

CONVERSANDO SOBRE PRÁTICAS EM SAÚDE MENTAL PARA ATENÇÃO ÀS PESSOAS QUE USAM DROGAS

MARISTELA MORAES

Psicóloga e arteterapeuta, sanitária, mestre em Saúde Coletiva e doutoranda em Psicologia Social pela Universidad Autónoma de Barcelona (Espanha). Integrante da coordenação da ONG Instituto PAPAI

ALEXANDRE FRANCA BARRETO

Psicólogo, especialista em psicologia clínica com ênfase em Análise bioenergética, mestre em antropologia. Docente da Universidade Federal do Vale do São Francisco

PARA INÍCIO DE CONVERSA

Para iniciar o diálogo que aqui nos propomos, é interessante dizer de onde falamos e como nos encontramos, autor e autora, no cenário das produções sobre o tema das drogas.

Vimos de uma trajetória profissional diversa, com encontros produtivos, envolvida no contexto da saúde mental. Nossas experiências são atravessadas pela formação acadêmica em Psicologia Social e Clínica, Antropologia e Saúde Coletiva, com práticas de pesquisa-ação em serviços públicos de assistência social e saúde e movimentos sociais. Durante 2 anos convivemos em uma organização não-governamental chamada Instituto PAPAI: lá desenvolvemos trabalhos de saúde com homens, especialmente jovens. Nosso encontro foi banhado por uma empatia que fez com que nosso diálogo fluísse de forma complementar e aditiva no âmbito de nossas referências epistemológicas e posturas práticas no cotidiano de trabalho. Com isso, desenvolvemos respeito um pelo outro, reconhecendo as contribuições singulares das trajetórias profissionais de cada um.

Dentre os diversos espaços nos quais transitamos, consideramos significativos para a construção deste texto: os movimentos sociais pioneiros do trabalho com Redução de Danos e Gênero/Masculinidades no Brasil; a formação acadêmica e de pesquisa nos diversos campos das ciências sociais e da saúde citados acima; a vivência pessoal e formação profissional de psicologia clínica com fortes influências de Reich, Lowen, Winnicott e Grof; os diálogos da psicologia com as políticas públicas de saúde e assistência social.

É desse emaranhado de ideias e experiências que partimos e vamos propor nosso diálogo, esperando gerar inquietações positivas e perguntas, muito mais que respostas prontas para temas tão complexos como os que rondam o campo dos usos de drogas.

Nós, profissionais que atuamos e refletimos sobre a atenção em saúde mental, cotidianamente nos deparamos com as inúmeras questões sobre como atuar nos cenários atuais de uso de drogas, especialmente depois do pânico coletivo que vem sendo gerado pelo aumento do consumo de crack no Brasil.

Sabemos que para os(as) terapeutas familiares e psicoterapeutas sistêmicos esse também tem sido um tema recorrente em seus vários espaços de intervenção e reflexão, sobretudo porque geralmente os problemas relacionados aos usos de drogas são associados com as ditas “estruturas” e processos familiares malsucedidos, atribuindo às famílias quase toda a responsabilidade sobre o envolvimento das pessoas com drogas. Sendo assim, precisamos problematizar esse tipo de compreensão, não só por ser limitadora e extremamente simplista no que se refere ao papel das famílias para a formação de pessoas, mas também por não dar conta da complexidade que os usos de drogas impõem à nossa capacidade de entendimento do mundo e das relações humanas.

Não vamos nos propor a adentrar aqui as questões familiares que então envolvidas nas construções dos usos de drogas como um problema, mas sim fornecer algumas ferramentas para pensar e exercer uma clínica ampliada biopsicossocial, a partir do reconhecimento da necessidade de fortalecer os processos de formação de trabalhadores/as da área de álcool e outras drogas, em expansão em todo o país, que atuam tanto nos serviços públicos quanto privados.

