



UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ
MESTRADO PSICOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA

AISLAN JOSÉ DE OLIVEIRA

**CONCEPÇÕES DE TRATAMENTO E DE DEPENDENTE DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL**

CURITIBA

2013

UNIVERSIDADE TUIUTI DO PARANÁ
MESTRADO PSICOLOGIA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO PSICOLOGIA SOCIAL COMUNITÁRIA

AISLAN JOSÉ DE OLIVEIRA

**CONCEPÇÕES DE TRATAMENTO E DE DEPENDENTE DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL**

Dissertação de Mestrado apresentada em forma de artigo ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná, como requisito necessário para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Social Comunitária

Linha de Pesquisa: Fundamentos e Intervenção em Psicologia Social Comunitária.

Orientador (a): Prof^ª. Dr^ª. Roberta Kafrouni

CURITIBA

2013

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Dados Internacionais de Catalogação na Fonte

Biblioteca “Sydnei Antonio Rangel Santos”

Universidade Tuiuti do Paraná

Oliveira, A. J.

Concepções de tratamento e de dependente de substâncias psicoativas para profissionais de saúde mental; Aislan José de oliveira; Curitiba - 2013

Dissertação de Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia - Universidade Tuiuti do Paraná.

Área de concentração: Psicologia Social Comunitária

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Roberta Kafrouni

Palavras Chave: tratamento, dependência, modelos, profissionais, substâncias psicoativas, drogas.

Nome: Aislan José de Oliveira

Título: Concepções de tratamento e de dependente de substâncias psicoativas para profissionais de saúde mental

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná para obtenção do Título de Mestre em Psicologia Social Comunitária.

Aprovado (a) em: 06 / 08 / 2013

Banca examinadora

Profª. Dra. Paula Inez Cunha Gomide.

Instituição: Universidade Tuiuti do Paraná.

Assinatura _____

Prof. Dr. Mário Sergio Michaliszyn.

Instituição: Universidade Positivo.

Assinatura _____

Professora orientadora Profª. Dra. Roberta Kafrouni.

Instituição: Universidade Tuiuti do Paraná.

Assinatura _____

Agradecimentos

A minha mãe Creuza por concordar com todas as privações que tivemos que superar durante o curso

A minha irmã Ariete pelas “inúmeras assistências”

A minha sobrinha Ariele por “confiar”

A amiga Dona Antônia por acreditar, incentivar e financiar o início do projeto de pesquisa

Aos amigos / família Rodrigo, Solange, Cláudio, Nathan e Bruna pelo ouvir, pela amizade e tolerância “para todos meus humores” no decorrer desse período

A minha supervisora Prof^a. Dra. Roberta Kafrouni por sua extrema paciência, dedicação e conhecimento

A Prof^a. Dra. Paula Inez Cunha Gomide e a Prof^a. Dra. Denise de Camargo por incentivarem a continuidade do projeto

A Luci Chiquim por sua paciência dedicação

Ao amigo de graduação e mestrado Guilherme Figueiredo por estar presente em momentos difíceis nos dois tempos

A amiga de todos os momentos Renata Paranhos

O meu eterno e sincero agradecimento às Prof^a. Dra. Elizabeth Carvalho da Veiga e a Prof^a. Dra. Jussara Maria Janowski Carvalho por permitirem e defenderem a continuidade e execução desse projeto desde minha graduação, mas principalmente pelo acolhimento, assistência e solidariedade que me permitiram entender e sentir o verdadeiro significado do juramento do curso de Psicologia

A Caroline Velasquez Marafiga por surgir e mostrar que tudo era possível mudando o sentido de toda uma vida. Por mais que tente expressar meu sentimento de gratidão “*não há nada pra comparar, para poder lhe explicar*”

Um agradecimento especial e indispensável aos amparadores que tornaram o projeto, planejamento e execução deste trabalho possível.

Princípios: toda *doutrina libertadora*, seja filosófica, religiosa, ideológica ou outras, pode ajudar sobremaneira a personalidade humana. Entretanto, toda doutrina humana também apresenta princípios rígidos inamovíveis, defende “verdades absolutas” inverificáveis, e mantém a fascinação de grupo ou as *lavagens cerebrais* que são peculiares às suas autodefesas a fim de sobreviver. Aí aparece a questão: Sou escravo de doutrina humana passageira, ou vivo segundo princípios pessoais escolhidos com discernimento até às últimas minúcias e consequências?

Vivência: A vivência direta ou pragmática, mesmo que seja a mais prosaica possível, supera em todos os sentidos as suposições, idealizações ou cogitações da imaginação mais pura e mais fértil. Não importa nenhum sucesso *literário* nesse caso.

Waldo Vieira

“Sou eu próprio uma questão colocada ao mundo e devo fornecer minha resposta; caso contrário, estarei reduzido à resposta que o mundo me der”.

Carl Gustav Jung

ÍNDICE

Concepções de tratamento e de dependências substâncias psicoativas para profissionais de saúde mental.....	1
Abordagens de tratamento.....	7
As instituições de atendimento ao dependente químico no Brasil	10
Método	14
Delineamento	14
Participantes	14
Local.....	15
Instrumentos.....	15
Procedimentos de Pesquisa e Éticos.....	15
Análise de dados	16
Resultados	18
Discussão.....	23
Considerações finais.....	29
Referências.....	31
Anexo 1	37
Anexo 2	43
Anexo 3	44
Anexo 4	45

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Palavras associadas ao termo “Tratamento”	19
Figura 2 - Palavras associadas ao termo “Dependente”	20
Figura 3 - Porcentagem de respostas quanto ao modelo Biomédico das três instituições.....	23

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Modelos e tratamentos e suas Características.....	09
Tabela 2 – Caracterização da amostra.....	18
Tabela 3 – Área de formação e atuação.....	18
Tabela 4 – Práticas exercidas pelos profissionais.....	21

**CONCEPÇÕES DE TRATAMENTO E DE DEPENDENTE DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL**

Resumo

O objetivo da presente pesquisa foi analisar os conceitos de “dependente” e de “tratamento” de substâncias psicoativas presente no discurso dos profissionais de saúde mental. Participaram da coleta de dados 17 profissionais provenientes de 3 instituições de tratamento de dependentes de substâncias psicoativas da cidade de Curitiba e região metropolitana. Os dados foram coletados por meio de questionário e, posteriormente, analisados e da classificação de Rezende (2000) em quatro grandes grupos de modalidades de tratamento. As categorias de análise estudadas foram: abordagens jurídico-moral, biomédica, psicossocial e a sociocultural. Foram participantes da pesquisa profissionais de três diferentes instituições de tratamento, sendo elas Comunidade Terapêutica, Clínica Particular e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CapsAD). Concluiu-se que as três instituições analisadas partem de pressupostos diferenciados para a oferta do serviço de tratamento e não apresentam uma definição específica sobre os conceitos de “dependente” e de “tratamento” de substâncias psicoativas. Concluiu-se ainda que a visão dos profissionais podem, por vezes, ser contraditórias às metodologias e ideologias das instituições analisadas.

Palavras chave: tratamento, dependência, modelos, profissionais, substâncias psicoativas, drogas.

Abstract

The objective of this study was to analyze the concepts of "dependent" and "treatment" of substance present in the discourse of mental health professionals. Participated in the data collection 17 professionals from 3 institutions treating substance dependents of Curitiba and its metropolitan area. Data were collected through a questionnaire and subsequently analyzed and the classification of Rao (2000) in four groups of treatment modalities. The categories of analysis were studied: legal and moral approaches, biomedical, psychosocial and sociocultural. Professional research participants were from three different institutions of treatment, and they Therapeutic Community, Private Practice and Psychosocial Care Center Alcohol and Drugs (CAPSad). It was concluded that the three institutions run by different assumptions considered for the provision of treatment services and do not have a specific definition of the concepts of "dependent" and "treatment" of psychoactive substances. It was also concluded that the views of professionals can sometimes be contradictory to the methodologies and ideologies of the institutions analyzed.

Keywords: treatment, addiction, models, professionals, psychoactive substances, drugs.

Concepções de tratamento e de dependências substâncias psicoativas para profissionais de saúde mental

O consumo de substâncias psicoativas cresceu assustadoramente a partir da segunda metade do século XX, configurando-se nas últimas décadas como um fenômeno de massa e como uma questão de saúde pública (Mota, 2007). O tema tem sido alvo de preocupação da sociedade que acaba por associar o fenômeno com o crescimento da criminalidade, dos acidentes no trânsito, dos comportamentos antissociais, do abandono da escola, entre outros (Laranjeira et al., 2003). Como consequências surgem o rompimento de outros laços sociais que reforçam a percepção pública do uso de substâncias psicoativas como próximo ao crime, faltando à compreensão do fenômeno como reflexo de questões multifatoriais (Brasil, 2004).

Junto ao aumento desenfreado do consumo de substâncias psicoativas paralelamente cresce o número de instituições para o atendimento aos (as) dependentes químicos conforme indica Pessini (1999) e dados da OEA (Organização dos Estados Americanos) (2010). Um fato preocupante é que os modelos de tratamento para dependentes de substâncias psicoativas adotados por essas instituições, em geral, são procedimentos ecléticos de ações médicas, psicológicas, sociais e religiosas sem uma orientação técnica para elaborar suas estratégias e ações no âmbito da assistência e da saúde (Pessini, 1999).

