

A PSICANÁLISE NA ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTO AOS DEPENDENTES QUÍMICOS

Návia T. Pattussi Bedin e

William

RESUMO

O presente trabalho questiona a efetividade da cura baseada somente no ideal de abstinência e/ou na redução de danos. Sendo assim, tem por objetivo apresentar uma possibilidade de organização de serviço na área de dependência química, que considere e trabalhe os aspectos simbólicos da dependência como também as implicações inconscientes do sujeito na manutenção deste quadro.

Para isso será realizado um estudo comparativo entre varias referencias bibliográficas, tendo a teoria psicanalítica como a referência principal. A forma de análise dos dados colhidos será processada pelo método dedutivo, isto é, as informações serão analisadas no seu contexto geral e a partir daí, chegar-se-á a uma conclusão particular, visando entender e explicar o tema de forma clara e ampla.

Palavras-Chave: Organização; Simbolismo; Inconsciente; Abstinência

ABSTRACT

INTRODUÇÃO

Um dos grandes desafios ao se pensar na Organização de Serviços em Dependência Química é ter clara a concepção teórica e filosófica sobre este fenômeno, bem como a concepção de sua cura. Este pensamento determinará os tipos de técnicas, condução do tratamento e critérios de alta.

Uma coisa é o que a equipe técnica tem como concepção teórica e outra é a produção do imaginário do paciente dependente de substância química, quanto ao seu desejo de recuperação e objetivos em relação à dependência.

A concepção do quadro de D.Q., bem como o planejamento ou não do serviço a ser oferecido são fatores determinantes dos resultados, rumos do tratamento a ser oferecido, bem como da cura do paciente.

A questão é que tipo de serviço oferecer de acordo com os objetivos. O que se quer? Somente abstinência? Se não for esse paradigma, como organizar um serviço onde o objetivo vá além da abstinência, mas incida sobre as causas, as razões da Dependência Química? Estas interrogações têm eco na Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários onde há a constatação da oferta de diversos tipos de tratamento no Brasil, cujo único objetivo a ser alcançado é a abstinência. (5)

Segundo o referido Ministério, preconizar somente este objetivo é nivelar todos os indivíduos sem considerar as singularidades e as diferentes possibilidades de escolhas que os pacientes têm o direito de articular em relação à sua dependência química. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento. Embasada nestas prerrogativas a Política do Ministério da Saúde preconiza a abordagem da redução de danos, sem a exclusão de outras práticas, como uma alternativa mais promissora em termos de resultado. Redução de Danos é uma estratégia de saúde pública que busca controlar possíveis conseqüências adversas ao consumo de psicoativos -lícitos ou ilícitos - sem, necessariamente, interromper esse uso, e buscando inclusão social e cidadania para usuários de drogas. (8)

Em todo o mundo, a abordagem terapêutica dentro de uma lógica de redução de danos tem apresentado resultados positivos, e vem assumindo importância considerável no tratamento de usuários de drogas. (5) Cabe questionar o que são considerados resultados positivos dentro desta perspectiva. Será que se pode afirmar que o paciente poderá sentir-se mais responsabilizado em relação a si mesmo através do método de redução de danos?

Se o limite do objetivo da abstinência é abarcar somente o sintoma (dependência química), a redução de danos, de uma outra forma, também trabalha somente com o sintoma, embora o seu campo parece ser mais amplo uma vez que procura abarcar ou minimizar os efeitos deletérios da substância para o organismo do dependente bem como em relação ao meio familiar, econômico e sócio-cultural.

De qualquer forma nenhuma destas formas de tratamento trata das causas psicológicas da D.Q., aspecto esse que na literatura sobre o assunto é somente citado mas efetivamente não é tratado. Procurar alterar ou inibir o comportamento do consumo da substância não necessariamente é sinônimo de trabalhar as causas.

Dentro desta lógica de conceber a dependência química como algo que representa outra coisa para o paciente e que, portanto, encontra limites no alcance do objetivo de abarcar as causas psíquicas, tanto a estratégia de abstinência quando de redução de danos, apesar de beneficiarem muitos pacientes, apresentam limites no tocante a uma alteração na vida emocional do paciente que possibilite que ele possa reaprender outra forma de estar no mundo.

