



IRMA RIBEIRO DA SILVA ZANINELLI

**ESTUDO DO RELATO DE PSICÓLOGOS SOBRE A PRÁTICA NA
ABORDAGEM DO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

CURITIBA

2012

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

IRMA RIBEIRO DA SILVA ZANINELLI

ESTUDO DO RELATO DE PSICÓLOGOS SOBRE A PRÁTICA NA
ABORDAGEM DO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Dissertação de Mestrado apresentada 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: Qualitativa

Orientadora: Professora Doutora Denise de Camargo

CURITIBA

2012

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.

Ficha catalográfica, disponível na biblioteca [**biblioteca@utp.br**](mailto:biblioteca@utp.br)

Catálogo da publicação

Biblioteca Sidney Lima Santos

Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Zaninelli, I.R.S

Estudo do relato de psicólogos sobre a prática na abordagem do usuário de álcool e outras drogas. Irma Ribeiro da Silva Zaninelli – Curitiba, 2013

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

Área de concentração: Psicologia Social Comunitária

Orientadora: Prof^a Dra^a. Denise de Camargo.

Palavras Chave: Prática do psicólogo, significado, sentido, política pública, droga

Nome: Irma Ribeiro da Silva Zaninelli

Título: Estudo do relato de psicólogos sobre a prática na abordagem de usuários de álcool e outras drogas

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

Aprovada em: 10 /abril/2013

Banca examinadora

Professora orientadora Doutora: Denise de Camargo_____

Instituição: Universidade Tuiuti do Paraná_____

Assinatura _____

Professor orientador Doutor Mário Sérgio Michaliszyn_____

Instituição: Universidade Positivo_____

Assinatura_____

Professora orientadora Doutora Roberta Kafrouni_____

Instituição: Universidade Tuiuti do Paraná

Assinatura _____

“O caminho do objeto até o sujeito e o do sujeito ao objeto, passa através de outro sujeito, em um dado contexto sociocultural”.

(Vigotski, 1984)

LISTA DE ABREVIATURAS

| | |
|--------|---|
| AA | Alcoólicos Anônimos |
| ABS | Atenção Básica da Saúde |
| AC | Agente Comunitário |
| AIDS | Síndrome da Imunodeficiência Adquirida |
| APS | Atenção Primária de Saúde |
| ASSIST | Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (Teste de Detecção do Envolvimento com Álcool, Tabaco e Substâncias). |
| AUDIT | Alcohol Use Disorders Identification Test (Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool) |
| CAGE | Evaluation of a screening test for alcohol-related problems (Avaliação de instrumento de detecção de problemas relacionados ao uso do álcool) |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial (I; II; III) |
| CAPSAD | Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas |
| CEBRID | Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas |
| CES | Conselho Estadual de Saúde |
| CFP | Conselho Federal de Psicologia |
| CID-10 | Classificação Internacional de Doenças |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CEDCA | Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente |
| CONEN | Conselho Estadual de Entorpecentes |
| CONED | Conselho Estadual de Políticas Sobre Drogas |
| CRP | Conselho Regional de Psicologia |
| DM | Doença Mental |

| | |
|---|--|
| DSM-IV | Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4º Ed. |
| DST | Doença Sexualmente Transmissível |
| DUSI | <i>Drug Use Screeenong Inventory</i> - (Inventário de Triagem do Uso de Drogas). |
| ESF | Estratégia de Saúde da Família |
| EUA | Estados Unidos da América |
| GRUPO PELAVIDDA - Valorização, Integração e Dignidade do Doente de Aids | |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| MG | Minas Gerais |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleo de Apoio à Saúde da Família |
| OMS | Organização Mundial de Saúde |
| ONG | Organização Não Governamental |
| PR | Paraná |
| RD | Redução de Danos |
| RT | Residência Terapêutica |
| SENAD | Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas |
| SESA | Secretaria Estadual de Saúde |
| SOVIDA | Associação Solidários pela Vida |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |
| UDI | Usuários de Drogas Injetáveis |
| UNIFESP | Universidade Federal de São Paulo |

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Cartas às Prefeituras Municipais de [REDACTED] solicitando a autorização para a realização da pesquisa

Anexo 2. Carta de Aceite do Orientador do Curso de Mestrado dirigida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Sociedade Evangélica Beneficente de Curitiba

Anexo 3. Declaração da Instituição Co-Participante

Anexo 4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Anexo 5. Roteiro de perguntas norteadoras para as entrevistas

RESUMO

ZANINELLI, I. R. S. (2012). *Estudo do relato de psicólogos sobre a prática na abordagem do usuário de álcool e outras drogas*. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Ênfase em Psicologia Social Comunitária. Programa de Pós Graduação em Psicologia. Universidade Tuiuti do Paraná – UTP. Curitiba (PR) 2012.

Esta pesquisa foi desenvolvida com o objetivo de analisar o relato de psicólogos sobre a prática nas abordagens do usuário de álcool e outras drogas nos serviços de saúde CAPS-AD de três municípios do Estado do Paraná. Faz parte de um conjunto de pesquisas¹ dirigidas ao acompanhamento e avaliação de Práticas da Psicologia que esperam contribuir para a formação dos profissionais neste campo. Foram entrevistados seis psicólogos, cujas entrevistas foram analisados com base no referencial da teoria da subjetividade de Fernando Luiz Gonzales Rey (2003) e nos fundamentos e diretrizes da Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral ao Usuário de Drogas (2004). Foram construídos os seguintes indicadores: Concepção da atuação dos psicólogos; Concepção sobre o usuário; Paradoxo da proposta de ação da P.P.A.D em relação as necessidades da pessoa que busca o Serviço; Psicólogo sobrecarregado e Proposta de política inovadora fraudadas por concepções e práticas superadas. Estes indicadores evidenciam que a prática profissional dos entrevistados é condicionada por fatores econômicos, políticos e culturais presentes nas administrações públicas no Brasil, movidos pelos modelos ideológicos das gestões municipais onde ainda funcionam administrações tradicionais com políticas populistas e clientelistas de assistência, cujos gestores confundem o público com o privado para atender seus interesses e afetos particulares. O estudo revelou que a prática desses psicólogos no Cuidado do usuário de drogas é na perspectiva da clínica de consultório; a não existência da multidisciplinaridade e transdisciplinaridade das atividades da equipe contrariando a lógica da atenção psicossocial; as disputas hierárquicas do saber/fazer fortalecidas nas crenças e valores excludentes; condutas que desconsideram o saber das pessoas da comunidade e suas singularidades; atuação dedicada preocupada e responsável por ação que reproduz concepções superadas e contrárias às diretrizes da P.P.A.D². O trabalho revela a necessidade de aprofundar a formação do psicólogo para atuar na área.

Palavras Chaves Prática do psicólogo, significado, sentido, política pública, drogas.

¹ Faz parte da Linha de pesquisa Fundamentos e Intervenção em Psicologia Social Comunitária inserido no Grupo de Pesquisa: “Comunidade, práticas sociais e formação”.

² P.P.A.D: Política pública do Ministério da Saúde de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas.

ABSTRAT

Zaninelli , I. R. S. (2012). Study report on the practice of psychologists in addressing user of alcohol and other drugs . Dissertation in Psychology. Emphasis on Community Social Psychology Postgraduate Program in Psychology University Tuiuti - UTP. Curitiba (PR) 2012.

This research was developed with the objective to analyze the report on the practice of psychologists in approaches from alcohol and other drugs in health services CAPS AD - three municipalities of Paraná. Is part of a body of research³ directed to the monitoring and evaluation practices of psychology who hope to contribute to the training of professionals in this field. Six psychologists were interviewed, whose interviews were analyzed based on the framework of theory of subjectivity Luiz Fernando Gonzalez Rey (2003), and the foundations and guidelines of political of the Ministry of Health for Integral Attention to the User of Drugs (2004). The following indicators were constructed: Conception about the user, the design performance of psychologists Paradox of the proposed action PPAD⁴ regarding the needs of the person seeking the service; overwhelmed Psychologist and Proposed politic innovative optical designs for fraudulent practices and overcome. These indicators show that the professional practice of respondents is conditioned by economic, political and cultural factors present in public administrations in Brazil, driven by ideological models of municipal administrations which still work with traditional authorities clientelistic politics assistance, whose managers confuse the public with the private sector to meet their particular interests and affections. The study revealed: that the practice of these psychologists in the care of drug users is the perspective of clinical practice, the lack of multidisciplinary and transdisciplinarity of team activities; contradicting the logic of psychosocial care; hierarchical disputes of knowledge / to strengthened beliefs and exclusionary values, behaviors that disregard the knowledge of community people and their peculiarities; worried dedicated and responsible action by action that reproduces overcome and contrary to the guidelines of PPAD conceptions. The work reveals the need for further training of psychologists to work in the area.

Practice Key: Words Psychologist, meaning, sense, public policy, drugs

³ Is part of the Research Line Fundamentals and Intervention in Community Social Psychology inserted into the Research Group: "Community, social and training practices"

⁴ PPAD: Public Policy of the Ministry of the user's comprehensive alcohol and other drugs Health care.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| LISTA DE ABREVIATURAS | 06 |
| LISTA DOS ANEXOS | 08 |
| RESUMO | 09 |
| ABSTRACT | 10 |
| APRESENTAÇÃO | 13 |
| I. INTRODUÇÃO | 15 |
| II. QUADRO TEÓRICO DE REFERÊNCIA | 20 |
| 2.1. Cultura do uso de drogas e dados estatísticos do consumo de drogas no Brasil | 20 |
| 2.2. Modelos de análise e de intervenção do uso de drogas | 22 |
| 2.3. Breve histórico da reforma psiquiátrica brasileira | 24 |
| 2.4. O usuário de drogas, os padrões de consumo e intervenção do psicólogo | 26 |
| 2.5. Fundamentos e diretrizes da política pública de saúde: proposta psicossocial | |
| CAPS-AD | 28 |
| 2.6. Sistema nacional de políticas sobre drogas | 31 |
| 2.7. Estigma, preconceito e discriminação na discussão com a estratégia de Redução de Danos | 32 |
| 2.8. O trabalho do psicólogo: unidade entre a teoria e a prática | 35 |
| III. REFERÊNCIA TEÓRICO-METODOLÓGICA | 38 |
| IV. METODOLOGIA DE PESQUISA | 41 |
| 4.1. A Epistemologia qualitativa como suporte para a metodologia de pesquisa | 42 |
| 4.2. Caminho percorrido na coleta de dados | 42 |
| 4.3. O contexto no qual os psicólogos desenvolvem suas práticas | 43 |
| 4.4. Os participantes | 44 |

| | | |
|-------|--------------------------------|-----|
| V. | ANALISANDO OS DADOS | 45 |
| VI. | DISCUSSÃO DOS DADOS ANALISADOS | 63 |
| VII. | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 81 |
| VIII. | REFERÊNCIAS | 85 |
| | ANEXOS | 95 |
| | ANEXO I | 95 |
| | ANEXO II | 97 |
| | ANEXO III | 98 |
| | ANEXO IV | 99 |
| | ANEXO V | 100 |

APRESENTAÇÃO

Quem fala e de que lugar fala: Irma Ribeiro da Silva Zaninelli, mestranda do curso de Psicologia Social Comunitária. Iniciei minha vida profissional em uma empresa de grande porte, onde permaneci trabalhando por vinte e seis anos. De 1988 até 1995 acumulava à minha função principal a atividade de multiplicadora das ações educativas do Programa de Prevenção às DST/HIV/AIDS no próprio local de trabalho dessa empresa. Naquela época, esta doença imunossupressora era pouco conhecida o que causava temor e estigma, especialmente porque estava ligada à idéia de morte e, além disso, os cuidados e ações restringiam-se a determinados grupos de indivíduos como homens homossexuais, hemofílicos, prostitutas e usuários de drogas injetáveis (UDI).

Atuei ativamente no processo da reforma psiquiátrica no Brasil participando dos espaços políticos na academia; nos fóruns constituídos; nas comissões de saúde e de direitos, entre outros. As questões sobre drogas estavam inseridas no contexto da justiça sustentado na Lei nº. 6368/75 onde o usuário de drogas injetáveis - UDI era “enquadrado” e submetido a uma ordem social de “degenerescência moral” (Carneiro, 2000) juntamente com as pessoas que sofriam de transtornos mentais, portanto, sem nenhum tipo de atendimento especializado ou focado nessa problemática. Durante esse tempo participei de vários conselhos e ocupei outros espaços na militância do controle social e direitos humanos. Em 2001, implantei e coordenei o programa Sentinela no município de Paranaguá/PR, cujas ações são as medidas de proteção especial e enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes, numa perspectiva psicossocial. A importância deste programa é refletida no número de casos registrados sendo que só no ano de 2001, por meio da procura espontânea foram 320 casos de crianças e adolescentes vítimas de abusos e exploração sexual. Destes, pude observar que todos (100%) traziam em seu histórico familiar o uso de álcool e outras drogas.

Observo que em determinadas circunstâncias a forma de atuação do aparato público acaba negando as possibilidades de reconhecimento do usuário de drogas como cidadãos singulares com direito à saúde e a um cuidado efetivo que seja produtor de sentido, das características históricas da humanidade intrínsecas nos processos de significação do usuário de drogas. Diante disso, vejo-me comprometida e compelida em buscar soluções que contribuam para minimizar o impacto do uso de álcool e drogas na vida das pessoas e que se transformaram em elementos da minha reflexão e questionamentos sobre **quais seriam as práticas do Psicólogo nas abordagens do uso prejudicial de álcool e outras drogas?**

I. INTRODUÇÃO

A proposta deste trabalho é refletir sobre a questão do uso de álcool e outras drogas a partir da intervenção profissional do psicólogo que trabalha na política pública brasileira deste enfrentamento e suas circunstâncias complexas, contribuir para a atuação da Psicologia na formação dos psicólogos que atuam neste campo. Deste modo, formulamos como objetivo geral do trabalho analisar os relatos de psicólogos sobre a prática nas abordagens do usuário de álcool e outras drogas, desenvolvida nos serviços de saúde públicos de três municípios do estado do Paraná.

É sabido, historicamente, que o uso de drogas tem determinado as épocas da existência humana em variados contextos das suas relações e se apresenta revestido de inúmeros significados no imaginário social. A Política Pública de Atenção ao Usuário de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde (MS) surge neste contexto como um processo político e social complexo que envolve todos os segmentos representados por diversas instituições nas diferentes instâncias governamental e não governamental e também, nos mercados de serviços de saúde e nas várias categorias profissionais. Trata-se de uma proposta psicossocial que precisa ser assimilada numa perspectiva de trabalho em equipe multidisciplinar a partir da lógica intersetorial.

Em nossa prática como psicólogos, inserida neste contexto, reconhecemos que as características multifatoriais existentes que envolvem o uso de álcool e outras drogas requerem estratégias inovadoras de aproximação com o usuário e seus familiares, com equipamentos e serviços de base comunitária. O nosso interesse de pesquisa no presente contexto está focado na análise dos relatos dos psicólogos entrevistados sobre suas atividades e concepções, cujo material nos possibilita buscarmos: (a) identificar as práticas dos psicólogos nas abordagens do

uso prejudicial de álcool e outras drogas, desenvolvidas nas Unidades de Saúde dos municípios pesquisados; (b) analisar como se dá o desenvolvimento dessas práticas na relação interdisciplinar da equipe nas Unidades de Saúde dos municípios pesquisados; (c) identificar como se estabelecem as relações do psicólogo nas redes sociais existentes, na recuperação e reinserção social da pessoa na comunidade; (d) investigar como são produzidas as conceituações das abordagens do uso prejudicial de álcool e outras drogas relatadas por estes profissionais na relação interdisciplinar; (e) relacionar as diretrizes e concepções presentes nas Políticas Públicas e as práticas desenvolvidas nas Unidades de Saúde dos municípios pesquisados. Buscamos esses dados por considerarmos que eles ajudam a conhecer as práticas dos psicólogos entrevistados e por revelarem como essas práticas se inserem nas escolhas de um modelo explicativo, que se concretiza nas diferentes intervenções junto ao usuário de drogas. Neste sentido, o foco está nas concepções expressas nas falas dos psicólogos.

As diretrizes e concepções presentes nessas Políticas Públicas serviram de referências teóricas norteadoras da análise dos dados. Assim, tornou-se importante identificar os fundamentos que orientam a Legislação e as Políticas Públicas sobre drogas no Brasil sendo que em relação ao psicólogo este novo paradigma implica na sua capacidade de perceber o indivíduo que busca sua ajuda, como sujeito autônomo considerando-o protagonista co-responsável pela produção de saúde de si e do mundo em que vive.

O referencial teórico deste trabalho foi baseado na perspectiva da psicologia Histórico-Cultural, da teoria da subjetividade de Fernando Luis González Rey (2003); nos fundamentos e diretrizes da Política Nacional sobre Drogas e nos conceitos orientadores do cuidado psicossocial da Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas.

A metodologia da pesquisa é de natureza qualitativa e por conta disso, o critério de representatividade da amostragem foi a escolha de sujeitos sociais específicos de uma

categoria profissional, isto é, seis psicólogos entrevistados que nos possibilitaram a incursão na condição de pesquisadoras para compreender o objeto de estudo por meio da identificação e análise com profundidade dos dados não mensuráveis como: sentimentos, sensações, percepções, pensamentos, intenções, comportamentos passados, entendimento de razões, significados e motivações de um determinado grupo de indivíduos em relação a uma questão específica, no caso, o uso de álcool e outras drogas.

Utilizamos como recurso metodológico um roteiro norteador de entrevistas semi-estruturadas para as questões considerando-se os aspectos fenomenológicos a fim de extrair a essência das experiências na prática dos entrevistados. Também, foram coletadas informações acerca dos dados pessoais referentes à formação profissional dos psicólogos entrevistados como: as experiências profissionais, a percepção própria das suas práticas, das formas de cuidado, conhecimento sobre as drogas, trabalho interdisciplinar, clínica ampliada, rede de serviços e política pública sobre drogas. Na medida em que a análise dos relatos acontecia emergiam indicadores referentes à prática dos psicólogos entrevistados que revelaram a forma de abordagens em relação ao usuário de drogas.

Os resultados encontrados possibilitaram-nos conhecer a prática profissional desses psicólogos no cotidiano e situá-la no contexto social e político onde está inserido. A análise revelou que a prática é condicionada por diversos fatores estruturais, políticos e, principalmente, determinadas pela formação profissional desses psicólogos.

Este trabalho está organizado em oito capítulos conforme descritos a seguir: na **Introdução** está o tema do trabalho, o objetivo, a justificativa, a declaração das referências teóricas adotadas e a caracterização da metodologia utilizada.

No segundo capítulo apresentamos o **Quadro Teórico** que serviu de referência para a pesquisa. Os temas tratados aqui foram assim subdivididos: primeiro, a cultura do uso de drogas e os dados estatísticos deste consumo no Brasil; em segundo lugar, os modelos de

análise e intervenção do usuário drogas; então, revisamos a história da Reforma Psiquiátrica no Brasil com o objetivo de compreender os fundamentos da política pública da área da saúde mental onde se inserem as questões sobre drogas; depois, o usuário de drogas, os padrões de consumo e a intervenção do psicólogo; em seguida, ainda na busca de referencia teórica resumimos os fundamentos e as diretrizes da Política de Saúde: Proposta Psicossocial - construção dos CAPS. CAPS AD; mais além, a Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas; trazemos os conceitos de estigma, preconceito e discriminação na discussão com a estratégia de redução de danos e, por fim, trazemos breve conceito sobre a prática e como ela se configura no cotidiano dos psicólogos entrevistados.

O terceiro capítulo traz como informação principal a referência **Teórico- Metodológica**, com o objetivo de explicitar sob qual perspectiva da psicologia estamos observando a prática do psicólogo. Fazemos uma breve referência à Psicologia Histórico-Cultural e aos conceitos de subjetividade, sentido subjetivo e significado, elaborados pela teoria de González Rey (2003).

O quarto capítulo deste trabalho relata a **Metodologia da Pesquisa** e a caracterização dos sujeitos entrevistados. Devido ao compromisso que assumimos de não identificarmos as pessoas entrevistadas fazemos uma superficial caracterização dos municípios, onde os psicólogos entrevistados desenvolvem suas atividades e então relatamos os procedimentos adotados na pesquisa.

No quinto capítulo apresentamos a **Análise das Entrevistas**, em que buscando encontrar as fundamentações teóricas de sustentação da prática dos entrevistados foi possível identificar cinco indicadores.

No sexto capítulo apresentamos as **Discussões dos Dados Analisados**, onde nos foi possível compreender a forma de atuação dos psicólogos entrevistados, no cuidado do usuário de drogas, considerando os elementos que utilizam na ação psicossocial a partir do movimento da

reforma psiquiátrica no contexto do serviço CAPS-AD, e quais argumentos respaldam os seus fazeres.

