais, pouca interação e ausência de hábitos saudáveis” (Ibid: 94), considerados variáveis independentes que levam ao uso abusivo de drogas. Aqui se vê repetir, outra vez, a questão destacada acima no aspecto do contexto social, já que os problemas no funcionamento familiar são tomados em perspectiva ahistórica e não dialética, servindo para referendar a concepção subjetivista, moralista e psicopatologizante predominante.

Ainda outras duas variáveis, ambas com nove citações cada (9/20), são as referentes à *dimensão biológica do fenômeno das drogas*: uma que é a noção da **dependência como doença, com determinantes orgânicas, neuroquímicas ou genéticas** e outra que compreende que a dependência é função das **características das drogas**, onde o sujeito é considerado vítima ou das questões orgânicas ou da química das drogas. Essa visão vem somar-se às anteriores, formando um dos pilares que sustenta a mentalidade dominante, no entanto, com determinantes orgânicas. Ela serve para complementar a culpabilização do usuário, só que agora sem o peso da responsabilidade, já o usuário é “vítima” de uma doença, cujas determinantes são genéticas ou químicas.

A visão hegemônica que aparece subjacente ao discurso da concepção biopsicossocial da drogadição, é ao mesmo tempo, subjetivista, psicopatologizante e organicista, algumas vezes ambientalista. Ela apareceu na maioria dos serviços (17/20), ocorrendo pequenas variações intrínsecas às especificidades de cada serviço, estando presente em quatro ambulatórios, uma clínica, três hospitais, sete comunidades terapêuticas, dois grupos de ajuda mútua.

Poucos foram os serviços que fugiram ao predomínio da concepção acima descrita, entre eles um ambulatório e os dois programas de Redução de Danos, que trabalham com uma noção mais histórica do fenômeno da dependência, onde o contexto social é tomado em uma perspectiva mais crítica e a concepção da drogadição em um enfoque menos psicopatologizante.

O impacto dessa visão hegemônica sobre a drogadição faz-se sentir na **meta dos tratamentos**, que em sua grande maioria (16/20) é a da **abstinência**, ou seja, a de que o

paciente deve livrar-se em absoluto do uso de drogas, nem que para isto tenha que sacrificar parte de sua vida social. O passo fundamental para a recuperação é, assim, o imperativo da interrupção do uso, sob quaisquer circunstâncias, sem levar em consideração a função da droga no contexto de vida do sujeito naquele momento.

O único modelo terapêutico que critica explicitamente esses pressupostos hegemônicos e suas metas é o dos Programas de Redução de Danos, que tem o entendimento de que o trabalho de intervenção na drogadição não deve se centrar na interrupção absoluta do consumo, mas sim na minimização das consequências danosas do uso de drogas à saúde em geral do paciente.

Essa diferença entre a visão hegemônica acima descrita e a perspectiva da Redução de Danos é, na verdade, a replicação na área de drogas, das contradições dialéticas na área da saúde mental entre a tese psiquiátrica e a antítese antipsiquiátrica, aqui representada em sua vertente antimanicomial (Bertolino, apud: Leone, 2000), daí os embates que se fazem presentes hodiernamente entre a classe médica psiquiátrica e outros trabalhadores da área da saúde mental sobre os modelos de atenção ao uso abusivo de drogas.

2) No que se refere à **segunda pergunta sobre a concepção acerca dos fatores que influenciam no fenômeno das drogas na sociedade contemporânea**, as respostas tiveram uma tendência de maior dispersão do que na primeira.

A noção de que são **as características da sociedade moderna** que levam ao uso abusivo de drogas foi a variável que mais apareceu nas respostas (11/20). Nessa noção estão contidos argumentos de que a droga representa “a fuga das pressões sociais”, “a intoxicação da sociedade”, “o imediatismo da vida moderna”, “a necessidade de prazer a qualquer custo”, “uma sociedade sem limiar para a frustração”, entre outros exemplos, que fazem a crítica à sociedade contemporânea, mas utilizando-se em geral de uma visão psicopatologizante, sem a devida contextualização histórico-dialética que reflita as contradições presentes na dimensão política, econômica e cultural da sociedade hodierna.