A pergunta que surge então é que tipo de serviço é passível de ser implantado dentro desta prerrogativa de abarcar o embasamento psicológico, biológico e sócio-cultural da dependência química?

Com o intuito de dar corpo à idéia de organizar um serviço que proporcione tratamento aos dependentes químicos, dentro da perspectiva do presente trabalho, torna-se necessário ampliar o entendimento de alguns conceitos teóricos como simbolismo, inconsciente, abstinência e organização, que subjazem o suporte desta possível oferta de serviço.

DISCUSSÃO

Quando falamos em alcoolismo ou toxicomania automaticamente nos remetemos aos sintomas externados por determinados indivíduos. A tônica é extinguir o vício o mais rapidamente possível, uma vez que se toma isso como problemáticas individuais.

Cabe rapidamente colocar aqui a concepção da psicanálise a cerca do sintoma ou dos quadros considerados patológicos e sua relação com a cultura. É a relação mal sucedida entre os desejos internos e o mundo externo que ocasiona uma série de desajustes emocionais. Portanto, cada momento histórico-cultural produz as suas mazelas características e a adição, quer seja pelo álcool, droga, trabalho, consumo de objetos, parece ser uma das marcas da nossa época. Por isso se diz que o perfil psicológico das pessoas carrega consigo as peculiaridades do meio social em que elas estão inseridas.

O psicanalista Charles Melman (13) na obra “Delinquência e Toxicomania” propõe que a adição seja considerada **um sintoma social, e não apenas individual, por estar constantemente referenciado** no discurso coletivo. Não basta que um

número grande de indivíduos tenha o mesmo quadro patológico para que ele seja considerado um sintoma social.

Por que a adição é hoje um sintoma social, apesar do álcool e da droga fazerem parte da história da humanidade?

Nas sociedades primitivas o uso das substâncias estava a serviço de rituais e hoje elas só são utilizadas para consumir. O SINTOMA TOXICOMANÍACO É UMA RESPOSTA A UM IMPERATIVO VIOLENTO DE CONSUMO PARA SER INSERIDO NA CULTURA. É um imperativo na medida em que não há interesse no quanto é possível ou impossível ao indivíduo responder ao que está sendo convocado. Quando um ideal se transforma em imperativo a ser respondido a qualquer custo vislumbramos o exercício social da violência, que transforma potenciais consumidores em autômatos. Na verdade, os bens de consumo prometem a realização da felicidade e essa promessa-embuste é uma violência produzida pela sociedade do gozo. Parece que existe pouco espaço para tolerar a dor e a frustração.

Quanto a isso Freud em “Mal-Estar na Civilização” afirma:

“O que se segue mediante as substâncias embriagadoras na luta pela felicidade e por um distanciamento da miséria é apreciado como um bem tão grande que indivíduos e mesmo povos inteiros lhes assinalaram uma posição fixa em sua economia libidinal. Não só se lhes deve um ganho imediato de prazer, como também uma cota de independência, ardentemente desejada, em relação ao mundo exterior. Bem se sabe que com a ajuda destas substâncias é possível subtrair-se a qualquer momento da pressão da realidade e refugiar-se em um mundo próprio, que oferece melhores condições de sensação.” [Freud (1932)1974]

No jornal Folha de S.Paulo de 11/6/06, caderno “Mais”, o sociólogo Gilles Lipovetsky reitera constatação de pesquisas em diversas áreas, de que vivemos a “era do hiperconsumo”, iniciada nas duas últimas décadas do século XX e marcada pela hiperoferta de produtos em escala e intensidade jamais vistas. Esta tese é defendida no seu livro recém lançado “Le Bonheur Paradoxal” (A Felicidade Paradoxal, ed. Gallimard) onde coloca, segundo a Folha, que “o apelo ao consumismo entranhou-se no cotidiano de toda a pirâmide social – ricos, pobres e classe média – e moldou uma forma inédita de relacionamento do indivíduo consigo mesmo e com o outro – para o bem e para o mal.”