Ribeiro (2004) complementa esse raciocínio mostrando que no Brasil, boa parte dos serviços é organizada única e exclusivamente a partir do empenho e boa vontade dos seus membros através de diversas ações tais como desintoxicação, com ou sem manutenção farmacológica, psicoterapia, internação psiquiátrica, clínicas especializadas, programas residenciais dirigidos por ex-dependentes, programas de

narcóticos anônimos e doutrinação religiosa (Rezende, 2000), embora a organização desses serviços em determinados casos siga manuais e diretrizes como a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (Brasil, 2004), que acaba por resultar em serviços com potencial de atendimento limitado e desvinculado das necessidades locais (Rezende, 2000, Ribeiro, 2004).

Essa diversidade de ações remetem altos investimentos. No Brasil, somente no ano de 2002, o SUS gastou R\$ 74.447.824,64 com 96.295 internações psiquiátricas hospitalares relativas a transtornos decorrentes do uso abusivo / dependência de álcool e outras drogas (Brasil, 2003). Soma-se ainda o orçamento da União para o Plano de Enfretamento do Crack anunciado em maio de 2010 que previa para o ano de 2011 um investimento de R\$ 410 bilhões (Senado Federal, 2011).

Chama a atenção ainda com relação aos investimentos é que também no ano de 2011, a Previdência concedeu 124.947 auxílios-doença para o tratamento de dependentes químicos, a um custo de R\$107,5 milhões (Matais e Iglesias, 2012), ou seja, grande parte de recursos destinados à saúde no país são direcionados ao tratamento da dependência de substâncias psicoativas. (OEA, 2010).

Apesar da grande variedade de tratamentos e intervenções de assistência, há um consenso presente na literatura mundial acerca do alto índice de recaídas de indivíduos dependentes químicos mesmo após um grande número e enorme variedade de modalidades de tratamento aos quais costumam se submeter ao longo da vida, (Orsi e Oliveira, 2006). Dados apresentados pela UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura), no que tange à probabilidade da abstinência definitiva de drogas a partir do tratamento a o UNESCO aponta que isso ocorre de 20 a 30% dos casos, quando o paciente procura ajuda terapêutica por motivação própria. Este

índice passa para 8% quando o tratamento é feito por determinação judicial ou médica e atinge 1% nos casos em que a família impõe o tratamento (Rezende, 2003).

As abordagens que norteiam os tratamentos disponíveis ao dependente químico no Brasil norteiam-se por ações diferenciadas no campo público e privado e com resultados que são influenciados por fatores vinculados ao contexto institucional, políticas públicas, além de demandas e motivações dos usuários atendidos (Oliveira, 2007). Diante desta conjuntura evidencia-se a dificuldade encontrada na esfera clínica para a recuperação de dependentes químicos, apontando para a necessidade de uma reflexão sobre os modelos e abordagens existentes e para a fundamentação e sistematização de novas formas efetivas de intervenção.

Segundo Brasil (2004a):

Historicamente, a questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas tem sido abordada por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica. As implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas são evidentes, e devem ser consideradas na compreensão global do problema. Cabe ainda destacar que o tema vem sendo associado à criminalidade e práticas antissociais e à oferta de "tratamentos" inspirados em modelos de exclusão / separação dos usuários do convívio social (p. 08).

Schneider e Lima (2011) mostram que as dependências de substâncias psicoativas se configuram como um fenômeno de alta complexidade que inviabiliza qualquer tentativa de explicação reducionista e que desconsidere que suas múltiplas determinações, sendo o uso de substâncias psicoativas caracterizada como um fenômeno constituído dentre inúmeras interfaces e articulações entre variáveis biológicas, farmacológicas,

psicológicas, socioculturais, políticas, econômicas e antropológicas conforme pesquisas sobre o tema (Cruz, 2006; Seibel e Toscano, 2000).

Esta dificuldade em apontar determinantes no processo evidencia-se quando o assunto estende-se aos serviços de tratamento ofertados. Segundo Schneider e Lima (2011, pg. 169), na esfera dos tratamentos tal fenômeno é abordado, em geral, a partir de processos teóricos e de intervenção dicotômicos, fragmentados, ahistóricos, deterministas e de cunho acentuadamente reducionistas.

Schneider e Lima (2011) analisando os trabalhos de Cruz (2006) e Schneider (2010, 2009) indicam:

Tais concepções, em geral, enfatizam apenas um dos aspectos envolvidos na dependência de substâncias psicoativas, seja a dimensão psicológica do usuário ou seu contexto socioeconômico, a influência do meio familiar, ou efeitos bioquímicos das drogas, ou ainda os fatores genéticos. Essas concepções, embora intimamente relacionadas com a dependência, quando isoladas não são capazes de explicá-la, nem de propor soluções adequadas (p. 169).

Reduzir a complexidade das dependências de substâncias psicoativas se reflete nos resultados de baixa efetividade de tratamento aplicados por diversos modelos de atenção que em sua maioria buscam como resultado a manutenção da abstinência do uso de substâncias psicoativas (Noto & Galduroz, 1999; Schneider, Spohr & Leitão, 2006).

Assim evidencia-se a dificuldade encontrada dentro da literatura para obter-se uma clara e específica definição sobre o que consiste o tratamento das dependências de substâncias psicoativas, pois não há definição de um modelo ou abordagem de tratamento único e sim de diversas formas de intervenção. A forma de tratar está ligada

a forma de pensar e entender a dependência de substâncias psicoativas e percorrem o caminho de parear o dependente com o tratamento mais adequado e dentro das possibilidades institucionais, ambientais e culturais, políticas, econômicas e sócias e com intervenções terapêuticas específicas (Marques, 2001; Mattson, 1994, Pratta e Santos, 2009).

Poucos trabalhos como o de Schneider e Lima (2011) questionam a fundo se o problema da efetividade não se encontra nas próprias práticas em saúde que se constituem numa mistura de diferentes modelos de análise do fenômeno da drogadição e da utilização das mais variadas metodologias de atuação, sustentados em diferentes pressupostos teóricos e epistemológicos (p.169).

Esse foco contrapõe-se a ideia de responsabilizar o insucesso do tratamento unicamente ao dependente de substâncias psicoativas, justificando tal insucesso na racionalização do fato que a dependência de substâncias psicoativas é uma doença incurável e recorrente e, portanto, a recaída é parte do processo de recuperação, ou ainda, que o insucesso no tratamento está atrelado a falta de motivação para os tratamentos por parte dos usuários do serviço, conforme apontam algumas pesquisas (Schneider, Spohr & Leitão, 2006).

Schneider e Lima (2011) enfatizam:

“(...) para toda prática ou técnica enseja, há em seu bojo determinadas concepções que lhe conferem sustentação, desta forma, se os resultados desta prática se tornam ineficientes e ineficazes, há que se avaliar criticamente as suas bases teórico-metodológicas. Sendo assim, é fundamental compreender os

diferentes modelos de análise da dependência de drogas e suas raízes ontológicas e epistemológicas” (p. 170).

Assim, segundo Schneider e Lima (2011) qualquer prática no âmbito da saúde, seja ela com vistas a ações individuais, coletivas ou institucionais, esta prática passa necessariamente por um conjunto de concepções de um arcabouço teórico e metodológico que as sustentem e sirvam como referencial norteador de suas ações. Entretanto, por vezes, estas concepções nem sempre estão claras e definidas nas rotinas de suas práticas terapêuticas, mas são elas que alicerçam um sistema de racionalidade e determinados parâmetros de compreensão dos processos de saúde/doença, normalidade/anormalidade (Schneider, 2010), validando suas ações.

Para fins de definição conceituaremos a dependência de substâncias psicoativas a partir de dois instrumentos que são utilizados para ajudar os profissionais da área da saúde a realizar o diagnóstico da Dependência e conseqüentemente a conceitua-la: o CID - 10 (Código Internacional de Doenças – Décima Revisão) e o DSM - IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Doenças Mentais – Quarta Revisão) (Brasil, 2009).

O CID - 10 foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e é o critério adotado pelo Brasil através do Sistema Único de Saúde (SUS) pois abrange todas as doenças. Em seu quinto capítulo o CID-10 faz referência aos Transtornos Mentais de Comportamento e inclui os transtornos provocados pelo uso de substâncias indicam e codifica cada um de acordo com o tipo de substância esta associado diferenciando-os entre uso nocivo, abuso e dependência (Brasil, 2009).

Já o DSM - IV, desenvolvido pela Associação Psiquiátrica Americana (APA) trata apenas dos transtornos mentais sendo mais utilizado em ambientes de pesquisa por

possuir características mais detalhadas sobre cada transtorno. O DSM –IV divide o seu capítulo destinado aos transtornos decorrentes ao uso de substâncias (as mesmas presentes no CID-10) variando entre abuso e dependência, entretanto a partir desse instrumento é possível identificar o tipo de dependência, o curso do transtorno dentre outros aspectos analisados para o diagnóstico (Brasil, 2009).

Abordagens de tratamento

Segundo Pillon & Luis (2004), especialistas no tratamento de substâncias psicoativas desenvolveram visando entender o problema do uso de drogas, vários modelos referentes a dimensões desse fenômeno. Alguns deles serão explicitados para atender aos objetivos desta pesquisa. Schneider & Lima (2011) analisando o trabalho de Rezende (2000), concordam com a ideia deste autor mostrando que existem quatro modelos de concepção, ou como Rezende (2000) denomina, modelos de análise da dependência de drogas, que são: o modelo jurídico-moral, o biomédico, o psicossocial e o sociocultural. Para os objetivos desta pesquisa, para a análise dos dados será adota modelos propostos por Rezende que tem como base a obra de Milby (1988) e que apresentam maior aceitação e instituições de tratamento no Brasil.