Em seguida aparece a noção que atribui o problema das drogas à **perda dos valores sociais e morais** (7/20), com argumentos como “falta de espiritualidade”, “perda de temor a Deus”, “perda dos princípios morais”, que sustentam uma racionalidade claramente moralista sobre o problema em debate. Essa racionalidade é predominante nas Comunidades Terapêuticas e Grupos de Ajuda Mútua, que se sustentam no modelo jurídico-moral, ainda que muitas vezes mesclado com alguns aspectos do modelo médico.

Ainda destacam-se os argumentos referentes à **ausência de políticas públicas na área** (7/20), que em sua maioria criticam a “falta de policiamento” e “ausência de políticas de prevenção e educação”. Aqui não aparece uma discussão mais crítica sobre o papel do Estado na problemática em questão, sendo que sua ênfase na maioria dos casos recai numa perspectiva assistencialista, bem como em um incentivo à política de “guerra às drogas”, com sua ênfase repressiva, contraponto da visão moralista acima descrita.

3) As categorias de respostas foram submetidas, então, a uma **grade de análise**, para ajudar na sistematização e discussão dos dados. Essa grade foi construída com base em bibliografia especializada na temática das concepções e discursos sobre as drogas. Continua dois conjuntos de categorias: a) os chamados **“modelos de análise”**, que são a forma como os pesquisadores e estudiosos especialista na área de drogas tem classificado os vários modelos de abordagem do fenômeno das drogadição e da intervenção na problemática (Agra, 2004; Anton, 2000; Bucher, 1992; Pillon, 2004; Rezende, 2000); b) o **“sistema de**

racionalidade” (Bertolino, 2004), que discute a forma como se produz os conhecimentos que fundamentam as disciplinas da área, os modelos de análise e os tratamentos oferecidos pelos diversos serviços, verificando suas raízes e a forma como essas são sintetizadas na racionalidade específica de cada instituição.

3A) No que se refere aos **modelos de análise**, pudemos verificar que predomina entre os serviços de atenção à drogadição da Grande Florianópolis o *modelo psicossocial* (18/20), que pressupõe que o problema das drogas advém da interlocução entre os problemas psicológicas do usuário, a interação familiar, o aprendizado social, ao atribuir um papel ativo para o usuário na sua dependência e um papel de influência do ambiente social, sendo que o alvo da intervenção é a interação droga-indivíduo. Utiliza-se na metodologia de técnicas de enfoque psicodinâmico ou comportamental, ou técnicas de dinâmica de grupo, procurando modificar a relação do usuário com a substância da qual é dependente, modificando seu padrão de uso, visando à abstinência. O caminho para essa modificação passa por mudanças comportamentais do usuário em suas inter-relações. Na verdade esse modelo vem mesclado com outros modelos, estando presente em quase todos os tipos de serviços.

Logo em seguida aparece o *modelo médico* (11/20), no qual a drogadição é vista como doença crônica e recorrente, de fundo genético, biológico e/ou neuroquímico. O dependente é o paciente que deve ser tratado, sendo a droga considerada o agente definidor do processo da dependência. O tratamento implica na modificação do padrão de uso, visando a abstinência total. Esse modelo é predominante nos hospitais, clínicas e alguns ambulatorios, mas aparece em outros serviços como alguns Grupos de Auto-Ajuda e Comunidades Terapêuticas.

Os dois modelos acima descritos se superpõem em muitos serviços, numa perspectiva de complementaridade, apesar de certas contradições aparentes entre eles.

Também é significativo o número de serviços que se pautam no *modelo jurídico-moral* (09/20), onde prevalece uma visão maniqueísta entre o indivíduo e a droga, sustentada em princípios morais e repressivos. A ênfase é a culpabilização do usuário, que deve modificar seus valores e sua vida social, adaptando-se às regras de boa convivência humana, pois o problema é que ele se deixou corromper pelo “grande mal” que é a droga. Esse modelo está presente em boa parte das Comunidades Terapêuticas, geralmente organizadas por entidades de cunho religioso e Grupos de Ajuda Mútua.

O *modelo sócio-cultural*, mais crítico em relação à concepção hegemônica, concebe a drogadição como fruto das contradições sociais, econômicas e ambientais e sua intervenção é realizada no contexto do usuário de droga. A ênfase dessa concepção é modificar o padrão de uso da substância, mas intervindo nas determinantes sociais que levam ao uso abusivo, visando o controle dos danos gerados pelo abuso das substâncias, mas não necessariamente sua abstinência total. Tem uma ênfase na ação preventiva. Esse modelo aparece somente em quatro serviços (4/20), sendo dois programas de Redução de Danos, um ambulatorio e um hospital, sendo que nesse último seu discurso aparece mesclado com o modelo médico.