No sétimo capítulo apresentamos as **Considerações Finais** sobre as práticas do psicólogo e também a finalização da dissertação. Procuramos neste capítulo sintetizar nossa análise tendo em vista que a construção do sentido e significado da prática do psicólogo, de acordo com seus relatos, deve ser considerada a partir do movimento produzido pelas multifacetadas deste processo.

Por fim, no oitavo capítulo são apresentadas as **Referencias Bibliográficas** e em seguida os anexos.

II. QUADRO TEÓRICO DE REFERÊNCIA

2.1. A cultura do uso de drogas e os dados estatísticos deste consumo no Brasil

O consumo de substâncias psicoativas é uma prática inscrita no processo cultural da história do homem. Quando compreendido no contexto de cada época apresenta-se revestido de inúmeros significados no imaginário social. Assim, aparece com significado de cura, de prazer, de elemento ritualístico, de lazer, de enfermidade, de crime, etc. A literatura científica utiliza-se de vários termos para referir à pessoa que faz uso de álcool e outras drogas como **dependente de drogas, dependente químico, drogadito, adicto, toxicômano, usuário de drogas**. Da mesma forma, refere drogas como **substância química ou substância psicoativa e em alguns momentos de entorpecentes ou narcóticos**. Essa diversidade de definição e percepção do mesmo fenômeno revela que a utilização de drogas pode ser compreendida sob diferentes pontos de vista ou modelos de compreensão da realidade.

Carneiro (1994) considera que o fenômeno das drogas na história moderna representa um papel importante de extremo impacto nas áreas econômicas, política e cultural de todas as sociedades e que desde os temperos e das comidas a tese de que “*a droga, como objeto claro e definido, nunca existiu*” (Carneiro 1994, p. 157). Esta afirmativa nos remete à questão de que o termo droga está inscrito na representação social, antes de tudo, como um conceito moral e que se constitui na ausência da racionalidade científica referida, conforme citado por Velho:

“[...] Os debates sobre as drogas estão hoje permeados por um clima altamente emocional, às vezes mesmo truculento. Essa é uma razão fundamental para que tentemos discutir e examinar a questão do uso das drogas através de perspectivas variadas e procurando, através do diálogo civilizado, chegar a algum tipo de

esclarecimento mais racional sobre a questão, que é extremamente complexa, que envolve diversas variáveis e que normalmente – nas discussões que se travam, sobretudo na imprensa - tendem a desaparecer e produzir debates maniqueístas, polarizações que em nada ajudam a uma compreensão mais complexa desse conjunto de fenômenos.” (Gilberto Velho, 1997, p. 61)

Toscano (2001) considera que ao lançar mão do uso de drogas o homem confirma que a droga tem uma presença constante na história da humanidade associada não apenas à medicina e à ciência, mas, também aos prazeres. Para MacRae (2001), o uso de plantas alucinógenas sempre esteve relacionado à vida do homem, por exemplo a papoula, de onde se extrai o ópio, tem propriedades consideradas de uso medicinal, como sedativo no alívio das dores.

De acordo com Sieslki (1999), atualmente a maconha está sendo utilizada em alguns países com restrição medicamentosa, para aliviar os sintomas de enjôo, náuseas e vômitos provocados por efeitos colaterais dos tratamentos como a quimioterapia, em pacientes com câncer.

Segundo o Ministério da Saúde (2010), o tabaco, a princípio só era utilizado pelos povos nativos das Américas e seu uso acontecia em cerimônias religiosas e em rituais de passagem. A percepção de que o cigarro nada mais é do que a planta chamada tabaco, cuja folha é picada e enrolada em papel é hoje considerada simplista.

O Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID (2005) registra que o crack (uma mistura de cocaína e bicarbonato de sódio, aquecida e fumada na forma de pedra) surgiu nos Estados Unidos na década de 1980 em bairros pobres de Nova Iorque, Los Angeles e Miami. No Brasil, o crack tem atingido principalmente os jovens adultos, independentemente de sexo, etnia ou crença. Sendo que em algumas cidades como

São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia existem locais denominados de “Cracolândia”⁵ tamanha foi a sua disseminação. Atualmente, percebe-se a existência desses locais de permanência e consumo de drogas em todas as grandes e médias cidades brasileiras.

De acordo com o IBGE⁶ (Censo de 2010), a população brasileira é de 196.655.014 habitantes e ocupa uma faixa terrestre de 15.735 km e faixa marítima de 7.367 km o que caracteriza 47% do território geofísico da América do Sul e faz fronteiras com dez países. Dentre eles, Peru, Bolívia e Colômbia são os maiores produtores de cocaína do mundo. Também o Paraguai, considerado o maior produtor de maconha do mundo. O Brasil tem sido apontado como produtor indireto da maconha e país de passagem de cocaína boliviana, colombiana e peruana, endereçado à Europa e aos Estados Unidos da América.

Galduróz et. al. (2007), de acordo com os dados do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas, realizado em 2005 pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) apontou que 12,3% das pessoas pesquisadas com idades entre 12 e 65 anos preenchem critérios para a dependência do álcool, e cerca de 80% já beberam pelo menos uma vez na vida.

2.2. Modelos de análise e de intervenção do uso de drogas

Rezende (2000) cita Paixão (1995), que apresenta quatro modelos que denomina de modelos de análise e de intervenção sobre o consumo de drogas e a interação dos elementos da substância como usuário e o contexto. Segundo este autor, cada modelo sustenta-se em

⁵ Cracolândia é uma denominação popular para uma região nos centros da cidade de São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia, onde se concentram grande número de pessoas que usam crack e se desenvolveu intenso tráfico de drogas e prostituição.

⁶ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, é entidade da administração pública federal, criado em 29 de maio de 1936. Está vinculado ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão da União

determinadas concepções sobre o que vem a ser a problemática relacionada ao uso de substâncias psicoativas, suas implicações e desdobramentos, quais sejam: 1) **Modelo Jurídico-Moral** - está fundamentado numa visão dualista da realidade na coexistência de situações opostas e separadas como: indivíduo/droga, legalidade/ilegalidade, finalidade médica/não médica. Essa concepção é definida pelo dualismo do certo e o errado relacionando medidas educativas e repressivas como solução para a questão, onde a droga é concebida como o grande mal a ser combatido, seja do modo jurídico ou moral-religioso, uma vez que lhe é atribuído poderes maléficis capazes de corromper o indivíduo e afastá-lo do “bem”. Segundo MacRae (2008), esta visão define o usuário de drogas como um indivíduo fraco moralmente, pois se deixou levar pelas forças do mal. 2) **Modelo Biomédico** - ou mecanicista tem suas raízes históricas vinculadas ao contexto do Renascimento. Emergiu no século XVII e se alicerçou na ciência e na técnica que foram evoluindo à medida que se desenvolvia o conhecimento do mundo biológico, por meio da observação, classificação e cálculo, bem como, pela construção de instrumentos de apoio técnicos cada vez mais elaborados e sofisticados. Para Rezende (2000), este modelo foi estruturado a partir de alguns princípios norteadores como o biologismo, o mecanicismo (corpo visto como uma máquina), individualismo (sujeitos e suas histórias, tidos como alienados de seus aspectos sociais, psíquicos e políticos, etc.). 3) **Modelo Psicossocial** - propõe que fatores psicológicos e sociais devem ser incluídos junto com as variáveis biológicas na compreensão da doença de uma pessoa, cujos fatores psicossociais podem operar para facilitar, manter ou modificar o curso da doença, onde o indivíduo como agente ativo e a interação droga-usuário é o alvo da observação. 4) **Modelo Sociocultural** - a ênfase é atribuída ao contexto. Conforme Rezende (2000) citando Paixão (1995), a droga adquire significado e importância não tanto pelas suas propriedades, mas pela maneira como cada sociedade define sua utilização e como reage a ela. Nesta perspectiva, a ênfase é colocada no contexto em que se desenvolve o uso e o descontrole

do uso de droga, seja ela lícita ou ilícita onde o indivíduo é concebido como constituído socialmente, cujo meio influencia as suas decisões. A explicação desse modelo justifica a função do meio cultural, por meio das suas crenças, valores e atitudes com relação ao uso de droga psicoativa, em que consideram exercer função importante na determinação do comportamento individual. Assim, conduzem a comunidade ou seus grupos específicos no caminho do uso de drogas ou da abstenção.

Os modelos jurídico-moral e biomédico assim denominados por Paixão (1995) apresentam em suas lógicas uma intervenção a partir de concepções dominantes centradas na noção de doença, com metas estabelecidas para abstinência. A nossa vivência nesta área de atuação nos tem mostrado que essa prática, anterior ao movimento da reforma psiquiátrica, ainda influencia na conduta prescritiva e medicalizante dos profissionais nos serviços que atendem o usuário de drogas, mesmo na perspectiva do atendimento em CAPS-AD.

Nossa percepção é de que o modelo Psicossocial está sendo falado conceitualmente, mas, a sua aplicação junto aos projetos institucional e individual nas ações psicossocial do CAPS-AD ainda está voltada para a meta de que o usuário de drogas deve livrar-se definitivamente do uso de drogas. Em nosso entender, o psicólogo que atua no cuidado do usuário de drogas deve se utilizar dos princípios de liberdade para promover a responsabilização dos usuários sobre o seu uso a partir dos pressupostos do movimento da reforma psiquiátrica brasileira.

2.3. Breve histórico da reforma psiquiátrica brasileira

De acordo com Amarante (1995) na década de 1960, com a unificação dos institutos de pensões e de aposentadoria foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O Estado passa a comprar serviços psiquiátricos do setor privado e concilia pressões sociais com

o interesse de lucro por parte dos empresários. Dessa forma, cria-se uma: “*indústria para o enfrentamento da loucura*” (Amarante, pág. 13).

No Brasil, a psiquiatria democrática de Franco Basaglia⁷ foi inspiradora tanto para protestos quanto à greve dos profissionais ligados à Divisão Nacional de Saúde Mental e dos usuários deste serviço. Os quais denunciam as precárias condições dos pacientes internados e dos profissionais de saúde nos hospitais geridos por este órgão do Ministério da Saúde, surgindo assim o Movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileiro.

Em 1989, o deputado Paulo Delgado apresentou o primeiro projeto de lei nº 3.657/89 sobre a reforma psiquiátrica. É onde se iniciam as lutas nos campos legislativos e normativos, cujo projeto levou doze anos de tramitação, no Congresso Nacional, para ser aprovado somente no ano de 2001, sancionada no País pela Lei nº 10.216.⁸

O Conselho Federal de Psicologia com importante atuação no movimento antimanicomial lança o manifesto “*Em defesa da reforma Psiquiátrica brasileira: contra os elitismos corporativistas e contra a covardia*”⁹, conclamando os diversos atores defensores e participantes da construção da Reforma Psiquiátrica, ressaltando a atuação firme e constante dos movimentos sociais e das entidades profissionais cobrando do poder público seu compromisso com a efetivação de uma Reforma Psiquiátrica verdadeira.

⁷ Franco Basaglia era médico e psiquiatra, precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano, conhecido com a Psiquiatria Democrática. Em 1978, foi aprovada na Itália a chamada "Lei 180", ou "Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana", também conhecida popularmente como "Lei Basaglia", que inspirou os movimentos das reformas psiquiátricas em todo mundo, inclusive o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (Amarante, 1996).

⁸ Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;
<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>

⁹ http://www.pol.org.br/desenvolvimento/manifesto_reforma.cfm

2.4. O usuário de drogas, os padrões de consumo e a intervenção do psicólogo

A Organização Mundial de Saúde – OMS (2005) define substâncias psicoativas (SPA) como sendo aquelas que, em contato com o organismo, alteram as atividades mentais da pessoa. Conforme Carlini (2002), a mesma substância psicoativa pode funcionar como medicamento em algumas situações e como tóxico em outras. Assim, para cada indivíduo, dependendo do contexto, a SPA pode ser inofensiva ou apresentar poucos riscos ou pode assumir padrões de utilização altamente disfuncionais com prejuízos biológicos, psicológicos e sociais. Isso nos remete à reflexão de que a construção da política pública focada nas questões do usuário de substâncias psicoativas é um trabalho essencialmente coletivo e político, dando sentido ao entendimento da representação social como um construto do homem e do mundo comum¹⁰. Ou seja, produto das mãos humanas que faz intermédio entre os seus habitantes e que é comum a todos mas, no qual cada um ocupa um lugar diferente se individualiza e se relaciona com os outros.

Nascimento¹¹ (2006) demonstra a partir de uma análise sobre as formas de descriminalização, biologização e patologização do usuário de drogas, que os prejuízos decorrem da interação indivíduo-droga e se materializam de diversas formas nas esferas afetiva, produtiva, educativa, da saúde ou nas relações sociais.

Segundo Yamamoto (2006), a atuação do psicólogo nas políticas públicas por si só não representa indicador do seu compromisso com o social já que muitas práticas que se intitulam como tal não apresentam mudanças na realidade da vida das pessoas e nem das comunidades.

¹⁰ Arendt (1981) considera que, o entendimento do mundo comum, longe de remeter ao trivial, remete ao local onde a pluralidade manifesta sua riqueza: a possibilidade de, em igual circunstância, os homens poderem se reconhecer, se juntar ou se separar, mas, certamente se relacionar dada a individualidade e a singularidade de cada um.

¹¹ Doutor. Professor Associado do Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento da Universidade Estadual de Londrina. Bacharel em Direito.

Conforme Campos (1994) há um distanciamento dos profissionais entre si e com os usuários dos serviços de saúde, representando a falta de compromisso do profissional com as instituições de saúde com qualidade e humanização¹² das práticas e com o acolhimento e vínculo com os usuários, considerados aspectos fundamentais para a transformação dos modos hegemônicos de fazer saúde para a construção de um novo sistema democrático de saúde.

Vários trabalhos como o de De Micheli e Formigoni (2001), tem demonstrado que as questões relacionadas ao uso prejudicial de álcool e outras drogas é um fenômeno que afeta, além do usuário, os relacionamentos pessoais, familiares, afetivos, entre outros. De acordo com essas autoras, para cada pessoa que faz uso de drogas estima-se que 4 a 5 familiares são diretamente afetados. Temos observado que na maior parte dos casos as instituições e os profissionais que atendem o usuário de drogas, dentro de uma proposta terapêutica multiprofissional, efetivamente não envolvem a família como parte integrante do problema e portanto, a família não é percebida no processo de mudança de saúde.

Conforme Freitas (2005) é importante identificar a relação entre a prática desenvolvida pelo psicólogo nos trabalhos comunitários e os projetos políticos envolvidos, já que essas práticas estão comprometidas com a transformação social e estão implicadas em uma análise crítica e em produção de conhecimento, bem como em formulação de intervenções. Para a autora, cabe aos psicólogos a determinação do compromisso político e adoção de práticas da Psicologia voltadas para as intervenções coletivas com propostas de construção de atores coletivos. Corroborando Freitas, Bock (2003) aponta o caráter ideológico da Psicologia que acompanha as práticas profissionais como a naturalização do fenômeno psicológico,

¹² Concepção de humanismo posta por Freire (1998): “O humanismo é um compromisso radical com o homem concreto. Compromisso que se orienta no sentido de transformação de qualquer situação objetiva na qual o homem concreto esteja sendo impedido de ser mais”.

resultando em uma concepção de universalidade do fenômeno psíquico o que distancia a Psicologia da realidade social, "[...] *os psicólogos não tem concebido suas intervenções como trabalho*" (Bock, 2003, p. 21). Assim, consideramos importante questionar o lugar que a Psicologia ocupa como ciência e que papel o psicólogo desempenha neste cenário onde se observa que o diálogo entre diferentes áreas do conhecimento amplia a compreensão sobre a condição humana dos usuários de drogas como um sujeito singular, porém, sem ter a dimensão de qual processo de constituição que o torna este sujeito tal como é. Esta percepção nos remete à uma concepção de sujeito histórico-dialético pela qual recorreremos à contribuição de Sartre (1979) sobre a sua concepção de sujeito onde o homem é um ser que se constitui ao mesmo tempo como corpo e consciência em que esta só pode ser compreendida como sendo *relação à alguma coisa*, isto é, a possibilidade de estar em relação é do sujeito e não do objeto.

Isso nos leva a pensar que a decisão do sujeito de usar drogas é muitas vezes diferente do que se pode revelar no seu cotidiano, já que para este autor escolher é atuar no mundo o que difere um pouco sobre a questão da “liberdade de escolha” de usar drogas, demonstrada nas concepções moralistas e proibicionistas do uso de drogas.

2.5. Fundamentos e diretrizes da política pública de saúde: proposta psicossocial (Caps-ad)

A constituição Brasileira de 1988 introduziu não apenas um novo modelo para a organização do setor de saúde – o Sistema Único da Saúde (SUS), mas permitiu consolidar a Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990, também chamada “Lei Orgânica da Saúde” que expressa os seguintes princípios doutrinários: universalidade de acesso aos serviços de saúde; integralidade de assistência de formar articulada e contínua; equidade e participação da

comunidade, por meio de representantes de diferentes seguimentos da sociedade. É a tradução prática do princípio constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado.

A Portaria Ministerial n.º 336/GM¹³ (2002) estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são os serviços substitutivos dos hospitais psiquiátricos, e são os responsáveis por organizar a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos municípios. Os CAPS são distinguidos da seguinte forma: **CAPS I** – Serviço de atenção psicossocial, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. **CAPS II** – Serviço de atenção psicossocial, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. **CAPS III** – Serviço de atenção psicossocial, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes. **CAPS i** – Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local atendendo a critérios epidemiológicos. Nesta perspectiva, os CAPS são os articuladores estratégicos desta rede e da política de saúde mental devendo organizar-se na comunidade de modo a atender sem restrições à demanda, sendo o acolhimento e a acessibilidade bons instrumentos para compreender a qualidade e o potencial do serviço. Ou seja, os CAPS devem prestar atendimento de assistência em saúde mental, na lógica de “porta aberta”¹⁴ na sua área de atuação e dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica

¹³ <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>

¹⁴ “porta aberta”, na percepção do usuário do serviço, representa a porta de entrada no sistema, a qual não está fisicamente aberta, como seria no sentido literal da expressão. Deslocada para o sentido figurado. É um mecanismo de retorno às demandas dos indivíduos, tornando o serviço sensível a todos que chegam, independente de terem sido referenciados ou procurado o serviço de maneira espontânea. (Pitta AMF. Os centros de atenção psicossocial: espaços de reabilitação? J Bras Psiq. 1994;43(12):647-54).

conforme sua abrangência e função. Ainda em 2002, o Ministério da Saúde implanta o **CAPS ad II** – Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, nas mesmas características do outras CAPS.

Recentemente, o MS (2011) cumprindo as ações previstas no Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial (2010) publicou a Portaria 3088/2011¹⁵ instituindo a rede de Atenção Psicossocial - RAPS para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas no âmbito do SUS, redefinindo o CAPS-AD 24h (CAPS AD III) e respectivos incentivos financeiros. Esses serviços de base comunitários consistem em espaços onde se devem exercer a função de apoiar, promover saúde e proporcionar a criação de novos vínculos, etc. É algo que pode conferir ao psicólogo uma maneira de sustentar sua prática frente a um fenômeno multidimensional com diferentes conflitos: psíquicos, sociais, legais, materiais, entre outros. Isto é, de qual lugar o usuário de drogas está falando? Qual a sua necessidade? De que “droga” este sujeito fala? Para Ornellas (1999), esses questionamentos estão diretamente ligados aos conceitos, à compreensão e à elaboração dos modos de encarar a saúde, a doença e os cuidados ao longo do contexto histórico.

2.6. Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad¹⁶

No Brasil, a construção de um instrumento nacional de políticas sobre drogas surge a partir dos primeiros movimentos anti-proibicionistas, sendo que as tentativas de se executar uma política sobre o tema drogas vêm de longa data e já teve vários nomes como inicialmente

¹⁵ http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html

¹⁶ Lei nº 11.343 de 23/08/2006, institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

a chamada “Liga Anti-Álcool”¹⁷ e os movimentos “Temperança”, “Pró-Temperança.” depois criou-se a “Lei de Fiscalização de Entorpecentes”, mais tarde foi “Política Nacional de Droga” depois “Política Nacional Antidroga” e atualmente “Política Pública Sobre Droga”.

É uma questão que diz respeito aos diferentes pensamentos teóricos que influenciam os debates que se estabelecem no processo tanto de formulação quanto de implementação desta política. Nesses contrários se encontram atualmente os “Controles Sociais” movimentos sociais possíveis de serem desenvolvidos pelos Conselhos “Antidrogas” ou Conselhos “Sobre Drogas” legitimados nos três níveis de poder (Municípios, Estados e União) onde se inscreve a participação da sociedade civil organizada na arbitragem dos interesses em postos e acompanhamento das decisões segundo os critérios pactuados nas assembléias e conferências.