Segundo Rezende (2000) o modelo jurídico-moral apoia-se numa perspectiva dualista da realidade e coexistência de posições opostas e irreduzíveis (indivíduo-droga, legalidade-ilegalidade e finalidade médica e não médica). Esta perspectiva tem relação a medidas ‘educativas’ e preventivas, articuladas a princípios repressivos (pg. 49).

O modelo médico ou de saúde pública e que nessa pesquisa e denominada biomédica, assemelha-se a perspectivas que são entendidas as doenças infecciosas tendo

foco da relação droga como agente, o indivíduo como hospedeiro e o contexto como meio ambiente sendo que o agente é o elemento ativo, definido como a gênese da dependência, e o hospedeiro como a ‘vítima’ dessa relação (Rezende, 2000 - pg.49).

Na perspectiva do modelo psicossocial, o indivíduo desempenha o papel de agente ativo, com atenção especial na interação droga-usuário sendo que a droga desempenha uma função dentro dessa relação afetando o usuário e como consequência as condutas de familiares, amigos, grupos de pares ou da sociedade (Rezende, 2000).

Rezende (2000) completa que o modelo sociocultural enfatiza que o contexto tem papel primordial no fenômeno do uso de substâncias psicoativas sendo que a droga:

“(...) adquire significado e importância não tanto pelas suas propriedades, mas pela maneira como cada sociedade define sua utilização. O uso de drogas ilícitas é visto como um desvio do comportamento normal, e as condições socioeconômicas e o ambiente em que vive o indivíduo são tidas como razões desse desvio (pg. 49)”.

Assim para a realização desta pesquisa, o discurso dos profissionais de três modelos de tratamento foram analisados, sendo eles, o modelo psicossocial que referencia as ações do modelo de tratamento das Comunidades Terapêuticas (CT), o modelo biomédico que sustenta as ações das práticas em clínicas e hospitais e o modelo sócio cultural que organiza as práticas e ações dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) sendo entendidas assim como categorias de análise. Esses modelos serão melhor explicitados na sequência deste trabalho.

Schneider & Lima (2011) entendem que cada um desses modelos estão alicerçados “em diferentes raízes teórico-epistemológicas, o que se desdobra em diferentes

perspectivas metodológicas de intervenção” (pg. 171). Cada enfoque concentra-se exclusivamente em determinadas concepções sobre o que vem a ser a problemática relacionada ao uso de substâncias psicoativas, em diferentes implicações e desdobramentos e possibilidades da atenção ao problema, bem como, suas técnicas de intervenção. Schneider & Lima completam que “a síntese desses saberes e práticas constitui a racionalidade ou sistemas lógicos sob o qual os diversos serviços de saúde se nutrem para a compreensão e intervenção nos fenômenos de saúde/doença” (pg.171).

Desta forma, Pillon & Luis, (2004) elaboraram uma síntese dos modelos supracitados, contendo a concepção do problema e principais pressupostos. Para melhor visualizar os pressupostos centrais e as características desses modelos foi elaborada a Tabela 1.

Tabela 1: Modelos e tratamentos e suas características

Modelo	Psicossocial (Comunidades Terapêuticas)	Modelo biomédico (Clínica)	Sócio Cultural CapsAD
Etiologia	O comportamento é aprendido, a dependências é entendida como a triangulação droga – indivíduo – meio	Fatores biológicos possivelmente genéticos	Fatores ambientais e sociais, enfatiza a função do meio cultural com suas crenças, valores e atitudes
Objetivo do tratamento	O foco da intervenção está interação droga-indivíduo, considerando que a droga exerce uma função na vida do indivíduo.	Abstinência para interromper a progressão da doença	Mudança nas condições sociais, visando a melhora da qualidade de vida e sua integração na comunidade através da estratégia de redução de danos
Vantagens	O sujeito é ativo dentro da recuperação e geralmente tem fácil integração com outros modelos	Sem culpa ou punição	Não tem como foco a abstinência total e visa reduzir os prejuízos causados pelas drogas. É modelo adotado pelo Ministério da Saúde nos Centros de Atenção Psicossocial
Desvantagens	Considera que mudanças nas situações sociais são suficientes para a recuperação	O usuário é isento da responsabilidade nas mudanças. Ignora os fatores psicológicos, culturais e ambientais	Usuários de drogas como as injetáveis não conseguem aderir a estratégia de redução de danos

Adaptado de Pillon & Luis (2004), Rezende (2000) e Schneider & Lima (2011).

A tabela 1 permite identificar a evolução dos modelos e conceitos utilizados pelas instituições que atendem os dependentes de substâncias psicoativas analisadas nessa pesquisa segundo seus objetivos, etiologias além das vantagens e desvantagens de cada modelo.

As instituições de atendimento ao dependente químico no Brasil

Após a análise de trabalhos como os de Schneider & Lima (2011), Schneider (2010), Schneider, Spohr & Leitão, 2006, Rezende (2000) e Pillon & Luis, (2004) foi possível identificar os modelos utilizados pelas instituições de tratamento a dependentes de substâncias psicoativas. Outra análise a partir de documentos como Senado Federal (2011) e Senad (2007) possibilitaram a identificar três tipos de instituições de atendimento ao dependente químico no Brasil que apresentam maior oferta de serviços de atendimento e tratamento: as comunidades terapêuticas, as clínicas e os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD).

As *comunidades terapêuticas* têm seu modelo de atendimento baseado no modelo psicossocial com a compreensão das dependências de substâncias psicoativas para além de variáveis químicas e/ou biológicas, entretanto em algumas instituições esse discurso pode ser associado e utilizado em consonância do entendimento que o fenômeno da drogadição como doença (Schneider, 2010; Sabino & Cazenave, 2005).

Através do enfoque e técnicas psicodinâmicas e comportamentais e dinâmicas de grupo, embasa suas ações da análise do tripé droga – indivíduo – meio, sustentado nas perturbações psicológicas. Sua análise incorpora o tripé: droga – indivíduo – meio, ou seja, segundo Schneider e Lima (2011) a dependência é vista a partir da triangulação

entre o meio social e suas influências sobre o indivíduo, as características intrínsecas das drogas e a dinâmica psicológica do indivíduo atribuindo a esse último um papel ativo no fenômeno das dependências (p. 173) desta forma, pauta suas ações com o foco de suas intervenções na interação droga-indivíduo.

O enfoque desse modelo consiste em modificar a relação do usuário com a substância de uso e dependência para alterar seu padrão de uso objetivando a abstinência, analisando e alterando em suas inter-relações dando ênfase no aprendizado social. Conforme Schneider e Lima (2011) e De Leon (2003) e Edwards (1997), este modelo é amplamente utilizado por comunidades terapêuticas e consultórios psicológicos. Segundo Schneider e Lima (2011), esse modelo vem mesclado com outros, estando presente em quase todos os tipos de serviços.

Já o modelo de tratamento das substâncias psicoativas ofertados pelas *clínicas* surge através do substrato do saber médico e de degenerescência iniciado no século XVII com forte influência do movimento manicomial da Psiquiatria (Pratta e Santos, 2009). Possui enfoque predominantemente biológico às dependências de substâncias psicoativas enfatizando e procurando opor-se ao modelo moral das dependências (Marlatt e Gordon, 1993).

Essa abordagem enfatiza a independência do sujeito, vitimizando o indivíduo na sua relação com a droga que utiliza (Luz e Tesser, 2002; 2008) e descartando diversas variáveis como as relações do indivíduo com as drogas no que toca sua cultura, variáveis ambientais, sociais, econômicas, históricas e políticas (Capra, 1982). Assim, em 1960 as dependências de substâncias psicoativas ganham contornos de transtorno mental com características específicas de doença com a publicação do DSM-I (Manual

Diagnostico Estatístico) pela APA (Associação Psiquiátrica Americana) (Pratta e col., 2009; Caldas, 2001).

A partir disso a dependência é entendida como uma doença crônica, recorrente, de fonte orgânica e, portanto, irrecuperável (Marlatt e Gordon, 1993; Schneider, 2010; Schneider e Lima, 2011), cujas determinantes são colocadas na hereditariedade e/ou em disfunções neuroquímicas (Schneider e Lima, 2011). Para Schneider e Lima (2011) essa visão reforça o entendimento das drogas como entidades patologizantes, capazes de causar e instaurar a dependência nos indivíduos alicerçada no entendimento positivista do fenômeno (p. 172), com características de racionalidade científica com base e alicerce no positivismo, objetiva-se na definição da dependência como uma doença crônica, recorrente, de fundo orgânico e, portanto, irrecuperável, cujas determinantes são colocadas na hereditariedade e/ou em disfunções neuroquímicas (Schneider e Lima, 2011; Milby, 1988).

Tomando como base esse entendimento o tratamento que se segue fica a encargo do corpo médico, consiste basicamente na hospitalização para desintoxicação e tratamento de doenças relacionadas à dependência ou comorbidades, patologias de base que antecedem o desenvolvimento das dependências de substâncias psicoativas, indicando o tratamento psiquiátrico convencional com o uso de drogas psiquiátricas, tratamento não psiquiátrico com clínico geral e terapia de manutenção com opiáceos e terapias antagonistas, cujo objetivo final é o controle neuroquímico. Esta abordagem objetiva também a abstinência (Schneider e Lima, 2011; Milby, 1988).

Segundo Schneider e Lima (2011) esta abordagem é predominante nos ambulatórios médicos, em clínicas e hospitais psiquiátricos e é o modelo com maior incidência de utilização nas unidades básicas de saúde do SUS (Sistema Único de

Saúde) de forma hegemônica e justifica-se pela própria indefinição das determinantes constitutivas do processo das dependências psicoativas (p.172).