3B) No entanto, é preciso compreender como é possível a mescla de modelos de explicação e intervenção aparentemente diferentes entre si. Para tanto, devemos descer às raízes da construção desses modelos, ou seja, aos pressupostos que os sustentam. Dessa forma,

discutiremos os sistemas de racionalidade que fundamentam tais reflexões e práticas sobre o problema das drogas.

É preciso, assim, esclarecer o significado do que chamamos de **sistemas de racionalidade**. O homem é um ser racional, essa é sua característica distintiva dos animais comuns e a que lhe confere sua *humanidade*. Segundo Bertolino (2004) a racionalidade é a mediação do homem com a sua história e seu devir. É a forma como o sujeito apropria-se reflexivamente daquilo que acontece com ele, bem como em seu contexto e se *sabe sendo* num dado mundo. A racionalidade é, assim, aquela que aponta o *horizonte de possibilidades de ser* para o homem. O homem ao se organizar materialmente, sociologicamente, ou seja, ao se fazer mediar pelas coisas e pelos outros homens produz a “razão”, como forma de elucidar suas relações e possibilidades materiais, sociais, culturais, etc. A racionalidade ocorre, portanto, como desdobramento do processo histórico: situações e episódios antropológicos ocorrem e os homens devem se apropriar deles, entender o que ali ocorreu, produzir conhecimento, para compreenderem o processo e se compreenderem nele, adquirindo condições de comunicar e ensinar aos outros suas experiências e experimentações. Esse movimento vai gerar uma razão universal contingente, que é o saber-de-ser de uma época, de um povo, desdobramento de seu processo histórico. Esse saber-de-ser universal, que é constituído progressivamente pelo homem, recorta-se em épocas, civilizações, culturas, práticas sociais. Qualquer civilização humana objetiva-se abrigada por uma abóbada de saber-de-ser universal (Bertolino, 2004).

A racionalidade de uma época, quer dizer, esse “saber-de-ser universal” de uma dada cultura em um dado momento histórico, implicará uma infinidade de racionalidades singulares (de uma família, de um campo profissional, de indivíduos, etc), na medida em que o universal é apropriado pelos diferentes sujeitos de maneira singular. Sendo assim, cada sujeito está comprometido com os outros, pois o indivíduo faz a história assim como os outros também a fazem. O sujeito é sempre singular/universal, sendo que cada pessoa terá seu saber-de-ser idiossincrático. Daí a importância de conhecermos a racionalidade predominante em um dado momento histórico, pois ela será instrumento de mediação para os sujeitos concretos compreenderem seu mundo e nele se compreenderem.

Esse *saber de ser universal* é constituído por uma síntese de diferentes **sistemas de racionalidade**, que são formas específicas que a humanidade construiu para *produzir* seus conhecimentos ou racionalidades. Os sistemas de racionalidade são fechados nos mesmos termos de um sistema em termodinâmica, ou seja, não troca energia com nenhum outro sistema, como podemos verificar no modelo da garrafa espelhada (como na garrafa térmica) (Bertolino, 2004). Isso significa que cada modo de produção de conhecimento é autônomo e constrói um modo singular de produzir sua racionalidade. Em termos universais temos **quatro grandes sistemas: o teológico ou religioso, o metafísico, o político e o científico**, cada um com seu modo específico de produção de seu conhecimento (verificar *grade de análise* em anexo). Uma dada cultura, uma prática profissional, um sujeito singular transcendem a todos esses conhecimentos específicos que estão colocados em seu contexto, através de arranjos sociológicos, realizando uma síntese destes em seu saber de ser.

Dessa forma, para conhecer a racionalidade a respeito das drogas e de sua dependência de uma certa época e de um certo contexto terapêutico é necessário verificar quais os sistemas de racionalidade sobre o tema que temos a nossa disposição e de que forma os serviços de saúde apropriam-se deles e realizam a síntese em termos da sua racionalidade específica.