Lipovetsky considera que o hiperconsumo surge como uma forma de “terapia” para aplacar a angústia e, de fato, momentaneamente “sufoca-a”. Por outro lado, no século XXI, ele se manifesta perigosamente de uma forma totalitária onde se torna difícil não entrar nesta “onda”, não consumir ou consumir pouco, gerando mais e mais ansiedade ao mesmo tempo em que superficialmente a aplaca.

A hiperoferta de mercadorias e o decorrente hiperconsumo trazem conseqüências importantes na forma como marcam a vida e o perfil psicológico dos sujeitos, tais como:

A camada social com menor poder aquisitivo, apesar de não ter acesso a estas mercadorias também as deseja, o que, segundo Lipovetsky, estaria na base da violência e delinqüência, por sentirem-se excluídas de uma sociedade que valoriza indivíduos que detém o poder da compra e posse dos objetos.

Exacerbação de comportamentos aditivos, definidos como uma compulsão a consumir substâncias químicas como cigarro, álcool, drogas ilícitas ou remédios ou outros objetos como alimentação, compras, etc. O toxicômano e o dependente de álcool são uma caricatura emblemática que representa, em elevada potência, um dos ideais de nossa sociedade, que é o de consumir à exaustão.

Chama a atenção, nesta busca desenfreada pelo prazer, a falta de limite neste empenho, tornando mais atual do que nunca o texto de Freud, escrito em 1920 “Além do princípio do prazer”, onde coloca que o prazer sem fim, ou gozo, traz consigo sempre algo de mortífero, o que se pode verificar mais especificamente na dependência química onde há anulação ou morte da singularidade do sujeito assim como no “consumista” que tende a transformar-se em mais um da série que veste as mesmas marcas, os mesmos modelos, os mesmos carros, etc.

O pesquisador e psicanalista francês Charles Melman, na obra “Alcoolismo, Delinquência e Toxicomania” coloca uma tese interessante a respeito deste fenômeno ao considerar a toxicomania como a representação da verdade da nossa sociedade. Os drogados estariam representando e levando às últimas conseqüências, o ideal da sociedade de consumo que é o de criar um objeto, uma mercadoria em relação à qual toda a população se encontrasse em estado de dependência, não podendo viver sem ela e, portanto, comprando-a sempre. Em última instância, é isso que visa o empreendedor quando lança no mercado algum produto, o que representaria o máximo do sucesso.

Os economistas e especialistas em marketing, mais do que ninguém, conseguiram sacar, talvez sem se dar conta, os recursos utilizados pelos indivíduos na busca de reconhecimento social, que passa necessariamente pela tônica da aquisição de objetos. Vale mais, quem tem mais. Nesse sentido, seríamos todos dependentes. Adquirir coisas para se fazer valer é uma invenção da modernidade na tentativa de dar conta da “dor de existir”, como diz Melman.

ABSTINÊNCIA DA SUBSTÂNCIA QUÍMICA

Conte (2001), aborda o que ocorre no período de abstinência da droga, do ponto de vista psíquico. Se até então o uso da droga, dentro de um processo de habituação, era o que organizava este circuito, na falta da droga, os dependentes químicos entram em um caos psíquico, em que os significantes correm para todos os lados, desconexos da cadeia significativa. A abstinência da droga, quando é possível, vem acompanhada de muito sofrimento e desorganização psíquica, porque a substância química faz a vez de um sintoma estruturante. Portanto, ela exerce uma função dentro da economia psíquica, que, de uma certa forma, está mantendo o sujeito.

Melman (1992) corrobora esta posição ao defender que um tratamento de desintoxicação, apesar de por vezes necessário, agrava o estado do dependente, na medida em que o coloca em uma dependência em relação ao objeto que é ainda mais feroz e que provoca um agravamento da tensão, podendo desencadear episódios depressivos ou psicóticos.