Partimos de uma perspectiva biopsicossocial crítica, atenta às condições de vida das pessoas em seus contextos (e aqui incluo as relações de poder pautadas em gênero, idade, etnia, classe etc.), bem como os fatores físicos envolvidos nesse processo. Uma clínica ampliada, do encontro produtor de sentidos, que compreenda a “escuta” como uma postura ética e política, definida não pelo local em que se realiza (Figueiredo, 1996), mas pela posição do/a profissional e pelos objetivos de libertação e potencialização dos sujeitos que são postos em ação (Moreira *et al.*, 2007). Sendo assim, a clínica ampliada pode ser desenvolvida não só na saúde mental pública, mas também em organizações/consultórios privados, nos quais atuam os(as) terapeutas familiares e psicoterapeutas sistêmicos.

Nessa direção, consideramos a emergência de um novo paradigma da psiquiatria disparado com as reformas da década de 70 do século XX e com inovações que emergiram a partir daí. Essa psiquiatria procura reconhecer a necessidade de cuidar de fatores biológicos como o sistema nervoso central e periférico, a bioquímica do corpo que atua simultaneamente com as sensações e os estados emocionais dos sujeitos. Porém, não pretende anular o sintoma nem isolar o sujeito, mas sim acolhê-lo de forma cuidadosa e amparadora, estimulando a vitalidade natural dos corpos, pessoas e grupos para suportar e evoluir diante das experiências de profundo sofrimento na vida.

Nessa perspectiva, a psiquiatria aproxima-se de um paradigma da integralidade, da perspectiva sistêmica e de saúde integral, fazendo com que a saúde mental não seja isolada do corpo como um todo, nem das relações sociais e ambientais (Barreto, 2011a; Pelizzoli, 2011).

No contexto da Reforma Psiquiátrica, a Atenção Psicossocial tem como proposta compreender a determinação biopsíquica e sociocultural do processo saúde-doença-saúde, uma desinstitucionalização do paradigma psiquiátrico hegemônico e substituição pelo biopsicossocial. Trabalha para a desconstrução da ideia de instituição como clausura e tem como princípio a execução de ações éticas e terapêuticas, baseadas na recuperação dos direitos de cidadania e do poder de contratualidade social (Costa-Rosa, 2003).

Um grande desafio nesse cenário é tratar de forma equivalente os determinantes do processo de saúde-doença-cuidado em saúde mental, sem negligenciar aspectos biológicos nem psicossociais, pois há uma imanência destes fatores no olhar integral.

Ao trabalhar com os fatores biológicos do processo de adoecimento na saúde mental, seja do ponto de vista da bioquímica ou dos processos neurológicos, podemos atuar potencializando a capacidade dos sujeitos de reconhecimento e manejo do próprio corpo ou alienando-os da capacidade de cuidado dos mesmos, atribuindo apenas a possibilidade a fatores externos. Nesse sentido, o uso abusivo de fármacos pode ser tão nocivo quanto o abuso de substâncias psicoativas não prescritas por profissionais de saúde, porque o que está em jogo é a ausência de potência do sujeito diante de seus dilemas, bem como a manutenção de uma posição passiva diante de uma relação prejudicial.

A ATENÇÃO BIOPSIKOSSOCIAL AOS PROBLEMAS DO USO DE DROGAS

Um avanço significativo no sentido da adoção de uma lógica mais adequada à complexidade da questão do uso de drogas tem sido a abordagem da Redução de Danos, inicialmente conhecida por propor estratégias de autocuidado imprescindíveis para diminuição da vulnerabilidade frente à exposição a situações de risco (Moraes, 2005).

Na medida em que vai ocupando espaço na saúde mental e sendo construída como um paradigma que ajuda a intervir clinicamente nos problemas relacionados ao uso de drogas, a Redução de Danos passa também a ser um dispositivo político de luta em defesa do direito à saúde, por coletivos de protagonistas anteriormente silenciados nos movimentos de reforma psiquiátrica (Moraes, 2008).