No cenário atual, a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD, (2010) apresenta uma compilação que inclui tanto as orientações políticas como os mecanismos legais vigentes no país sobre o tema das drogas. Estabelece o marco político e legal que se constituem em uma ferramenta indispensável para todos aqueles interessados em conhecer as diretrizes norteadoras das ações de governo nas áreas de redução da demanda e oferta de drogas. Estas diretrizes estão alicerçadas nos pressupostos básicos dos objetivos da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) contendo cinco eixos de atuação; (1) Prevenção; (2) Tratamento, Recuperação e Reinserção Social; (3) Redução de Danos Sociais e a Saúde; (4) Redução da Oferta – Repressão e (5) Estudos, Pesquisas e Avaliações. Desta forma, em 27 de outubro de 2005 foram firmados os pressupostos em que se destacam: o reconhecimento das diferenças entre os padrões de uso indevido e dependente, e o traficante de drogas; a garantia do direito de receber tratamento a toda pessoa com problemas decorrentes do uso indevido de

¹⁷ Diário Oficial da União - Seção 1 - 12/07/1921, Página 13407. Disponível em: <http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4294-6-julho-1921-569300-publicacao-92525-pl.html>

droga; a priorização da prevenção colocada como sendo a mais eficaz e de menor custo; a adoção das estratégias de redução de danos; e o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) como articulador de estratégias de planejamento e avaliação nas políticas de educação, assistência social, saúde e segurança pública relacionados às drogas. Fica proposta ainda, a criação de uma rede de atenção integral no SUS a construção de malhas assistenciais formadas por dispositivos especializados (CAPS-AD) e não especializados (UBS, ESF HG)¹⁸, bem como o estabelecimento de ações intersetoriais.

Trata-se de um marco teórico-político que rompe com abordagens reducionistas e considera a presença das drogas nas sociedades contemporâneas um fenômeno complexo com implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas; e portanto, não pode ser objeto apenas das intervenções psiquiátricas e jurídicas.

2.7. Estigma, preconceito e discriminação na discussão com a estratégia de redução de danos

Para que se compreenda a lógica da estratégia de redução de danos no atual contexto da atenção à pessoa que faz uso de drogas torna-se necessário rememorar o início dos anos 80, quando o mundo se deparou com o que se transformaria na maior epidemia dos últimos 33 anos, a AIDS. Período em que determinados grupos ou pessoas apresentavam sinais ou sintomas relacionados, principalmente, as algumas condições de saúde, as doenças mentais e uso prejudicial de álcool e outras drogas.

¹⁸ UBS: Unidade Básica de Saúde; ESF: Estratégia de Saúde da Família; HG: Hospital Geral.

Tudo isso ocorreu em meio ao estigma¹⁹, preconceito²⁰ e discriminação²¹. De acordo com Rüsç et al. (2005), no caso do uso de drogas tanto a responsabilidade pelo surgimento do uso como um problema quanto pela sua solução, é considerada como estritamente individual e vista como um problema moral. Assim, o usuário de drogas além do conflito da perda do controle sobre o consumo da droga eleita, carrega consigo o pesado fardo da exclusão provocada pelo preconceito social. Além disso, a idéia de que o usuário de drogas é aquela pessoa humilde, pobre economicamente e que mora nas favelas, desconsidera ou desconhece a realidade das pessoas com nível econômico, sociocultural e intelectual elevado que possuem acesso às informações diversas, mas, estão enfrentando a mesma situação.

Nossa prática, inserida nesse contexto, aponta a indignação moral como um grande obstáculo na relação entre os operadores do cuidado nos serviços de saúde e o usuário de drogas, pelo julgamento de valor que esses operadores expressam sobre o que consideram como comportamento inadequado por carregar o estigma social do “**drogado** ou **viciado, bêbado, depravado, sem caráter**”, etc. Muitas vezes o próprio usuário de drogas injetáveis (UDI) utiliza-se desses termos para si enquanto sofre as consequências, não apenas da discriminação e do estigma, mas também da ação repressiva do aparato jurídico-policial.

¹⁹ Conforme Goffman (1978), o estigma pode ser definido como uma marca ou um sinal que designaria ao seu portador um status “deteriorado” e, portanto, menos valorizado que não se coaduna com o quadro de expectativas sociais acerca de determinado indivíduo e este acaba sendo marginalizado ou excluído de algumas situações sociais, apresentando forte impacto no valor atribuído a uma determinada identidade social. Como característica fundamental, a estigmatização tem como base central sua derivação cultural ou situacional e envolve os seguintes componentes, de acordo com este autor: o reconhecimento da diferença com base em alguma característica distinguível, ou “marca”; consequente desvalorização da pessoa estigmatizada.

²⁰ Preconceito: conceito pré-formado com base em julgamento de valor próprio, geralmente depreciativo sobre as diferenças.

²¹ conduta ou atitude de alienação a tudo o que foge dos padrões de uma sociedade. Principais formas de discriminação: racial, social, religioso, gênero, sexo.

Temos observado também, que na percepção de vários profissionais os usuários de drogas são pessoas complicadas de se lidar, com alto grau de delinquência e que potencialmente mentem e enganam o profissional que o cuida. Essas visões moral e proibicionista sobre o usuário de drogas retardaram as iniciativas da proposta de redução de danos adotadas no Brasil como políticas públicas na área saúde. No entanto, as políticas públicas de redução de danos se constituíram em um conjunto de medidas de saúde pública voltadas a minimizar as consequências adversas do uso de drogas tendo como princípio o respeito à liberdade de escolha, à medida que muitos usuários não conseguem ou não querem deixar de usar drogas.

Pat O'Hara (1994) sustenta que a prática de redução de danos – RD, decorrente do uso de drogas, tem origem no Relatório Rolleston ²² de 1926. Segundo este autor, trata-se de um conceito muito simples e por isso a compreensão do seu significado não requer nenhum conhecimento de ordem científica ou médica:

“[...] na verdade, esses conhecimentos podem mesmo constituir-se em barreiras à compreensão e mesmo trazer à cena fatores que podem complicar o que não é complicado. O conceito, desde que se levem em conta as distinções próprias às diversas culturas, pode ser aplicado em qualquer parte do mundo”. (Pat O'Hare, 1994. pág. 65)

O Brasil é hoje o país onde o movimento de RD se encontra em estágio mais avançado na América Latina. Conforme Gorgulho (2006), esse destaque é resultado da capacidade de articulação e da participação ativa do Brasil no movimento internacional por meio de estudos e pesquisas, divulgação e defesa dessa proposta, publicação de trabalhos, engajamento de organizações governamentais e não governamentais, além da garantia da legalidade destas

²² Relatório do Governo Inglês que contém as recomendações de uma comissão interministerial, presidida pelo Secretário de Saúde da Inglaterra, Sir Humphrey Rolleston, segundo as quais concluíam sobre o emprego de drogas no tratamento de determinados usuários.

ações em nível federal, incluindo legislações específicas aprovadas em alguns estados e municípios.

De acordo com Siqueira e Siqueira (2000), a Política de Redução de Danos baseia-se nos modelos: teóricos sócio-cultural e geopolítico estrutural que consideram a problemática das drogas como uma questão social, cujas intervenções têm por objetivo principal minimizar os efeitos danosos das drogas buscando a melhoria do bem-estar físico e social dos usuários e ajudá-los a atuar socialmente. Nessa abordagem são previstas as realizações de trabalhos de campo nas ruas, em hospitais, em prisões, etc., com a finalidade de tornar mais acessíveis os serviços de saúde inserindo o usuário de drogas como um sujeito de direitos.

2. 8. Atuação do Psicólogo: unidade entre teoria e prática

Partimos da necessidade de construirmos uma breve base conceitual para ajudar na análise das falas dos entrevistados no momento em que focalizam a problemática da relação entre teoria e prática durante a realização das suas atividades no CAPS-AD, por meio de pressuposto que sustentam suas práticas.

Segundo Dimenstein (2001), os psicólogos necessitam incorporar uma nova concepção de prática profissional associada ao processo de cidadania, de construção de sujeitos com capacidade de ação e proposição. Para a autora, só um sujeito situado no seu tempo histórico e em relação aos determinantes culturais, políticos e econômicos que condicionam seu modo de estar no mundo poderá transformar, desejar e ousar a mudança, sair do conformismo e reverter a lógica que sustenta o imobilismo, isto é, comprometer-se, ser um ser da práxis.

Acreditamos que a Psicologia, como uma ciência relevante nas questões de saúde precisa reformular suas ações tradicionais muitas vezes fundamentadas numa perspectiva prática clínica desarticulada da lógica psicossocial para atender a necessidade do usuário de

drogas. Por isso, torna-se importante que haja por parte desses profissionais de forma mais abrangente um reconhecimento de instrumentos e ferramentas teóricas integradas com o trabalho multidisciplinar. Entendemos que o profissional que se utiliza da técnica pela técnica no seu trabalho, as suas atividades redundam em um fazer repetitivo e nostálgico levando-o a uma atitude indiferente frente o seu trabalho. Neste sentido, recorreremos à afirmativa de (Zocche, 2006, p. 25) a qual refere que se trata de: “dessensibilização gerada pela incapacidade de compreender e identificar a importância do seu fazer na equipe de saúde”

Wenger (1998), afirma que o conceito de prática não implica dicotomia entre prática e teoria, além do que esta pode ser definida dentro de um contexto ou local onde se desenvolve, negocia e se compartilha o modo de viver no mundo (e com o mundo). Portanto, viver conforme essa conceituação é um processo contínuo de negociação de significados. É ao mesmo tempo pessoal e social, cujo processo combina o fazer, falar, sentir e pertencer. Envolve o indivíduo na sua totalidade incluindo o corpo, a mente, as emoções e relações sociais. Lave e Wenger (2002) defendem que a aprendizagem não deve ser vista apenas como um processo mental, mas, como algo que decorre da participação em práticas sociais. Inclui não só uma relação com atividades específicas, mas uma relação com as comunidades sociais implicando ao indivíduo tornar-se um participante pleno. Neste sentido, a aprendizagem implica tornar-se capaz de se envolver em novas atividades para realizar novas tarefas e funções para dominar novos entendimentos.

Vázquez (2007) considera que a atividade humana deve necessariamente, colocar-se em prática, cujo cumprimento exige um conhecimento prévio sem os quais não poderia alterar ou destruir certas propriedades da matéria, na qual o sujeito age e que existe independentemente de sua consciência e da atividade subjetiva que o criou. O autor refere que nesse movimento ao operar o processo saúde-doença, concomitantemente o homem transforma-se a si mesmo, pois segundo este autor:

“[...] Se o homem aceitasse sempre o mundo como ele é e se, por outro lado, aceitasse a si próprio em seu estado atual, não sentiria a necessidade de transformar o mundo nem de, por sua vez, transformar-se.” (Vázquez, 2007, p.224).

Ainda conforme Vázquez, a teoria em si não transforma a realidade, mas contribui para sua transformação quando sai de si mesma e materializa-se por meio de uma série de mediações. Consideramos que o contato do profissional com o usuário de drogas no espaço social do CAPS-AD e de outros espaços que o cuidado requer é de fundamental importância, na medida em que há diferentes complexidades que envolvem as necessidades do usuário de drogas como as condições socioeconômicas e históricas que mobilizam diferentes áreas do conhecimento.

Da mesma forma, no processo do novo paradigma da saúde mental com enfoque na complexidade do consumo de drogas parece-nos impossível pensar em práticas de psicólogos que não estejam comprometidas com a realidade local na lógica da territorialidade, haja vista que o psicólogo que atua num serviço público como o CAPS-AD deve realizar seu trabalho a partir de uma prática apreciativa com ação facilitadora dos processos de desenvolvimento do sujeito usuário de drogas para que este seja capacitado de poder e de controlar suas circunstâncias de vida.

III. REFERÊNCIA TEÓRICO-METODOLÓGICA

Desde o início da nossa trajetória percorrida no mestrado encontrar os referenciais teórico-metodológicos que mais se adequassem ao tema proposto representou-nos um desafio. O direcionamento da pesquisa foi sendo determinado pela motivação da nossa experiência subjetiva que constituiu o impulso inicial para realização deste estudo e na busca de subsídios teóricos e metodológicos para abordarmos o problema de pesquisa optamos pela perspectiva teórica da Psicologia Histórico-Cultural, na compreensão dos conceitos de subjetividade, sentido subjetivo e significado, elaborados pela teoria de Fernando Luis González Rey (2003). Procuramos assim, entender as características simbólicas que norteiam a prática do psicólogo contextualizando sua atuação no campo da psicologia social e comunitária em uma instituição pública da atualidade da área da saúde, com as políticas públicas que atendem o usuário de drogas.

As significações histórico-culturais e o sentido pessoal como um dos fenômenos psíquicos decorrentes do processo de apropriação que se estabelece entre o indivíduo e a sociedade, mediado pela cultura e compreendido como uma coletânea do processo de humanização é, portanto, produtos e produtoras de uma manifestação sócio-histórica determinada. González Rey (2003) refere que o conceito de subjetividade é definido como um macro-conceito que integra os complexos processos e formas de organização psíquicas envolvidos na produção de sentidos subjetivos, sobre sistemas simbólicos e emoções que expressam na sua singularidade, o encontro de histórias de instâncias sociais e sujeitos individuais com contextos sociais e culturais multidimensionais que se constitui pelas e nas relações sociais que estabelece na rua, na família, na comunidade e na sociedade mais ampla por meio das quais se diferencia se identifica e se constitui enquanto sujeito.

Portanto, a subjetividade é constituída por fatores internos e externos em que a forma de o indivíduo se perceber está relacionada com o modo como os homens estabelecem as relações sociais, em um contexto específico decorrente de condições histórico-sociais.

Ressaltamos a importância da prática do psicólogo neste contexto como ator histórico que constitui e é constituído nos diversos espaços sociais em que atua, como um sujeito que possui ação/energia/intenção singular atrelado ao mesmo tempo à sua existência social.

Assim, consideramos que o lugar de sujeito do psicólogo na execução das ações da “Política Pública de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas” implica no conhecimento dos fundamentos psicológicos que sustentam essa política pública, por meio de uma prática profissional respaldada nas concepções de homem como sujeito histórico-cultural; de que o indivíduo e a sociedade são integrantes de um mesmo sistema complexo auto-regulado; e da unidade dialética entre indivíduo e sociedade.

Para González Rey (1999), a subjetividade pode ser percebida tanto como teoria quanto como categoria. Enquanto teoria refere à representação da psique que se expressa por meio de um conjunto de categorias como: subjetividade, sujeito, configuração subjetiva e sentido subjetivo como sendo a organização dos processos de sentido e de significação, que se articula entre o social e o individual no psiquismo humano, cujos processos surgem e se organizam de diferentes formas e em diferentes níveis no sujeito e na personalidade, assim como, em diferentes espaços sociais em que o sujeito atua. Sendo definida da seguinte forma:

“[...] A subjetividade é um complexo e plurideterminado sistema, afetado pelo próprio curso da sociedade e das pessoas que a constituem dentro do contínuo movimento das complexas redes de relações que caracterizam o desenvolvimento social.” (Gonzalez Rey 2003, p.202-203).

Entendemos que a subjetividade nos permitiu engendrar a análise do estudo dos relatos das práticas dos psicólogos entrevistados, onde obtivemos como resultado inúmeros processos

decorrentes do sentido subjetivo da relação entre o psicólogo e o sentido subjetivo do usuário de drogas que busca este serviço. Isso nos leva a crer que a atuação do psicólogo frente ao desafio posto pelas necessidades apresentadas pelo usuário de drogas sofre a influência de um conjunto de emoções e processos simbólicos, constituídos por diversas experiências ao longo de sua história e pela sua prática profissional, conforme afirma o autor:

“[...] Compreender o sujeito significa visualizar sua interação com os outros e com o mundo, em oposição ao reducionismo da ciência” (Gonzalez Rey, 2005, p.75).

Nesse sentido, o psicólogo ao exercer sua prática com o sujeito usuário de drogas deva ter perspicácia para perceber qual concepção de indivíduo passa pelo que nele há de contraditório, que é o resultado da sua ação como sujeito e dos reflexos da sua história de vida; de como tudo isso surge na subjetivação da relação psicossocial com subjetividade do usuário; de que esteja envolvido em um processo que lhe dê a liberdade de desenvolver seu potencial criativo; de que seja capaz de buscar rupturas com vários aspectos da vida profissional; de estar comprometido com uma prática profissional, crítico da realidade em que se insere.

IV. METODOLOGIA DE PESQUISA

4.1 A Epistemologia Qualitativa como suporte para a Metodologia de Pesquisa

O conhecimento em pesquisa é uma produção humana e não algo que está pronto para ser apreendido pelo pesquisador, tal como uma realidade ordenada de acordo com categorias universais. Nesse processo a ação do pesquisador é constituída de vários determinantes que promovem a emergência de zonas de sentido definida por González Rey (1997). De acordo com este autor, a proposta da Epistemologia Qualitativa está orientada para a compreensão dos aspectos subjetivos que vão surgindo no processo metodológico da pesquisa com princípios fundados em três atributos essenciais:

(1) O caráter construtivo-interpretativo do conhecimento, que significa compreender o conhecimento como produção e não como apropriação linear de uma realidade. O conceito “zonas de sentido” traz um momento de confronto, diálogo e contradição entre a teoria e a expressão dos processos estudados. Não é uma condição de verificação do conhecimento mas sim, possibilidades produzidas na pesquisa que não esgotam a questão.

(2) A atenção ao estudo no processo de legitimação do singular está implicada na concepção da pesquisa como produção teórica sendo a real teia de fundo da pesquisa. A teoria é viável, na medida em que acompanha o diálogo constante com as formas em que surgem como manifestação empírica em relação ao processo estudado.

(3) O caráter dialógico aparece como um atributo essencial da pesquisa. Os processos subjetivos complexos vão surgindo à medida que os sujeitos estudados se expressam por meio da sua implicação pessoal aparecendo na pesquisa através das suas próprias construções. E, à medida que avançam se enriquecem no diálogo permanente com o pesquisador e no próprio diálogo dos sujeitos pesquisados.

Dessa forma, como sujeitos ativos implicados no processo de conhecimento nós utilizamos a metodologia qualitativa, por considerarmos ser a mais adequada para apreendermos as dimensões do significado nos relatos das práticas de prevenção dos psicólogos na abordagem do uso drogas desenvolvida nas unidades de saúde dos municípios pesquisados. Compreendemos que a metodologia qualitativa é o caminho ideal para conhecer o significado e o sentido das falas, vivências, valores, percepções, desejos, necessidades e atitudes dos entrevistados levando-se em conta suas complexidades e particularidades.

Segundo González Rey (2005), a organização subjetiva presente em todo tipo de comportamento ou expressão humana é para o pesquisador um campo considerado complexo, uma vez que cada ser é único impossibilitando a geração de um conhecimento que seja caracterizado como universal. Nesse sentido, há necessidade de o pesquisador estar envolvido com a linha teórica para poder reconhecer e formular a teoria que emerge da coleta e análise dos dados do que realmente está acontecendo, e manter-se acessível e livre de expectativas que possam remeter a uma conduta preconceituosa que interfiram neste processo para além dos dados apresentados.

Nesta pesquisa não objetivamos alcançar a generalização, mas sim o entendimento das singularidades, e principalmente, conhecer o relato da prática contextualizada dos psicólogos entrevistados.

4.2 Caminho Percorrido na Coleta de Dados

A pesquisa foi desenvolvida nos serviços de atenção psicossocial que atendem pessoas usuárias de drogas - CAPS-AD de três Municípios do Estado do Paraná. Utilizamos para obtenção de dados as entrevistas individuais que seguiram um roteiro semi-estruturado.

O passo inicial foi enviar uma carta para as prefeituras dos três municípios solicitando

autorização para realização das entrevistas com os psicólogos do serviço estudado. Em seguida, os responsáveis pelos serviços de saúde indicaram os profissionais que poderiam participar da pesquisa. Os psicólogos contatados que concordaram em participar do estudo atuam no manejo da prevenção e do cuidado dessa população.

Cada um destes profissionais foi identificado por um codinome de flor para assegurar o anonimato e manter sigilo e as entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos psicólogos entrevistados. Todos os psicólogos entrevistados foram informados do propósito da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Anexo IV). As entrevistas duraram em torno de 1h00 e foram gravadas.

A finalidade das entrevistas era conhecer a prática dos psicólogos dentro de um contexto institucional contendo uma demanda específica de trabalho e como estes profissionais dialogam com as políticas públicas afins, na perspectiva comunitária. Nesse sentido, as questões propostas para o roteiro da entrevista originaram-se dos aspectos definidores das políticas públicas sobre drogas, dos objetivos delineados na pesquisa e da nossa prática profissional.

O roteiro das entrevistas revela nossas questões norteadoras que foram: 1) o papel do CAPS e a concepção da atuação do psicólogo em relação ao uso de álcool e outras drogas; 2) conceito do usuário e de dependência; 3) capacitação dos profissionais e resistência; 4) trabalho em grupo e trabalho multidisciplinar; 5) o reflexo do uso alguns de instrumentos no processo terapêutico; 6) forma de registro das atividades; 7) conhecimento de novas práticas; 8) contribuição da Psicologia para a política de álcool e outras drogas.

