



**REFERÊNCIAS TÉCNICAS PARA
ATUAÇÃO DE PSICÓLOGAS(OS)
EM POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**



CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA
CONSELHOS REGIONAIS DE PSICOLOGIA

CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM
PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS

DOCUMENTO DE REFERÊNCIAS TÉCNICAS PARA A ATUAÇÃO DE PSICÓLOGAS (OS) EM POLÍTICAS PÚBLICAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Comissão de Elaboração do Documento

Heloiza Helena Mendonça Almeida Massanaro

Isabela Saraiva de Queiroz

Marcus Vinicius de Oliveira Silva

Maria Aparecida Gimenez

Maria Izabel Calil Stamato

Rafael Mendonça Dias

Técnica Regional

Luciana Franco

Brasília, dezembro/2013

1ª Edição

É permitida a reprodução desta publicação, desde que sem alterações e citada a fonte. Disponível também em: www.cfp.org.br e em crepop.pol.org.br

1ª edição – 2013

Projeto Gráfico – Liberdade de Expressão

Diagramação – Liberdade de Expressão

Revisão – Liberdade de Expressão

Coordenação Geral/ CFP

Yvone Magalhães Duarte

Coordenação de Comunicação Social

Fernanda de Araújo Mendes

Editoração

André Almeida

Equipe Técnica do Crepop/CFP

Monalisa Barros e Márcia Mansur Saadallah /Conselheiras responsáveis

Natasha Ramos Reis da Fonseca/Coordenadora Técnica

Cibele de Oliveira e João Vinicius Marques /Assessores de Metodologia

Klebiston Tchavo dos Reis Ferreira /Assistente Administrativo

Equipe Técnica/CRPs

Renata Leporace Farret (CRP 01 – DF), Thelma Torres (CRP 02 – PE), Gisele Vieira Dourado O. Lopes e Glória Pimentel (CRP 03 – BA), Luciana Franco de Assis e Leiliana Sousa (CRP04 – MG), Beatriz Adura e Fernanda Haikal(CRP 05 – RJ), Ana Gonzatto, Marcelo Bittar e Edson Ferreira e Eliane Costa (CRP 06 – SP),Silvia Giugliani e Carolina dos Reis (CRP 07 – RS),Carmem Miranda e Ana Inês Souza (CRP 08 – PR), Marlene Barbaresco (CRP09 – GO/TO), Letícia Maria S. Palheta (CRP 10 – PA/AP), Renata Alves e Djanira Luiza Martins de Sousa (CRP11 – CE/PI/MA), Juliana Ried (CRP 12 – SC), Katiúška Araújo Duarte (CRP 13 – PB), Mario Rosa e Keila de Oliveira (CRP14 – MS), Eduardo Augusto de Almeida (CRP15 – AL), Mariana Passos e Patrícia Mattos Caldeira Brant Littig (CRP16 – ES), Ilana Lemos e Zilanda Pereira de Lima (CRP17 – RN), Fabiana Tozi Vieira (CRP18 – MT), Lidiane de Melo Drapala (CRP19 – SE), Vanessa Miranda (CRP20 – AM/RR/RO/AC)

Referências bibliográficas conforme ABNT NBR

Direitos para esta edição – Conselho Federal de Psicologia: SAF/SUL Quadra

2,Bloco B, Edifício Via Office, térreo, sala 104, 70070-600, Brasília-DF

(61) 2109-0107 /E-mail: ascom@cfp.org.br /www.cfp.org.br

Impresso no Brasil – Dezembro de 2013

Catálogo na publicação
Biblioteca Miguel Cervantes
Fundação Biblioteca Nacional

Conselho Federal de Psicologia
Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogas/os em Políticas
Públicas de Álcool e Outras Drogas/ Conselho Federal de Psicologia. -
Brasília: CFP, 2013.
88p.
ISBN: 978-85-89208-66-6
1. Psicólogos 2. Políticas Públicas 3. Saúde Mental 4. Álcool e Drogas

XV Plenário Gestão 2011-2013

DIRETORIA

Aluizio Lopes de Brito – Presidente
Humberto Cota Verona – Presidente licenciado
Monalisa Nascimento dos Santos Barros – Tesoureira
Deise Maria do Nascimento – Secretária

CONSELHEIRAS EFETIVAS

Ana Luiza de Souza Castro
Secretária Região Sul
Flávia Cristina Silveira Lemos
Secretária Região Norte
Heloiza Helena Mendonça A.
Massanaro
Secretária Região Centro-Oeste
Marilene Proença Rebello de Souza
Secretária Região Sudeste
Clara Goldman Ribemboim
Secretária Região Nordeste

CONSELHEIROS SUPLENTES

Celso Francisco Tondin
Henrique José Leal Ferreira
Rodrigues
Marilda Castelar
Roseli Goffman
Sandra Maria Francisco de Amorim
Tânia Suely Azevedo Brasileiro

PSICÓLOGAS CONVIDADAS

Angela Maria Pires Caniato
Márcia Mansur Saadallah

CONSELHEIRAS RESPONSÁVEIS:

Márcia Mansur Saadallah e Monalisa Nascimento dos Santos Barros.