O chamado Método da Redução de Danos inventa também uma forma de produção de conhecimento e crítica dos lugares instituídos de poder. Parte da lógica de que é necessário conhecer para intervir, ao mesmo tempo em que é necessário intervir para conhecer, propondo uma forma coletiva de construção de práticas de cuidado em um contexto de valorização da própria experiência na tomada de decisão sobre a atitude cuidadora (De Paula Souza, 2007).

A redução de danos é o eixo central da política atual do Ministério da Saúde para Atenção Integral à Saúde de Usuários de Álcool e outras Drogas, porém ainda pouco estudada e exercida por profissionais da saúde.

Um dos raros estudos acadêmicos que aborda a clínica da Redução de Danos descreve-a como um método clínico-político pautado em um novo paradigma para o campo das drogas, um novo modo de fazer clínica e política na perspectiva de Clínica Ampliada (De Paula Souza, 2007).

A Redução de Danos (RD) é considerada um exemplo de uma clínica audaciosa que se diferencia da clínica convencional por desenvolver uma “escuta radical”, como dizem Denis Petuco e Rafael Gil Medeiros (2009), que vai além da ética neutralizadora ainda perpetuada em muitos serviços pós Reforma Sanitária. Sendo assim, a RD configura-se como um dispositivo da Reforma, responsável por levar seus compromissos éticos e estéticos para as pessoas que usam drogas (Petuco & Medeiros, 2009).

Outro aspecto importante para se destacar é que o posicionamento da clínica de redução de danos rompe com a perspectiva moralista e repressora com relação ao uso de drogas. A percepção que o problema está nas drogas ilegais e que elas são mais perigosas é ilusória. Relatórios de saúde destacam que o álcool mais do que qualquer outra substância psicoativa ilegal produz mais prejuízos financeiros e de morbimortalidade, seja por seu próprio efeito ou por estar associado a crimes violentos, acidentes de trânsito e adoecimentos cardíacos e do aparelho circulatório (Andrade *et al.*, 2010).

Além disso, atualmente vivemos em um mundo ocidental, farmacodependente; cada vez mais aumenta o quantitativo de pessoas portadoras de doenças intituladas crônicas que fazem uso diário de medicamentos para preservar funções básicas do seu organismo até sua morte, vivendo décadas de fidelidade ao uso diário do medicamento como recurso único e sagrado para preservação de sua vida.

Relatórios de organismos internacionais (Organização Panamericana de Saúde e Organização Mundial de Saúde), bem como gastos da assistência farmacêutica de órgãos públicos municipais, estaduais e federais, mostram a magnitude das cifras dos recursos financeiros públicos destinados à aquisição de toneladas de medicamentos.

Esse cálculo agrava-se quando incluímos a redução da vida produtiva de parte significativa de nossa população. Essas drogas (fármacos) inúmeras vezes são utilizadas nas clínicas de forma abusiva, retirando a autonomia do sujeito no cuidado sobre si, conferindo ao outro (seja profissional de saúde ou o medicamento) um poder sobre si, contribuindo para um modelo de sociedade fragmentada e impotente.

Somos contrários ao uso abusivo dos psicoativos, sejam eles prescritos de forma abusiva, porém legitimada socialmente, seja pelo uso nocivo em ambientes desprotegidos, gerando ônus ao sujeito e a toda rede social envolvida. O uso racional de fármacos é um imperativo em nossa cultura. Afinal é insustentável esse modelo que vivemos; não se pode tratar a saúde de forma utilitária (Martins, 2003).

Nesse sentido, estudos no campo da psiquiatria e neurologia realizados pelo MAPS (Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies)* mostram como substâncias psicoativas, inclusive de drogas consideradas ilegais, podem ser um recurso terapêutico efetivo para o tratamento de inúmeras doenças em saúde mental, incluindo a dependência química, quando utilizadas racionalmente e em ambiente protegido e terapêutico.

O uso desses psicoativos tem uma lógica completamente diferente da psiquiatria convencional porque, nesse contexto, eles servem como catalizadores do sintoma, estimulando sua emergência ao invés de conter. A ampliação do sintoma, quando feita em ambiente seguro e com profissionais qualificados que possam apoiar os sujeitos, reverte-se em uma autoexploração responsável, conduzindo o sujeito a estados de ampliação da consciência, ofertando a travessia necessária para a cura emocional e psicossomática e à transformação positiva da personalidade e das relações (Grof, 2000).