4.3 . O Contexto no qual os psicólogos desenvolvem suas práticas

Os municípios objeto da pesquisa possuem população entre 100 e 200 mil habitantes, cujas prefeituras, por meio de suas secretarias municipais de saúde dispensaram o apoio logístico necessário para a realização das entrevistas. Em dois destes municípios as entrevistas foram realizadas nos respectivos espaços do CAPS-AD. O terceiro município, por não possuir este equipamento de saúde o atendimento do usuário de drogas estava sendo executado por contratação de serviço através de ambulatório de Psicologia e também pelo Centro Psiquiátrico Metropolitano do Estado (CPM).

4.4 . Os Participantes

Os profissionais entrevistados para este estudo foram seis psicólogos que atuam na área da saúde dos seus municípios. Possuem idade variando entre 25 e 42 anos. São dois homens e quatro mulheres. Suas experiências profissionais oscilam entre 2 e 16 anos e suas práticas em CAPS-AD variam de 2 meses a 6 anos.

Para manter o sigilo dos participantes e locais, conforme os contratos realizados para obtenção da autorização da pesquisa, não identificaremos os municípios estudados.

Sugerimos aos participantes que escolhessem nomes de flores para serem identificados na pesquisa. Assim, os nomes escolhidos foram: Lírio, Violeta, Cravo, Crisântemo, Rosa e Margarida.

V. ANALISANDO OS DADOS

Para realizarmos a análise dos dados das entrevistas nos orientamos pelas discussões trazidas nos capítulos teóricos, cujo tratamento dos dados teve como referência aspectos relevantes observados na nossa prática relacionando os temas que respondiam às nossas questões orientadoras com os temas emergentes que geravam algum significado para o conhecimento da prática do psicólogo.

No decorrer das leituras das entrevistas os novos temas identificados foram sendo relacionados e aproximados com os temas anteriormente destacados formando indicadores, isto é, uma construção capaz de gerar um significado pela relação que o pesquisador estabelece entre um conjunto de elementos que, no contexto do sujeito estudado permite formular uma hipótese. O indicador se torna possível graças à síntese entre o empírico, o teórico e o observado. (González Rey (2002).

Desta forma, construímos os seguintes indicadores: (1) Fiscalizador/controlador/Prática clínica individualizada que compõe a **Concepção da atuação dos psicólogos entrevistados;** (2) Negação da pessoa singular/Naturalização da adolescência/Naturalização do usuário de drogas/sujeito tutelado que compõe a **Concepção do usuário expressa pelos psicólogos entrevistados;** (3) Valorização da droga e negação da configuração singular do sujeito que procura o serviço que caracterizou o paradoxo entre o que propõe a P.P.A.D, a prática do psicólogo e as necessidades da pessoa que procura o Serviço, compondo assim o **Paradoxo da aplicação da P.P.A.D;** (4) Divisão do tempo entre o atendimento e gerência que compõe o **Psicólogo sobrecarregado;** (5) Proposta de política inovadora fraudada por concepções e práticas superadas que formam **Novas políticas e velhas práticas.**

OBS.: Na análise das entrevistas transcrevemos em *itálico* os trechos das falas dos psicólogos entrevistados que constituem os indicadores. O recorte de frases descontextualizado da

entrevista tem a função de marcar o indicador, e apoiar a análise. Apesar de apresentarmos neste estudo apenas pequenas frases das entrevistas dos psicólogos, reafirmamos que a interpretação e a formação dos indicadores partiram das falas completas no contexto da entrevista inteira e têm como referência a psicologia histórico-cultural e as diretrizes da Política Pública de Álcool e Drogas.

1. Fiscalizador/controlador/Prática clínica individualizada que compõe a **Concepção da atuação dos psicólogos entrevistados.**

(Lírio)

“Se trata através do vínculo... Não tratamos, damos suporte. Faz trocas, a partir da aceitação da pessoa, algo que ele não tem fora ele começa a se fortalecer e a constituir sua abstinência. Porque ele passa por alguém que acredita nele... Chamar pelo nome,... eu acredito,... eu vou com você”.

A fala de Lírio revela que para ela o conceito de vínculo terapêutico é o aspecto mais importante da relação com o usuário. O vínculo é o estabilizador para a abstinência. Sugere que o vínculo estabelecido com ele, terapeuta, é o substituto do vínculo com a droga.

De acordo com Scarpato, (2001) a relação terapêutica consiste em um espaço singular de abertura protegida pelo vínculo que propicia um ambiente favorável para enfrentar as muitas adversidades, para suportar níveis altos de angústia e falta de sentido.

Em relação à utilização de instrumento²³ Lírio relata:

“... quando você começa com um instrumento a minha sensação é que a gente começa a perder o usuário. Ele não tem paciência... Parece que ele começa a ficar incomodado com isso... parece que começa a ficar impessoal, entende?... E até porque a gente começa a falar daquilo que dói nele ... né... quantas vezes você bebe por dia...”

²³ Instrumentos que auxiliam na detecção dos problemas decorrentes do uso de drogas. Possibilita fazer intervenções preventivas. Existem alguns instrumentos já validados no Brasil . Ex.: **CAGE; AUDIT; ASSIST.**

Revela-se nesta fala a sua dificuldade em aplicar os instrumentos de avaliação do uso de droga e expressa a sua percepção que essa aplicação afasta o usuário por prejudicar o acolhimento para as questões do sujeito. Sua fala evidencia que estes instrumentos de avaliação são frequentemente utilizados de forma inadequada colocando em prejuízo toda uma proposta terapêutica de atendimento ao usuário. No entanto, não questiona os instrumentos, mas, a forma de sua aplicação valorizando o instrumento e sugerindo que os aplicadores deveriam ser treinados.

Na perspectiva de De Micheli e Formigoni (1997), ao escolher um instrumento a ser utilizado é preciso levar em conta a sua tradução e validação em nosso contexto (Brasil). A tradução feita pelo pesquisador, mesmo que com bons conhecimentos da língua original na qual foi concebida a escala deve ser complementada por revisão cuidadosa. Pois trata-se um procedimento complexo e deve levar em consideração as variáveis culturais envolvidas. Cabe lembrar que a área de distúrbios por uso de substâncias psicoativas é bastante suscetível a essas variáveis.

(Crisântemo)

“A minha abordagem é sobre a análise do comportamento, cuja filosofia é o comportamentalismo radical.. Atuo atendendo pessoas que são produtos de sofrimento psíquico grave, severo, persistente e também dependência ao álcool e outras drogas...”

“... a prática mais utilizada por mim, no tratamento com essas pessoas é conduzindo a análise”.

Em relação à concepção da atuação do psicólogo Crisântemo é o único dos entrevistados que apresenta um relato coerente com os fundamentos de uma das perspectivas da Psicologia.

De acordo com Skinner, (2006) o comportamentalismo radical é a filosofia de uma ciência do comportamento tratado como objeto de estudo em si mesmo separado das explicações internas, mental ou fisiológicas, isto é, o comportamento é um campo de estudo

em si mesmo. Conforme Skinner, embora haja interação entre as bio/fisiológicos/neurológicos essa relação não é de causalidade.

Bucher (1992) ressalta que a ênfase é na capacidade do indivíduo desenvolver autocontrole sobre seu comportamento. As técnicas são oriundas de diversas disciplinas de observação do comportamento e da psicologia experimental. Assim, a abordagem comportamental foi alvo de atenção de amplos setores dos poderes públicos por apresentar-se como mecanismo eficaz de repressão e controle do uso de drogas, sendo consideradas capazes de substituir os tratamentos tradicionais da psiquiatria.

Em outro momento, Crisântemo expressa:

“... é só do... da forma de se tratar. A família sente muita dificuldade em entender ainda o usuário de drogas. Do álcool nesse caso tem dificuldade em aceitar que essa pessoa precisa de uma rede de apoio”.

O entrevistado revela em sua fala uma prática de intervenção em que demonstra ao usuário os aspectos nocivos do uso da droga e as consequências que resultam desse uso. Evidenciam-se, na sua fala consequências ruins para a vida do usuário de drogas. Levando a pessoa a refletir sobre sua conduta e as possibilidades de escolhas a partir desta reflexão. Não há menção em sua fala sobre a importância de se lidar com as necessidades das demandas do usuário.

(Rosa)

“... então porque isso é uma nova demanda que surgiu na minha vida então estou me interessando por essa nova área..”

Rosa evidencia em sua fala que apesar da sua inserção do psicólogo nesses novos serviços não se sente habilitada ao atendimento dos indivíduos com problemas relacionados ao uso de drogas. Aponta sua carência com a temática de álcool e outras drogas em seu local de atuação. Ribeiro (2004) refere que no Brasil boa parte dos serviços é organizada única e exclusivamente a partir do empenho e boa vontade dos seus membros. Isso acarreta serviços

com potencial de atendimento limitado e desvinculado das necessidades locais, embora a organização desses serviços siga manuais e diretrizes.

“... é quando a família não percebe... que ela... é a grande responsável... eles falam assim dos... das crianças e os adolescente da casa como se ele – os pais – tivessem fora ...eu acho... daquele lugar ...é..”

Nesta fala Rosa revela uma representação social que remete culpa para a família. Emerge uma visão de modelo ideal de família sustentado pelos padrões morais e sociais. Para Rosa acaba sendo como “uma simples questão de causa e efeito” reduzindo a complexidade da atividade humana. Segundo Roehrs e Lenardt (2008), a família corresponde ao núcleo inicial de aprendizado de conhecimentos, crenças e valores construídos, compartilhados e replicados sendo transmitidas as primeiras regras associadas ao convívio social fazendo com que o jovem possua uma base para um desenvolvimento psicoemocional adequado quando adulto. No entanto, por tratar-se de um fenômeno complexo multifacetado pode ser compreendido na perspectiva sócio-cultural que implica os fatores contextuais de risco e de proteção.

(Margarida)

“... e são encaminhados pelos médicos pra gente (psiquiatria)”.

“Então, o que a gente faz? A partir do momento em que o usuário chega ao Ambulatório de Psiquiatria, é feito uma triagem. Eu, particularmente, tenho contato com o médico e, assim, quando você vê que o dependente químico quer se tratar, você não perde a oportunidade de tratá-lo. Então, eu peço um encaixe com o médico, para tentar atendê-lo o mais rápido possível”.

Margarida revela o entendimento de que a atuação do psicólogo deve ser submetida ao médico. Fica caracterizado que o diagnóstico e o encaminhamento para o tratamento é centralizado no saber psiquiátrico. Esta concepção de dependência química como doença evidenciada na fala de Margarida vem afirmar a prática prescritiva e biomédica. Surge em sua fala o respeito à decisão do usuário de drogas, porém, não aparece nenhuma outra intervenção que leve o usuário a permanecer no serviço para o cuidado. Neste âmbito, Valentim e Mattos (1999) sugerem que a Psicologia e o psicólogo devem ampliar a visão do que é enfermidade e

investigar a articulação entre o sofrimento psíquico e o que se inscreve no corpo oferecendo uma escuta que permita um reposicionamento do sujeito frente as suas questões. Segundo estes autores, uma intervenção é necessária sempre que a partir das situações orgânicas incidirem em algo que tenha impacto sobre a vida do sujeito acarretando para ele implicações psíquicas.

2. Negação da pessoa singular/ Naturalização da adolescência/ Naturalização do usuário de drogas/ sujeito tutelado que compõe a **Concepção do usuário expressa pelos psicólogos entrevistados.**

(Lírio)

“Que história é essa que você vem vivendo que você acabou resultando numa dependência?”.

“ Nós tratamos as pessoas que estão melhores, que tem condições de vir para o CAPS. Os dependentes muito doente, este não vêm. Aqueles que usam crack, por exemplo, os que estão muito mal não vêm”.

As falas de Lírio sugerem um indivíduo descaracterizado da sua condição humana, de sua identidade tornando-se a própria personificação da dependência como fica explícito na sua expressão “(...) *você acabou resultando numa dependência?*” Sua fala demonstra que sua percepção sobre a dependência é de que ela é consequência da história de vida do usuário de drogas. Não emerge em seus relatos evidência de considerar outras as dimensões, tais como: sociais, políticas, culturais econômico-financeiras, intelectuais, entre outras, que interferem na condição humana do usuário. No entanto, expressa com clareza o modo de funcionamento da gestão municipal ao afirmar que “*o gestor não acredita que (...o usuário possa conquistar sua abstinência)*” Lírio demonstra nesta fala que o enfoque do modelo terapêutico da gestão municipal é eliminar o problema das drogas atacando o consumo de drogas do indivíduo com intervenções que reduzam a sua demanda pela droga. Revela uma abordagem centrada no consumo de drogas percebido enquanto uma doença progressiva que não tem cura, sendo o

compromisso vitalício com a abstinência a única alternativa para detê-la. Ao mesmo tempo, sua fala revela ter que lidar com a falta de insumos já que o gestor municipal da área não faz os investimentos necessários no serviço. Evidencia-se uma concepção de usuário de drogas como sujeito sem cidadania e sem autonomia e assim, dependente totalmente do vínculo que estabelece com o psicólogo. Conforme refere Zanchin (2011) é uma conduta pautada na ação proibicionista.

(Violeta)

“A questão dos adolescentes... a gente sabe que vários estão usando, daí a gente tem essa dificuldade de pensar... a gente está mudando estratégia... assim, essa estratégia não deu certo? Então vamos tentar de outra, sempre tentando adequar o que a gente percebe que seja do interesse deles...”

“O que é a adolescência? O que é essa fase? Como que essa faz... como é que a droga entra nisso?... adolescente querer sempre ir contra a autoridade, né... Então como a gente sempre fazia..”. “Então ele vem, (o adolescente) ele tem as avaliações de todas... né o projeto né... terapêutico, que isso eles (a equipe) precisam melhorar bastante pro adolescente... lá”

Conforme sua própria expressão *“o projeto né... terapêutico, que isso eles (a equipe) precisam melhorar”* Violeta evidencia a ausência de um projeto terapêutico singular. É um indicador que este jovem não está sendo ouvido nas suas questões singulares. Sua concepção de sujeito é de que este não decide sobre sua vida, sua história. A fala evidencia preocupação maior com a quantidade de pessoas atendidas do que com a qualidade da relação com o sujeito. Sobre a pessoa do adolescente emergem significados importantes revelando uma fala condenatória e ideológica de preservação do papel da autoridade, na medida em que sua fala revela que o jovem vai ao serviço e apresenta dependência ou abuso de drogas apenas para afrontar as autoridades. Seu discurso revela valorização da droga ao se referir à pessoa do jovem como um sujeito em segundo plano e a droga em primeiro evidenciando julgamento de valor quando afirma que a droga entrou na vida deste jovem devido à sua fase de desenvolvimento, e que por isso os jovens vão *“contra as autoridades...”*

Emerge uma visão naturalizante de sujeito e da adolescência. A fala do jovem como pessoa singular não aparece neste relato. Isso nos remete às considerações de Ana Bock que afirma:

“[...] A Psicologia não pode mais manter-se divulgando e reforçando estas visões, pois não contribui para a construção de políticas sociais adequadas para a juventude; não ajuda a construir projetos educacionais adequados para manter os jovens na escola, não ajuda a inserir os jovens nos grupos e nas instituições que têm como vocação o debate sobre a juventude. Enfim, a visão naturalizante da adolescência é mais que uma visão a qual acoberta as determinações sociais; é uma visão que impede a construção de uma política social adequada para que os jovens possam inserir-se na sociedade como parceiros sociais fortes, criativos, cheios de projetos de futuro.” (Ana Bock, 1999, p.39)

(Rosa)

“...Então eles foram pra rua e se envolveram com drogas... com a marginalidade... com a delinquência... de forma geral... daí então a gente começa a perceber que na verdade essa mãe... esse pai... nunca tiveram esse filho em casa...”

“Então..., essa era uma... questão assim interessante porque a maioria... acho que 100% acho dos meninos que estavam lá já tiveram em algum momento da vida deles contato com a droga... alguns estavam lá até por conta da droga... quer dizer, vai matar... né... vão... vai cometer delitos vai roubar, furtos, etc. Por conta da droga né... mas é no sentido assim de precisar comprar a droga e não ter dinheiro então comete um outro delito anterior, outros assim porque estavam tão lá... “noiado” que perdiam o contato com a realidade que acabam cometendo delitos ta... e muitos deles nem... lembravam...”

As falas de Rosa são reveladoras da intervenção judicial denotando uma percepção do sintoma manifesto de transgressão da lei pela falta ou falha da figura do pai ou da mãe. Emerge a compreensão de que o fenômeno das drogas tem culpados - a mãe e pai. Evidencia o jovem como um indivíduo que não tem voz, portanto, não é ouvido. A instituição ou os profissionais deste serviço não dão visibilidade à voz dos jovens. Rosa proclama uma profecia auto-realizadora ao afirmar que o jovem ao buscar a droga envolve-se com grupos ou pares para cometer atos de infração, como uma forma de obter dinheiro ou bem estar material.

Seu relato evidencia expectativas a respeito do comportamento do usuário de drogas de acordo com o que Rosenthal e Jacobson afirmam:

“[...] Alguém profetiza um evento, e a expectativa do evento muda o comportamento de quem fez a profecia de tal modo que torna a profecia mais provável.” (Rosenthal e Jacobson, 1966, p.196).

Ainda, na fala de Rosa evidencia-se que o jovem que se contrapõe à ordem e aos bons costumes é posto no lugar de transgressor ou desviante e, portanto, apresentando-se como “*problemático*”. Emerge daí a expressão discriminatória “*noiado*” ao jovem usuário associada a uma visão negativa de destaque e de atenção identificada como constituinte de algum comportamento considerado perigoso, de impulso descontrolado e violento como: roubos, crimes, abuso ou comércio de drogas, vagabundagem, etc. Denota-se um modelo explicativo de resultado da falha moral do comportamento familiar para a instalação da dependência.

Nos seus relatos Rosa revela sua percepção que a família surge neste contexto como co-autora do surgimento do consumo de álcool e outras drogas. A esse aspecto recorreremos a Zaluar (1993 e 1994), a qual ressalta a trajetória dos jovens usuários de drogas, principalmente os que se encontram em situação de alta vulnerabilidade social, que sofrem exclusões na família, escola, vizinhança, até finalmente serem perseguidos pela polícia como criminosos.

A autora afirma ainda, que a criminalização da droga como recurso de controle do mercado pela lei, tem se mostrado medida ineficaz. Neste contexto o jovem surge como o desencadeador de práticas de violências atroz e incontroláveis que favorecem o imaginário social do mal absoluto, fora da medida humana e de seu controle.

3. Valorização da droga e negação da configuração singular do sujeito que procura o serviço, o que caracteriza o paradoxo entre o que propõe a P.P.A.D., a prática do psicólogo, e as necessidades da pessoa que procura o Serviço. Compondo, assim, o **Paradoxo da aplicação da P.P.A.D.**

(Lírio)

“Olhar a dependência como resultado: é o resultado não a causa da doença. Ela é a consequência...” Olhar o dependente como mais uma pessoa que precisa de ajuda... acho que quando temos o referencial... se esquece a pessoa”

No seu relato Lírio revela sua percepção de que a dependência é um tipo de transtorno, consequência da história de vida do usuário. A partir da sua fala *“acho que quando temos o referencial se esquece a pessoa..”* Acreditamos que o que orienta sua prática é uma concepção de que a capacitação e a formação teórica não são importantes. Nossa percepção sobre este relato é de que para Lírio pode ser até prejudicial para poder olhar o sujeito na sua singularidade. Evidencia que sua prática é orientada por alguns conceitos gerais como o vínculo terapêutico, suporte afetivo, acolhimento, já revelados em outros momentos de sua fala e pelo senso comum. Lírio não percebe a necessidade de questionar os referenciais teóricos das diferentes perspectivas da Psicologia. Não compreende que pode buscar fundamentar seu trabalho em outros paradigmas que considerem principalmente sua preocupação de abranger o sujeito na sua singularidade.

(Violeta)

“...Nós deixávamos, assim separado antes, né... tinha o atendimento psicológico... daí de enfermagem, do... da oficina... a gente percebeu que às vezes, por exemplo, só no atendimento de psicologia o adolescente já vem com uma resistência né..., então, ficava indo no atendimento individual às vezes não tinha tanto retorno...”

“Então o que pensaram... de abordar seria com coterapeuta né, ficaria oficina o psicólogo junto depois né depois né, da próxima... oficina... do próximo horário que daí teve... vem... uma outra... né, um... outra... outra oficina... que teve outro profissional como o Terapeuta Ocupacional e o Assistente Social juntos como coterapeuta em atividades que sejam do interesse do adolescente.”

Quando refere às oficinas Violeta não deixa clara a finalidade das mesmas e nem seu significado para a equipe. Também não consegue definir o que é uma oficina neste contexto, bem como, seu foco e resultado a que se pretende embora manifeste enorme empenho e esforço na realização das atividades.