Os *Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas* tem como base o modelo sociocultural. Para Milby (1988), o modelo sociocultural apresenta como foco o estudo de diferentes ambientes e situações de vida, os fatores sociais, ambientais, psicológicos e de relações interpessoais que podem desencadear ou facilitar o uso indevido de substâncias psicoativas. Schneider e Lima (2011) completam essa definição indicando que esta abordagem tem como ênfase modificar o padrão de uso da substância, intervindo nas determinantes sociais que levam ao uso abusivo, visando o controle dos danos gerados pelo abuso das substâncias por meio da proposta da Estratégia da Redução de Danos (ERD) (Brasil, 2003; Brasil 2004b).

No que tange a propostas de intervenção diversas ações são utilizadas, passando pelo atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até terapias de grupo ou oficinas terapêuticas, além de atividades de inserção social, oficinas terapêuticas, atividades socioculturais e esportivas e atividades externas (Brasil, 2004b).

O modelo psicossocial ou sociocultural toma como base a reforma psiquiátrica brasileira por meio da lei 10.216 de 6 de abril de 2001 (Brasil, 2004a) sendo modelo adotado pelo Ministério da Saúde para os serviços públicos de atenção integral à dependência de álcool e outras drogas (Schneider e Lima, 2011) que orientam os serviços dos Centros de atenção Psicossociais (Caps).

Para Brasil (2004b):

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (p. 09).

Método

Delineamento

Trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem quantitativa que integra elementos múltiplos incorporados, isto é, com mais de uma unidade de análise que neste trabalho refere-se ao embasamento teórico metodológico dos profissionais que atuam no tratamento da dependência de substâncias psicoativas.

Participantes

Participaram da pesquisa 17 profissionais de três instituições de tratamento a dependência de substâncias psicoativas priorizando aqueles que têm maior contato com os pacientes e que atuem diretamente no processo psicoterapêutico, ou seja, médicos psiquiatras e psicólogos, bem como outros profissionais que consentiram em responder o questionário e de acordo com a disponibilidade de cada instituição) de três diferentes modalidades (Clínica e Comunidade Terapêutica localizadas no município de Curitiba - PR e Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CapsAD) localizado no

município de São José dos Pinhais, localizado na região metropolitana de Curitiba – PR), independente de idade e sexo definidos na ocasião da coleta dos dados.

Local

Comunidade Terapêutica Emaús e Clínica Terapêutica Chiron, instituições situadas no município de Curitiba – Paraná e CAPSad situado no município de São José dos Pinhais – Paraná.

Instrumentos

Os dados foram coletados através de questionário de auto relato formado por perguntas sobre situação socioeconômica, uma questão de associação de palavras relacionadas aos termos “dependente” e “tratamento” de substâncias psicoativas, uma questão sobre as práticas desenvolvidas pelos profissionais entrevistados e uma questão fechada. Esta última de escala tipo Likert variando de 1 a três pontos, sendo 3 igual a concordo, 2 concordo parcialmente e 3 discordo, com intuito de aperfeiçoar o levantamento das informações para os profissionais das instituições participantes da pesquisa.

Procedimentos de Pesquisa e Éticos

Inicialmente através de contato formal com as instituições foi relatado o motivo e os procedimentos de realização da pesquisa e a solicitação da assinatura da carta de autorização (anexo 2). Em seguida o projeto da presente pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética da Faculdade Evangélica do Paraná, protocolado e aprovado sob o número 5716/11 e do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São José dos Pinhais. Após a aprovação foi solicitado às instituições participantes a data e

horário para realização da coleta de dados bem como a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE conforme anexo 3) por parte dos profissionais que responderão o questionário (Anexo 1), respeitando primeiramente a disponibilidade das instituições e dos profissionais para que não interfira em rotinas de atendimento. As identidades foram mantidas em sigilo.

Análise de dados

Os dados relativos à associação de palavras presentes a questão 6 foram categorizados conforme a classificação de Rezende (2000) e posteriormente organizados em gráficos no formato de histograma. Os dados apontam as frequências de associações de palavras que foram citadas pelos profissionais e correlacionadas de acordo com cada categoria. Por exemplo, palavras que tinham conotação moral e/ou religiosa como “perseverança”, “depravado”, “desonesto”, “humildade”, “gratidão”, “Deus”, foram categorizadas como abordagens morais religiosas. Palavras de cunho médico como “doença”, “distúrbio”, “comorbidade”, “psicofármacos”, dentre outras, foram categorizadas como abordagem médica. Após essa análise e categorização foi possível identificar em qual modelo de tratamento cada instituição teve maior frequência de respostas.

Já na questão 8 do instrumento foram apresentadas aos participantes da pesquisa 43 afirmações relacionadas ao tratamento e percepção das dependências de substâncias psicoativas às quais os respondentes teriam que assinalar em cada questão dentre 3 opções de resposta: “concordo”, “concordo parcialmente” e “discordo”. Cada questão foi previamente elaborada e faz referência a um tipo específico de abordagem. Para a

análise desse item foram consideradas apenas as respostas assinaladas como “concordo”. Logo após as respostas foram categorizadas conforme Rezende (2000).

A questão 8 teve questões relacionadas as três categorias / instituições já citadas com a seguinte distribuição de perguntas: 9 questões relacionadas a abordagem médica, 18 relacionadas a abordagem moral jurídica, 3 questões relacionadas ao conhecimento dos profissionais quanto as políticas públicas de tratamento de substâncias psicoativas, 4 relacionadas as práticas profissionais, 3 relacionadas a abordagem sócio cultural, 4 a abordagem psicossocial e 2 relacionadas a abordagem moral jurídica.

Em seguida foi levantado o número de respostas de cada categoria de cada instituição. Por exemplo, a instituição clínica teve 22 frequências de respostas da abordagem médica, sendo 6 profissionais respondentes, teve ainda 37 incidências de respostas dentro da abordagem moral religiosa e assim foram analisadas todas as frequências de respostas dentro das abordagens. É importante citar que o número de questões de cada abordagem foi multiplicado pelo número de profissionais que responderam ao questionário, sendo assim, se foram apresentadas 9 questões de abordagem médica e 6 profissionais responderam o questionário como é o caso da instituição Clínica o número máximo de frequência de respostas para essa abordagem era 54.

Se essa instituição assinalasse todas as 54 respostas possíveis chegaria a 100%, ou seja, todos os profissionais concordam com as afirmações de cunho médico. Essa lógica estende-se as demais abordagens. Em seguida foram calculadas as porcentagem de frequência de respostas de cada categoria. A partir dos resultados obtidos foi elaborada a tabela 6 que indica a maior incidência de respostas quanto a cada categoria de análise.

O restante das questões que foram efetivamente relevantes aos objetivos propostos por essa pesquisa foram analisadas qualitativamente e apresentadas e descritas no formato de tabelas que serão ilustradas na sequência do presente trabalho.

Resultados

A amostra foi constituída de profissionais provenientes de três diferentes instituições de atendimento distribuídos conforme a tabela 2.

Tabela 2: Caracterização da amostra

	CapsAd	Comunidade Terapêutica	Clínica
Profissionais	7	4	6
Total			17

A tabela 2 mostra a caracterização da amostra analisada. Ao todo participaram dezessete profissionais oriundos de três modelos de tratamento distintos sendo estes Centro de atenção psicossocial (CAPSad) com sete participantes, Comunidade Terapêutica quatro participantes e Clínica com seis profissionais respondentes.

A tabela 3 mostra a área de atuação dos profissionais participantes da pesquisa, bem como o quadro funcional das instituições.

Tabela 3: Área de formação e atuação

	CapsAD	Comunidade Terapêutica	Clínica
Medicina	3	0	1
Psicologia	1	3	1
Enfermagem	2	0	1
Serviço Social	1	0	0
Ed. Física	0	0	1
Monitor	0	1	2
Total	7	4	6

É importante salientar que a tabela 3 não reflete o total do quadro funcional das instituições, pois nem todos os profissionais participaram da coleta de dados. A instituição CapsAD teve um número maior de profissionais de nível superior respondentes enquanto a instituição Comunidade Terapêutica teve menos profissionais de terceiro grau respondentes. Dentre as instituições os profissionais da área de psicologia tiveram maior participação dentre as outras áreas de formação.

Foi solicitado aos participantes que escrevessem cinco palavras relacionadas aos termos “tratamento da dependência química” e “dependente químico”. Os dados levantados foram analisados e categorizados conforme as modalidades de tratamento de dependentes de substâncias psicoativas com base no trabalho de Rezende (2000). Os dados dos participantes dos três grupos, CAPSad, Clínica e Comunidade Terapêutica foram comparados a fim de identificar qual o embasamento teórico presente no discurso dos profissionais das 3 instituições.