Acreditamos que o que está em jogo na clínica de redução de danos é a valorização da prática radical do conceito de autonomia e autogestão no âmbito das práticas sociais (Baremlitt, 2002), a autorregulação (Reich, 2004) no âmbito da consciência corporal e dos processos biológicos naturais do nosso organismo, e do potencial heurístico de cura do sujeito (Grof, 2000), presente em cada ser que se empodera de si, de seu sofrimento, de sua história e de sua potência de vida.

USOS ABUSIVOS DE DROGAS NA ATUALIDADE: SINTOMA INTERPRETADO COMO RISCO E POTÊNCIA

Vivemos em um tempo de normalização do sofrimento, onde é recorrente a repetição de práticas culturais de discriminação, exclusão e várias formas de violência que rompem a dimensão física, incidindo nas esferas simbólicas/psíquicas e atingindo profundamente a alma humana, fragilizando aspectos íntimos da integridade e manutenção de laço social, baseados em respeito e compartilhamento de sentimento humano de comungar de uma mesma morada (o planeta), um mesmo tempo (hoje) e um mesmo desafio civilizacional (a sustentabilidade).

Diante desse cenário, pode ser sinal de saúde a busca pela expansão da consciência e transcendência, não como uma busca mística de isolamento, mas como uma estrada para o autoconhecimento e a sabedoria. Podemos compreender a corrida para as drogas como uma demanda subjetiva e coletiva, pela busca dessa expansão diante de uma vida de sofrimento, desencontro, frustração e com pouquíssimos ambientes e relações que sirvam como núcleos de resistência existencial.

* Para mais informações sobre o MAPS e seus estudos, acesse o site: <http://www.maps.org>

Entendemos ser importante que a prática clínica esteja atenta a essa demanda, favorecendo dispositivos de transcendência a essa condição atual, acreditando no potencial autorregulador e heurístico do sujeito, ofertando acolhimento e ambiente seguro, livre de julgamentos morais, políticos e técnicos, para resgatar e experienciar as qualidades humanas contidas pelo processo de socialização sofrido de nossa civilização e na trajetória biográfica de cada um de nós (Grof, 1987, 2000, 2011).

Essa compreensão expandida da busca pelas drogas não nega os riscos e danos que podem ser gerados pelo abuso, pelo uso de risco e pela opção por algumas substâncias psicoativas mais potentes, seja nos sujeitos ou nas relações sociais. Contudo, não podemos nos limitar a essa percepção, sem ver na demanda por substâncias que alteram a consciência a necessidade (mesmo que de uma maneira desprotegida e vulnerável) de ampliar suas percepções sobre si, sobre a realidade e sobre as relações que partilha, servindo também como um movimento de vida e potência para a mudança de estados e situações desagradáveis.

Pensamos ser necessário aos profissionais de saúde compreender este aspecto, buscando tornarem-se terapeutas que estimulem essa busca de forma íntegra, favorecendo caminhos seguros de encontro pessoal que não o distanciem de sua história biográfica e social. A dita “fuga” por meio dos usos de drogas também pode ser compreendida como potência para transformação. Nesse sentido, a pessoa que cuida pode aprender a usar dispositivos terapêuticos, corporais, instrumentais, que favoreçam a potência do sujeito, dando amparo ético e humano ao seu sofrimento.

Não basta respeitar ou ser permissivo com o sofrimento humano inscrito pelo uso abusivo de substâncias psicoativas: o importante é vincular-se a esse sofrimento. Como nos ensina Fréchette (1993), todos nós fomos machucados em nossas relações sociais, e é justamente desse lugar de ferido que podemos compreender intuitivamente a dor e angústia de outra pessoa e o tipo de amparo apropriado que deve ser dado a pessoa, para que seu processo de cuidado ocorra.