CRPS

Wagner Gonçalves Saltorato (CRP 01 – DF), Laís de Souza Monteiro (CRP 02 –PE), Denise Viana Silva/ Verena Souza Souto (CRP 03 – BA), Marcus Macedo da Silva (CRP04 – MG), Analícia Martins de Sousa (CRP 05 – RJ), Maria Ermínia Ciliberti (CRP 06 – SP), Alexandra Ximendes (CRP 07 – RS), Liliane Ocalxuk (CRP 08 – PR), Wadson Arantes Gama (CRP 09 – GO), Maria Eunice Figueiredo Guedes (CRP 10 – PA/ AP), Aluisio Ferreira de Lima (CRP 11 – CE), Ana Maria Pereira Lopes Lopes (CRP 12 – SC), Carla de Sant’ana Brandão Costa (CRP 13 – PB), Zaira de Andrade Lopes (CRP14 – MS), Laeuza Farias (CRP15 – AL), Andrea dos Santos Nascimento/ Karina de Andrade Fonseca (CRP16 – ES), Julianne de Souza Soares (CRP17 – RN), Marisa Helena Alves (CRP18 – MT) André Luiz Mandarino Borges (CRP19 – SE), Selma de Jesus Cobra (CRP20 – AM/RR/RO/AC), Palônia Andrade Arrais (CRP21—PI), Jaqueline Lopes Teixeira (CRP22—MA) e Jaqueline Medeiros Silva Calafate (CRP23 –TO)

APRESENTAÇÃO

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) apresenta à categoria e à sociedade em geral o documento de Referências Técnicas para a Prática de Psicólogas (os) em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas, produzido a partir da metodologia do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (Crepop). Este documento busca construir referências para a atuação da Psicologia na área.

As referências construídas possibilitam a elaboração de parâmetros compartilhados e legitimados pela participação crítica e reflexiva de psicólogas (os). Elas refletem o processo de diálogo que os Conselhos vem construindo com a categoria, no sentido de se confirmar como instância reguladora do exercício profissional.

Por meios cada vez mais democráticos, esse diálogo tem se pautado por uma política de reconhecimento mútuo entre os profissionais da Psicologia, assim como pela construção coletiva de uma plataforma profissional que seja também ética e política.

A opção pela abordagem deste tema reflete o compromisso dos Conselhos Federal e Regionais de Psicologia com a qualificação da atuação das (os) psicólogas (os) em todos os seus espaços de atuação.

ALUÍZIO LOPES DE BRITO

Presidente do Conselho Federal de Psicologia

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	7
--------------------	---

O CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS – CREPOP

Metodologia	11
A Pesquisa “Técnicas para a Atuação de Psicólogas/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas”	12
Etapa Descritiva – Questionário online	13
Etapa Qualitativa – Reuniões Específicas (RE) e Grupos Fechados (GF)	15
As Referências Técnicas	18

INTRODUÇÃO

A constituição do campo de cuidados relacionado ao uso de drogas no Brasil: valores, ideias e práticas	19
--	----

EIXO 1: DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DA ATUAÇÃO DA/O PSICÓLOGA/O NA POLÍTICA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Contextualização sobre o uso de drogas no Brasil	26
Políticas Públicas sobre álcool e outras drogas	35
Redução de Danos no Brasil	39
A RD e a defesa dos direitos	40
RD e Atenção Psicossocial	42

EIXO 2: PSICOLOGIA E A POLÍTICA SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas	46
NASF e ESF - Princípios e Diretrizes Gerais	48
Consultório de Rua (CR)	49
CRAS e CREAS: a articulação com a Política de Assistência Social	51

Atuação da (o) psicóloga (o) na gestão dos serviços	54
Sobre as Comunidades Terapêuticas.....	55
EIXO 3: A ATUAÇÃO DOS PSICÓLOGOS.....	58
A constituição do campo dos cuidados relacionados ao uso de Drogas no Brasil	58
A Clínica da abstinência.....	59
A Clínica do desejo	61
A Clínica psicossocial.....	62
EIXO 4: DESAFIOS PARA UMA PRÁTICA PSICOLÓGICA EMANCIPADORA	65
O uso das drogas: subjetividade e sofrimento psíquico (igualdade, diversidade, singularidade)	68
Saúde: uma visão integral e sistêmica.	69
A construção de um novo lugar profissional: Interdisciplinaridade, Intersetorialidade e Atuação em Rede.	72
Psicologia e Políticas Públicas: compromisso com a liberdade e os direitos humanos.....	74
Qualificação profissional: graduação, formação permanente e supervisão técnica	77
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
REFERÊNCIAS	81

O CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS – CREPOP

O Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (Crepop) é um projeto permanente do Sistema Conselhos de Psicologia que, dando continuidade ao projeto Banco Social de Serviços em Psicologia¹, desde 2006, sistematiza e divulga informações acerca da prática profissional da(o) psicóloga(o) nas políticas públicas.

O objetivo deste centro é promover a ampliação e a qualificação da atuação profissional de psicólogas(os) que atuam na esfera pública, oferecendo referências para atuação profissional nesse campo, identificando oportunidades estratégicas de participação da psicologia nas políticas públicas e promovendo sua interlocução com espaços de formulação, gestão e execução em políticas públicas. Trata-se, portanto, de uma estratégia de consolidação da presença da profissão nas políticas sociais brasileiras.

Dessa forma, o objetivo central do Crepop se constituiu para garantir que esse compromisso social seja ampliado no aspecto da participação das (os) psicólogas (os) nas políticas públicas. Contribuindo para a expansão da Psicologia na sociedade e para a promoção dos Direitos Humanos, bem como a sistematização e disseminação do conhecimento, oferecendo referências para atuação profissional nesse campo.

Cabe também ao CREPOP identificar oportunidades estratégicas de participação, além de promover a interlocução da Psicologia com espaços de formulação, gestão e execução em políticas públicas.