Ao relatar que “...a gente percebeu que às vezes, por exemplo, só no atendimento de psicologia o adolescente já vem com uma resistência...” emerge o fato de que o trabalho do psicólogo não está sustentando as necessidades do jovem e também que não há um comprometimento à ideia de co-participação para o alcance de uma relação terapêutica produtiva e socialmente construtiva pelo usuário. No relato “ficaria na oficina o psicólogo junto depois né depois né, da próxima... oficina... do próximo horário...” demonstra que as oficinas são espaços para manter os jovens ocupados mas sem objetivos. Sua fala ainda remete à concepção de sujeito (sem consciência, sem direito, sem identidade) que oriente sua prática ao comportamento tecnicista.

Conforme Portaria 189/91²⁴, o Ministério da Saúde define as oficinas terapêuticas como sendo atividades grupais de socialização, expressão e inserção social visando à integração social dos cidadãos e constituídas com a finalidade de inserir as pessoas em desvantagem no mercado de trabalho econômico por meio do trabalho. Enquanto dispositivos de um novo paradigma esta Política Nacional de Saúde Mental objetiva se diferenciar, em relação às suas práticas exercidas no período anterior à reforma psiquiátrica decorrentes da ideia de estabelecer o trabalho como um recurso terapêutico, conhecido como tratamento moral ou laborterapia.

Entendemos que as oficinas terapêuticas não apresentam por si só uma forma de lidar com a demanda trazida pelo sujeito atendido no serviço CAPS-AD. São formatos em movimento de integração e interação de estratégias terapêuticas de intervenção com o objetivo de trabalhar vivências subjetivas de situações que envolvam o uso de drogas. Realizam-se atividades que auxiliem a desenvolver habilidades que possam modificar significativamente o

²⁴http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/legislacao/saude/mental/portaria_189_91.asp

comportamento do uso de drogas. Segundo Amarante (1997), durante uma oficina ocorre mobilização afetiva que cria um clima de compromisso, dificilmente conseguido quando se utiliza apenas a comunicação verbal em que os profissionais devem colocar em prática iniciativas que promovam a emancipação do sujeito durante o processo de ressignificação psicossocial.

Lima (2008) refere que o grupo, através dos processos de identificação e de retroalimentação, proporciona aos indivíduos o desenvolvimento de um pensamento crítico que conduz a uma percepção de si mesmos como sujeitos ativos de suas histórias. De acordo com Saraceno (2001), para que se alcance o êxito proposto neste processo é preciso operar mudanças na forma como as oficinas ainda estão sendo utilizadas, visto que as mesmas foram um dos principais recursos utilizados pela psiquiatria tradicional como entretenimento²⁵ do doente esperando que ele melhore.

(Margarida)

“Eu não vejo como prática. Eu vejo, assim, que ninguém aqui é diferente de ninguém...”

“Teoria Cognitiva Comportamental. Não tenho um autor definido. Eu, assim, leio. Não vou lhe dizer que eu leio muito, mas, assim, tenho uma orientação, a orientação que eu tive em pós-graduação. E, assim, é uma coleta grande de autores. Tenho muito o apoio, também, dos Alcoólicos Anônimos.” O maior desafio é a conscientização do usuário. E, assim, a frequência, eu tenho um bom vínculo, eu tenho um bom diálogo... Assim, não é paciente e terapeuta, eu tento tratá-lo como um amigo, como uma pessoa, pra tentar acolhê-lo cada vez mais, tentar trazê-lo sempre para tratamento”

Margarida diz que orienta sua prática por uma Teoria Cognitiva Comportamental e busca apoio no grupo dos Alcoólicos Anônimos. Logo em seguida afirma que o maior desafio é a conscientização do usuário. Completa sua fala valorizando o vínculo e a amizade. O que se evidencia na continuação do seu discurso é que sua prática é orientada pelo conhecimento do senso comum. Relata que lida com o usuário do serviço “*como um amigo*” demonstrando que se distanciou do compromisso ético da conduta terapêutica para ter uma aproximação maior

²⁵ Do dicionário Aurélio: entreter significa ter dentro, e também, passar prazerosamente o tempo.

com o sujeito que requer o cuidado. O acolhimento e o estabelecimento do vínculo entre usuário e equipe são fatores que contribuem para que o indivíduo opte por romper com o círculo movido pelo uso de drogas e contribui positivamente para intervenções terapêuticas mais abrangentes e efetivas. Suprimir a relação terapêutica e transformá-la numa relação de amizade e considerá-la suficiente para manter o cuidado é outra questão. Em seu relato, Margarida evidencia que não sabendo lidar com as necessidades que a pessoa traz para a relação terapêutica busca uma estratégia para seduzir o usuário a não abandonar o serviço. Sua maior estratégia é a amizade como revela sua fala. Neste sentido recorreremos a Bock, Furtado e Teixeira (2001), os quais referem que:

“[...] O psicólogo é diferente de um bom amigo. O psicólogo, em seu trabalho, utiliza o conhecimento científico na intervenção técnica. A Psicologia dispõe de técnicas e de instrumentos apropriados e cientificamente elaborados, que lhe possibilitam diagnosticar os problemas; possui, também, um modelo de interpretação e de intervenção. A intervenção do psicólogo é intencional, planejada e feita com a utilização de conhecimentos específicos do campo da Ciência. Portanto, difere do amigo que não planeja sua intervenção, não usa. Mesmo quando os psicólogos não atuam para curar, mas para promover a saúde já existente, eles o fazem a partir de um planejamento e da perspectiva da Ciência.” (Bock, Furtado e Teixeira, 2001, p. 200-203)

. A proposta da política de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas é baseada em uma perspectiva multidisciplinar. A fala de Margarida revela que ela se apropria, sozinha, das necessidades colocadas pelo usuário e demonstra não compreender o trabalho em equipe, demonstrando uma onipotência do seu papel de terapeuta.

4. Divisão do tempo entre o atendimento e gerência que compõe o **Psicólogo sobrecarregado**

(**Crisântemo**)

“O CAPS-AD atua atendendo pessoas que são produtos de sofrimento psíquico grave, severo, persistente e também dependência ao álcool e outras drogas...”

Crisântemo assinala em sua fala a existência de uma demanda maior que a capacidade do CAPS-AD. Por ser um local de referência de tratamento deveria existir um dispositivo de atenção diária, personalizado e promotor da vida. Emergem dificuldades em relatar as modalidades de atendimento suas e da sua equipe que possam caracterizar essa demanda excessiva. No entanto, como a entrevista se deu em seu local de trabalho, neste dia o espaço referido encontrava-se lotado pelos usuários do serviço para atendimento.

Conforme Ventura, Araújo e Moll (2011), a sobrecarga de trabalho é um ponto preocupante que pode influenciar negativamente a realização de reuniões e a proposta de cuidado integrado e individualizado no serviço CAPS-AD baseado no alto grau de profissionalismo e baixa especialização. Nesse sentido, devem-se buscar alternativas para a contratação de profissionais para um melhor funcionamento do ambiente interno e para garantir a qualidade do atendimento.

(Violeta)

“...minha função... sou gerente... minha, rotina diária é supervisão dos caps, fiscalização e acompanhamento, participação dos grupos terapêuticos e das reuniões dos projetos individuais...”

*“...atuo diretamente na resolução de conflitos com adolescentes dentro do serviço...”
 “...eles vem pra mim...a gente conversa, né... acerta, ele vai até o coordenador, o coordenador, né, resolve... daí, junto com o coordenador...a gente bola algumas ações, né...”
 Isso só será possível se eu me empenhar em buscar todo o aporte de recursos financeiros e instrumentais e de conhecimento...”*

Quando Violeta refere seu cargo e sua importância sua fala revela um modo de atuar calcado no controle e papel fiscalizador das atividades dos demais colaboradores. Isso fica explicitado na sua relação com a pessoa da coordenação do CAPS-AD. Seu relato expressa, mais uma vez o sentimento de diminuição do papel e função do coordenador e seu cerceamento da liberdade de ação deste no serviço. Evidencia necessidade de aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades no processo de gerenciamento das ações

psicossociais, bem como a sua dificuldade em gerenciar uma equipe multidisciplinar em perspectiva interdisciplinar. Seu relato denota uma conduta de administração pública assistencialista que ainda não consegue praticar a lógica das bases comunitárias de atendimento psicossocial. Ao explicitar as dificuldades de lidar com a dinâmica relacional da coordenação, equipe e usuários dos serviços mediante os conflitos que surgem no dia a dia sua fala denuncia a necessidade de estar presente em todas as atividades do CAPS-AD. Isso nos remete à ausência de mecanismos sistematizados de discussão, construção de consensos e tomadas de decisões que envolvam todos os sujeitos do serviço (usuários, técnicos e gestores).

De acordo com Vasconcelos (2007), denomina-se de vontade política local evidenciando o caráter controlador e dificuldades para delegar. A esse respeito recorreremos à afirmativa de Honorato et. al. (2008), que sintetiza que o trabalho sustenta-se no encontro das diferenças, sendo que são na equipe que se destacam os papéis dos cuidadores como novos intelectuais da reforma em ação no ambiente social.

(Rosa)

“A equipe de saúde é muito recente lá... o psicólogo fazia o atendimento psicossocial A equipe de saúde entrou depois... o assistente social... e os psicólogos que faziam o atendimento clínico para aqueles meninos que precisava... você trabalhava várias questões né... escola... profissão etc.... é... quando se tratava daí das questões de tratamento específico... sempre teve o psiquiatra... pra fazer esse tipo de avaliação... e esse tipo de encaminhamento daí era uma outra questão... né daí sim é eles quem faziam o atendimento clínico visando a questão da drogadição e visando assim outras questões também... questões da subjetividade pra aqueles que tinham essa demanda... porque a gente sabe... assim... que não adianta eu falar pro menino...”

Rosa revela que atua nesse serviço há pouco tempo e por conta disso, ainda não apresenta um conjunto centrado na atuação multiprofissional. Evidencia-se em sua fala que há sobrecarga de trabalho e que as diretrizes do serviço na perspectiva psicossocial de drogas são ainda assistencialistas e também, que a equipe deste serviço acaba atendendo outras áreas de outras políticas. Seu relato demonstra que a questão de tratamento específico recai na figura do psiquiatra muito presente e determinante deixando explícito que encaminhamentos para outras

áreas só acontecem a partir de sua decisão. Evidencia que a forma de atuação conjunta é confusa destacando em sua fala ausência de engajamento dos profissionais cujos “*modos de fazer*” repercutem no funcionamento do serviço, nas formas de intervenção e na insegurança do psicólogo em relação com o usuário.

Vasconcelos (2002) refere que o repensar da prática multiprofissional no CAPS-AD perpassa pela seleção criteriosa de seus integrantes e a criação de vínculos estáveis na relação de trabalho. Essa reconstrução constante do saber/fazer requer profissionais com um perfil técnico e ético-político alinhado com o propósito da Reforma Psiquiátrica e com o paradigma da interdisciplinaridade, o que preconiza certa permanência de cada profissional na equipe uma vez que essa reconstrução é cotidiana e conjunta.

5. Proposta de política inovadora fraudada por concepções e práticas superadas que formam **novas políticas e velhas práticas**.

(Cravo)

“É no caso de vir desacompanhado... o paciente vem espontaneamente, mas precisa ter uma orientação familiar, precisa saber pra que tipo de serviço encaminhar”.

“...também até para... em que, enfim que a gente empresta talvez da TO e possa ser feito com resultado positivo Então é necessário, realmente aí sim a questão é também política, né para oferecer recursos possíveis para esse paciente...paciente tem a possibilidade de redução de danos... é... trabalhando essa questão psicoterápica... até de atividades do dia-a-dia,... deixar beleza...”

O relato de Cravo evidencia seu empenho em ajudar o usuário de drogas mas, também evidencia que atua com total falta de recursos seja de instrumental, de estrutura ou de conhecimento. Pois, revela não acompanhar a proposta psicossocial nem as políticas públicas deixando transparecer uma percepção da necessidade trazida pela demanda do usuário o que denota compromisso no atendimento desse serviço. Seu discurso apresenta um alinhamento do saber e da intervenção técnico-profissional sem considerar os fenômenos sociais, biológicos, físicos e subjetivos, os quais são explicados por um único tipo de saber globalizante e

constituindo competência de um super-profissional. Sua fala é reveladora do *apoderamento* da vida do usuário ao afirmar que quer deixar o usuário “*beleza*”. Fica patente em seu discurso a necessidade de aprofundar seu conhecimento teórico-prático em Psicologia quando diz que lança mão da Terapia Ocupacional para realizar seu trabalho.

De acordo com Vasconcelos (2007), esta forma de pensar e agir apresentam resultados que reduzem a complexidade dos fenômenos por meio da submissão de todas as esferas da vida do usuário de drogas.

(Margarida)

“Somente a parte teórica e prática da psicoterapia. Não utilizo relaxamento, é mais entrevista. Por enquanto não utilizo dinâmicas porque eles não aceitam a parte grupal ainda. Então é só a individual”.

Margarida revela em sua fala que não demonstra um saber/fazer já que sua linguagem não lhe permite uma coerência do relato do seu cotidiano no trabalho com as necessidades demandadas pelos usuários do seu serviço. Sua fala sugere que um dos principais limitantes das suas ações situa-se na ausência de fundamentos teóricos da sua linha de trabalho na saúde mental relacionados à proposta psicossocial.

A nossa experiência no atendimento do usuário de drogas nos remete ao fato de que quando este usuário manifesta vontade de não participar do movimento terapêutico não quer dizer que ele não esteja sofrendo ou não queira ser ajudado ou ainda, que não queira mudar nada em sua vida, em especial sua relação com o consumo de drogas. Entendemos que o próprio comportamento de se drogar que culminou em sua ida ao CAPS-AD pode estar sinalizando uma comunicação, cujo significado poderá ser decodificado num contexto mais específico, considerando que nem sempre as pessoas apresentam uma demanda para um atendimento psicoterápico. Mas, se identificam com outras atividades de cunho terapêutico cujo espectro de possibilidades de alternativas terapêuticas podem auxiliar na proposta de cuidado do usuário de drogas.

(Crisântemo)

“A gente hoje tem toda essa discussão em relação a um DNA para o alcoolismo, um DNA para as drogas, enfim”. Eu acho que toda esta visão de que o ser humano é muito mais do que o biológico. De que essa visão biopsicossocial, ela dá um raio X do ser humano como um todo e que o aspecto biológico é apenas mais um. A gente hoje tem toda essa discussão com relação a um DNA para o alcoolismo, um DNA para as drogas, enfim.”

“Como a função do CAPS-AD é a reinserção social, então esse tema de reinserção é meio complicado, mas enfim... Nós atuamos também junto com a pessoa usuária do álcool. Atua fazendo com que ela se sinta útil para a sociedade. Percebemos que quando as pessoas vêm buscar o serviço de álcool é quando ela já está muito comprometida fisicamente”.

“Da política do álcool e das drogas, a gente tem estudado bastante para poder aplicar aqui. São os autores que trabalharam na reforma psiquiátrica, como Hume, Casler. Que são autores que deram todo apoio para esta mudança. Entender que também a dependência do álcool não apenas como uma doença, mas como um conjunto de sintomas que leva a pessoa a fazer uso e a partir disso as consequências que ela tem. Tem outros autores que também a gente utiliza bastante nessa área como Caballo, que é um autor espanhol”.

Crisântemo demonstra uma necessidade de discutir as várias formas do cuidado, inclusive, sobre o conceito de Caps-AD e sua lógica de atenção psicossocial permitindo a contextualização e problematização acerca do tema para todas as pessoas envolvidas nesse enfrentamento. Embora procurando argumentar a partir de uma visão biopsicossocial em seus relatos ao falar *“...a um DNA para o alcoolismo”* e *“...ela dá um raio-X do ser humano”* revelam-se uma filiação histórica do seu discurso no médico quando se utiliza de termos biomédicos ao referir à contribuição da Psicologia no processo da reforma psiquiátrica e da política sobre álcool e outras drogas. A fim de compreender o lugar e o modo de escutar de Crisântemo e também, da sua percepção na relação terapêutica com o usuário de drogas revelados nesta fala recorremos a Orlandi (1988), cujos conceitos referem que embora se realizem em nós os sentidos apenas se representam como originando-se em nós: eles são determinados pela maneira como nos inscrevemos na língua e na história e é por isto que significam e não pela nossa vontade. Isto é, o sentido não existe em si, mas é determinado pelas posições ideológicas colocadas em jogo no processo sócio-histórico em que as palavras são produzidas.

VI. DISCUSSÃO DOS DADOS ANALISADOS

Neste capítulo nosso intuito é apresentar a discussão e análise a respeito do conteúdo que foi produzido pelos psicólogos entrevistados com a finalidade de constatarmos na realidade as formulações que desenvolvemos ao longo deste trabalho e o estabelecimento da unidade dialética entre os fundamentos teóricos e suas práticas. É importante ressaltar que nem todas as questões dos relatos dos psicólogos entrevistados puderam ser abordadas ou aprofundadas devido ao tempo e possibilidades nesse momento do desenvolvimento deste trabalho. Direcionamos a análise dos dados, principalmente no que foi concernente ao trazido sobre a prática do psicólogo na abordagem do usuário de drogas, bem como o que significa neste caso a relação deste com a atuação do profissional no serviço CAPS-AD. Assim, o dados analisados em articulação com o estudo conceitual desenvolvido buscou o aprofundamento dos aspectos relacionados ao tema proposto desta pesquisa.

Do entendimento com as Políticas Públicas sobre Drogas

Partimos do pressuposto de que a análise das atividades contidas nos relatos dos psicólogos entrevistados é uma ação complexa e sugere um aguçado sentido de percepção, já que estes dados demonstram que estes psicólogos consideram indiferente a relação entre os membros da equipe. Fato que os dados revelaram pelas características de compartimento com que as ações são desenvolvidas, ou seja, pela forma isolada e individual com que realizam as suas atividades nos serviços CAPS-AD de seus municípios, em desarmonia com os dispostos pelas diretrizes das portarias n.ºs 336/GM/2002; 1.190/2009; Decreto n.º 7179/2010; 4.279/GM-MS/2010, 3.088/2011 de que a assistência a usuários de drogas deve ser ofertada a

todos os níveis de atenção, privilegiando os cuidados articulados com a Atenção Primária da Saúde – APS (Programa de Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitários de Saúde, Unidade Básica de Saúde, SAMU, UPA, etc.)

Em relação aos pressupostos inscritos nas diretrizes das portarias citadas acima parte dela não é do conhecimento dos psicólogos entrevistados, haja vista que os dados levantados evidenciaram que os mesmos atuam no campo da incerteza. Evidenciaram também, a percepção dos entrevistados sobre a importância do fazer na mesma proporção às dificuldades de atender esses princípios no cotidiano de suas práticas. Este é um dos aspectos analisados que remete à falta de gestão municipal a qual não pode ser compreendida apenas pelo âmbito puramente administrativo mas, vista numa perspectiva que envolve aspectos amplos (Portela; Atta, 2007). Percebemos que a visão repressiva e punitiva ao cuidado do usuário de drogas, associada ao valor onipotente dado à droga e do seu poder de efeito devastador, valorizando-a acima do sujeito que lança mão do seu uso, ainda faz parte da cultura presente no cotidiano destes profissionais. Além do que são influenciados pelo referencial que a mídia de uma forma geral veicula, seja de cunho sensacionalista ou também, por meio de campanhas governamentais preventivas do tipo “drogas nem morto” ou “diga não às drogas” perpetuando a “pedagogia do terror”.

Conforme sugere Fagundes (2001) é papel do psicólogo como ator na construção de políticas públicas formular propostas como processo construtor de sujeitos sociais desencadeadores de transformações nos modos de pensar, sentir e fazer políticas, ciência e administrações no cotidiano das estruturas de mediação da sociedade extinguindo-as e substituindo-as por outras capazes de contribuir para a criação de projetos de vida.

A despeito do Ministério da Saúde (2002) assumir de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar, reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública esta decisão não atende às propostas que foram enfaticamente recomendadas

pela III Conferência Nacional de Saúde Mental, em dezembro de 2001 (III CNSM, Relatório Final, 2001). Nesta perspectiva trabalha-se com a proposta de Redução de Danos cujo pressuposto é lidar com as questões do usuário de drogas a partir das suas singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Entendemos que a reformulação do modelo de assistência em saúde mental movida pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, que estabelece a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), constitui no SUS o novo ordenamento para a oferta de serviços públicos em saúde mental (MS, 2008), a despeito do fato de que os trabalhos nos CAPS-AD têm diferenças contextuais relacionadas à organização de cada sistema local que exigem definições por parte dos gestores que podem afetar as condições de trabalho e a qualidade da atenção prestada.