A análise das associações de palavras apresentadas nas figuras 1 e 2 e mostram os seguintes resultados conforma ilustrada na figura 1 que refere-se ao termo “tratamento”:

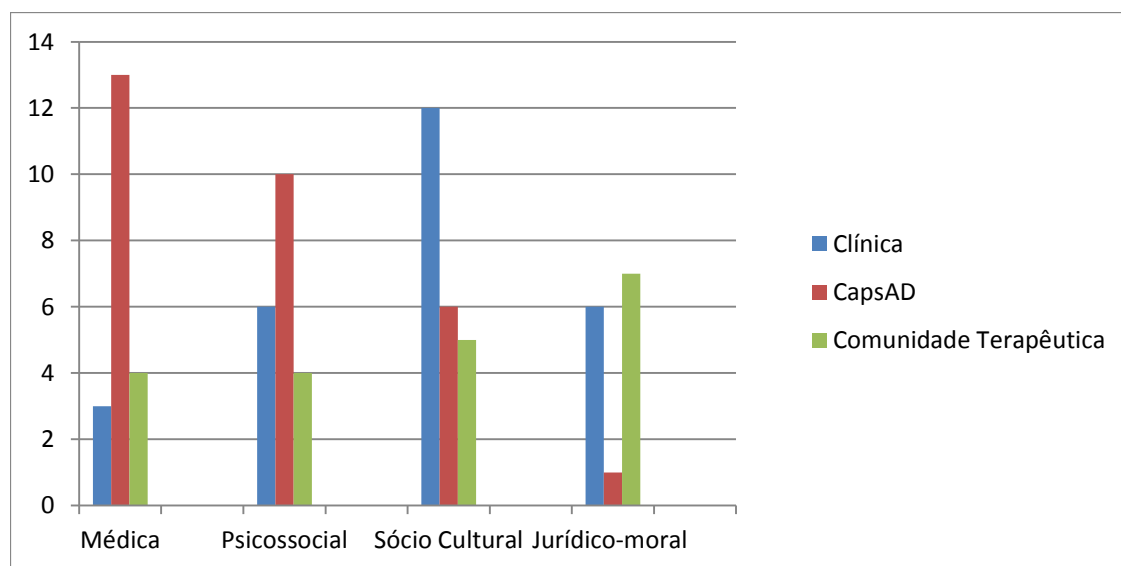


Figura 1: Palavras associadas ao termo “tratamento”

A figura 1 mostra que a instituição clínica teve maior incidência de respostas associadas ao termo “tratamento” dentro da abordagem sócio cultural, porém esta instituição esta dentro da categoria da abordagem biomédica. A instituição CapsAD onde esperava-se respostas próximas a abordagem sociocultural teve seus resultados com maior incidência dentro da abordagem biomédica. A instituição Comunidade Terapêutica teve maior frequência de respostas ao termo “tratamento” dentro da abordagem jurídico - moral quando a literatura aponta que essa instituição em como base o modelo psicossocial.

Quanto às palavras associadas ao termo “dependente” a figura 2 mostra os seguintes resultados:

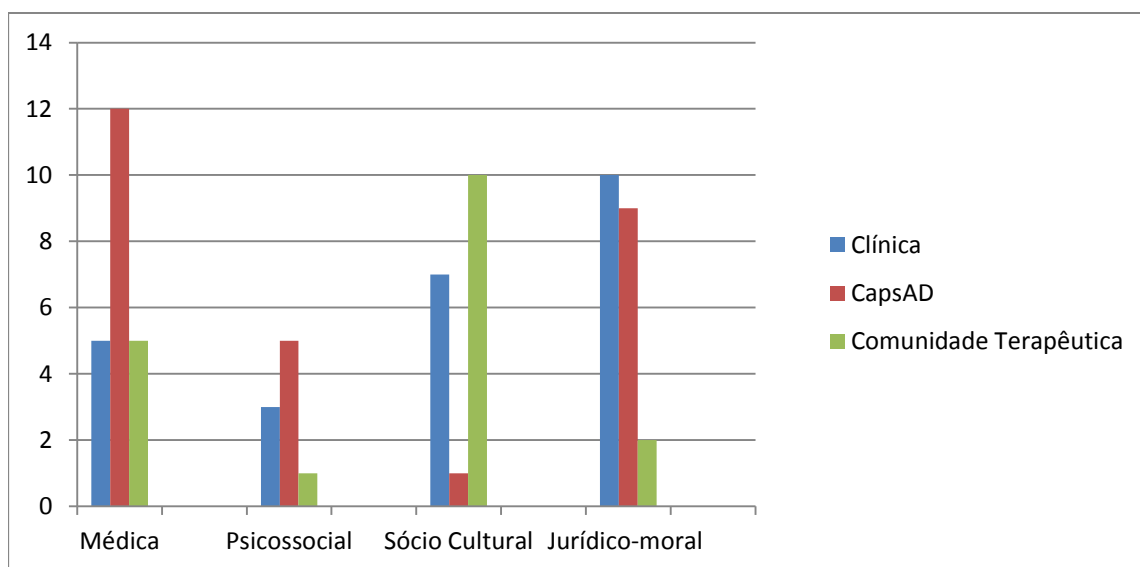


Figura 2: Palavras associadas ao termo “dependente”

Conforme a análise da figura 2, instituição Clínica teve maior incidência de palavras associadas ao termo dependente de substâncias psicoativas dentro da categoria jurídico-moral quando essa instituição tem conotação da abordagem biomédica. A instituição CapsAD teve maior incidência de palavras correlacionadas ao modelo biomédico para o termo dependente de substâncias psicoativas quando essa instituição

tem seu modelo de tratamento dentro da abordagem psicossocial. Já a instituição Comunidade Terapêutica teve o termo tratamento dentro da categoria moral religiosa e o termo dependente dentro da categoria sociocultural quando essa instituição tem o modelo psicossocial como modelo referencial de suas ações.

A tabela 4 apresenta as práticas que os entrevistados informaram efetuar em seu cotidiano de rotinas dentro das instituições:

Tabela 4: Práticas exercidas pelos profissionais.

	CapsAd	Comunidade Terapêutica	Clínica
Psicodiagnóstico	2	2	1
Psicoterapia Individual	0	3	1
Psicoterapia de Grupo	0	3	1
Triagem (admissão)	4	3	0
Evolução	4	4	1
Seminários	4	1	0
Acompanhamento. Familiar	3	3	1
Orientação Familiar	4	3	1
Diagnóstico Diferencial	2	2	1
Outros	0	4	2

A tabela 4 mostra que a instituição CapsAd é a única dentre as três instituições que não oferta em seu tratamento a psicoterapia individual, como também nenhum dos profissionais responderam que utilizam-se de psicoterapia de grupo, estas atividades não apresentam nenhuma frequência de resposta.

É importante salientar que a instituição Clínica pesquisada não possui dentre suas atividades a admissão de pacientes para o tratamento. Como já foi apontado nesta pesquisa isso tem grande relevância, pois a partir da avaliação e diagnóstico desdobram-se as estratégias de intervenção. O critério diagnóstico indica o tratamento mais adequado para cada indivíduo.

Além disso, apenas um profissional (da área da psicologia) da mesma instituição responderam que acompanham a evolução de tratamento dos pacientes, embora um total de seis profissionais estejam implicados no serviço terapêutico, inclusive um médico psiquiatra o que nos leva pensar de que forma seria feita a avaliação de evolução do paciente dentro da proposta terapêutica.

A frequência de respostas quanto a seminários também foi nula. É digno de nota que este aspecto foi citado nas outras instituições que assinalaram essa prática dentro de suas rotinas diárias com o intuito de repasse de informações e conscientização quanto à situação do paciente.

Este profissional da psicologia que atua na instituição Clínica também é o que tem maior contato com as famílias dos pacientes. Dentre as práticas assinaladas como outras estão atividades físicas e psicofarmacologia por parte do Psiquiatra que é o responsável pela elaboração do diagnóstico diferencial.

Já a análise das atividades da Comunidade Terapêutica mostra que os profissionais participantes alteram-se no exercício das atividades previamente indicadas no questionário com exceção do seminário com apenas uma ocorrência. Mais atividades foram indicadas como “Outras” para essa instituição, tais como monitoramento dos pacientes, visitas familiares, atividades não diretamente relacionadas ao tratamento das dependências de substâncias psicoativas e plantões em dias de visitas.

A figura 3 ilustra a frequência de respostas das três instituições quanto à abordagem presentes e coletada na questão 8 do questionário. Essa análise mostra a porcentagem que cada instituição alcançou dentro de cada modelo, lembrando que cada

modelo poderia alcançar 100% dentro de cada uma das 4 abordagens. Os resultados são os seguintes:

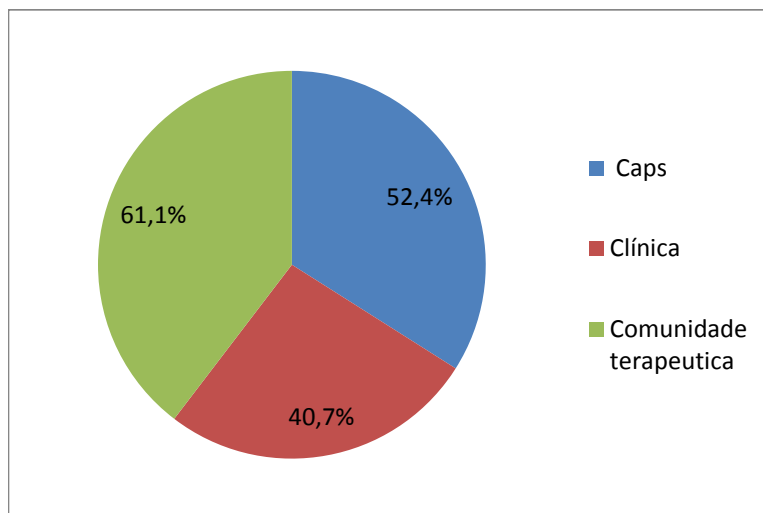


Figura 3: Porcentagem de respostas quanto ao modelo Biomédico

A análise percentual da figura 3 mostra que entre os profissionais das instituições pesquisadas predominam as respostas com da abordagem biomédica. A instituição Comunidade Terapêutica apresenta que o modelo biomédico teve 61,1% de respostas possíveis para essa abordagem, seguida de 50% das respostas dentro da abordagem sociocultural. A instituição CapsAD 52,4% das respostas dentro da abordagem biomédica seguida de 33,3% de respostas dentro da abordagem sociocultural. Por fim a instituição Clínica teve 40,7% de respostas dentro da abordagem biomédica e 37,50% dentro da abordagem psicossocial.