1 O Banco Social de Serviços foi um projeto do Sistema Conselhos de Psicologia, lançado em maio de 2003 e executado até agosto de 2005, por meio do qual a Psicologia pode apresentar à sociedade e ao Estado práticas profissionais pouco visíveis na sociedade brasileira, participando em políticas que visavam melhorar as condições de vida em nosso país, abrindo novos canais de negociação com o Estado sobre as demarcações e possibilidades de atuação da (o) psicóloga (o) e contribuindo na formação de psicólogas (os) para atuação na área social. O projeto foi desenvolvido com o estabelecimento de parceria com órgãos públicos - ministerios, secretarias executivas, Poder Judiciário - e a partir da dedicação voluntária de psicólogas (os), que escolhiam em qual dos projetos pretendiam trabalhar, assinavam um termo de adesão ao trabalho voluntário e desenvolviam as intervenções nas instituições parceiras do Banco Social, seguindo orientações e diretrizes do projeto no qual se inscreveram.

Metodologia

Por meio da diretriz Investigação Permanente em Psicologia e Políticas Públicas, o Crepop realiza pesquisas multicêntricas que permitem investigar nacionalmente o fazer das(os) psicólogas(os) diante das especificidades regionais e servem como subsídio para a produção de referências ao trabalho dessas(desses) profissionais nas políticas públicas.

O processo investigativo da Rede CREPOP implica na construção e atualização de um banco de dados para comportar informações referenciadas, inclusive geograficamente, sobre profissionais de Psicologia, legislações, documentos, programas e entidades que desenvolvem ações no campo das Políticas Públicas.

Sua metodologia se divide em três circuitos: o primeiro é o levantamento de campo, com o objetivo de delimitar o campo de investigação; o segundo trata da investigação da prática, com a aplicação, pelas unidades do Crepop nos Conselhos Regionais, dos instrumentos definidos para o campo a ser pesquisado; e, o terceiro, produção de referência, que consiste na elaboração do documento de referências técnicas.

Com o objetivo de fazer com que a elaboração do documento de referências seja um processo democrático e transparente, o circuito produção de referências prevê a realização de consulta pública. Trata-se de uma modalidade de consulta criada e utilizada em várias instâncias, inclusive governamentais, com o objetivo de auxiliar na elaboração e coleta de opiniões da sociedade sobre temas de importância. Este sistema permite intensificar a articulação entre a representatividade e a sociedade, além de ampliar a discussão acerca da coisa pública. Ainda, proporciona uma coleta de forma ágil e com baixo custo das opiniões dos implicados no assunto.

Para o Crepop, a ferramenta de consulta pública abre a possibilidade de uma ampla discussão sobre a atuação da(o) psicóloga(o) na rede de atendimento, permitindo a participação e contribuição de toda a categoria na construção sobre o fazer desta(e). Desta forma, cumprimos o nosso objetivo de construirmos um documento de referência de forma democrática e transparente.

A Pesquisa “Técnicas para a Atuação de psicólogos (os) em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas”

O tema a ser investigado em uma pesquisa do Crepop é eleito a partir de determinados critérios, a saber: tradição na Psicologia; abrangência territorial; existência de marcos lógicos e legais; e o caráter social ou emergencial dos serviços prestados. A escolha do tema “Atuação de psicólogos (os) em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas” como área de atuação profissional de psicólogos (os) nas políticas públicas emerge de uma demanda da categoria observada no VI Congresso Nacional da Psicologia (CNP), realizado em 2007. Esse tema surge em teses do VI CNP que apontam para o Sistema Conselhos a necessidade de promover discussões e ações acerca da questão, destacando-se a violação dos Direitos Humanos e a importância da perspectiva da redução de danos (RD) no atendimento aos usuários de álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde (SUS).

A rede de serviços destinados a atender as pessoas com problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas foi impulsionada pela publicação da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003). Esta Política definiu competências para os três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e criou mecanismos de financiamento específicos.

Um importante dispositivo, dentre outros de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - que compõem a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e merecem destaque pelo seu valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Os CAPS são serviços de saúde municipais, abertos, comunitários, que oferecem atendimento diário e se dividem por tipo. Nesse documento, abordaremos o CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD), ou seja, para usuários de álcool e outras drogas (em municípios de 70 mil a 200 mil habitantes) e o CAPS AD III (em municípios com população acima de 200 mil habitantes), com funcionamento 24 horas.

A Política para Álcool e Outras Drogas tornou-se um ponto de discussão polêmico no âmbito social, estando em constante processo de disputas ideológicas na sociedade. O Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas (BRASIL, 2010), ainda em fase de implementação, emerge nesse contexto de disputa e constituiu-se como diretriz nas políticas públicas voltadas para o tema.

A presente pesquisa foi realizada em 2009, entre os meses de maio a julho, tendo sido realizada em duas etapas: uma etapa nacional, do tipo descritiva, a partir de um instrumento online; e uma etapa qualitativa, realizada pelas unidades locais do Crepop, localizadas nos Conselhos Regionais. Contou com a utilização dos seguintes instrumentos: questionário disponibilizado online, reuniões específicas, grupos fechados e entrevistas. Participaram desta pesquisa 345 respondentes online, dentre psicólogas(os), outras(os) profissionais atuantes no campo e gestoras(es). À época da pesquisa, existiam 17 unidades regionais do Crepop, tendo cada uma delas conduzido a investigação em seu território de abrangência.

A seguir, alguns dados relativos à pesquisa realizada com os psicólogos que atuavam nas políticas públicas sobre álcool e outras drogas no ano de 2009.