Embora existam normatizações ministeriais já referidas neste estudo as quais determinam à capacidade quantitativa de atenção de um CAPS-AD em termos de cobertura populacional, a sobrecarga de trabalho evidenciada nos relatos dos psicólogos entrevistados é um ponto preocupante que pode influenciar negativamente a realização de reuniões e a proposta de cuidado integrado e individualizado. Esta evidência permeia todos os relatos dos psicólogos entrevistados sendo que em um dos municípios estudado a equipe de serviços não se apresenta em número suficiente para atender às necessidades da população. Isso acaba por sobrecarregar outros serviços no CAPS-AD e, conseqüentemente, os profissionais que atuam neste serviço.

De acordo com Barbosa (2004), o atual modelo de atenção à saúde mental na perspectiva dos CAPS reacende novas discussões na área da saúde mental e traz novas regras instituídas que possibilitam uma reforma psiquiátrica mais efetiva e que possam superar a rede

de “instituições totais”²⁶ do modelo hospitalocêntrico, em que pese os modelos de gerenciamento e de atendimento da organização CAPS ainda serem influenciados por traços culturais da administração pública brasileira refletindo uma concepção acrítica a respeito da saúde, bem como a não compreensão das diferenças entre práticas tradicionais e as demandadas pelo atual modelo de atenção em saúde mental.

Do entendimento da atuação do psicólogo no CAPS-AD

A análise dos dados aponta nos relatos dos psicólogos entrevistados que a prática predominante entre eles está sustentada na lógica da avaliação classificatória com a pretensão de diagnosticar para prescrever e/ou encaminhar o “tratamento” do usuário de droga. Aliás, este é um procedimento correto. A questão é que a análise dos dados evidencia que os psicólogos entrevistados restringem suas práticas a um nível inferior de “tarefeiros” isoladas da lógica do processo do cuidado e descompromissada com as ações multi e interdisciplinar e da conduta de responsabilização de cada um dos indivíduos.

Esse tipo de abordagem reafirma o pressuposto revelado nessa prática de que todas as pessoas que buscam o serviço são iguais e devem ser “tratadas” igualmente desconsiderando o indivíduo que apresenta uma necessidade mas, que também carrega junto a si uma existência singular. Este fator revela a concepção de atuação dos psicólogos entrevistados. Em relação aos instrumentos de avaliação, nenhum dos psicólogos entrevistados questionou os instrumentos utilizados na avaliação que compõem os procedimentos recomendados na política de drogas. O que queremos enfatizar é: que conteúdo desses instrumentos e forma como são aplicados expõem o objetivo ao qual o profissional se propõe quando faz uso deles.

²⁶Goffman (1980) conceitua como instituição total uma organização que atua com uma estrutura de poder englobante (ou total) e funciona com restrições às trocas sociais.

Surge na análise dos dados dos psicólogos entrevistados que alguns deles questionam a forma como estes instrumentos são utilizados quando repetem algumas perguntas de alguns dos instrumentos de avaliação: “*quantos copos de álcool ou quanto... toma? – Quantas doses alcoólicas você consome tipicamente ao beber? – Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa...?*” Os instrumentos de avaliação padronizados são concebidos a partir de uma teoria determinada ou um conjunto de conceitos determinados e são usados para o diagnóstico, ou seja, para o processo analítico de que se vale o especialista ao exame de uma doença ou de um quadro clínico para chegar a uma norma prescritiva. O objetivo da avaliação é classificar a pessoa dentro de um padrão para determinar algo e está vinculada à noção de medir:

“[...] Medir significa determinar a quantidade, a extensão ou o grau de alguma coisa, tendo por base um sistema de unidades convencionais. Na nossa vida diária estamos constantemente usando unidades de medidas, unidades de tempo. O resultado de uma medida é expresso em números. Daí a sua objetividade e exatidão. A medida se refere sempre ao aspecto quantitativo do fenômeno a ser descrito.” (Haydt, 2000, p. 9).

O objetivo da avaliação do uso de drogas por meio do uso de instrumentos de triagem leva em conta a elaboração da estratégia terapêutica mas, considera-se também como apoio para o critério de diagnóstico da classificação Internacional de Doenças, de referência mundial que é a CID-10 e também, o DSM IV. Conforme De Micheli e Formigoni (1997) objetiva-se esboçar um plano integrado para atingir as áreas multidimensionais da disfunção causadas pelas comorbidades psiquiátricas. Porém, reduzir a complexidade do uso de drogas a determinantes biológicos é não levar em conta a história singular da pessoa. É desconsiderar que sua história faz parte da complexidade do lugar social e cultural em que a pessoa está inserida, na medida em que se pressupõe a negação da dimensão cultural na configuração da

subjetividade e induz à desconsideração da diversidade e ao não reconhecimento da heterogeneidade entre as pessoas e de todo grupo social.

Assim, a nossa análise dos dados objeto deste trabalho é a na perspectiva de um olhar crítico da Psicologia que nos leva a perceber qual a prática que se inscreve no cotidiano do psicólogo entrevistado como um trabalhador de um serviço psicossocial que atende o usuário de drogas como um sujeito singular na sua condição humana. Isso nos leva a refletir sobre a análise dos dados de uma das frases de um dos entrevistados: *“Que história é essa que você vem vivendo que você acabou resultando numa dependência?”* Entendemos que em toda e qualquer concepção de sujeito deve trazer uma fundamentação teórica que a sustenta e neste sentido, recorreremos ao pensamento de Sartre que afirma:

“[...] para nós, o homem caracteriza-se antes de tudo pela superação de uma situação, pelo que ele chega a fazer daquilo que se fez dele, mesmo que ele não se reconheça jamais em sua objetivação.” (Sartre, 1984. p. 151)

Ao buscar compreender a vida cotidiana, seu experienciar e o significado atribuído a esse vivenciar o homem se define a partir da sua história vivida tornando-o tal como é e não pode deixar de ser. Pode-se deduzir que é em função de um futuro que tal definição acontece já que é ele quem dá sentido às posições do sujeito. Nesse sentido, surge a evidência da negação da pessoa singular usuária de drogas que procura o serviço inserida em uma sociedade e em uma cultura também singular. É a negação da concepção de que o consumo de substâncias psicoativas é um hábito inserido na cultura brasileira, o qual se apresenta revestido de inúmeros significados no imaginário social e na história de vida de cada pessoa que por esse motivo busca o serviço do psicólogo.

Na análise dos dados ficou demonstrado que a fala do psicólogo reproduzida acima é também presente no discurso de outros psicólogos, *“As condições que ela se submete que a*

levam ao uso do álcool” é exemplo da atuação desses profissionais. Nessa forma de intervenção evidenciamos uma abordagem estigmatizante onde o profissional reduz a pessoa do sujeito usuário de drogas como “*drogado*”. Tratá-lo assim é cristalizar sua identidade e tem o efeito de interromper um possível diálogo em que o sujeito poderia lembrar sua história e se reconhecer nas suas múltiplas possibilidades. Isso nos remete ao conceito de Ciampa (2004) o qual sustenta que a identidade é a representação do que seja uma pessoa, é multifatorial e corresponde aos vários papéis sociais assumidos por alguém em sua história. Estudos da psicologia social apontam os efeitos no sujeito quando este sujeito se cristaliza em um papel que o estigmatiza e o exclui do convívio social.

É importante abrir o discurso sobre o sujeito para a multiplicidade de papéis e a totalidade complexa da identidade sempre em transformação e que não deve ser reduzida a uma única dimensão. A noção de cultura que se imprime sobre a questão de drogas remete aos modos de vida e de pensamento de pessoas e grupos sociais e está diretamente ligada à ordem simbólica ao que se refere à produção de sentidos e significados de homens concretos. Assim, a cristalização na identidade de ***drogado*** dificulta a comunicação e a possibilidade para novas significações e ressignificações sobre sua história.

O Conselho Federal de Psicologia (2009) - “O papel da Psicologia” refere que uma das principais tarefas do profissional da Psicologia é aprender a reconhecer o sofrimento psíquico não somente como demanda de psicoterapia, mas também o exercício e o desafio que se coloca para a Psicologia no atendimento do usuário de drogas nos serviços CAPS-AD. Ou seja, é justamente o de construir outras respostas que considerem as características do território de origem do usuário e que possam incidir na melhoria das condições de vida desse sujeito.

Neste sentido, cabe ao profissional da Psicologia o exercício de se distanciar do papel de identificação da patologização e culpabilização e se aproximar das possibilidades que permeiam os espaços sociais que este equipamento CAPS-AD oferece para que se expressem

as potencialidades criativas e geradoras de alternativas individuais e coletivas na perspectiva da superação das situações. Apesar de surgirem nas falas dos psicólogos entrevistados afirmações de abertura à escuta das pessoas que procuram o serviço de saúde, ficou evidente que as práticas desses profissionais são atravessadas por um discurso que remete a concepções de homem e de psicologias que fecham para outras falas. Em seus relatos os psicólogos entrevistados não manifestam as falas dos usuários. A análise dos dados sobre esta questão nos remete para o fato de que esses profissionais escutam os usuários de drogas para “*tratá-los*”²⁷ ou para “*estabelecer vínculos*”, como foi declarado por um dos psicólogos entrevistados que considera o “*vínculo construído pelo usuário com ele leva a sua cura*”, pelo qual Adorno (1965) descreve como uma fala característica do tipo manipulador. De acordo com Crochik, (2012) esse tipo de conduta é descrito como aquele que tem prazer em dominar pela técnica tudo e todos a seu redor. Assim, nesta relação à pessoa é transformada em coisa a dominar sendo negada como um sujeito de voz e de direito

Nos relatos dos entrevistados foi possível perceber uma concepção de atuação do psicólogo no atendimento do usuário de drogas voltada somente para uma escuta que, na verdade, é parte do instrumento de trabalho do psicoterapeuta. Para Benjamim (1985), durante a escuta é preciso estar atento para o seguinte: o que o usuário pensa e como se sente em relação a si mesmo; como ele se percebe; o que ele sente e pensa sobre os outros em seu mundo. Essas condições referem-se a fatores internos e externos ao terapeuta, pessoa que se dispõe a ajudar e em muitos momentos estão relacionadas na escuta, vista como parte integrante do conhecimento teórico-científico que fundamenta a prática do psicólogo na qual envolve vários aspectos que façam sentido para a pessoa que procura o serviço de saúde. Ainda conforme este autor, a escuta possibilita a abertura para os outros aspectos significativos

²⁷ “...da forma de se tratar...” (Crisântemo)

de mudanças de percepções presentes no contexto social e as alterações conceituais a respeito da valorização da configuração subjetiva do usuário de drogas que está implicado nesta relação. Desta forma, compreender o usuário é reconhecer nele a pessoa do sujeito singular. Assim, o encontro do psicólogo com o usuário de drogas no atendimento ao cuidado envolve a escuta de um e a fala do outro. Elas se entrelaçam promovendo o encontro das subjetividades constituindo um instrumento que pode contribuir para a ressignificação dos processos de vida dos sujeitos do cuidado. Isso possibilita ao sujeito a produção da sua melhor condição de vida ao assumir o seu protagonismo nas mais variadas relações pessoais e sociais. Esta é uma condição que permite ao psicólogo aprofundar a compreensão da produção de sentidos para o cuidado do usuário de drogas (González Rey, 2003). Compreendemos que o psicólogo não deve ater-se somente no conhecimento da organização e significação da fala do usuário de drogas, mas reconhecer que:

“[...] a comunicação é uma via privilegiada para conhecer as configurações e os processos de sentido subjetivo que caracterizam os sujeitos individuais e que permitem conhecer o modo como as diversas condições objetivas da vida social afetam o homem.” (González-Rey, 2005, p. 13).

Continuando a reflexão, a análise de dados dos relatos dos psicólogos entrevistados sugere uma percepção naturalizante dos entrevistados em relação ao jovem quando expressam que o *“adolescente a gente sabe que né... o adolescente querer sempre ir contra a autoridade, né...”* Segundo Bock (2002), a abordagem histórico-cultural ao estudar a adolescência, não faz a pergunta **“o que é a adolescência?”**, mas, **“como se constituiu historicamente este período do desenvolvimento?”**. Isso porque para essa abordagem só é possível compreender qualquer fato a partir da sua inserção na totalidade, na qual esse fato foi produzido. Totalidade essa que o constitui e lhe dá sentido. Responder a **“o que é a adolescência”** implica buscar compreender sua gênese histórica e seu desenvolvimento (Bock, 2002). Esses discursos

remetem-se ao estudo de Bock (1999), realizado com psicólogos de São Paulo que evidenciou que ao longo de seu desenvolvimento a Psicologia apresenta teorias que naturalizam o ser humano. Nesse estudo, a autora analisou o significado que os psicólogos atribuem ao fenômeno psíquico e chegou à conclusão de que eles naturalizam o mundo psíquico e o próprio ser humano. A naturalização da situação do usuário de drogas, a negação do usuário de drogas como um sujeito e o julgamento de valor contidos nas expressões dos entrevistados influencia o modo como estes profissionais percebem esses sujeitos que sem o respaldo científico em geral rotulam e repetem jargões psicológicos sem fundamentação teórica e acabam forjando diagnósticos patologizantes (Patto, 1998).

Entendemos que a naturalização do sujeito usuário de drogas tende a diminuir o alcance do cuidado e a relação do psicólogo com o usuário de drogas deixa lugar à fragilidade, à incerteza, implicando na redução de investimentos no processo de cuidado. Cuidado esse que envolve investimento de energia, tempo, recursos financeiros, saberes, redes sociais, tecnologias, tarefas e corpos implicados. Ainda conforme Bock (2004), a nossa cultura valoriza o adulto produtivo e desvaloriza todas as outras fases da vida: a infância, a velhice e a adolescência tomadas como fases improdutivas para a sociedade e por isso desvalorizadas. A visão naturalizadora reforça esses valores. Para esta autora, a Psicologia não pode mais manter-se divulgando e reforçando estas visões pois elas não contribuem para a construção de políticas sociais adequadas para a juventude; não ajuda a construir projetos educacionais adequados para manter os jovens na escola e não ajuda a inserir os jovens nos grupos e nas instituições. Enfim, a visão naturalizante da adolescência é mais que uma visão que acoberta as determinações sociais é uma visão que impede a construção de uma política social adequada para que os jovens possam inserir-se na sociedade como parceiros sociais fortes, criativos e cheios de projetos de futuro.

Essa visão reducionista presente no relato da prática do psicólogo entrevistado pode vir a prejudicar a percepção real dos problemas estruturais da sociedade em relação ao uso de drogas. Além de fortalecer a manutenção de modelos de pensamento (González Rey, 2004), que são institucionalizados e se dogmatizam expressando-se a partir de uma perspectiva hegemônica gerada por cultos a padrões universais que se transformam em camisas de força constritora da produção de pensamento. Esses modelos tendem a impedir o caráter criativo e revolucionário que em algum momento podem ter. De acordo com este autor, a destituição de sujeito da sua condição humana representa a supressão do pensamento, conforme afirma:

“[...] que uma das condições essenciais do sujeito é a criação de novas realidades por meio do seu pensamento, sendo a matéria-prima deste processo de riqueza de suas configurações subjetivas, a construção incessante de modelos para expressar uma realidade que tem como fundo os sentidos subjetivos de suas experiências mais íntimas ao largo da sua história.” (González Rey, 2003, p. 184).

Isso nos remete ao fato de que embora o consumo do álcool visto como uma droga lícita é um exemplo de grande impacto presente no cotidiano das pessoas mas, apesar disso é facilmente percebido nas publicidades de todas as mídias. Inclusive, por meio dos programas de entretenimento da televisão brasileira (novela, shows, cinema, etc.) nos incentivando a usá-lo como um determinante social que integra nossos rituais de confraternizações e comemorações.

Constatamos também, por meio da análise dos dados que uma prática desenvolvida a partir do conhecimento do senso comum, na medida em que as sua identidade de psicoterapeuta está implicada com a permanência do usuário no serviço. Assim, o psicólogo entrevistado usa de artifícios que não fazem parte das ações recomendadas na conduta terapêutica, os quais são revelados quando relata que lida com o usuário do Serviço “*como um amigo*”. Demonstra que se distanciou do compromisso ético da conduta terapêutica para ter

uma aproximação maior da pessoa do sujeito que requer o cuidado. Nesse sentido, Guareschi (2004) aponta como primordial a reflexão sobre o conceito de relação colocando-a como “o conceito central” da Psicologia Social (p. 60). Assim, o psicólogo deve reconhecer o seu lugar e papel de psicoterapeuta bem como, reconhecer também o usuário de drogas com suas características e necessidades. Para Ramos, Plass e Cardoso (1999), as atividades de intervenção às drogas quando referidas aos fatos da vida de forma verdadeira abrem espaço para a credibilidade junto ao usuário. Este aspecto favorece vínculos positivos numa relação que oportunizam espaços para reflexão, trocas de experiências e estimulam o exercício da cidadania e solidariedade.

Vale ressaltar que surgiram na análise dos dados dos relatos dos psicólogos entrevistados de que muitos usuários de drogas não compartilham da expectativa e desejo de abstinência dos profissionais de saúde e abandonam os serviços. Outros, sequer procuram tais serviços, pois não se sentem acolhidos em suas diferenças. Ou seja, a análise dos dados aponta que a realidade é vivida em forma de sentido subjetivo e que esses processos não podem reduzir-se às linguagens nem a discursos apesar de, também, estarem constituídos na singularidade que permite o apoio emocional necessário para continuarem sendo relevantes socialmente (González Rey, 2003).

No que se refere ao ambiente relacionado com sobrecarga de trabalho a análise dos dados dos relatos dos psicólogos entrevistados indica este aspecto foi considerado pelos psicólogos entrevistados como limitador de sua expressão criativa. Ribeiro (1999) enfatiza que nos ambulatórios de saúde mental do SUS fica evidenciada a falta de ações de caráter multidisciplinar, ou seja, cada profissional da equipe de saúde mental está empenhado em fazer o seu trabalho de forma isolada, sem interagir com os demais saberes. Conforme este autor, os psicólogos e psiquiatras das Referências Ambulatoriais compartilham do mesmo espaço das equipes da Atenção Básica e Saúde da Família mas, isso nem sempre significa um

compartilhamento de fazeres e ações. Corroborando com Ribeiro (1999) Pires e Macedo (2006, p. 94) comentam que no Brasil “os trabalhadores de organizações públicas sempre necessitaram possuir habilidades diplomáticas nas suas relações de trabalho para não provocarem divergências com a administração pouco competente dos gestores”. Ressaltam que os verdadeiros indicadores de poder nas organizações públicas são as relações de estima e os jogos de influência. De acordo com esses autores, o desenvolvimento da capacidade de adaptação à adversidade é o ponto central da atitude de superação que os profissionais de saúde devem enfrentar nesses locais de trabalho.

Além disso, o convívio cotidiano com os usuários do serviço e outros profissionais podem resultar também em importante sobrecarga emocional. Quando o sujeito que vivencia situações de estresses no trabalho, tal como a sobrecarga de atividades, tende a unir condições subjetivas para superar o sentimento de baixa auto-estima e fazer o enfrentamento da situação.

O ritmo intensificado de trabalho nessas condições adversas leva o profissional à exaustão e assim é muito comum começar a aflorar sentimentos de tensão e contraditórios como os conflitos das relações de trabalho.

Costa-Rosa (2006), alerta para o fato de que os profissionais destes serviços, sobrecarregados de tarefas, necessitando de respostas novas acabam adequando todos os casos atendidos às ações mais tradicionais. Segundo este autor, o prontuário de acompanhamento do usuário de drogas acabou se tornando a principal ferramenta de comunicação entre os profissionais.

É uma conduta que aponta para alguns indícios de cronificação do serviço indicando aspectos no formato da administração pública local observados a partir de algumas

características que dificultam mudanças para sua melhoria, tais como: **o burocratismo**²⁸, **patrimonialismo**²⁹ e **clientelismo**³⁰ etc., os quais emergem em de uma complexa rede de sistema e sua estrutura bem como, de uma maneira nas quais as relações de poder se desenvolvem desde o poder local e suas relações com o Estado e a União. Exemplo disso que emergiu da análise é a disputa interna que se reflete na configuração e circulação de poderes dentro dos CAPS-AD. Este é um serviço apresenta uma ação política além da técnica que exercem influências nos processos extras CAPS.

Com relação ao contexto da organização do trabalho a análise dos dados evidenciou que vários elementos foram considerados importantes pelos psicólogos entrevistados para a sua atuação: recursos materiais, possibilidade de trabalho em equipe, receptividade dos colegas, supervisão efetiva, relação profissional-usuário, tempo disponível, valorização do psicólogo.

A análise destacou que estes profissionais necessitam de maior embasamento teórico para o estabelecimento da suas identidades no serviço sendo que os mesmos ficam em evidência diante do despreparo no desempenho de suas atividades.