Para a autora, quando o sujeito se auto denomina “sou adicto, dependente de tal substância”, apesar de ser um momento importante por denotar que ele está assumindo uma condição particular de demanda, ao mesmo tempo revela uma identificação com o objeto, no caso a substância, por falta de um traço simbólico de identificação. “A esta alienação a um significante produzido pelo social, ele responde através daquilo que supõe que queiram dele. Se o toxicômano não tem identificação senão com o “tóxico”, e este está no lugar de seu ideal, resta-lhe a posição de lixo, refugo, objeto caído, objeto perdido. A direção do tratamento será o de resgatar o ideal que foi depositado no “tóxico”, restituindo ao sujeito suas próprias condições subjetivas. A subjetividade é recolocada no domínio do próprio paciente como fato

de o sujeito ir recuperando a consistência de sua palavra, pelo relançamento dos dizeres ao autor, reconhecendo-se nesta autoria. As intervenções vão no sentido de viabilizar que o paciente se autorize frente ao que diz, remetendo-o às suas próprias palavras e apontando para o que evidencia de indícios de desejo.” (Conte, 2003)

O INCONSCIENTE E O SIMBÓLICO

É fato que, desde sempre, na história da humanidade, diante do incompreensível construíram-se inúmeras explicações. Desde as mais primitivas, como a criação de mitos e deuses, até as mais modernas como a engenharia genética e a biotecnologia que procura explicar tudo como decorrência de processos biológicos.

Nesse meio tempo, alguns filósofos arriscaram a interpretação de que as ações incompreensíveis dos homens, que escapavam à volição e ao racionalismo, eram inconscientes. Sedimentou-se na cultura a idéia de que inconsciente engloba tudo o que é da ordem do não-consciente. Se alguém esquece algum compromisso importante, engana-se trocando palavras, age de uma forma impensada e impulsiva, etc, é entendido como tendo atitudes inconscientes.

No início do século XX, S. Freud retoma esta idéia e vai a fundo na pesquisa do funcionamento e estruturação do inconsciente partindo da questão que ainda hoje é passível de ser lançada: **O que é o Inconsciente?** Assim como somos portadores de um corpo biológico e o desconhecemos internamente quanto ao seu funcionamento – com exceção das situações em que a medicina nos mostra algumas das suas peculiaridades – também psicologicamente habitamos uma determinada subjetividade que não escolhemos e em relação a qual, num primeiro momento, somos totalmente alienados.

Chemama (1995) define o inconsciente como a instância constituída de elementos recalçados, que se recusam a chegar à instância pré-consciente, de acordo com a primeira tópica freudiana. Para Lacan, o inconsciente é estruturado como uma linguagem, uma vez que é o resultado dos discursos que envolveram o sujeito desde a sua concepção. Neste sentido então o ser humano faz-se sujeito pela linguagem e na linguagem. Conforme coloca Nasio (1992) somos não apenas seres habitados pela linguagem, mas principalmente, seres ultrapassados pela linguagem, portadores de uma fala que nos antecede, nos revira e nos atinge, segundo a concepção da psicanálise lacaniana.

Kaufmann (1998) coloca que:

“O inconsciente não conhece nem o tempo (as diferenças passado/presente/futuro estão abolidas), nem a contradição, nem a exclusão induzida pela negação, nem a alternativa, nem a dúvida, nem a incerteza, nem a diferença dos sexos. Substitui a realidade externa pela realidade psíquica. Obedece a regras próprias que desconhecem as relações lógicas conscientes de não-contradição e de causa e efeito, que nos são habituais. Uma inscrição inconsciente pode persistir e se mostrar sempre ativa, a posteriori, ressurgindo sob uma forma travestida.”

Cassirer na obra **Ensaio sobre o homem** situa o simbólico no cerne da problemática humana e afirma que “não estando mais num universo meramente físico, o homem vive em um universo simbólico. A linguagem, o mito, a arte e a religião são partes desse universo. São os fios que tecem a rede simbólica, o emaranhado da experiência humana. Todo o progresso humano em pensamento e

experiência é refinado por essa rede, e a fortalece. O homem não pode mais confrontar-se com a realidade imediatamente; não pode vê-la, por assim dizer, frente a frente. A realidade física parece recuar em proporção ao avanço da atividade simbólica do homem. Em vez de lidar com as próprias coisas o homem está, de certo modo, conversando constantemente consigo mesmo... O homem não vive em um mundo de fatos nus e crus, ou segundo suas necessidades e desejos imediatos. Vive antes em meio a emoções imaginárias, em esperanças e temores, ilusões e desilusões, em suas fantasias e sonhos.”