Etapa Descritiva – Questionário online

Os resultados da pesquisa descritiva revelaram um conjunto de 345 psicólogas(os) respondentes. Sobre os aspectos sociodemográficos, a pesquisa demonstrou que 80,3% dos respondentes eram mulheres; 55,4% tinham idade entre 35 e 60 anos; 74,9% se autodeclararam brancos, 17,2% pardos e apenas 5% como negros. Sobre a formação, 64,5% possuíam pós-graduação sendo que destes, 78,9% são especialistas; foram classificadas 18 áreas de Especialização, sendo as principais: Dependência Química/ Álcool e Drogas (25,1%), Saúde Mental (11,7%) e Psicopedagogia (10,5%).

Sobre a atividade profissional foi identificado que 41,3% atuavam em Políticas sobre Álcool e Outras Drogas há menos de dois anos; 25,9% das/os respondentes trabalhavam de 10 a 20 horas semanais e 43,8% tinham remuneração de até R\$ 1.500,00. As (os) respondentes atuavam principalmente em serviços não listados no questionário (30,8%) e em CAPS-AD

(17,2%). Questionadas (os) sobre qual seriam estes outros serviços, 15,3% disseram atuar em Clínicas e Consultórios, 12,5% em ONG/OSCIP e 8,3% em Comunidades Terapêuticas (CT). Dentre os marcos legais mais conhecidos e utilizados estavam respectivamente a Política Nacional sobre Drogas (2005a), a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (2003) e a Política de Saúde Mental (2004).

Ao descreverem o que faziam no dia-a-dia, as (os) psicólogas (os) relataram que o trabalho incluía uma série de atividades que buscavam atender às múltiplas demandas existentes na atuação neste campo. Nos diferentes serviços, havia uma organização dessas atividades e da rotina de trabalho, bem como do fluxo do usuário nos serviços, a fim das (os) psicólogas (os) maximizarem as possibilidades de realizar um trabalho efetivo.

Os relatos ilustram este aspecto:

Atender clinicamente o paciente em ambiente de consultório, fazer encaminhamentos para outros serviços disponíveis, verificar a utilização e de outras estratégias que sirvam de apoio ao suporte psicológico clínico (social, médico familiar educativa e comunitária), verificar se há qualquer atividade nos diversos setores público e privado que venha provocar qualquer discussão ou debate que tenha como referência as dependências e uso abusivo de álcool e outras drogas. Tentar fazer estudos teóricos que abordam sobre o assunto na linha de pensamento com a qual me identifico. (pesquisa CREPOP/CFP).

Em relação aos desafios, os mais referidos pelas (os) psicólogas (os) dizem respeito a dificuldades encontradas no cotidiano por ocasião do desenvolvimento do trabalho com os usuários de álcool e outras drogas. Estas dificuldades estão, em geral, interrelacionadas, possuem múltiplas causas e geram barreiras para que a política de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas seja sempre executada dentro do que foi planejado pelas (os) profissionais. Dentre estas, podemos citar: a adesão do usuário ao tratamento, os preconceitos, a relação com a família, a falta de capacitação profissional, os entraves para a realização de um trabalho em equipe, os problemas do trabalho em rede, a carência de

recursos humanos, financeiros e materiais, a estrutura física inadequada, a baixa remuneração e a desvalorização do trabalho. Ao mesmo tempo, as (os) respondentes apontaram algumas estratégias utilizadas para lidar com tais dificuldades, como podemos depreender dos seus relatos:

Adesão do usuário; recuperação do usuário e melhor qualidade de vida para o usuário e seus familiares. Algumas condições básicas precisam ser satisfeitas para que o modelo de RD seja eficaz: a) capacitação técnica dos profissionais na área de drogas e também da AIDS; b) ampla disponibilidade de preservativos; c) acesso gratuito a serviços de tratamento sem longas filas de espera; d) ampla disponibilidade de seringas e outros equipamentos. (pesquisa CREPOP/CFP).

Etapa Qualitativa – Reuniões Específicas (RE) e Grupos Fechados (GF)

As reuniões específicas e os grupos fechados se diferenciaram quanto aos seus objetivos, participantes e metodologias. As reuniões específicas têm a participação de diversos profissionais atuantes na área, gestores, além de psicólogas/os e estudantes de Psicologia. Os grupos fechados foram dirigidos às (aos) psicólogas (os) atuantes no campo das Políticas Públicas sobre Álcool e Outras Drogas e o objetivo dos mesmos era aprofundar a discussão sobre as suas práticas.

Nas reuniões específicas, as (os) participantes das diversas regiões em que foi possível sua realização discutiram vários aspectos relacionados à implantação e implementação da Política Pública sobre Álcool e Outras Drogas, as potencialidades do campo e as ações inovadoras. De modo geral, ficou evidente que ainda há muitas dificuldades para sua efetivação. De acordo com os relatos, muitos lugares ainda não conseguiram implantar as diretrizes propostas.

Em algumas reuniões, as (os) participantes se referiram ao pouco conhecimento acerca da Política Pública sobre Álcool e Outras Drogas e se queixaram também da ausência de formação e de capacitação específica para atuar neste campo:

Em relação às políticas públicas, as participantes da reunião dizem não possuir um conhecimento sobre a política de álcool e outras drogas e vêem isto como uma dificuldade para se trabalhar na área. O Estado não oferece cursos de capacitação na área de dependência química e sentem falta e não têm apoio financeiro da instituição para realizar um curso fora. Se quiserem fazer, vão por conta própria, mas é difícil porque acaba saindo caro. O que sabem sobre o assunto é porque correram atrás de informações em livros e internet. (pesquisa CREPOP/CFP).