Assim, entendemos que a angústia, a ansiedade, a dor e a violência que servem de combustão para o uso nocivo das drogas também podem se transformar em alimento que exprima a dimensão inventiva e criadora das relações.

FINALIZANDO O DIÁLOGO, SUGERINDO CAMINHOS

Com base no que acabamos de explicitar, imaginamos ser extremamente necessário o desenvolvimento de noções de clínica ampliada e política. É fundamental formar profissionais autocríticos, capazes de considerar os desafios e a complexidade da atuação na saúde mental.

Tais profissionais precisam ser capazes de mudar o *setting*, ampliar a noção de clínica para além da “clínica tradicional”, na qual as atividades básicas são o diagnóstico, o uso de fármacos, a psicoterapia individual, o aconselhamento e o exame psicotécnico, ampliando o recebimento das demandas no contexto das relações sociais (Branco, 1998; Onocko-Campos, 2001).

Nesse sentido, tornam-se indispensáveis as discussões sobre os princípios e diretrizes que orientam o paradigma da Redução de Danos e a prática da clínica ampliada pautada nele, considerando o mesmo como um dispositivo que atualiza novas funções clínico-políticas (Moraes, 2005, 2008a, 2008b; De Paula Souza, 2007).

Como bem ressaltam Petuco e Medeiros (2009), a clínica da Redução de Danos não é uma clínica do caos, para a qual não há necessidade de formação específica.

Sua contribuição está justamente na possibilidade de fornecer respostas para as quais geralmente os(as) trabalhadores(as) da saúde não estão preparados, sendo indispensável um adequado preparo para atuar a partir dos seus princípios, de forma minimamente coerente.

Neste contexto, entendemos ser necessário que a prática clínica se integre de forma criativa nas relações institucionais de trabalho em pilares indissociáveis do processo cotidiano de trabalho. Servindo de recurso para qualificar e fortalecer a fragilidade histórica de vínculos trabalhistas no contexto do SUS e de outras políticas públicas, o amparo e a maturidade das relações no grupo de trabalho, bem como a oferta de cuidado à população (Barreto, 2011b).

No caso específico da prática da Redução de Danos, um desafio a mais está posto em um exercício de realizar uma “clínica essencialmente política”, que exige superar barreiras e imperativos legais e morais antidrogas (Petuco & Medeiros, 2009), que configuram a cultura dominante e constroem todo um modo de compreender e posicionar-se diante da questão das drogas na atualidade.

Por outra parte, muito já tem se debatido sobre a importância transdisciplinar das tecnologias no campo da saúde pautadas na capacidade do profissional de vincular-se, acolher e ser empático às demandas que chegam no serviço, capacidade esta que produz verdadeiramente uma relação dialógica e serve de catalisador para autonomia dos sujeitos que demandam cuidado.

Ainda assim, são poucos os dispositivos na formação de profissionais que estimulam o contato dos estudantes e profissionais visando ampliar sua capacidade, e, apesar de se trabalhar teoricamente estes conceitos, todos os teóricos desse campo são enfáticos em reforçar que só desenvolvemos essas habilidades por meio da experiência prática cotidiana (Merhy & Franco, 2005).

As salas de aula, assim como outros ambientes de formação, podem ser percebidas intimamente (por cada um dos envolvidos) como espaços seguros para experimentar e aprender princípios de convivência social como o respeito e cooperação, indispensáveis à preservação de nossa civilização no planeta.

Os processos de aprendizagem, portanto, podem ser encenados através da livre expressão dos sentimentos de tristeza, raiva, alegria, medo, frustração, dentre outras emoções, encontrando acolhimento no grupo, onde o choro e o riso, como expressão autêntica da intensidade do envolvimento humano, possa ser o guia de nossa implicação e disponibilidade. Neste cenário, “aprender a ser” emerge como um caminho indispensável à postura consciente do profissional, para não reproduzir a máxima secular do “faça o que eu digo, mas não faça o que faço”.