Isso faz pensar em como se coloca para o dependente químico e para os profissionais que tratam destes pacientes, a questão da substância: o quê exatamente o paciente está ingerindo? Qual a função da droga na economia psíquica do sujeito, uma vez que esse é um dos fatores mais poderosos na manutenção do vício. Torna-se mister fazer o paciente falar sobre a forma como vive a situação de dependência, para que a partir desta fala se possa detectar as representações que ele construiu a partir de suas vivências.

MEDIDAS DE BASE PARA A ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Tancredi (3) indica que, tendo clara a concepção teórica sobre a dependência química, bem como os objetivos que se quer alcançar com a implantação do serviço, torna-se necessário um plano de trabalho, indicando para onde será conduzido o sistema e como pretendemos agir para que nossas metas sejam alcançadas. Em verdade, o plano deveria ser encarado como uma peça de vida efêmera – o *processo* de planejamento, em si, é que deve ser permanente – porque rapidamente vai perdendo sua atualidade face ao desenrolar da realidade. O plano deve ser permanentemente revisado para se manter atual. Muitas experiências fracassaram ou foram traumáticas porque as pessoas aderiram de forma inflexível a um documento. A riqueza do planejamento está no processo em si de analisar o ambiente e os sistemas e chegar a definir os “o que queremos” e os “como alcançá-lo”. É esse processo que deve ser permanente e envolvente dentro da instituição.

Segundo Ribeiro (2), os serviços devem ser cuidadosamente considerados quanto a quem e onde eles são oferecidos. Essas considerações incluem territorialidade, acessibilidade, confidencialidade e a necessidade de evitar a estigmatização dos clientes. *A organização de serviços para o tratamento da dependência deve começar pela determinação da estrutura interna da instituição e seu lugar dentro da rede de atenção disponível no local.*

Todo o serviço deve procurar o seu lugar para apoiar, com mais eficácia, o paciente que o procura e se conectar aos demais serviços disponíveis, para formar redes de apoio mútuo. Isso reforça e amplia as estratégias de tratamento do serviço e possibilita o encaminhamento daqueles que já concluíram o tratamento proposto mas ainda necessitam de outras abordagens.

A organização de serviços para dependentes químicos como atividade social e econômica, divisa, especialmente nas últimas décadas, inovadoras formas de atendimento para dependentes químicos, conforme

evidencia pesquisa realizada pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas – FIPE (2001).

Esta pesquisa com o escopo de dimensionar o mercado de organização de serviços para dependentes químicos no Brasil analisou as seguintes variáveis: o perfil do paciente, as peculiaridades dos serviços, os gastos, os fundamentais emissores e receptores, a quantidade de pacientes e a receita suscitada.

Um dos elementos que ficou sublinhado, nesta análise, é que 22,9 % dos serviços não são determinadas pela busca do lazer, ou seja, há outros motivos que induzem as pessoas a se internar¹³. Para melhor suprir a demanda, o mercado precisa fazer uma divisão em segmentos para identificar que ações precisam cumprir para atender este público. Sobre segmentação Ansarah assevera:

Particionar o mercado é identificar clientes com condutas homogêneas quanto a seus gostos e primazias.

A divisão em segmentos permite a noção dos principais destinos geográficos, dos tipos de transportes, da constituição geográfica dos pacientes e da sua conjuntura social e estilo de vida, entre outros elementos¹².

O REFERENCIAL PSICANALÍTICO COMO UMA POSSIBILIDADE NA ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Quanto à utilização do referencial psicanalítico nos serviços de atendimento aos dependentes químicos, segundo Ramos (2004) estes pacientes só tem indicação para análise depois de conseguir permanecer em abstinência estável,

coisa que exige pelo menos um ano de duração. Ele discorda de Dodes (1984, 1996), que parece não achar incompatibilidade entre intoxicação e tratamento analítico. Mantém a opinião que, antes da abstinência se tornar consistente, instalar um processo analítico é uma aventura de curso imprevisível. Prefere, portanto, uma psicoterapia prévia onde se possa, com a ajuda de screenings, alcançar a abstinência, mantê-la, e iniciar a construção de uma relação baseada na verdade. Ramos vai mais longe ainda ao afirmar que se uma recaída (não um simples lapso) se instalar o tratamento psicanalítico deverá ser interrompido.