Sendo assim, no que se refere aos **sistemas de racionalidade**, podemos destacar que predomina no horizonte teórico-metodológico dos diferentes serviços especializados no atendimento aos usuários de álcool e outras drogas da Grande Florianópolis, a **racionalidade metafísica** (17/20), o que significa “um conjunto de coordenadas conceituais ou lógicas, sustentadas num ponto de partida logicamente necessário (objeto de crença profana), garantido pelo sistema na mesma medida que o garante; aplicando-se sempre como racionalismo” (Bertolino, 2004), implicando enfim numa concepção determinista, baseada em princípios lógico-dedutivos, racionais. A maioria das concepções dos serviços sobre a drogadição encontra-se nesse horizonte de racionalidade, na medida em que se baseiam: a) ou em *concepções morais* sobre a drogadição, sustentadas em crenças profanas (crença na dicotomia bem X mal como valor intrínseco ao homem, apologia de uma sociedade harmônica, da existência valores “a priori” a serem respeitados, etc); b) ou em *concepções subjetivistas*, cuja concepção ontológica e antropológica estão pautadas em um determinismo idealista, sustentado no mito de um psiquismo auto-sustentado, onde o que define o ser do sujeito são seus valores internos, seu “caráter” e a busca do auto-conhecimento, que se expressam na noção de que todas as ações devem partir da valorização da personalidade (auto-sustentada) do sujeito; c) ou ainda, em uma visão ambientalista, cuja crença é no mito de uma natureza que tem suas razões “a priori” e que moldam ao homem através do determinismo social. Segundo alguns críticos (Bonfim, 2005) essa visão se define por uma busca contínua em se aproximarem das ciências naturais, isto é, da transposição de conceitos de âmbitos muito diversos sem justificativa epistemológica consistente. Dessa formas, utilizam conceitos ahistóricos e associiais para explicar a realidade humana, perdendo a dialética constitutiva dessa realidade.

Em segundo lugar aparece a **racionalidade científica**, compreendida como um “sistema de coordenadas teóricas e metodológicas garantido pela interdisciplinaridade, aplicando-se sempre a fenômenos naturais ou humanos, com controle de resultados: hipotético, no caso de pesquisa, ou teórico, no caso de intervenções” (Bertolino, 2004), presente em oito instituições (08/20) que afirmam pautar suas concepções em estudos, pesquisas e intervenções científicas, principalmente as de cunho psiquiátrico, comportamental e da neurociência. Segundo a Organização Mundial de Saúde, em seu relatório “*Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas*”, os progressos atingidos pela pesquisa em neurociências mostraram que a *farmacodependência é um transtorno crônico, recorrente, com uma base biológica e genética*, e não uma simples falta de vontade ou um desejo de se libertar (WHO, 2004). Essa noção da dependência como doença é o princípio fundamental do modelo médico, dito científico, que se desdobra principalmente em intervenções realizadas em perspectiva comportamental (terapia cognitivo-comportamental, prevenção à recaída, etc). A concepção que sustenta essa racionalidade é a de que sendo a dependência uma doença incurável a intervenção que pode ser feita é na direção de controlar ou modificar o comportamento, já que não será possível superar o problema ou resolver a psicopatologia.

A presença dessa racionalidade faz-se sentir nos serviços tipicamente médico-psiquiátrico, como as clínicas e hospitais, que se sustentam fundamentalmente nessa noção e nos dispositivos clínicos e terapêuticos que dela se desdobram. No entanto, outros serviços que não são tipicamente psiquiátricos, como alguns Grupos de Ajuda Mútua e Comunidades Terapêuticas, pautam-se nessa noção da dependência como doença, tomada como certeza por advir do conhecimento dito científico, servindo de base para suas intervenções jurídico-morais e psicossociais.

No entanto, a concepção da dependência como doença crônica e recorrente de origem genética é bastante questionável em sua cientificidade, na medida em que se pauta em uma concepção determinista, de cunho organicista. Nesse caso, vemos predominar a racionalidade metafísica mesmo dentro do modelo médico, travestida de um caráter científico, que busca justificar-se por se sustentar em pesquisas e em terapêuticas baseadas em evidências. No entanto, deve-se questionar o modo de proceder dessas pesquisas, pois se sustentam numa noção determinista de fenômeno, principalmente dos fenômenos psicológicos. Outros autores (Silveira Filho, 1996 apud: Rezende, 2004) corroboram com essas críticas, argumentando que a psiquiatria contemporânea vem utilizando um modelo científico positivista, que realiza simplificações inaceitáveis. O padrão defendido da dependência como doença crônica e recorrente é passível de críticas, por se sustentar em concepções genéticas controversas, que não abrangem a maior parte dos casos, afirmam tais autores.