Nos contextos dos cuidados em saúde, carecemos de referências íntegras que nos auxiliem no caminho do desabrochar das potências de nosso corpo. Mas do que ensinar e fazer nas instituições de formação, recomendamos simplesmente cuidar aprendendo pela atitude natural cotidiana do ato, para que em futuro próximo nossos profissionais também possam oferecer primeiramente o cuidado e sua condição humana, antes de recursos técnicos que tornam mecânicas as relações e limitam o espaço para acolher o sofrimento (que reside no âmago da intimidade humana), bem como o reconhecimento da potência de cada ser (que emerge a partir de relações amorosas).

Por fim, sabemos que muitos(as) profissionais que nunca atuaram em contextos de usos de drogas estão iniciando suas práticas nessa área. Em uma rápida busca por formação e leitura sobre drogas, os(as) profissionais que se inserem na área vão perceber que grande parte do conhecimento “estruturado” e difundido sobre a cha-

mada “clínica da dependência química” está fundamentado na meta da abstinência, na utopia de que é possível um mundo totalmente livre de drogas. Tal modelo de compreensão e intervenção se mostrou limitado diante da complexidade das formas de estar no mundo e das relações das pessoas com drogas. Os resultados dessas limitações têm sido espelhados, entre outras coisas, na baixa adesão aos “tratamentos” e reincidência de uso de drogas, quando a meta do tratamento é estar abstinente. O referido modelo de compreensão e intervenção tem gerado frustrações nas equipes e profissionais, que se vêm desmotivadas com o suposto insucesso das intervenções.

Esse e outros argumentos já citados nos levam à necessidade de encontrar outros modos de ver e intervir nesse campo a partir das perspectivas de clínica ampliada, e de alinhamento entre produção de conhecimento e prática cotidiana de profissionais que se dedicam à saúde mental. Entre outras coisas, entendemos ser necessário desenvolver projetos e ações de pesquisa e extensão relacionados à prática clínica da redução de danos; a construção de redes de cuidado em Saúde Mental; à integração da ótica de saúde mental às equipes de Atenção Básica no contexto do SUS para uma atenção integral à população; à experiência do cotidiano de trabalho de equipes multiprofissionais em saúde coletiva; a construção de novos dispositivos clínicos e metodologias de pesquisa-ação em Saúde Mental.

Nesse sentido, o processo de Reforma Psiquiátrica e todas as ferramentas legais geradas por ele não são suficientes para as transformações na Saúde se não atingirem as práticas e os saberes dos(das) profissionais que trabalham no cotidiano dos serviços, se não estiver em um vivo e constante movimento de atualização.

Na formação de profissionais de saúde, terapeutas familiares e psicoterapeutas sistêmicos comprometidos com a construção de uma atenção integral em Saúde Mental digna e politizada, tais conhecimentos e experiência precisam ser produzidos, provocados e vivenciados.

REFERÊNCIAS

- Andrade, A.G., Duarte, P.C.A.V., & Oliveira, L.G.**(Orgs). (2010). *I Levantamento Nacional sobre uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras*. Brasília: SENAD.
- Barembliitt, G.** (2002). *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari.
- Barreto, A.F.** (Org.). (2011a). *Integralidade e saúde: epistemologia, política e práticas de cuidado*. Recife: Editora da UFPE.
- Barreto, A.F.** (2011b). Sobre a dor e a delícia da atuação psicológica no SUAS. *Psicol. Cienc. prof.*, 31 (2), 406-419.
- Basaglia, F.** (1985). *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Branco, M. T. C.** (1998). Que profissional queremos formar? *Psicol. cienc. prof.*, 18 (3): 28-35.
- Brasil.** Ministério da Saúde. (2003) *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Série E, Legislação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Costa-Rosa, A. et al.** (2003) Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: P. Amarane (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. (pp. 13-44) Rio de Janeiro: Nau Editora.