A discussão sobre as dificuldades relativas a vários aspectos da implementação das Políticas sobre Álcool e Outras Drogas ocorreu diversas vezes e de diferentes modos durante as reuniões. Uma das discussões muito presente nas reuniões foi relativa à falta de uma rede articulada que possa garantir ações intersetoriais e, associada a estas questões, foi apontado que os serviços existentes são insuficientes e que é preciso investir em mais ações neste campo. Um dos aspectos apontados como um fator que contribui para que a rede de referência não cumpra o seu papel é a falta de profissionais, especialmente de psicólogas (os):

Infelizmente não há psicólogos em todos os serviços. No total, em todas as áreas de saúde, o município dispõe apenas de seis profissionais, onde três encontram-se de licença no momento. No Estado, o número é de 27 psicólogos, que estão distribuídos entre hospitais e maternidade, mesmo assim ainda há necessidade de contratação de mais profissionais para melhor atender à população. Uma grande limitação é que dentre esses psicólogos nem todos atendem ao dependente químico, o que gera uma demanda muito alta para os poucos profissionais que trabalham nessa área. (pesquisa CREPOP/CFP).

A discussão sobre a falta de investimentos e de recursos financeiros para implementar a política ocorreu diversas vezes durante as reuniões e estava relacionada a outras temáticas, tais como a falta de treinamentos, falta de materiais, baixos salários.

Nos grupos fechados, foram discutidos temas relacionados a especificidades das ações desenvolvidas pelas (os) psicólogas(os), tais como: o trabalho e as estratégias desenvolvidas, as abordagens teóricas, a autonomia das (os) profissionais, o trabalho em equipe multidisciplinar, as preocupações e as demandas específicas das (os) psicólogas (os) e práticas inovadoras. Várias discussões circularam em torno das abordagens de trabalho utilizadas pelas (os) psicólogas (os) no cotidiano. Foi possível identificar que as estratégias e linhas teóricas utilizadas são muito diversificadas e, no mesmo grupo de discussão, apareceram modos de atuação muito diferentes. Geralmente, as atividades desenvolvidas incluem atendimentos individuais, grupais, acolhimento e atividades dirigidas às famílias dos usuários:

Nos serviços de álcool e outras drogas, os psicólogos atuam com atendimento individual, psicoterapia de grupo, reunião de equipe, estudo de caso, grupo de acolhimento, oficinas terapêuticas, trabalho de capacitação, trabalho de prevenção. [...] Assim, nos serviços desta área os psicólogos também realizam atendimento à família e trabalho com grupo de família de adolescentes. (pesquisa CREPOP/CFP).

O papel do psicólogo na política de redução de danos é levar o paciente a responsabilizar-se pela sua vida e pelas escolhas que faz. É preciso ressaltar que nem todos do grupo demonstraram compreensão sobre a redução de danos enquanto estratégia que perpassa toda a Política. Uma psicóloga, por exemplo, argumentou que não é o caso de o CAPSAD trabalhar nesse sentido, assumindo ações preventivas, por ter um viés clínico. (pesquisa CREPOP/CFP).

As referências técnicas

Os Documentos de Referência, ou Referências Técnicas, são recursos que o Conselho Federal de Psicologia oferece às (aos) psicólogas (os) que atuam no âmbito das políticas públicas, para qualificação e orientação de sua prática profissional. Sua redação é elaborada por uma Comissão Ad hoc, composta por um grupo de especialistas reconhecidos por suas qualificações técnicas e científicas, por uma (um) Conselheira (o) do CFP, uma (um) Conselheira (o) Consultiva (o) e uma (um) Técnica (o) do CREPOP. O convite às (aos) especialistas é feito pelo CFP e não implica em remuneração, sobretudo, porque muitas(os) dessas(es) são profissionais que já vinham trabalhando na organização daquela política pública específica e recebem o convite como uma oportunidade de intervirem na organização da sua área de atuação e pesquisa.

Nesta perspectiva, espera-se que esse processo de elaboração de referências técnicas reflita a realidade da prática profissional e permita também que o trabalho que vem sendo desenvolvido de modo pioneiro pelas muitas (os) psicólogas (os) possa ser compartilhado, criticado e aprimorado, para uma maior qualificação da prática psicológica (CFP, 2012)².

Para construir as Referências Técnicas para atuação nas Políticas Públicas sobre Álcool e Outras Drogas, foi formada uma Comissão em 2012, com um grupo de especialistas indicado pelos plenários dos Conselhos Regionais (CRPs) e Plenário do Conselho Federal. Assim, esta Comissão foi composta por cinco especialistas que, voluntariamente, buscaram qualificar a discussão sobre atuação dos psicólogos neste campo. Partindo das análises dos dados e resultados da pesquisa, este documento aborda e referencia aspectos específicos da prática profissional de psicólogas (os) nas políticas públicas sobre Álcool e Outras Drogas.

2 Para conhecer toda metodologia de elaboração dos documentos de referências técnicas do Sistema Conselhos/Rede Crepop, sugerimos a leitura do Documento de Metodologia do Crepop 2011 em <http://crepop.cfp.org.br>

INTRODUÇÃO

A constituição do campo de cuidados relacionado ao uso de drogas no Brasil: valores, ideias e práticas

A análise da constituição de um campo de cuidados relacionado ao uso de drogas no Brasil pode ficar incompreensível se não acionamos as perspectivas históricas que nos ofereçam elementos que permitam identificar as fontes das quais proveem a produção de uma certa “sensibilidade social nacional” materializada nos valores, ideias e práticas que nos especificam em relação a esta temática e dão base, entre nós, ao processo de institucionalização dos saberes e fazeres relacionados ao campo de atuação em álcool e outras drogas.