Vale aqui fazer uma citação que deixa claro os interesses envolvidos no uso da ciência como legitimadora de ações sociais que servem a interesses diversos.

O processo de transformar questões sociais em biológicas é bastante conhecido na história da humanidade. Nos momentos de grande tensão social, de movimentos reivindicatórios importantes, a resposta da sociedade sempre foi biologizar as questões sociais que se haviam transformado em foco de conflito. Nesse processo sempre houve o respaldo da ciência de matriz positivista, cujos interesses coincide com os de uma determinada classe social. Ao biologizar as questões sociais atingem-se dois objetivos complementares: isentar de responsabilidade todo o sistema social, inclusive em termos individuais e “culpabilizar a vítima”. Talvez por aí se possa entender por que essa concepção de ciência e seus resultados são tão facilmente aceitos e disseminados pela sociedade, até mesmo pelas próprias vítimas desta ideologia apresentada como ciência (Collares & Moyses, 1996).

Poder-se-ia correlacionar tais questões à reflexão de Patto (1991) sobre dificuldade de aprendizagem, pois tal como naquela área, os pesquisadores e técnicos que trabalham na área de drogas ficam, muitas vezes, alheios às questões da ideologia e das relações de poder que reproduzem e não conseguem identificar que tais aspectos estão entranhados no próprio corpo de sua dita ciência, gerando “um conhecimento científico que leva apenas ao reconhecimento-desconhecimento do que se propõe a desvendar”. Aqui exatamente está a falácia dessa racionalidade que se pretende científica, mas que não faz mais do que andar em círculo (hermenêutica), já que tem como ponto de partida certos pressupostos, dados “a priori”, utilizando-se de recursos metodológicos (pesquisas) visando comprová-los, exatamente como faz a lógica metafísica. Sendo assim, tais pesquisas confirmam aos técnicos a propriedade de sua visão preconceituosa a respeito dos usuários de drogas e de suas famílias, impedindo-os, assim, de olhar para a situação das drogas e “para a sociedade onde vivem com olhos mais críticos” (Ibid: 50).

A *racionalidade teológica*, compreendida como “coordenadas conceituais ou lógicas garantidas por revelações divinas ou dogmas (objeto de crenças dogmáticas) conforme as comunidades de credo, aplicando-se sempre como doutrina moral” (Bertolino, 2004), é a racionalidade típica dos modelos jurídico-morais, que muitas vezes se misturam às crenças profanas, da racionalidade metafísica. Fundamentam concepções como as da crença em um poder superior, ou à crença em um Deus, que dita os mandamentos a serem seguidos. Nesse caso a drogadição é entendida como um desvio dos valores religiosos ou morais, a partir do que o sujeito fica influenciado pelas “forças do mal” por ter abandonado sua espiritualidade, sendo que a terapêutica passa pelo usuário assumir seus pecados,

redimir-se deles, voltar a viver uma vida regrada, de respeito ao seu semelhante. Essa racionalidade aparece em sete instituições (07/20), entre as Comunidades Terapêuticas, geralmente coordenadas por Igrejas ou Grupos Religiosos, e alguns Grupos de Ajuda Mútua, que não pertencem a uma comunidade de credo específica, mas que tem como pressuposto a crença em uma força superior.

A *racionalidade política* entendida como “um sistema de coordenadas conceituais ou lógicas, que articulam interesses práticos concernentes à organização da polis, aplicando-se sempre como ideologia” (Bertolino, 2005). Essa racionalidade compreende que as determinantes do consumo de drogas são de ordem social e cultural, sendo que o indivíduo tem direito ao uso das substâncias psicoativas. A questão do abuso de drogas e seus impactos (agravos sociais que dele decorrem) são um problema de saúde pública, devendo ser respeitados os direitos de cidadania e o acesso aos cuidados da saúde integral para os usuários. Essa racionalidade apareceu somente em três instituições da Grande Florianópolis (03/20), sendo dois Programas de Redução de Danos e um Ambulatório. Tal concepção fundamenta os serviços que tem uma perspectiva contraditória com a concepção hegemônica acima descrita, sendo sua crítica tomada, basicamente, em uma perspectiva política. Ela representa na área das drogas, como vimos acima, o mesmo papel do movimento antimanicomial na área geral de saúde mental, impondo-se como antítese ao modelo médico-psiquiátrico e manicomial (sustentado na internação e abstinência). A política de Redução de Danos são políticas adotadas em alguns serviços públicos e por algumas Ongs, geralmente ligadas aos problemas de DST/Aids, e estão longe de ser o modelo prevalecente nos serviços.