- De Paula Souza, T.** (2007). Redução de danos no Brasil: a clínica e a política em movimento. (Dissertação de Mestrado.) Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense.
- Figueiredo, L. C.** (1996). *Revisitando as psicologias: da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos*. São Paulo/Petrópolis: EDUC/Vozes.
- Fréchette, L.** (1993). *Holding: além das palavras e do toque*. Aix-en-Provence: International Leadership Workshop.
- Grof, S.** (1987). *Além do cérebro: nascimento, morte e transcendência em psicoterapia*. São Paulo: McGrawhill.
- Grof, S.** (2000). *Psicologia do futuro: lições das pesquisas modernas de consciência*. Rio de Janeiro: Heresis.
- Grof, S.; Grof, & C.** (2011). *Respiração holotrópica: uma nova abordagem de autoexploração e terapia*. Rio de Janeiro: Numina.
- Martins, P.H.** (2003). *Contra a desumanização da medicina: crítica sociológica das práticas médicas modernas*. Petrópolis: Vozes.
- Merhy, E., & Franco, T.B.** (2005). Trabalho em Saúde. Disponível In: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-05.pdf>. Acessado em 13/02/2012.
- Moraes, M.M.** (1999) *Entre a margem e a responsabilidade: a experiência da paternidade para jovens usuários de drogas*. Texto final apresentado a disciplina Prática de Pesquisa 2, Curso de Psicologia, UFPE, Recife, PE, Brasil.
- Moraes, M.** (2005). *O Modelo de Atenção à Saúde para Tratamento de Problemas Decorrentes do Uso de Drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais*. (Dissertação de Mestrado não publicada.) Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, Recife, Brasil.
- Moraes, M.** (2008a) O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, 13 (1) 121-133.
- Moraes, M.** (2008b). CAPS-AD e emergências dos grandes hospitais: os serviços de saúde onde estão os “homens invisíveis”, *Anais do Seminário Homens, Gênero e Políticas Públicas*, Recife.
- Moreira, J.O., Romagnoli, R.C., & Neves, E.O.** (2007). O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde. *Psicol. cienc. prof.*, 27 (4), 608-621.
- Pelizzoli, M.** (2009). Saúde e mudança de paradigma: desafios da medicina tecnológica e da cura natural. In: Pelizzoli, M. & Lima, W. (Orgs.). *O ponto de mutação na saúde: a integração mente-corpo*. Recife: Editora da UFPE.
- Pelizzoli, M.** (Org.) (2011). *Saúde em novo paradigma: alternativas ao modelo da doença*. Recife: Editora da UFPE.
- Petuco, D., & Medeiros, R.G.** (2009). Redução de danos: dispositivo da reforma? Disponível em http://www.koinonia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod_artigo=340&cod_boletim=31. Acessado em: 18 de fevereiro de 2012
- Rezende, H.** (1987). Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: S. Tundis, & N. Costa (Org.). *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes.
- Reich, W.** (2004). *A função do orgasmo*. São Paulo: Brasiliense.
- Roseni, P., & Mattos, R.A.** (Org.). (2001) *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO.

- Sales, A. L. L. de F., & Dimenstein, M.** (2009). Psicologia e modos de trabalho no contexto da reforma psiquiátrica. *Psicol. cienc. prof.*, dez. vol.29, no.4, p.812-812. ISSN 1414-9893.
- Spink, M. J. P., Bernardes, J. de S., & Menegon, V. S. M.** (2006). A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica (Projeto Coletivo de Cooperação Técnica da Associação Brasileira de Ensino de Psicologia – Mudança na Formação em Psicologia e Pesquisa e Sistematização de Experiências).
- Tundis, S. & Costa, N.** (Org.). (1987) *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes.
- Tundis, S., & Costa, N.** (1987) Cidadania, classes populares e doença mental. In: _____ (Org.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. (pp. 9-14) Petrópolis: Vozes.
- Vargas, E.V.** (1998) Os corpos intensivos: sobre o estatuto social do consumo de drogas legais e ilegais. In: (pp. 121-136) L. F. D. Duarte, & F. Leal (Org.). *Doença, sofrimento, perturbações: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.