A marca da desqualificação moral e social das pessoas, correlacionada a alguns tipos de uso de algumas das drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, apesar de se apresentar contemporaneamente como uma invariante guardam peculiaridades correlacionadas com os processos histórico-culturais através dos quais foram produzidas modernamente cada nação e suas respectivas sociedades.

Assim a trajetória através da qual se produziu o atual “consenso mundial proibicionista”, no século XX, na maioria das sociedades ocidentais modernas, que prescrevem a ilegalidade de algumas substâncias, sem dúvidas, é um importante fator da marginalização e desqualificação social dos sujeitos cuja trajetória fica de algum modo associada às drogas e a tudo que a elas esteja ligado, sobretudo por sua associação comum a processos de criminalização, gerador de preconceitos e de condenações valorativas.

No caso brasileiro, esta superveniência dos processos transnacionais que desde o Ocidente misturam proscrição e ilegalidade de algumas substâncias psicoativas e a condenação moral aos excessos e descontroles em relação às demais substâncias lícitas que induzem e conduzem o cidadão a “abrir mão” do seu autogoverno e da sua autodeterminação - base política do Estado, prescrita desde

as ocidentais modernas – podem limitar a nossa percepção acerca das formas singulares de engendramento de uma sensibilidade social peculiar, historicamente organizada, que modula as percepções e enquadramentos que essa problemática recebe entre nós.

Para tal deveríamos recuar uma pouco mais em nossa história e analisar a trajetória peculiar do tema Drogas correlacionada com os processos de constituição da própria sociedade brasileira. As legislações brasileiras que trataram do tema, no início do século XX, produzindo condenações legais a algumas substâncias tomaram como foco os chamados “vícios elegantes” (cocaína, heroína, opio, absinto) - as chamadas “drogas de salão” - que ganharam a preocupação dos legisladores pelo seu caráter ameaçador à dissipação da juventude rica da época, verdadeiro “patrimônio nacional”, que poderia se dilapidar caso não houvesse controles e restrições ao que parecia ameaçá-la.

Todavia, ainda que não tenham sido alvo deste tipo de legislação, tão específica, foram o álcool e a maconha, de trajetória bastante anterior e de uso amplamente disseminado nos grupos sociais subalternos, sobretudo afrodescendentes, que parecem ter oferecido a base valorativa mais permanente marcados pela vigorosa e persistente desqualificação moral e social que, segue ainda hoje, informando a percepção social relacionada a apreciação deste tema. Podemos afirmar que as sensibilidades sociais, aversivas e fóbicas, que ainda hoje reverberam horror e pânico, na abordagem contemporânea da chamada “questão das drogas”, na sociedade brasileira, são tributárias do enquadramento dado à questão do álcool e da maconha e sua pertença sócio-étnico-racial.

Certamente a presença do álcool e o hábito de bebê-lo na sociedade brasileira distinguem-se historicamente pelos modos da sua produção e pelo seu uso cultural, seja no cauim indígena, seja no vinho trazido pelo português como elo com a cultura europeia originária, seja pela via da aguardente, legítimo subproduto autóctone desenvolvido à sombra da poderosa indústria da cana de açúcar, matriciadora da civilização tropical aqui desenvolvida. Somente no último caso, entretanto, o produto final pode ser considerado como um componente essencial ao modo de produção agroexplorador, seja como componente calórico agregado à

dieta, seja como recompensa, seja como recurso anestésico complementar à obra de dominação exercitada pela violência escravagista.

No pós-abolição e no início da república, diante da opção deliberada em não fazer dos negros a mão de obra assalariada - expressa na deliberação política de “importar” mais de quatro milhões de europeus com vistas a constituir a nascente classe operária brasileira - a condição de abandono social a que foram relegados os ex-escravos e seus descendentes e todos os agravos que possam ser resultantes disto, marcam a associação entre o uso desregrado do álcool, a droga mais popular do Brasil e a condição de uma das mais importantes fontes de vergonha social, a saber: a escravidão e seus efeitos continuados nas mais variadas formas de racismo.

Deste modo assistiremos a constituição social de um tipo de alcoolismo, tido e havido como “originário” e “endêmico” aos negros, naturalizado como uma característica étnica, fonte de desprezo, vergonha e humilhação que passará ao largo de qualquer medida de “limpeza social” que não seja a sua condenação eugênica, como a postulada pela Liga Brasileira de Higiene Mental, na segunda e terceira décadas do século passado. A posterior evolução deste projeto médico encontrará na adoção dos manicômios públicos como um fim de linha para carreiras de alcoolistas consolidadas o seu desiderato natural. Neste sentido a história pessoal do romancista Lima Barreto retida em alguns dos seus romances impregnados com traços autobiográficos é profundamente reveladora da força profética que articula o destino dos negros, ao uso desregrado do álcool.

Ao lado da persistente presença do álcool na constituição da história produtiva da sociedade brasileira, podemos dizer que a Maconha tem raízes igualmente profundas, fincadas numa história social ainda insuficientemente esclarecida. Sabe-se, por exemplo, que, em relação a introdução da cana de açúcar na América, pelos portugueses, a maconha leva a vantagem por ter tido duplo patrocínio: ela era conhecida pelos portugueses mas também pelos negros na África, ainda que diferentemente valorizada em suas utilidades. Os portugueses viam nela uma das mais importantes matérias primas para a pro-

dução do tecido rústico e resistente que deveria ser provido por seu cultivo nacional, para alimentar a confecção das velas para os seus navios, veículos condutores de todo o seu projeto de exploração ultramarina. Considerado relevante e com potencial interesse econômico, no século XVIII e XIX, o cânhamo foi objeto da criação de uma Real Feitoria do Linho-Cânhamo, fundada em 1783, por ato do vice-rei Marques do Lavrádio, no Rincão do Cangussu, posteriormente transferida para as proximidades de Porto Alegre (Santos e Vidal, 2009).