Discussão

Dentre as três instituições participantes da pesquisa, o número de profissionais em cada área de formação profissional que responderam ao questionário foi preponderante para a análise dos resultados, pois pode indicar a prevalência da interpretação dos dados de acordo com cada área de atuação. Na instituição CapsAD um

número maior de médicos (três) participaram da pesquisa, na Comunidade Terapêutica o número maior de profissionais foram de psicólogos (três, sendo que dois deles são os únicos com formação específica para atuar na área). Já a Clínica apenas um profissional de cada área participou da pesquisa. Segundo Schneider (2010):

Qualquer atividade profissional ou organização de serviços tem necessariamente como substrato uma racionalidade teórico-metodológica que norteia sua atuação. Esse substrato, produto específico do processo sócio-histórico de cada época histórica (p. 688).

A mesma autora indica que estas concepções orientam profissionais pacientes o seu entendimento acerca do problema, bem como as possíveis estratégias de intervenção (Schneider, 2010). Nesta linha de raciocínio cada área de atuação profissional possui um substrato de saber próprio e pode confrontar-se com a proposta de intervenção característica de cada modelo institucional. Apesar de estabelecer procedimentos e embasamento teórico e metodológico que orientem suas ações, as práticas das instituições analisadas estão alicerçadas nas concepções de seus profissionais (Marques, 2001).

Segundo Schneider & Lima (2011):

(...) cada modelo ancora-se em diferentes concepções teórico metodológicas sobre o fenômeno da dependência, objetivados em diferentes práticas e discursos antagônicos e, até certo ponto, díspares entre si. Tal disparidade assenta-se tanto na complexidade do fenômeno, cuja essência se constitui a partir do entrelaçamento de inúmeras variáveis e determinantes, quanto na diversidade de formação dos profissionais e agentes atuam na área da saúde (pg. 174)

Os dados analisados mostram que os tratamentos das dependências de substâncias psicoativas dependem primeiramente e fundamentalmente, do conceito de dependências psicoativas adotadas pelos profissionais que estão implicados no serviço e isto pode estar influenciada por de sua assimilação pela cultura e pela política; do tipo de substância utilizada; da motivação e da predisposição biológica do indivíduo (Marques, 2001). Entretanto, estas estão sujeitas as diferentes redes de significações por parte dos mesmos profissionais.

Essa análise corrobora com os dados obtidos nas figuras 1, 2 e 3 que em suas análises indicam uma mistura de modelos e conceitos dentro de cada instituição. Rezende (2000) conclui que as propostas e modelos de tratamento para os dependentes de substâncias psicoativas, geralmente, são procedimentos ecléticos sendo incomum encontrar modelos puros.

Estas diferentes misturas de concepções são um indicativo da falta de critérios e parâmetros objetivos para se caracterizar as determinantes da drogadição e para o estabelecimento de protocolos de atenção e processos de intervenção conforme já foi apontado e discutido na dificuldade em estabelecer uma definição e conceituação de tratamento. Desse modo, embora em termos epistemológicos sejam evidentes as diferenças e contradições entre os diversos modelos, na prática profissional o mesmo não ocorre. A principal questão que se impõe em se tratando dos serviços e dispositivos de atenção à dependência é a mescla de modelos e abordagens em um mesmo lócus de atuação (Rezende, 2003), inviabilizando um discurso coerente e colocando questões para um projeto terapêutico da instituição que garanta a eficácia e eficiência dos tratamentos propostos.

Laranjeira (1996) afirma que não houve avanços no atendimento às dependências de drogas em nosso meio. As formas tradicionais de atendimento, baseadas em hospitais psiquiátricos e clínicas, predominam em relação às intervenções mais precoces e às ações comunitárias, que praticamente não se desenvolveram. Há cerca de três décadas os tratamentos psiquiátricos hospitalares, oferecidos pela rede pública, são criticados pela literatura científica relativa às dependências de substâncias psicoativas. Essa forma de interpretar é muito interessante, pois a análise dos dados sugerem que o discurso dos profissionais estão pareados com as propostas e definições presentes nos instrumentos DSM e CID.

A respeito das dificuldades encontradas nas diversas modalidades de intervenção, Dias (1995) afirma que “a generalização do discurso, dos mais especializados aos menos especializados (do técnico ao voluntário), faz parte da mesmíssima ofensiva obscurantista, que senta à volta da mesma mesa médicos e policiais” (pg. 54).

É digno de nota que as três instituições mostram em seu quadro funcional certa supremacia quanto à área de formação e isso foi mantido na presente pesquisa. O CapsAd tem maior número de médicos que qualquer outra área de formação, a Comunidade Terapêutica um numero maior de psicólogos e a Clínica o mesmo número de profissionais de cada área. Esse aspecto é relevante para analisar os dados já que o presente artigo tem o intuito de apontar qual o embasamento teórico de cada instituição. Isso está de acordo com caracterização da amostra apontada na tabela 2. Diversos profissionais prestam serviços no atendimento à dependência química, porém, o Brasil não possui uma legislação definindo o papel de cada profissional no que diz respeito ao as suas práticas dentro da proposta terapêutica (Ribeiro, 2004).

Isso corrobora com os dados obtidos a partir dos profissionais da Comunidade Terapêutica que responderam que atuar no tratamento das dependências de substâncias psicoativas foi sua primeira opção de trabalho (três dentre quatro profissionais). Destes três, apenas dois possuem especialização específica para atuar na área dentre os 17 participantes. Ochini e Teixeira (2006) relatam que os profissionais que lidam com essa questão hoje não possuem uma formação particular sobre o tema, uma vez que os cursos de graduação, muitas vezes, não apresentam opções nesse sentido.

Quanto a filosofia de trabalho de cada instituição, a Clínica e o CapsAd não instituem nenhum cunho religioso em suas atividades, já a Comunidade Terapêutica tem conotação religiosa Evangélica. Este aspecto pode sugerir uma correlação quanto à opção religiosa de cada profissional e a escolha dos profissionais que vão atuar nas instituições, já que todos os profissionais atuantes na Comunidade Terapêutica corroboram com filosofia e credo religioso da instituição.

Ainda com relação às crenças religiosas a instituição Comunidade Terapêutica tem maior incidência de palavras associadas a “tratamento” na categoria Moral Religiosa. Esse dado pode ser associado quanto à mantenedora da instituição que possui um credo religioso predominantemente Evangélico, enquanto o termo “dependência” teve maior incidência na categoria Sócio Cultural. Este último está em consonância com o embasamento teórico e metodológico em que a instituição situa-se. Rezende (2004) relata que na última década instalou-se uma diversidade de abordagens para tratamentos das dependências. Para se atingir esta meta os mais variados meios vêm sendo adotados, dentre elas a doutrinação religiosa.

A tabela 4 mostra as práticas aplicadas por cada instituição. Um dos aspectos mais relevantes incide no fato de que a instituição Clínica não oferta o serviço de

triagem para admissão de tratamento, ou seja, qualquer paciente que chegar a instituição é admitido para o tratamento sem a filtragem de critérios. Filho e Gorgulho (1996) comenta que o fenômeno da dependência deve-se à droga, ao indivíduo e ao contexto em que se realiza o encontro entre sujeito e droga.

Para este autor, a psiquiatria contemporânea vem se utilizando de um modelo científico positivista das ciências exatas, que frequentemente incorre em simplificações, atualmente inaceitáveis. Ainda segundo o mesmo autor, o modelo biológico de doença pressupõe que o consumo de drogas e álcool, quanto aos aspectos de abuso e dependência, determina uma doença crônica, progressiva e sujeita a recidivas. Este padrão é passível de críticas, por basear-se em modelos genéticos controvertidos, não estar apoiado em uma teoria de dependência e por não abranger grande parte dos casos (Filho e Gorgulho, 1996).

A instituição também não oferece aos seus pacientes seminários educacionais para o repasse de informações pertinentes a sua problemática a partir de literaturas específicas. Entretanto, das três instituições pesquisadas, a Clínica é única que indica o uso de psicofármacos como estratégia de intervenção e atividades físicas em suas atividades. É importante ressaltar que a comunidade Terapêutica oferta serviços de visitas domiciliares para orientação familiar.

Os dados apresentados na figura 3 indicam que a as respostas da instituição Clínica tem maior incidência com relação ao termo “tratamento” na categoria Sócio cultural, enquanto que ao termo “dependente” tem maior incidência na categoria Moral Religiosa conforme em destaque. Isso indica que os significados presentes nos discursos dos profissionais atuantes não está de acordo com os propósitos teóricos e metodológicos ao qual a instituição está engendrada.

Segundo Ribeiro (2004), no Brasil, boa parte dos serviços é organizada única e exclusivamente a partir do empenho e boa vontade dos seus membros acarretando certa limitação dos serviços e desvinculado das necessidades locais, embora a organização desses serviços siga manuais e diretrizes como a Política do Ministério da Saúde para a Atenção a Atenção Integral a Usuários de Alcool e Outras Drogas (Brasil, 2004).

Já a instituição CapsAD tem maior número de palavras com relação ao termo “tratamento” e “dependente” na categoria Médica Farmacológica. Esse dado corrobora com a área de formação da maioria dos respondentes que são médicos, assim como o norteamento teórico e metodológico da concepção.