²⁸ Burocratismo são burocracias centralizadoras e estruturas rígidas tendem a se refletir na maneira em que o servidor se comporta, como apego às regras, excessiva valorização da hierarquia, centralização, corporativismo, forte paternalismo nas relações funcionais, desvalorização profissional, descontinuidade administrativa, perda de tecnologia ou o não uso da mesma e desconfiança generalizada. Os aspectos aqui relacionados influenciam no gerenciamento da organização, como em tomadas de decisões, inovações dentro da organização, além da formação de valor e crenças organizacionais (Mattias-Pereira, 2009).

²⁹ Patrimonialismo é chamado assim por confundir os bens estatais com os bens pessoais do governo, ou seja, apropriar-se de bens públicos. Alguma de suas características, além de não conseguir separar bens públicos de privados, destaca-se o nepotismo, como traços familiares transpondo lealdade, riqueza voltada à família, com eventuais desvios realizados pelo administrador, a distribuição de cargo comissionados de forma a beneficiar a si próprio A administração patrimonialista vem a ser como uma administração egoísta em sua estrutura, pensando apenas no administrador, beneficiando a quem lhe convém, ou seja, usa o poder para beneficiar-se, tanto de maneira financeira quanto de outros modos, como contratação de pessoas ou concessão de cargos aos que em alguma ocasião passada, presente ou futura poderá de algum modo ser útil a ele (Bergue, 2010).

³⁰ Clientelismo de modo geral, indica um tipo de relação entre atores políticos que envolvem concessão de benefícios públicos, na forma de empregos, benefícios fiscais, isenções, em troca de apoio político, sobretudo na forma de voto. Este é um dos sentidos em que o conceito é usado na literatura internacional Clientelismo seria um atributo variável de sistemas políticos macro e podem conter maior ou menor dose de clientelismo nas relações entre atores políticos. (Kaufman, 1977).

Diante desta situação este profissional se sente fragilizado perante a equipe. Isto nos remete às considerações Figueiredo (2003), quando afirma que tal fragilidade é decorrente da psicologia ser um campo de dispersão do saber reconhecendo e desconhecendo, simultaneamente, seu objeto.

Moré, Crepaldi et. al., (2004) defendem a necessidade de interação do psicólogo com outros profissionais da saúde pública. Para esses autores é fundamental para a atuação do profissional poder acrescentar conhecimentos em prol dos objetivos em comum e poderem mostrar-se uns aos outros e reconhecer todos os integrantes da equipe que por sua vez irá se delinear e construir ancorando nesta prática os diferentes saberes, que a princípio parecem difíceis de integrar. Defendem ainda, a prática da interdisciplinaridade na saúde como uma lógica imprescindível devido à sua complexidade e abrangência, necessitando de uma aliança entre todos os saberes e práticas para dar sustento a ações em saúde contextualizadas.

De acordo com Ceccim (2005), a formação para se trabalhar com Psicologia deve conter a aprendizagem de ferramentas conceituais que permitam extrair do campo cotidiano as coisas mais essenciais que mais fazem sentido em função de uma postura ética, política, clínica, conforme afirma:

“[...] Condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos a sua prática e a seus conceitos é a detecção e contato com os desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. Esse desconforto ou percepção de abertura (incerteza) tem de ser intensamente admitido, vivido, percebido.” (Ceccim, 2005. p. 165).

A análise dos dados aponta para discursos novos mas, com velhas práticas. Por exemplo: em todas as falas dos psicólogos entrevistados surge o termo “*paciente*” referindo ao sujeito usuário de drogas. Entendemos que a palavra “paciente” usada neste contexto remete

ao sofrimento psíquico do sujeito (o outro) exposto com o estigma da passividade frente às suas necessidades o que parece reforçar a posição atribuída pelo poder biomédico no decorrer da história colocado num lugar restrito, reducionista com enfoque na doença. E, como nem todos os sujeitos que estão neste serviço são necessariamente “pacientes” consideramos mais apropriado o termo “cliente” ou “sujeito” para referir ao outro não como alguém patologizado mas, como sujeito constituído por características subjetivas internas e externas nas relações do espaço social. Sobre este aspecto, encontramos em González Rey, (2003) a seguinte afirmação

“[...] a idéia de sujeito recupera o caráter dialético e complexo do homem, de um homem que de forma simultânea representa uma singularidade e um ser social, relação esta que não é de determinação externa, mas uma relação recursiva em que cada um está simultaneamente implicado na configuração plurideterminada dentro da qual se manifesta a ação do outro” (González Rey, 2003, p.224).

O sujeito age e dá sentido às experiências a partir da sua configuração subjetiva de experiências vividas num movimento contínuo “que vai gerando novos sentidos subjetivos capazes de transformar-se, alterando também sua própria configuração” (González Rey 2003, p. 238). Isto nos remete à idéia de que os psicólogos entrevistados que atuam no CAPS-AD precisam enfrentar o fato de que é necessário alinhar seus conhecimentos teóricos da Psicologia, das Políticas Públicas, Direitos Humanos, etc., bem como, ressignificar e integrar suas práticas com os demais integrantes da equipe deste serviço. Goya e Raseira (2007), tecendo considerações sobre a inserção da Psicologia nos CAPS e as dificuldades por parte de alguns destes profissionais em conseguir sustentar a especificidade da prática psicológica, juntamente com todos os elementos que abarcam a proposta dos Centros de Atenção Psicossocial, citam Spink que comenta o que segue:

“[...] a psicologia chega tarde neste cenário e chega ‘miúda’, tateando, buscando ainda definir seu campo de atuação, sua contribuição teórica efetiva e as formas de incorporação do

biológico e do social ao fato psicológico, procurando abandonar os enfoques centrados em um indivíduo abstrato e a histórico tão frequentes na psicologia clínica tradicional” (Spink, 2003, p. 30).

Os profissionais de Psicologia que atuam em perspectiva psicossocial no serviço CAPS-AD defrontam-se com grande desafio de reorientação de suas ações de maneira efetiva para o desenvolvimento das práticas psicológicas condizentes com esse cenário. Cabe ressaltar outros fatores além das limitações da formação do psicólogo que contribuem para a manutenção de um modelo tradicional que é a representação do psicólogo sobre o suposto status que a clínica tradicional pode lhe proporcionar. E, também a configuração das políticas públicas de saúde que não apresentam uma definição clara das contribuições e do papel do psicólogo dentro da rede de cuidados psicossocial.

No CAPS-AD o centro do movimento na lógica do atendimento em saúde mental para o usuário de drogas é a estratégia de redução de danos porque reconhece e respeita em cada usuário as condições particulares de suas demandas e as suas motivações. Assim, acreditamos que o psicólogo na relação terapêutica possa traçar em conjunto com o usuário de drogas estratégias que estão voltadas para objetivos a serem alcançados por meio do controle do seu uso de drogas, com liberdade e co-responsabilidade. Atuar neste serviço psicossocial, na perspectiva de redução de danos requer um aprendizado na prática a partir do desenvolvimento de uma forma de se relacionar na integração do psicólogo com os outros sujeitos da equipe de trabalho. Este movimento deve produzir constantes mudanças de paradigmas, incluindo condutas baseadas na transversalidade, na conjugação de saberes, na visão contextualizada tanto do sujeito usuário de drogas quanto dos colegas da equipe de trabalho, na horizontalidade da atuação da equipe e gerência do serviço.

Desta forma, executar um projeto terapêutico na lógica da interdisciplinar mas, que se remete à singularidade do usuário de drogas suscita vários questionamentos sobre o sentido e a

pertinência do envolvimento multifocal visando um conhecimento diferenciado do ser humano. Nesse sentido, a lógica da interdisciplinaridade propõe ainda um novo tipo de questionamento sobre o saber sobre o homem e sobre a sociedade (Vilela e Mendes, 2003).

Para Goya e Raserá (2009), os profissionais da Psicologia demandam capacitação antes de entrarem no serviço de saúde mental. Que os mesmos carecem de uma preparação anterior para assumirem suas funções na prática. Para essas autoras, a supervisão institucional faz-se necessária devido a várias questões sempre levando em conta o conjunto institucional, ou seja, a rede, a gestão, o serviço, a política pública, as discussões dos casos clínicos, etc., além disso possibilita um espaço para compartilhar os sentimentos da equipe enquanto sujeitos inseridos em um contexto multiprofissional.

VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do percurso deste trabalho refletimos sobre o movimento que este provocou em relação à prática na abordagem do usuário de drogas a partir do relato dos psicólogos entrevistados considerando que a pesquisa está implicada numa delicada circunstância que é a de apontarmos para questionamentos do saber/fazer da própria categoria profissional. Para tanto, o caminho percorrido que objetivou analisar os relatos de psicólogos a partir das suas práticas foi o de contribuir para o entendimento do desenvolvimento do homem como ser social e histórico bem como o psiquismo humano consequente dessa atividade.

Outra questão igualmente desafiadora foi a de localizarmos neste movimento as confluências das diretrizes das políticas públicas implicadas nas ações psicossociais nos CAPS-AD, com o saber da Psicologia que norteia o trabalho dos psicólogos entrevistados em meio ao processo político presente nesta perspectiva sócio-cultural. Procuramos a partir deste olhar multidimensional debruçar nas análises dos relatos das práticas dos psicólogos entrevistados e dialogarmos com todas as falas, além de todas as expressões, gestos e olhares dos entrevistados que revelavam o que as palavras não conseguiam exprimir.

Este diferencial nos permitiu perceber os desdobramentos do poder da linguagem e também nos possibilitou elencar indicadores que se revelaram ao longo da análise onde pudemos constatar que a atuação dos psicólogos entrevistados parte de uma prática clínica individualizada, controladora, fiscalizadora.

Percebemos na trajetória deste estudo a importância de se considerar os indicadores surgidos na análise dos relatos como dados centrais no desenvolvimento da percepção dos profissionais em relação ao uso das drogas e do modo de compreender em seu sentido social e histórico. Deste modo, conseguimos apontar que a contextualização desses indicadores pode possibilitar-nos a compreensão dos aspectos psicológicos como circunstâncias do processo

social da condição humana e da mesma forma contribuir na desnaturalização e não individualização dos problemas psíquicos do usuário de drogas. Constatamos que a concepção dos psicólogos entrevistados em relação ao usuário de drogas ainda é de uma visão da negação da pessoa singular, da naturalização da adolescência, da naturalização do usuário de drogas como um sujeito sem autonomia, tutelado, sem cidadania e sem capacidade de decisão.

Pudemos apontar para indícios de que a prática do psicólogo ainda sofre a resistência e a influência dos modelos autocráticos; que sua percepção sobre as questões da droga é de uma visão de valorização da substância sobrepondo-se configuração singular do sujeito. Apesar disso entendemos que o sofrimento psíquico não decorre de uma condição natural, de um desvio social ou de anormalidade, mas, pelo contrário as demandas que levam o usuário de drogas a buscar ajuda muitas vezes têm origem nas condições objetivas que configuram a subjetividade do sujeito. Também apontamos para indícios de hierarquização do saber/fazer que determina as relações de poder verticalizadas com a supremacia de um determinado saber que enfraquece a lógica multidisciplinar. Esses indícios afetam a relação entre Estado x Sociedade, além de que este poder verticalizado desconstrói consensos e tomadas de decisão das pessoas do serviço visto que não discutem nem questionam o gestor executivo, mesmo quando este apresenta determinações ideologizantes nas políticas públicas sobre drogas.

Para Vasconcelos (2007), o espaço social e o poder onde cada um tende a conquistar demarcam as fronteiras inter-profissionais e provoca sérios prejuízos como afastamento dos membros da equipe deste serviço. Isto é caracterizado principalmente pela conduta da gestão na operacionalização das políticas públicas de promoção, cuidado e segurança não garantindo à população a primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias. Entendemos que na dinâmica das interações que constituem o cotidiano do serviço de saúde no CAPS-AD o psicólogo se defronta com inúmeras dificuldades, desde as necessidades estruturais para a realização das atividades das pessoas pertencentes a este serviço até

dificuldades físicas e emocionais. No entanto, as deficiências apontadas pela análise dos dados indicam que os serviços CAPS-AD e os demais serviços de saúde apresentam uma questão crucial que lentifica o processo de reforma sanitária no âmbito da saúde mental.

Ponderamos que o usuário de drogas na esperança de encontrar sustentação para suas necessidades e não a encontra abandona a proposta terapêutica. Isto significa que a partir dessas dificuldades por mais que o discurso da política pública sobre drogas se apresente com uma roupagem nova parecendo ser democrática, ainda convivemos com práticas velhas e descontextualizadas e que apesar disso é nesse mesmo contexto e sociedade que estão colocadas as possibilidades necessárias à sua superação. Significa dizer que uma ciência revolucionária pode contribuir para a organização de meios subjetivos de enfrentamentos tornando-se de fundamental importância estabelecer instrumentos e ferramentas de fortalecimento dos profissionais dos serviços psicossociais inclusive do psicólogo, para que estes possam atuar de forma integrada no processo de enfrentamento da demanda trazida pelo usuário de drogas.

Desta forma acreditamos que a ciência Psicologia, em especial a Histórico-Cultural pode possibilitar meios de intervenção na demanda trazida pelo usuário de drogas utilizando-se de estratégias que explicitem aos psicólogos as contradições da sociedade que incide na condição humana e assim estará contribuindo para que o sujeito se reconheça em suas determinações e que se motive por meio da sua ação e seus pensamentos, ressignificando-a em relação com suas consequências reais para si e para os demais e que a partir desse movimento ele possa retornar para si o controle consciente das transformações das circunstâncias externas e internas da sua existência.

Da mesma forma consideramos que os psicólogos entrevistados como parte integrante de uma equipe multidisciplinar deve desenvolver no seu cotidiano profissional intervenções técnicas pautadas no referencial teórico, ideológico e político, sustentados pela reforma

psiquiátrica. Tudo isso, em conjunto com as diretrizes da política pública de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas na perspectiva psicossocial.

Constatamos ainda que estes profissionais necessitam melhorar suas habilidades no manejo das estratégias direcionadas ao usuário de drogas, porém, torna-se necessário que os gestores municipais em parcerias com o Estado e a União possam integrar esses trabalhadores em um programa de formação continuada. cremos ser importante aprofundar a discussão da temática neste novo paradigma da assistência à saúde do usuário de drogas. Isso nos remete à possibilidade de podermos contribuir muito mais na produção de conhecimento que auxiliem concretamente os profissionais da Psicologia convidando-os adotarem posturas mais próximas e diminuindo a distância social permitindo, assim, formas de atuação mais compatíveis com os objetivos do cuidado ao usuário de drogas.

Por fim, queremos registrar o nosso reconhecimento aos psicólogos que aceitaram fazer as entrevistas colaborando com o nosso trabalho. Registramos, também o quanto foi gratificante a realização deste estudo e o quanto nos permitiu reforçar a necessidade por um estudo crítico-reflexivo a começar pela autocrítica a respeito da nossa própria atuação em Psicologia Social na área do cuidado ao usuário de drogas, devido à riqueza de detalhes circunscritos surgidos na análise dos dados dos relatos dos psicólogos entrevistados. Outro aspecto relevante foi à experiência a respeito da reflexão em relação à produção da subjetividade dos psicólogos entrevistados, no processo do cuidado ao usuário de drogas nos serviços CAPS-AD com as percepções acerca das suas práticas. Igualmente satisfatório foi o exercício da literatura crítica que nos possibilitou inúmeros momentos de reflexões e discussões orientadoras, a despeito de estarmos vivenciando um período onde o imediatismo assola o saber científico com uma produção descompromissada com o processo histórico-cultural.

VIII. REFERÊNCIAS

- Amarante, P. A (2003) A clínica e a reforma psiquiátrica. In: Amarante, P. (coord.). *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU, 2003.
- Amarante, P. (1995). (org). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. 2ªed. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Amarante, P. (2007) *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- Amarante, P, Torres EHG. A constituição de novas práticas no campo da Atenção Psicossocial: análise de dois projetos pioneiros na Reforma Psiquiátrica no Brasil. *Saúde em Debate* 2001.Obtido em, <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a04.pdf>
- Andrade, A.G.; Bassit, A.Z. In: Avaliação de programas de prevenção de drogas. São Paulo: GREA – Ipq – HC – FMUSP, 1995.
- Barbosa, A.B.R (2004) Focalização da assistência e a cultura da “proteção familiar”. Universidade Federal do Maranhão. Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas III Jornada Internacional de Políticas Públicas: quest]ao social e desenvolvimento no século XXI.
- Barros J. A. C. (2002). Pensando o processo saúde: a que responde o modelo biomédico? *Revista Saúde e Sociedade*, v. 11, n. 1, p. 67-84, 2002. Recuperado em 09/05/2012. Obtido em, http://www.encontro2011.abrapso.org.br/trabalho/view?ID_TRABALHO=2373
- Benjamim A.A (1983). Entrevista de ajuda. São Paulo: Martins Fontes.
- Bergue, S. T. (2010).Gestão de pessoas em organizações públicas. 3. ed. Caxias do Sul, RS: EducS:
- Bock, A.M.B. e Gonçalves, M.G.M. (2009) *A dimensão subjetiva da realidade*. São Paulo: Cortez

- Bock, A.M.B., Gonçalves, M.G.M. e Furtado. (2001) *A Psicologia sócio-histórica: uma perspectiva crítica em psicologia*. São Paulo: Cortez
- Bock, A. M. B. (1999). A Psicologia a caminho do novo século: identidade profissional e compromisso social. *Estudos de Psicologia*, 4(2), 315-329.
- Bock, AMB. (2003). Psicologia e sua ideologia: 40 anos de compromisso com as elites. In AMB Bock (Org.), *Psicologia e o compromisso social* (p.15-28). São Paulo: Cortez
- Bock, A.M.B. (...) *Psicologia e Políticas Públicas*. BH/ CRP04.
- Brasil, (1995). Plano diretor da reforma do estado. Brasília-DF, 1995. Disponível em: <<http://hfmartins.sites.uol.com.br/Administracao/PlanoDiretor.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2011
- Brasil, (2001). Organização Mundial da Saúde. Transtornos devido ao uso de substâncias. In. OMS. Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde (Orgs.). *Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. pp. 58-61. Brasília: Gráfica Brasil, 2001.
- Brasil. (2004). 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*. 2. ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2005). Ministério da Saúde. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. *Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília.
- Brasil, (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Portaria nº 2.843 de 20/09/2010*. Regulamenta a implantação e implementação do NASF. Visa promover a atenção integral em saúde e saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS) organizada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), prioritariamente para usuários de

- crack, álcool e outras drogas. Recuperado em 09/10/2011. Obtido em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt2843_20_09_2010.html
- Brasil, (2008) SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (BR). *Informações Institucionais*. Recuperado em: 09 de fevereiro de 2011. Obtido em:
 <http://www.senad.gov.br/informacoes_institucionais/informacoes_institucionais.html
 HEAD=NNS
- Bucher, R. (1991; 1992). Visão histórica e antropológica das drogas. In. Bucher, R., coord. *Prevenção ao uso indevido de drogas*. Brasília, Editora Universidade de Brasília.
- Bucher, R. e Oliveira, S. R. M. (1994). O discurso do "combate às drogas" e suas ideologias *Rev. Saúde Pública*, 28: 137-45, 1994. Recuperado em 05/10/2011.
 Obtido em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v28n2/08.pdf>
- Campos, G. W. (2003). *Clínica ampliada e paidéia* (pp.63-64). São Paulo: Hucitec.
 Recuperado em 23 de março 2011.
- Carlini, E.A.; Noto, A.R.; Battisti, M.C.; Faria, S.T.; Nappo, S.A.; Galduróz, J.C.; (2003). Drogas e saúde na imprensa brasileira: uma análise de artigos publicados em jornais e revistas. *Cadernos de Saúde Pública* nº. 19, p. 69-79.
- Carlini, A.E.A; Galduròz, J.E; Noto, A.R; Nappo, S.A. (2002) I. Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. Secretaria Nacional Anti-Drogas (SENAD) / Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID). São Paulo: Cromosst. .
- Carneiro, H. (2002). *A Fabricação do vício*. Recuperado em: 13 mar. 2011 Obtido em:
http://www.neip.info/downloads/t_hen1.pdf
- Carneiro, (2008). (Org.) *Drogas e cultura: novas perspectivas Salvador*. Edufba 2008
- Carneiro, H. (2004). Filtros, mesinhas e triacas: as drogas do mundo moderno. S. Paulo. Xamã.
- Castel, R. (1996). *As metamorfoses da questão social*. Petrópolis. Vozes.