Em relação ao conhecimento dos africanos desta planta são vários os registros etno-botânicos que indicam que ela era conhecida e se fazia presente nas regiões da África, áreas originárias dos principais grupos étnicos que compuseram as levas de negros escravizados que chegaram ao país, incorporada como erva sagrada dos seus rituais religiosos, em sua farmacopeia como recurso medicinal, bem como um mero recurso atenuante para o cansaço e indução do sono. Desta forma a mesma chega ao Brasil, igualmente por essa via, incluindo-se o seu despercebido cultivo doméstico nos quintais e fundos das senzalas, como fonte de abastecimento para o hábito do “pito de pango” que irá receber em 1830, uma das primeiras legislações das quais se tem notícias, que visaram coibir esta prática.

Deste modo é possível afirmar que o hábito do uso fumado da maconha era um componente étnico-cultural relevante que compôs o cenário da escravidão brasileira, mas que, com a abolição da escravatura, passa a se configurar como um elemento socialmente ameaçador pela sua difusão presente entre os grupos de jovens afrodescendentes que formavam as maltas de capoeiristas e animavam os maculelês e candomblés, ensejando as ações de combate aos mesmos pela força policial.

Expressão da dimensão assumida por essa preocupação, no âmbito político e social, registra-se a manifestação, significativa e exclusiva, produzida pela representação diplomática do Brasil junto à Liga das Nações em 1924, como autor da petição para a inclusão da Cannabis na lista das substâncias que deveriam ser banidas e combatidas mundialmente, em Convenção especificamente convocada para este fim, tomando como referência o depoimento do representante brasileiro que

afirmou sua condição de grave ameaça social nacional, defendendo a sua proscrição, em paralelo ao debate que se fazia em relação ao banimento internacional do ópio, alegando um paralelo entre ambas substâncias, ainda que a segunda fosse pouco conhecida no mundo europeu.

É que, a esta altura, ao lado da associação ao álcool, as ameaçadoras rebeliões urbanas, expressivas da primeira geração de afrodescendentes, socialmente impedidos de qualquer integração e ascensão social via a participação produtiva, assumem uma condição ameaçadora, reforçando a associação do hábito do uso da maconha como “coisa de negros”, “desordeiros”, “marginais”, “criminosos”. Tal como a alcunha de “cachaceiro” a desqualificação social e moral imputada à condição de “maconheiro” antecipa e antecede, em mais de meio século, àquela caracterização que viria ser mais recentemente conhecida, derivada do sucesso que esta droga viria angariar no âmbito da juventude de classe média, nos anos 60, ligada aos protestos políticos e comportamentais referidos na contracultura. É nesse período contracultural que a categoria de acusação “drogado” ganha relevo no contexto da ditadura civil-militar, sendo equivalente a “doente mental”.

Dos modos como a sociedade brasileira criou para se haver com tal ordem de crueldade herdada do escravismo, a “ideologia do embranquecimento” e o “mito da democracia racial” - duas das mais importantes fontes de produção das matrizes meritocráticas nacionais - pressupõe a possibilidade de que o sujeito possa se afastar de sua origem étnico-racial, a partir da adoção de comportamentos que reneguem aspectos comportamentais, estéticos e morais, que sejam atribuíveis às populações de matriz africana.

A condenação do uso do álcool e da maconha, a necessidade dos sujeitos se mostrarem deles absolutamente desvinculados; o esforço por se manter acima de qualquer suspeita em relação aos mesmos; a vergonha social de que qualquer associação com os mesmos possa representar-se como uma evidência de um “mal de origem”; o cultivo de uma retórica social de sua abominação como uma fonte da destruição social permanentemente a ameaçar a possibilidade da ascensão social dos afrodescendentes vai se estender aos demais grupos que consti-

tuem as camadas populares e operárias brasileira, sempre ameaçadas de serem confundidas com a parte “negra”, desta “ralé” depreciada.

Deste modo, é possível compreender a condição de um verdadeiro “pânico moral” que se encontra estabelecido, no âmbito da sociedade brasileira, quando trata do tema das Drogas e que a recentíssima questão da presença do Crack faz acentuar. O “crackeiro” seria apenas o sucessor, na linha evolutiva das substâncias vitimadoras, do “cachaceiro” e do “maconheiro” que lhe antecederam nesta história de violência e dominação, na qual a miséria econômica associada à marca de raça e de classe, antecipa o risco do desenvolvimento da miséria moral, condição de uma desqualificação plena daqueles indivíduos que não foram “fortes o bastante”, “resilientes” e “sucumbiram ao mal”.

Mais do que um mero resultado de um “proibicionismo”, que, fazendo coro com as tendências repressoras mundiais, aloja as drogas no campo da criminalidade – para as quais a vigência da Lei Seca norte americana ofereceu paradigma nos planos da propaganda e na ênfase do combate policial – seria importante reconhecer, no caso da sociedade brasileira, a existência de um percurso autóctone e anterior, produtora de outra ordem de argumentação depreciativa que vincula a percepção do usuário de drogas, sobretudo nos seus casos problemáticos, a uma ordem inusitada de depreciação moral da qual urge se diferenciar.