Torossian (2003) têm outra posição quanto a esses aspectos ao afirmar que “quando a abstinência coloca-se como um objetivo da cura, transforma-se num ideal do analista que, ao mesmo tempo, destitui a sua posição de analista. Em alguns casos, no entanto, combinações de abstinência fazem-se necessárias como resgate da função simbólica, para reinstaurar um circuito pulsional que inclua a alteridade. Mas, nestes casos a abstinência não se encontra numa posição idealizada a ser conquistada a qualquer custo. Caso contrário torna-se fácil cair na competição com a droga e numa série de situações contratransferências nas quais a frustração e o descrédito nas palavras do analisante tomam dimensões fundamentais.

A autora propõe que o analista que trata de dependentes químicos, que têm nas falhas simbólicas um dos fundamentos da construção sintomática, propicie ressignificações, o que implica uma redução da posição silenciosa do analista, posto que ela pode inviabilizar o trabalho. Isso porque o silêncio é entendido como a impossibilidade do analista de auxiliar o sujeito a significar aquilo que permanece sem significação, reforçando os sintomas toxicomaníacos.

Nesta mesma linha de pensamento, Conte (2001) considera que o tratamento psicanalítico com dependentes químicos é viável e tem como objetivo resgatar a plasticidade subjetiva, criando condições para a saída de uma posição de extrema alienação, na relação que o dependente estabelece com a substância. A direção do tratamento será a de resguardar o ideal que foi depositado na substância química, restituindo ao sujeito suas próprias condições subjetivas.

Assevera que na clínica das toxicomanias, a associação da abordagem individual/familiar de tratamento com as abordagens grupais/institucionais e familiares são extremamente necessárias e profícuas e podem incluir psicanalistas na equipe interdisciplinar. A “escuta e leitura” psicanalítica da dependência química possibilitam que juntamente com a referida equipe, haja um entendimento simbólico que fundamente todo o contrato terapêutico como a combinação de horários, atividades estruturadas, atividades que permitam a criatividade e várias formas de expressão através da arte. Além disso, as funções que cada paciente assume no grupo e as identificações secundárias são fundamentais nesta clínica.

Conte propõem que o espaço analítico seja ocupado pelas várias formas de expressão da subjetividade, para além da fala, como a escrita, a música, poesia, pintura, entre outras produções. Ao mesmo tempo “através do incentivo à fala, o paciente passa a verbalizar suas fissuras, medos, fragilidades, necessidades e sonhos, abrindo para a reflexão entre o pensamento e a ação. Sua palavra passa a ter valor, pois será lembrada pela equipe e pelo grupo, assim como, o que aparece de desejo na fala será reafirmado pelo analista, equipe ou colegas. Privilegia-se a palavra, pontuam-se atos falhos, recoloca-se o que o paciente diz desejar, auxilia-se no estabelecimento de limites e na sustentação dos projetos pessoais, sem descuidar os actings outs que, às vezes, insurgem-se como puro ato de violência.

CONCLUSÃO

A inclusão da psicanálise como um referencial na organização de serviços que visem o atendimento aos dependentes químicos mostra-se como uma possibilidade viável desde que sejam observadas as especificidades deste tipo de paciente.

A técnica psicanalítica e a forma de conduzir o tratamento têm se modificado desde que foi criada a psicanálise no final do século XIX, sentindo os efeitos dos aprimoramentos e ampliações teóricas preconizadas por Freud e depois por psicanalistas pesquisadores, entre eles Jacques Lacan e atualmente Charles Melman na França.