- CEBRID, (2005). Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas Obtido em:
<http://200.144.91.102/sitenovo/conteudo.aspx?cd=651>
- CEBRID, (1995). Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. *Boletim n. 23. Publicações e Congressos Científicos no Brasil*. São Paulo:
- Ceccim, RB. (2005). Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário.
In: Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v.9, n.16: p.161-168.
- Chauí, Marilena. (1997). *Convite à Filosofia*. São Paulo: Ática, 1997.
- Ciampa, A. da C. Identidade. In: Lane, S. T. M. & Codo, W. (Org.). *Psicologia social: o homem em movimento*. São Paulo: Brasiliense, 2004. p. 58-75.
- Ciampa, A. da C. *A estória do Severino e a história da Severina*. São Paulo: Brasiliense, 2001.
- CONAD (2006): Conselho Nacional Antidrogas. *Grupo Multidisciplinar de Trabalho-GMT - Ayahuasca: Relatório Final*. Acesso em: 26 jun. 2012. Disponível em:
<http://www.ayahuascabrasil.org/index.php?op=legis101>
- CONFEN (1986): Conselho Federal de Entorpecentes. *Resolução nº 6*. Recuperado em: 26 de jun. 2011. Obtido em: <http://www.ayahuascabrasil.org>
- Costa-Rosa, A.; Luzio, C.A.; Yasui, S. (2003) Atenção Psicossocial: resumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: P. Amarante (Coord.) *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU .
- Costa-Rosa, A. (2006). A instituição de saúde mental como dispositivo social de produção de subjetividade [manuscrito não publicado]. Assis: UNESP.
- Crochik, J.L.; Souza Patto, M.H. (2012.). Pedindo socorro à parede. Em: *Formação de psicólogos e relações de poder: sobre a miséria da psicologia*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cuche, D. (1999). *A noção de cultura nas ciências sociais*. Bauru-SP. EDUSC.

- Dantas, C. M. B., Oliveira, I. F. & Yamamoto, O. H. (2010). Psicologia e pobreza no Brasil: produção de conhecimento e atuação do psicólogo. *Psicologia & Sociedade*, 22(1), 104-111.
- De Michele e Formigoni. (2001). *As razões para o primeiro uso de drogas e as circunstâncias familiares prevêm os padrões de uso futuro?* *Jornal Brasileiro de Dependência Química* 2(1): 20-30. Recuperado em 18/07/2012. Obtido em: <http://scholar.google.com.br/citations?user=bPsDstEAAAAJ&hl=pt-BR>
- De Micheli, D; Formigoni, M.L.O.S. (1997). Adaptação de um Instrumento de Triagem para Uso de Drogas numa Amostra de Adolescentes Brasileiros. *Anais do XII Congresso Brasileiro de Alcoolismo e Outras Dependências*. Recife.
- Dimenstein, M. (2001) O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, jul./dez. Recuperado em 18/07/2012. Obtido em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v6n2/v6n2a08.pdf>
- Edwards G.; Gross. M.M (1976). *Síndrome de Dependência do Álcool: critérios diagnósticos*. São Paulo. Martins Fontes.
- Figueiredo. J. (2003). *Educação Ambiental Dialógica e Representações Sociais da Água em Cultura Sertaneja Nordestina: uma contribuição à consciência ambiental em Irauçuba-CE* (Brasil). 2003. Tese (Doutorado em Ciências Biológicas/Ecologia/Educação Ambiental). Universidade Federal de São Carlos - UFSCar , São Carlos, SP, 2003. Obtido em http://www.neurobiologia.org/ex_2012.3/8_ARTIGO.pdf
- Fiore, M. (2004). Tensões entre o biológico e o social nas controvérsias médicas sobre o uso de “drogas”. In: Reunião Anual da ANPOCS, 28, 2004, Caxambu. Anais.
- Freitas (2005) M.F.Q. (2005). *Psicologia na comunidade, psicologia da comunidade e psicologia (social) comunitária: práticas da psicologia em comunidade nas décadas de*

- 60 e 90, no Brasil. In R. H. de F. Campos (Org.). *Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Galduróz et. al. (2005). *II Levantamento Domiciliar Nacional Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas*. Obtido em http://www.unodc.org/pdf/brazil/II%20Levantamento%20Domiciliar%20Dr%20Elisaldo%20Carlini_alterado2.pdf
- Goffman, E. (1988). *Estigma*. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC Editora.
- Gondim, D. S. M. (2001). *Análise da implantação de um serviço emergência psiquiátrica no município de Campos: inovação ou reprodução do modelo assistencial?* Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Obtido em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2008albuquerque-rcr.pdf> . Recuperado em 15 de março de 2011.
- González Rey, F.L. (2003) *Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural*. São Paulo: Pioneira Thompson, 2003.
- González Rey, F. L. (2004) *O social da Psicologia e a Psicologia Social*. Petrópolis: Vozes, 2004.
- González Rey, F. L.(Org.) (2005) *Subjetividade, Complexidade e Pesquisa em Psicologia*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.
- González Rey, F.L. (2011) *El pensamiento de Vygotsky*. México: Trillas, 2011.
- Gorgulho, M.A (2006) *Influência da Mídia na realidade brasileira do Fenômeno das Substancias Psicoativas*. Capítulo 39. *Panorama Atual de Drogas e Dependências/ organizadores Dartiu Xavier da Silveira, Fernanda Moreira – 1. ed. – São Paulo: Ed. Atheneu.*
- Guareschi, P. (2004). *Psicologia social crítica*. Porto Alegre: Mundo Jovem.

- Guareschi, P. (2001). Compromisso social da psicologia. Em A. Caniato & E. Tomanik (Orgs.), *Compromisso social da psicologia* (pp. 60-96). Porto Alegre: Abrapsosul. Recuperado em 15/03/2012. Obtido em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722003000200004
- Lave, J. e Wenger, E. (2002) Prática, pessoa, mundo social. In: DANIELS, Harry (org) Uma introdução a Vygotsky. Cap. 6, p. 165-173. Trad. Marcos Bagno. São Paulo: Loyola.
- Lima, A.F (2008). Dependência de drogas e Psicologia Social: *um estudo sobre o sentido das oficinas terapêuticas e o uso de drogas a partir da Teoria de Identidade*. Psicologia & Sociedade; 20 (1): 80-90. Obtido em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v20n1/a10v20n1.pdf>
- Carvalho, J.C. (2011). Trabalho apresentado na VI Semana de História e III Seminário Nacional de História: Política, cultura e sociedade. Programa de Pós Graduação em História/UERJ. 17 a 21 de outubro de 2011. Recuperado em 15/03/2012. Disponível em: www.neip.info/html/objects/_downloadblob.php?cod_blob=1170
- Moré, C.L.O.O., Crepaldi, M.A., Queiroz, A., Wendt, N. & Cardoso, V. (2004). As Representações Sociais do Psicólogo entre os residentes do Programa de Saúde da Família e a importância da Interdisciplinaridade. *Psicologia Hospitalar*, 1(1) 59-75. Obtido em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/7212/8230>
- OMS (2003). Organização Mundial da Saúde. *Tabagismo & saúde nos países em desenvolvimento*, Obtido em: http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=publicacoes&link=tabagismo_saude.pdf
- Orlandi, Eni P.(1988). Discurso e Leitura. São Paulo, Cortez
- Paixão, R. *Agorafobia e delinquência na adolescência* (Tese de doutorado). Rev. Biociênc., Taubaté, v.6, n.1, p.49-55, jan-jul.2000. Recuperado em 03 de Junho de 2011. Obtido em: <http://periodicos.unitau.br/ojs-2/index.php/biociencias/article/viewFile/30/13>.

- Pires, D (1998). Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Confederação nacional dos trabalhadores em seguridade social–CUT; Annablume.
- Portela, A.L. Atta, D. M.A. (2007). A gestão da educação escolar hoje: o desafio do pedagógico. In: LUZ, A. M. C. e Portela, A.L. (Org.). *Gestão educacional e qualidade social da educação*. Salvador: ISP/UFBA.
- Reis AOA et al. (2009). Prontuários, para que servem? Representação dos coordenadores de equipe dos CAPSI a respeito do valor e da utilidade dos prontuário Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2009; 19(3): 383-392. Recuperado em 22/09/2012. obtido em: www.revistas.usp.br/jhgd/article/download/19926/22004
- Rezende, M. M. – (1999) *Tratamento de dependentes de drogas: diálogos com profissionais da área de Saúde Mental* (Tese de Doutorado). Campinas, 1999.
- Ribeiro, M. (2004). Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. Revista Brasileira de Psiquiatria, 26 (1), 59-62. Recuperado em 22/07/2011. Obtido em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v26s1/a15v26s1.pdf>
- Roehrs H, Lenardt MH, Maftum MA. (2008). Práticas culturais familiares e o uso de drogas psicoativas pelos adolescentes: reflexão teórica. Esc Anna Nery. jun; 12(2): 353-357.
- Rodrigues, ARF.(1993). Relações interpessoais enfermeiro-paciente: *análise teórica e prática com vistas à humanização da assistência em saúde mental* [tese livre-docência]. Ribeirão Preto: R Enferm UERJ 2003; 11:92-7, p.97 Universidade de São Paulo. Recuperado: 05/08/2011. Obtido em: <http://www.facenf.uerj.br/v11n1/v11n1a15.pdf>
- Santos, S.M. P.(1997). Brinquedoteca: *o lúdico em diferentes contextos*. Petrópolis-RJ: Vozes.
- Saraceno B. (2001). Libertando identidades: *da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Belo Horizonte: Té Cora.
- Sartre, J.P. (1984). Questão de Método. In: *Os Pensadores*. São Paulo: Abril Cultural.
- Acesso em 17.out. 202. disponível em www.epsjv.fiocruz.br/pdtsf/includes/header_pdf.php?id=328...

- Sartre, J.P. (1997). O ser e o nada: ensaio de ontologia fenomenológica. Trad. de Paulo Perdigão. Petrópolis: Vozes.
- Scarpato, A. (2001). Transferência somática: a dinâmica formativa do vínculo terapêutico. *Revista Hermes*. São Paulo, nº 6. p. 107-123
- Senra, C. M. G. & Guzzo, R. S. L. (2012). Assistência social e psicologia: sobre as tensões e conflitos do psicólogo no cotidiano do serviço público. *Psicologia & Sociedade*, 24(2), 293-299. Recuperado em 21 de julho de 2012. Obtido em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n2/05.pdf>
- Sieslki, (1994). Filhos que usam drogas: guia para os pais (1996). *A saúde perfeita: crítica de uma nova utopia*. São Paulo: Loyola.
- Siqueira D e Siqueira BG. (2000). Educação e saúde no uso e abuso de álcool e drogas: a prevenção e a redução de danos. In: Luis MAV, Santos MA. Uso e abuso de álcool e drogas. Ribeirão Preto (SP): Editora Legis Summa.
- Skinner, B. F. (2006). Sobre o behaviorismo. 10ª edição. São Paulo: Cultrix.
- Valentim, J. H.; Mattos, P. R. (1999). Psicanálise e hospital geral: algumas considerações sobre o serviço de psicologia da área cirúrgica do hospital Universitário Antônio Pedro. *Pulsional – Revista de Psicanálise*, São Paulo, vol. XII, n. 120.
- Vasconcelos, E.M. (2002). (Org). Saúde Mental e Serviço Social: *O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez.
- Vasconcelos, E.M. (2007). Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa. 3ª. Petrópolis: Vozes.
- Vázquez, A.S. (2007). Filosofia da práxis. São Paulo: Expressão Popular, 2007.
- Velho, G. (1997). Drogas, Níveis de Realidade e Diversidade. In: Ribeiro, Maurides de Melo e Siebel, Sérgio Dario. **Drogas**: a hegemonia do cinismo. São Paulo: Fundação Memorial

da América Latina. recuperado em 10 de outubro de 2012. Obtido em:
www.neip.info/html/objects/_downloadblob.php?cod_blob=757.

Velho, G. (1997). "*Individualismo e Cultura*". Zahar Editores. RJ.

Velho, G. (1999a), A dimensão cultural e política dos mundos das drogas. In Zaluar, A. (org.)
Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos. São Paulo: Brasiliense

Ventura, C.A.A, Araújo, A.S, Moll, M. F.(2011). Dimensões organizacionais de um Centro de
Atenção Psicossocial para dependentes químicos. Obtido em
<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/09v24n5.pdf>

Zaluar A..(1993). A criminalização de drogas e o reencantamento do mal. *Revista do Rio de Janeiro*, 1:8-15.

Zaluar, A. (1994). Introdução. In: *Drogas e Cidadania* (A. Zaluar, org.), pp. 7-21, São Paulo:
Brasiliense.

Zanchin, J. (2011). Políticas sobre drogas: *alguns apontamentos*. Revista Entrelinhas, Porto Alegre, v. 11, n.54, p.10, jan./mar.

Zocche, D.A.A. Teias de avaliação no ensinoaprendizagem em saúde: uma “análise da situação” da avaliação do desempenho cognitivo e laboral no ensino técnico em enfermagem. 127 f. Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006. Recuperado em 20 jan 2013. Obtido em:
<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/11100/000605810.pdf?...1>

ANEXOS

ANEXO I

Curitiba, 09 de Agosto de 2011.

Prefeitura Municipal de
Secretaria Municipal de Saúde
Excelentíssima Diretora de Atenção a Saúde

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Vimos por meio desta, solicitar sua autorização para a realização da pesquisa intitulada “As Práticas de Prevenção do Psicólogo nas Abordagens de Prevenção do Uso Prejudicial de Álcool e outras Drogas”, de autoria de Irma Ribeiro da Silva Zaninelli, aluna do curso de pós-graduação *Stricto Sensu* de Psicologia da Universidade Tuiuti do Paraná, área de concentração em Psicologia Social Comunitária, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Denise Camargo. Trata-se de pesquisa de levantamento de dados em práticas comunitárias. Sendo assim, a atividade desenvolvida refere-se à entrevista com cada um dos profissionais selecionados e que concordaram com a pesquisa.

A professora orientadora responsável é Psicóloga Social Comunitária e docente dos cursos de graduação e pós-graduação de Psicologia e Mestrado em Psicologia Social Comunitária da UTP e poderá ser encontrada no telefone (41) 99722079.

Para podermos realizar a presente pesquisa necessitamos 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. Ressaltamos que não haverá conseqüências danosas devido à realização de tal coleta de dados. Também não haverá nenhum tipo de prejuízo ou ganho financeiro.

Garantimos o total sigilo das informações obtidas, assegurando que a conduta de tratamento dos mesmos se dará dentro dos princípios éticos que regem os procedimentos em pesquisa, as quais serão utilizadas somente para publicações científicas.

Fica o compromisso de apresentar o trabalho final em formato de relatório para Vossa Excelência.

Antecipadamente agradecemos a sua valorosa colaboração de contribuir para o desenvolvimento do conhecimento nesta área e sem a qual este estudo não poderia ser realizado, atenciosamente.

Prof^a. Dr^a. Denise Camargo

Curso de Mestrado Psicologia Social Comunitária

Universidade Tuiuti do Paraná - UTP

CRP 08/450

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

Data

Assinatura:

ANEXO II

CARTA DE ACEITE DO ORIENTADOR
CURSO DE MESTRADO

Curitiba, 23 de Maio de 2011.

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

Eu, Prof^a. Dr^a. DENISE CAMARGO, docente do Programa de Mestrado da Universidade Tuiuti do Paraná, informo que, após ter analisado a proposta, e o projeto de pesquisa, intitulado **“Estudo do relato das práticas do psicólogo nas abordagens do uso de álcool e outras drogas”**, **aceito orientar e acompanhar** a pesquisadora, aluna do Mestrado da Universidade Tuiuti do Paraná IRMA RIBEIRO DA SILVA ZANINELLI, na condução do projeto de pesquisa para elaboração de Dissertação de Mestrado, visando à obtenção do título de Mestre em Psicologia, Área de Concentração: Psicologia Social Comunitária.

Atenciosamente,

Dra. Denise Camargo

Professora Supervisora

Psicóloga CRP 08/

Irma Ribeiro da S. Zaninelli

Aluna do Mestrado UTP

Psicóloga CRP 08/04909

ANEXO III

Declaração

“Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP (Comitê de Ética em Pesquisa) da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a **Resolução CNS 196/96 (Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres humanos)**. Esta instituição está ciente de sua co-responsabilidade como instituição co-participante do projeto de pesquisa **“As práticas do psicólogo nas abordagens do uso prejudicial de álcool e outras drogas**, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura para garantia de tal segurança e bem-estar.”

██████████ 07 de Junho de 2011.

ANEXO IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você, está sendo convidado a participar de um estudo intitulado “**As práticas do psicólogo nas abordagens do uso prejudicial de álcool e outras drogas**”, que tem por **objetivo** a realização de uma pesquisa científica de autoria de Irma Ribeiro da Silva Zaninelli. A atividade desenvolvida será a realização de uma entrevista individual, semi-estruturada, com um roteiro norteador da entrevista, com duração aproximada de uma hora. Será utilizado um gravador durante o tempo de duração da entrevista. A entrevista ocorrerá em local apropriado, indicado pelo responsável da área de atuação do profissional.

Irma Ribeiro da Silva Zaninelli é aluna do Mestrado em Psicologia área de concentração em Psicologia Social Comunitária da Universidade Tuiuti do Paraná- UTP, responsável pela pesquisa e poderá ser encontrada no telefone (41) 99748522 e (41) 32668802. Sua orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Denise de Camargo é Psicóloga Social Comunitária e docente dos cursos de graduação e pós-graduação de Psicologia e Mestrado em Psicologia Social Comunitária da Universidade Tuiuti do Paraná – UTP e poderá ser encontrada nos telefones (41) 3331-7655 e (41) 99722079.

Para podermos realizar a pesquisa “As práticas do psicólogo nas abordagens do uso prejudicial de álcool e outras drogas” precisamos da 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 conseqüências 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 de 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: ____/____/____

ANEXO V

Roteiro de perguntas norteadoras para as entrevistas:

1. Há quanto tempo atua como psicólogo em política de álcool e outras drogas?
2. Descreva em detalhes o que você faz em uma semana típica de trabalho, com ênfase nas atividades relacionadas à política de álcool e outras drogas?
3. Quais os principais desafios que você enfrenta no dia a dia do seu trabalho e como você os enfrenta?
4. Que novas práticas você e seus colegas tem desenvolvido ou conhecem que estão produzindo bons resultados e podem ser consideradas uma inovação neste campo?
5. Descreva cada uma destas novas práticas e indique onde podemos encontrá-la (e-mail ou outras forma de contato).
6. Você pode fazer sugestões ou comentários adicionais sobre a sua atuação?
7. Quais as principais abordagens ou linhas teóricas em psicologia que orientam seu trabalho com a política de álcool e outras drogas?
8. Quais autores que tenham subsidiado sua prática profissional na política de álcool e drogas?
9. Quais as outras áreas do conhecimento que tenham influenciado mais fortemente seu trabalho?
10. Quais as noções ou conceitos técnico-teóricos que você julga mais importante para seu trabalho com a política sobre álcool e outras drogas?
11. Como você avalia seu conhecimento acerca dos marcos lógicos e legais da política sobre álcool e outras drogas?
12. As suas atividades estão voltadas para que tipo de atuação e com que frequência você as realiza? (ex: orientação, prevenção, aconselhamento, acolhimento, avaliação psicológica, discussão e estudos de casos, psicoterapias: individual e/ou de grupo, redução de danos, participação nos controles sociais, etc)
13. Você atua em equipe multidisciplinar? Quais atores?
14. Descreva com que categoria de profissionais há mais facilidade e/ou dificuldade de articulação do trabalho? Por quê?
15. Quais outras áreas da política pública você aciona no desempenho do seu trabalho (+/-2)
16. Quais os recursos ou instrumentos que você utiliza em seu trabalho?
17. Quais as formas de registro que você utiliza em seu trabalho?
18. Você trabalha com indicadores de acompanhamento de processo? Quais?
19. O que você considera como maior contribuição da psicologia para a política sobre álcool e outras drogas?
20. Você realiza atividades docentes sobre o tema?
21. Você já realizou algum tipo de pesquisa científica sobre o tema?
22. Você já efetuou alguma apresentação, publicação científica ou acadêmica sobre as questões relacionadas a política de álcool e drogas?
23. Você acredita que há mais convergência ou divergência sobre o modo de atuação entre os psicólogos desta área? Por quê?
24. Quais os marcos e diretrizes que você considera mais importantes para seu trabalho?
25. Você já enfrentou alguma dificuldade relativa as questões éticas na sua atuação como profissional nesta área.
26. Você já participou de discussões ou intervenções sobre os direitos dos usuários de álcool e outras drogas?

27. O serviços que você atua desenvolve algum programa ou projeto de ampliação de ações a fim de facilitar o saber/fortalecimento/envolvimento da comunidade?
28. O seu serviço disponibiliza de modalidade de supervisão?
29. Quais as políticas públicas adotadas no campo da política pública de álcool e outras drogas em que você atua ?
30. Você acredita que as atividades desenvolvidas em seu município estão coerentes e articuladas com as nacionais?
31. Você considera que a sua atuação profissional está ligada às políticas públicas?
32. Você quer adicionais mais sugestões ou comentários?
33. O que significa atuar em rede social para você?
34. Quais os serviços em rede que você conhece para encaminhamentos do usuário de álcool e outras drogas?
35. Como é feito esse acesso?
36. Existe trabalho de articulação em rede? Pode descrevê-la?
37. Quando e como o trabalho em rede é utilizado?