Considerações finais

Diante da exposição e análise dos dados, ressaltamos que as propostas e modelos de tratamento para dependentes de substâncias psicoativas analisadas não apresentam uma filosofia norteadora de trabalho específica. Incide ainda o fato, como foi apresentado, que a área de formação de cada profissional pode influenciar e contrapor-se a filosofia e ideologia de trabalho de cada instituição analisada, pois cada área do conhecimento parte de um arcabouço teórico metodológico específico. As abordagens dessas instituições estão diretamente ligadas à forma de pensar e entender a origem e evolução da dependência que transita das esferas biológica, psicológica e social até uma origem pecaminosa e de criminalidade conforme afirma Mota (2007).

Conclui-se que os tratamentos ofertados pelas intuições com relação às informações decorrentes dos serviços ofertados são diferenciados e podem gerar mais dúvidas que respostas aos usuários dos serviços, sendo que os tratamentos ofertados

fazem muito mais parte do problema que se reflete em baixas taxas de recuperação do que a solução dos mesmos, conforme afirmam Schneider e Lima (2011):

Diante deste fato há que se questionar se a raiz do problema da efetividade não se encontra nas próprias práticas em saúde que se constituem numa miscelânea de diferentes modelos de análise do fenômeno da drogadição e do emprego de diferentes metodologias de atuação, sustentados em diferentes pressupostos teóricos e epistemológicos (p. 169).

Ocorre que existe um grande numero de indivíduos que retornam ao padrão de uso de substâncias psicoativas após procurar esses serviços de tratamento questionando sua eficácia, dessa forma esta pesquisa também contribui para a ampliação do entendimento de por que o dependente de substâncias psicoativas é marginalizado e considerado irrecuperável.

Pesquisas futuras que visem elaborar uma definição clara e objetiva sobre os termos “tratamento” e “dependência” de substâncias psicoativas em consenso com as diversas áreas do saber (multidisciplinar) com a posterior adequação e definição do papel de cada profissional dentro das instituições guiariam serviços de tratamento mais efetivos, claros e acessíveis a profissionais e usuários. Trabalhos desse caráter traduzidos em políticas públicas podem contribuir significativamente para a eficiência e efetividade dos serviços de atendimento a dependentes de substâncias psicoativas.

Referências

- Brasil (2003). Ministério da Saúde. *Secretaria Executiva Coordenação Nacional de DST e AIDS*. Brasília.
- Brasil. (2004a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. Ministério da Saúde. 2 .ed. rev. ampl.– Brasília:Ministério da Saúde.
- Brasil (2004b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2009). *Deteção do uso de abusivo e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas*. SUPERA: Sistema de deteção do uso de abusivo e dependência de substâncias psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento. Módulo 3. SENAD - Secretaria nacional de políticas sobre drogas, Unifesp: São Paulo.
- Caldas, M.T. (2001). *O tratamento do alcoolismo no Brasil (1º parte)*. Interlocuções, n.1, p. 28-39.
- Capra, F. (1982). *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix.
- Cruz, M.S. (2006). Considerações sobre possíveis razões para a resistência às estratégias de redução de danos. In O. Cirino & R. Medeiros (Org.). *Álcool e outras drogas: escolhas, impasses e saídas possíveis* (v. 1; pp. 13-24). Belo Horizonte: Autêntica.
- De Leon, G. (2003). *Comunidades terapêuticas: teoria, modelo e método*. São Paulo: Loyola.
- Dias, C.A. (1995). Ascensão e queda dos toxicoterapeutas: ou a democracia da mentira. *Lisboa*, Fenda, 1995. 103p.

- Edwards, G. (1997). Comportamento aditivo: o próximo desafio clínico. In: Edwards, G. e Dare, C. *Psicoterapia e tratamento de adições*. Trad. Maria A. V. Veronese. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997, 247p.
- Filho S. e Gorgulho, D.X.M. (1996). Dependência. compreensão e assistência às toxicomanias (uma experiência do PROAD). São Paulo: Casa do Psicólogo, 258p.
- Laranjeira, R. (1996). Bases para uma política de tratamento dos problemas relacionados ao álcool e outras drogas no Estado de São Paulo. *J. bras. Psiq.*, v.45, n.4, p.191-199.
- Laranjeira, R. et al. (Coord). (2003). *CREMESP – Usuários de substâncias psicoativas: abordagem, diagnóstico e tratamento*. 2. ed. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/ Associação Médica Brasileira.
- Luz M, Tesser C. (2002). Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. *Cien Saude Colet*; 7(2):363-372.
- Marlatt, A., Gordon, J. (1993). *Prevenção à recaída*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Marques, A.C.P.R. (2001). O uso do álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e o tratamento. *Rev IMESQ*: (3):73-86.
- Matais, A. e Iglesias, S. (2012, 27 de fevereiro). Auxílio-doença a drogados já preocupa a Previdência. *Folha de São Paulo*. Obtido em: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1053915-auxilio-doenca-a-drogados-ja-preocupa-a-previdencia.shtml>. Acesso em 25 de setembro de 2012.
- Mattson, M.E. (1994). Patient-Treatment Matching. *Rationale and Results Alcohol Health & Research World*, 18:287-295.
- Milby, J. B. (1988). *A dependência de drogas e seu tratamento*. São Paulo, SP: Pioneira.

- Mota, L. (2007). *Dependência química: problema biológico, psicológico ou social?* São Paulo: Paulus.
- Noto, A. R; Galduróz, J. C. F. (1999). O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. V. 4. n. 1. Rio de Janeiro.
- Occhini, M., & Teixeira, M. (2006). Atendimento a pacientes dependentes de drogas: atuação conjunta do psicólogo e do psiquiatra. *Estudos de Psicologia* (Natal), 11, 229-236.
- OEA. Organização dos Estados Americanos (2010). *Avaliação do progresso em controle de drogas 2007-2009*. Comissão interamericana para o controle do abuso de drogas. Secretaria de segurança Multidimensional. Washington – Dc.
- Oliveira, Ingrid Bergma da Silva (2007). *Fenomenologia do tratamento da dependência química*. Dissertação de mestrado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém, PA, Brasil.
- Orsi, Mylène Magrinelli e Oliveira, Margareth da Silva (2006). *Avaliando a motivação para mudança em dependentes de cocaína*. *Estud. psicol.* (Campinas) [online], vol.23, n.1, pp. 3-12.
- Pessini, L. (1999). *Drogas: o holocausto silencioso*. *O Mundo da Saúde*, 23 (1), 3-4.
- Pillon, Sandra Cristina, e Luis, Margarita Antonia Villar. (2004). Modelos explicativos de para o uso de Álcool e Drogas e a Prática da Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* , 12 (4), 676-682.
- Prata, E. M. M.; Santos, M. A. (2009). *O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução*. Brasília: Revista de Psicologia: Teoria e Pesquisa. Universidade de Brasília.
- Rezende. M. M (2000). *Modelos de análise do uso de drogas e de Intervenção terapêutica: algumas Considerações*. *Rev. biociênc.*, Taubaté, v.6, n.1, p.49-55, jan-jul.2000.

- Rezende, M. M. (2003). *Tratamento de dependentes de drogas: alguns apontamentos de experiências brasileiras nas últimas décadas*. In: Rosa, J. T.; Nassif, S. L. S. Cérebro, inteligência e vínculo emocional na dependência de drogas. São Paulo: Vetor, p. 199-212.
- Ribeiro, M. (2004). *Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 26, 50-62.
- Sabadini, M. B. A. (2010). (Tese) *Discursos e atitudes dos profissionais de saúde sobre o uso de álcool e outras drogas/ Health Professionals discourses and attitudes about alcohol and other drugs* Fonte: Sao Paulo; s.n; 2010.
- Sabino, N.M. & Cazenave, S.O.S. (2005). Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Estudos de Psicologia*, 2, 167-174.
- Schneider, D. R. e Lima, D. (2011). *Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde*. Revista PSICO, Porto Alegre, PUCRS, v. 42, n. 2, pp. 168-178, abr./jun.
- Schneider, D.R. (2009). Caminhos epistemológicos na elucidação da loucura. *Caderno Brasileiro de Saúde Mental*, 1(2), 62-76.
- Schneider, D.R. (2010). Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3), 687-698.
- Schneider, D.R., Spohr, B. & Leitão, C. (2006). Caracterização dos serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas na região da grande Florianópolis. *Revista de Ciências Humanas*, Florianópolis: EDUFSC.
- Seibel, S.D. & Toscano Jr, A. (2000). *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu.
- Senad (2007). *Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007: Relatório*. Coordenação Geral Denise Bomtempo Birche de Carvalho - Universidade de

Brasília. Supervisão Técnica Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte - Senad. Brasília:
Secretaria Nacional Antidrogas, 300 p.

Senado Federal (2011). *Dependência química: crack assusta e revela um Brasil despreparado*. Rev. Em discussão: revista de audiências públicas do Senado Federal, ano 2, agosto, n ° 8. Seep: Brasília.

Anexos

Anexo 1

Este questionário tem por objetivo investigar o embasamento teórico / metodológico dos profissionais que atuam no tratamento da dependência química. O pesquisador responsável pela pesquisa é Aislan José de Oliveira, aluno do mestrado em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná. As suas informações serão usadas unicamente para fins de pesquisa e os dados serão tratados com o sigilo recomendado pelo código de ética em pesquisa. Não existem respostas certas ou erradas. Responda às questões com tranqüilidade. Obrigada pela sua participação.

Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		Idade:
Escolaridade:		
Curso de Capacitação (denominação do curso): _____		
1	Intituição: _____	Duração (horas): _____
	<input type="checkbox"/> Superior incompleto,	_____
	<input type="checkbox"/> Superior completo, curso:	_____
	<input type="checkbox"/> Especialização. Área:	_____
Religião:		
2	<input type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> Espírita <input type="checkbox"/> Evangélico <input type="checkbox"/> Outro (a) _____	
	<input type="checkbox"/> Não possui	
3	Tempo de trabalho na área de dependência química (considerar INCLUSIVE o trabalho em outras equipes): _____ ano (s) e _____ meses.	
Trabalhar com dependência química foi sua primeira opção de trabalho?		
4	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Por quê? _____	
Você já teve casos de dependência de substâncias psicoativas de pessoas próximas a		
5	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Escreva 5 palavras que você relaciona à:		
6	Tratamento da dependência química	Dependente químico:
	1 - _____	1 - _____
	2 - _____	2 - _____
	3 - _____	3 - _____
	4 - _____	4 - _____
	5 - _____	5 - _____
7	Assinale as práticas que você utiliza em seu trabalho e escreva para cada uma delas qual é o seu objetivo	
	Práticas	Objetivo
7.1	Psicodiagnóstico	
7.2	Psicoterapia Individual	

7.3	Psicoterapia de Grupo	
7.4	Triagem (admissão para internamento)	
7.5	Avaliação de evolução de tratamento	
7.6	Seminários	
7.7	Acompanhamento familiar	
7.8	Orientação familiar	
7.9	Terapeuta de referência de	
7.10	Diagnóstico Diferencial	
7.11	Outros	

8	Leia atentamente as questões e assinale no campo em branco com um "X" alternativa de acordo com sua opinião:
---	--

Exemplo

EU		Concordo	Concordo parcialmente	Discordo
Exercícios físicos fazem a saúde		X		
EU		Concordo	Concordo parcialmente	Discordo
8.1	Uma pessoa mesmo que use drogas em demasia só é caracterizada como dependente de substâncias psicoativas quando perde sua função social. (Ex: deixa de trabalhar)			
8.2	Eu utilizo instrumentos validados (DSM, CID) como critério para internamento.			
8.3	O (a) dependente de substâncias psicoativas tem como ausência de valores morais compatíveis com a sociedade a qual se encontra.			

8.4	Uma pessoa sob o efeito das drogas tem suas percepções alteradas.			
8.5	O tratamento de um dependente de drogas é o mesmo que o tratamento do alcoolismo.			
8.6	O (a) dependente de substâncias psicoativas é responsável por seus atos.			
8.7	Práticas religiosas diárias afastam a pessoa do uso de drogas.			
8.8	A utilização de medicação no tratamento é o mesmo que substituir uma droga por outra.			
8.9	Todas as minhas atividade na instituição tem embasamento teórico / metodológico			
8.10	Tenho conhecimento das politicas publicas de atenção a usuários de álcool e outras drogas.			
8.11	Sinto-me apto (a) para realizar minhas atividades.			
8.12	O (a) dependente químico (a) é uma pessoa com defeitos de caráter.			
8.13	A melhor estratégia no combate ao uso de drogas é a proibição e repressão.			
8.14	Estou familiarizado (a) com as legislações e politicas de saúde mental do estado.			
8.15	O profissional da Medicina é o mais capacitado a determinar um internamento,			
8.16	O (a) dependente químico (a) é uma pessoa afastada de Deus.			

8.19	O (a) dependente químico (a) é uma pessoa de personalidade fraca.			
8.20	A dependência química e doença progressiva, incurável e fatal.			
8.21	O (a) dependente químico (a) é uma pessoa manipuladora.			
8.22	A dependência química tem sua origem na esfera social.			
8.23	O (a) dependente químico (a) é uma pessoa de vontade fraca.			
8.24	A dependência química tem sua origem no campo psicológico.			
8.25	Recebi em minha formação de base (graduação) treinamento de intervenção psicoterapêutica.			
8.26	A dependência química tem sua origem na esfera biológica.			
8.27	O mesmo tratamento pode ser aplicado a todos os dependentes químicos (as)			
8.28	Para um tratamento ter efeito é necessário considerar a história individual de cada paciente.			
8.29	Estou satisfeito (a) com o resultado do meu trabalho.			
8.30	Sinto-me apto (a) a elaborar diagnóstico sobre o uso de substâncias psicoativas.			
8.31	O tratamento só tem eficácia quando o paciente apresenta motivação para o mesmo.			

8.32	Minha experiência permite minha atuação sem a necessidade de ler literatura específica.			
8.33	O objetivo do tratamento da instituição que atuo, fica claro o início, o desenvolvimento e o fim da proposta terapêutica.			
8.34	Em todas as atividades que exerço ficam claros os objetivos (técnicos e científicos) a serem alcançados			
8.35	Psicoterapia individual é mais eficaz que terapia de grupo.			
8.36	Voltar ao uso de drogas é sempre uma opção da pessoa.			
8.37	Existem diferentes graus de dependência.			
8.38	O (a) paciente que não acredita em Deus tem menos chance de se recuperar			
8.39	No caso de recaída o paciente deve voltar a "estaca zero" do seu tratamento.			
8.40	Em geral o dependente químico tem propensão ao crime.			
8.42	O paciente no uso de medicação está com seu estado psicológico alterado.			
8.43	O tempo de permanência do (a) paciente na instituição que trabalho é suficiente para que se possa elaborar um diagnóstico.			
8.44	Minhas práticas são norteadas pela minha experiência.			

8.45	O (a) dependente químico (a) é fruto do seu meio social (suas crenças, seus costumes, etc.).			
8.46	Em minhas atividades observo o "sujeito" e não um dependente de substâncias psicoativas.			
8.47	O tratamento de dependência de substâncias psicoativas deve ter foco na abstinência.			
8.48	Estou familiarizado (a) com as legislações e políticas de saúde mental do município.			
8.49	As dependências de substância psicoativas são transtorno mental e de comportamento.			

*adaptado de Sabadini (2010).

Anexo 2

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Vimos por meio desta, solicitar sua autorização para a realização da pesquisa intitulada “**concepções de tratamento e de dependente de substâncias psicoativas para profissionais de saúde mental**” de autoria de Aislan José de Oliveira, aluno do curso de Mestrado de Psicologia Social Comunitária da Universidade Tuiuti do Paraná, sob supervisão da Prof. Dra. Roberta Kafrouni, nesta instituição. O aluno poderá ser contatado a qualquer momento pelo número (41) 9987-3233.

Para podermos realizar a presente pesquisa precisamos de sua colaboração autorizando a coleta de dados. Este processo poderá ser interrompido por Vossa Excelência a qualquer momento, sem que isto acarrete em qualquer tipo de prejuízo. Garantimos que não haverá consequências danosas devido à realização de tal coleta de dados. Também não haverá nenhum tipo de prejuízo ou ganho financeiro para os participantes da mesma.

Garantimos o total sigilo aos dados obtidos, assegurando que o tratamento dos mesmos será realizado dentro dos princípios éticos que regem os procedimentos em pesquisa. As informações aqui obtidas serão utilizadas apenas para publicações científicas.

Assumimos o compromisso de apresentar o trabalho final em formato de relatório para Vossa Excelência. Antecipadamente agradecemos a sua valorosa colaboração que contribuirá para o desenvolvimento do conhecimento nesta área e sem a qual este estudo não poderia ser realizado.

Eu, _____, autorizo a coleta de dados desta pesquisa e compreendo que poderei interromper a minha autorização a qualquer momento.

Data: _____

Assinatura: _____

Anexo 3

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “**Concepções de tratamento e de dependente de substâncias psicoativas para profissionais de saúde mental**”, que tem por objetivo “Investigar o embasamento teórico-metodológico dos profissionais que atuam na área de tratamento de dependência química” de autoria do mestrando Aislan José de Oliveira.

Aislan José de Oliveira é aluno do Mestrado em Psicologia Social Comunitária da Universidade Tuiuti do Paraná responsável pela pesquisa e poderá ser encontrado no telefone (41) 9987-3233. Sua orientadora é a professora Dr. Roberta Kafrouni docente do Mestrado em Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná. Para podermos realizar a pesquisa precisamos de sua colaboração autorizando a coleta de dados.

Você poderá interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem que isto lhe acarrete qualquer tipo de prejuízo. Garantimos que não haverá consequências danosas por sua participação na pesquisa. Garantimos o total sigilo aos dados aqui obtidos assegurando que o tratamento dos mesmos será realizado dentro dos princípios éticos que regem os procedimentos em pesquisa. As informações aqui obtidas serão utilizadas apenas para publicações científicas.

Antecipadamente agradecemos a sua valorosa colaboração que contribuirá para o desenvolvimento do conhecimento nesta área e sem a qual este estudo não poderia ser realizado.

Eu, _____, autorizo a coleta de dados desta pesquisa e compreendo que poderei interromper a minha autorização a qualquer momento.

Data: _____

Assinatura: _____

Anexo 4



CARTA DE ACEITE DO ORIENTADOR

CURSO DE MESTRADO

Curitiba, 13 de junho de 2011.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba

Eu, Profa. DRA. ROBERTA KAFROUNI, docente do Programa de Mestrado em Psicologia Social Comunitária da Universidade Tuiuti do Paraná, informo que, após ter analisado a proposta, e o projeto de pesquisa, intitulado “**O embasamento teórico-metodológico dos profissionais que trabalham no tratamento da dependência química**”, aceito orientar e acompanhar a aluno AISLAN JOSÉ DE OLIVEIRA, do referido Programa na condução do projeto de pesquisa para elaboração de Dissertação de Mestrado.

Atenciosamente,

Dra. Roberta Kafrouni
Professora Supervisora
Psicóloga CRP 08/7542

Aislan José de Oliveira
Aluno do Mestrado UTP