O modelo de atenção que é hegemônico, como já vimos, mescla o médico-psiquiátrico com o psicossocial e o jurídico-moral, sustentando-se em uma síntese de racionalidade metafísicas, teológicas e científicas.

CONCLUSÃO

De maneira geral, muitos serviços realizam uma combinação de diferentes modelos de análise do fenômeno da dependência de álcool e outras drogas, ainda que aparentemente contraditórias entre si, com claros desdobramento para os modelos e métodos de tratamento ou de intervenção. Os modelos psicossociais, por exemplo, cuja ênfase está na relação entre a situação do indivíduo e de seu contexto social, interagem na interioridade de muitos serviços: ora com serviços sustentados no modelo médico, acarretando um patologização tanto do social quanto do indivíduo; ora com modelo jurídico-moral, acarretando a culpabilização do usuário e de sua família. Há outros locais em que os modelos jurídico-morais adotam a noção da drogadição como doença crônica e recorrente, típica do modelo médico, levando à patologização e culpabilização do usuário. Ocorre, assim, na maioria absoluta dos serviços uma mescla de modelos de análise da drogadição e, conseqüentemente uma mistura de modelos de tratamento ou de intervenção no fenômeno. Mas como é possível tais “mestiçagens”?

Ao fundo dessa questão encontra-se a questão do horizonte de racionalidade que sustentam as concepções desses modelos. Aqui vemos predominar, novamente, a mistura de racionalidades, sejam as metafísicas com as científicas, as metafísicas com as teológicas, as teológicas com as científicas, as metafísicas com as políticas, e assim por diante. Poderíamos afirmar que seja a noção de doença crônica e recorrente, típica do modelo

médico, seja a noção de um ambiente social nefasto cujas influências impelem o sujeito a um comportamento fora das normas, típica do modelo psicossocial, seja a de rendição a um poder superior, ou ainda a do imperativo de uma vida moral, típicas do modelo jurídico-moral, todas essas concepções têm em comum uma concepção determinista, ahistórica e não dialética, típicas da racionalidade metafísica. Particularmente a visão médica, por se pretender científica, é a que entra em maior contradição ao se sustentar em uma concepção determinista e misturar-se com modelos morais. Daí a possibilidade dessa “miscigenação”, ainda que muitas contradições entre os modelos saltem aos olhos. Na lógica que sustenta essas proposições há uma homogeneidade em termos de concepção ontológica e antropológica que permite sua inter-relação.

Somente compreendendo essas interlocuções de racionalidades podemos compreender contradições como, por exemplo, a de serviços pautados e garantidos no modelo médico, com um quadro técnico multiprofissional, com médicos psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, etc, com atuações pautadas em pesquisas e técnicas de vanguarda na ciência hodierna, mas que realizam em seu interior e recomendam a consecução de tratamento de seus pacientes em Grupos de Ajuda Mútua (GAM), cujo modelo é eminentemente jurídico-moral, pautados em princípios morais e teológicos, sustentados na justificativa de que são métodos que funcionam, pois auxiliam a manter os pacientes a se manterem em abstinência. O contrário também é verdadeiro, os GAMs também recomendam os tratamentos médicos. Porque tais serviços não se questionam sobre tais contradições? Consideramos que uma das possibilidades é por quê, na realidade não há contradições em seus fundamentos, na medida em que constituem suas proposições baseados no sincretismo de racionalidades diversas, em última instância de ordem metafísica ou determinista. Dessa forma, em termos ontológicos e antropológicos a maioria dos serviços se equivale nas concepções, tanto aqueles que se “pretendem científicos”, quanto aqueles que são os defensoras de uma moralidade humana “a priori”.