As concepções da psicanálise quanto ao que seja o sintoma, o sujeito, a doença, inconsciente, simbolismo, atos, a constituição do sujeito podem contribuir na ampliação do entendimento e direcionamento dos processos de tratamento, juntamente com o cabedal de conhecimentos da medicina, sociologia e outras áreas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Edwards G. Marshall E.J. Cook CCH. **O Tratamento do alcoolismo**, P. Alegre, Artmed.
 2. Ribeiro, Marcelo. **Organização de serviço para o tratamento da dependência do álcool**", in Rev. Bras. Psiquiatria; 26 (Supl. I): 59-62
 3. Tancredi F.B, Barrios SRL, Ferreira JHG. **Planejamento em Saúde**. São Paulo: IDS - USP - Itaú; 1998.
 4. Schneider DR, Sporn B, Leitão C, Accorsi M, Sacatamburso N. **Caracterização dos Serviços à Dependência Química em Florianópolis**, pesquisa da UFSC.
 5. [Consenso Brasileiro sobre Políticas Públicas - Revista Brasileira de Psiquiatria \(26\) 2004.](#)
- [Room R, Babor T. World Health Organization's global action on alcohol: resources required to match the rhetoric. Addiction 2005; 100\(5\): 579-580](#)
- [A política do MS para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas](#)
- [Relatório do Grupo Técnico Interministerial da Política do Álcool](#)

[Lei 10216 de 06 de abril 2001](#)

[III Conferência Nacional de Saúde Mental - Atenção a Usuários de Álcool e Outras](#)

6. **Grupo de Trabalho Interministerial Voltado Para a Construção da Política Pública Nacional sobre Bebidas Alcoólicas/** Ministério da Saúde. Brasília, 2004.
7. Scottish Executive. **Effective Interventions Unit Evaluation Guide 12: Intensive interventions with young people.** 2003. On line:
www.scotland.gov.uk/Publications/2003/12/18681/30965
8. NETPSI – Núcleo de Estudos e Temas em Psicologia. **Artigo “O que é Redução de Danos?”**. In: www.netpsi.com.br.Scottish. Fonte: Redução de Danos e Cidadania – CN DST/Aids – MS
9. PSICOTROPICUS. Artigo **“O Modelo de Redução de Danos”**. In: www.psicotropicus.org.
10. Executive, Publications 2003, january, **"Effective for young people with problematic drug misuse - A guide to principles and practice"**. On line:
www.scotland.gov.uk
11. Reportagem **“A difícil e vitoriosa batalha contra as drogas”**, Revista Diálogos - Saúde e Psicologia, no. 4 - dezembro/2006, CFP
12. FREUD, S. **Além do princípio do prazer (1920)**. In:___Obras Completas, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1976
13. MELMAN, C. **Alcoolismo, delinquência, toxicomania – Uma outra forma de gozar**. São Paulo: Ed. Escuta, 1992.
14. CASSIRER, E. **Ensaio sobre o homem**. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 2005.
15. CONTE, Marta. **A clínica das toxicomanias: o corte & costura no enquadre institucional**. São Paulo: PUC, 2001. Tese de Doutorado em Psicologia Clínica. Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2001.
16. TOROSSIAN, S. **Contribuições para a clínica psicanalítica com adolescentes usuários de drogas e toxicômanos**. In: **A direção da cura nas toxicomanias**, Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, nº 24, Porto Alegre, 2003.
17. RAMOS, S. de P. **A psicanálise e os dependentes de substâncias psicoativas: onde está o pai?** In: ...Porto Alegre, 2004.
18. RAMOS, S. de P. **A psicanálise e os transtornos por uso de substancias psicoativas**. São Paulo: UNIFESP, 2003. Tese de Doutorado em Medicina,

Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Psiquiatria, 2003.

19. CHEMAMA, R. **Dicionário de psicanálise**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

20. KAUFMANN, P. **Dicionário enciclopédico de psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1998.

21. (12)Brown, J.M. & Miller, W.R. **Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors***, 1993, 7(4), p 211-218.

22. (13) Marlatt, A., Tucker J., Donovan D., Vuchinich RE. ***Help-Seeking by Substance Abusers: the role of harm reduction and behavioral-economic approaches to facilitate treatment entry and retention***. In: Beyond the Therapeutic Alliance: keeping the drug dependent individual in treatment. National Institute on Drug Abuse, Monograph Series 165, 1997. p 44-84.

23. Miller, W.R, Stephen, R. **Entrevista Motivacional – preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos**. Porto Alegre: Artmed Editora; 2001.

24. FREUD, S. **O Mal-estar na civilização** (1932) In:____. Obras Completas, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