Raras são as exceções a essa perspectiva hegemônica. Podemos aqui citar os programas de redução de danos e um dos ambulatorios que têm uma perspectiva mais crítica em relação aos modelos dominantes, sustentando-se em uma racionalidade política, ao argumentarem que a drogadição é uma questão de escolha, que o direito ao uso tem de ser respeitado, encarando o problema sob a ótica da cidadania, sendo que a intervenção tem de ser realizada na direção de minimização dos danos causados pelo consumo excessivo das drogas.

Podemos, então, nos questionar acerca do impacto que essa concepção hegemônica, nos resultados obtidos no processo de tratamento dos dependentes. Segundo a literatura especializada (WHO, 2004), em torno de 60% dos dependentes de droga que passam por algum processo de tratamento recaem no uso de drogas e não conseguem superar a dependência. Será que o predomínio de uma concepção da drogadição numa perspectiva subjetivista, moralista e psicopatologizante, em alguns casos ambientalista, bem como de uma visão a-histórica e pouco crítica da produção social em torno das drogas, que nos remetem para a hegemonia de uma racionalidade metafísica, determinista, não é um aspecto importante na busca de compreender as dificuldades de obter sucesso na maioria dos tratamentos?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agra, C. *Droga: dispositivo crítico para um novo paradigma*. Obtido no site: www.presidenciairepublica.pt/pt/biblioteca/outros/drogas em 16/09/2004.
- Almeida & Escorel, 2001. Da avaliação em saúde à avaliação em saúde mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. In: *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v.25, n.58, p. 35-47, maio/ago. 2001.
- Anton. Conhecer e educar para prevenir. São Paulo: Scipioni, 2000.
- Bertolino, P. Sistema de Racionalidades.2004. Obtida no site: www.nuca.org.br em 21/10/2004.
- Bonfim, W. Epistemologia da Comunicação X Senso Crítico Midiático. Obtido no site: <http://www.eco.ufrj.br/semiosfera/anteriores/semiosfera01/expressao/txtpens2.htm> em 15/06/2005.
- Bravo, O. Discurso sobre drogas nas instituições públicas do DF. *Temas em Psicologia da SBP*. 2002, vol 10, n°1, 39-52.
- Bucher. Drogas e Drogadição no Brasil. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- Carlini, E. et al. *I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001*. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2002.
- Collares & Moyses. *Preconceitos no cotidiano escolar – ensino e medicalização*. São Paulo: Cortez, 1996.
- Leone, E. Balanço da Produção Acadêmica Brasileira no Campo da Saúde Mental – 1990/97. *Revista de Ciências Humanas*. Florianópolis: UFSC, 2000. Série Especial Temática - Saúde Mental: uma perspectiva crítica.
- Marques, A. CPR; Formigoni, M. LOS. Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug dependet patients. *Addiction*, 96, 835-846. 2001.
- Masur, Jandira. *O que é toxicomania*. 2ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Ajude-Brasil: avaliação dos usuários de drogas injetáveis dos projetos de redução de danos apoiados pela CN-DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- Pillar, S. & Villar Luis, M. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. *Ver. Latino-Am. Enfermagem*. Vol 12, n° 4, Ribeirão Preto, Jul. Ago. 2004.
- Rezende. Modelos de Análise do uso de drogas e de intervenção terapêuticas. Obtida no site www.unitau.br/prppg/publica/biocienc/downloads/modeloanalisedroga-n1-2000.pdf, em 03/09/04.
- Patto, M. H. *A produção do fracasso escolar*. São Paulo: TA Queiroz, 1991
- Pillon, S. & Villar Luis, M. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, vol. 12, n° 4. Ribeirão Preto, Jul/Ago 2004.
- Pinsky, I et al. Abandono do tratamento por dependentes de álcool e drogas: um estudo qualitativo dos motivos. *Revista ABP-APAL*, 17 (4): 150-154, 1995.
- Olabuénaga, J.I. *Metodologia de la investigación cualitativa*. Bilbao: Univ. de Deusto, 1999.
- Silva, E; Ferri, C.; Formigoni, M.L.. Situações de recaídas em pacientes dependentes de álcool e outras drogas durante o tratamento: um estudo preliminar. *J.Brás Psiq*, 44 (6): 311-315, 1995.
- WHO. *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas*. Relatório adquirido no site www.who.int em 05/04/2004. In: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
-