Assim cabe-nos analisar os processos históricos por meio dos quais se produz e se reproduz a nossa sensibilidade nacional em relação à questão das drogas, a qual, numa fina sintonia entre “opinião pública” e “opinião privada”, traz as marcas de um fantasmagórico “pavor social” em relação ao qual nenhum argumento racional encontra amparo; que traz sempre a marca e a exigência da elevação do tom condenatório – sem o qual se pode parecer suspeito diante do interlocutor – que assume sempre uma perspectiva repressora, autoritária e totalitária, única forma de evitar ser invadido pelo contágio desqualificante do signo da tolerância em relação às mesmas.

Tal clima certamente desfavorece a ação profissional das psicólogas, sustentada na arte da suspeição das aparências, na valorização do sujeito contra o caráter opressivo das instituições da

cultura, na disposição sempre dialogante e disponível para reconhecer as razões do sujeito presente nos seus propósitos e nos seus descaminhos. Perceber a trama social, tecida na história das dominações e opressões, pode ser recurso para fazer contenção a forte onda de preconceitos que nos envolve a todos, quando a questão é se posicionar em relação às drogas, mas principalmente quando se trata de cuidar dos que fazem uso problemático delas.

Nas próximas páginas, este documento apresenta em quatro tópicos, referências para a atuação da (o) psicóloga (o) no cuidado com a pessoa que faz uso problemático de álcool e outras drogas. Considerando que em seu protagonismo na formulação de políticas públicas e ações de cuidados, o profissional se norteará, ainda, pelo Código de Ética Profissional do Psicólogo, e os princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único da Assistência Social (SUAS).

EIXO 1: DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DA ATUAÇÃO DA/O PSICÓLOGA/O NA POLÍTICA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Contextualização sobre o uso de drogas no Brasil

Como dito anteriormente, podemos afirmar sem medo que as drogas fazem e farão parte da experiência humana. Em todas as sociedades e épocas existe registro da utilização de substâncias psicoativas com as mais diferentes funções: em rituais, em atos sagrados, em práticas curativas, ou mesmo por razões recreativas e lúdicas. (ESCOHOTADO, 2009).

De forma mais detalhada, vejamos o surgimento da emergência do “problema das drogas” que é recente em termos históricos. No século XX, as drogas tornaram-se uma preocupação social que é apresentada por alguns setores como um perigo ou ameaça em potencial para toda a sociedade. A partir disso, algumas substâncias psicoativas foram proscritas por serem consideradas danosas para a saúde pública e as pessoas que faziam uso de tais substâncias foram insistentemente criminalizadas.

A proibição de algumas drogas, como política internacional e articulada, tem mais ou menos um século. Em 1912, acontece a Primeira Conferência Internacional do Ópio, realizada em Haia, que editou as primeiras resoluções sobre a proibição internacional do comércio e consumo dessa substância. A política proibicionista foi o nome dado às ações que visavam por fim à produção, comércio e consumo de determinadas substâncias psicoativas.

Um dos marcos da consolidação do paradigma proibicionista foi a Convenção das Nações Unidas sobre Entorpecentes de 1961, no qual os países comprometeram-se internacionalmente a lutar contra o “flagelo da droga” (FIORE, 2012). Durante todo o século XX, viu-se um avanço das estratégias de controle e proibição de determinadas substâncias, tais como maconha, cocaína, heroína, opiáceos, drogas sintéticas, etc.

As razões da proibição dessas drogas são diversas, tendo um forte componente econômico e cultural envolvido. Em cada país existem moti-

vações específicas para a adoção de políticas proibicionistas ou de redução da oferta. No Brasil, por exemplo, a proibição da cannabis fez parte da criminalização das manifestações culturais das populações negras, pois os poderes constituídos associavam o hábito de fumar maconha, chamada de pito do pango, à comunidade. Por isso, tal prática foi considerada ilegal no século XIX, antes mesmo da sua proibição nos EUA, país que foi o indutor da política proibicionista em todo o mundo (FIORE, 2012).

Dessa maneira, as múltiplas motivações do proibicionismo extrapolam o campo estrito da saúde pública. Até mesmo porque a proscricção de certas drogas carrega em si uma forte dose de arbitrariedade, já que diversas pesquisas sobre o tema discordam da classificação de risco dadas às substâncias atualmente proibidas.

Em 1998, a Assembleia da ONU previu “um mundo livre de drogas” em dez anos com a contribuição dos países-membros nessa missão. Em 2008, mesmo depois de ter sido gastos bilhões na repressão, houve a expansão do comércio e consumo das drogas tornadas ilícitas. Mesmo com o insucesso da proposta, nada mudou substancialmente nas políticas de Estado e o proibicionismo segue, de modo geral, sendo uma realidade em grande parte do mundo.

Do ponto de vista das estratégias de cuidado, o proibicionismo produz práticas tutelares e violadoras de direitos amparadas no modelo moral/criminal e de acordo com a noção de doença. Dessa forma, esses modelos fomentam o encarceramento e o tratamento tendo como única meta a abstinência. Além disso, considera-se que os modelos de assistência à saúde baseados no proibicionismo são de “alta exigência”, pois se baseiam na abstinência como pré-requisito em todos os casos. Isso acarreta um problema no acesso à saúde, visto que impõe uma barreira para aqueles que não querem ou não podem parar de usar drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas (ALVES, 2009).

O proibicionismo e a redução de danos pressupõem dois modos diferentes de lidar com o fenômeno das drogas. Enquanto o primeiro está empenhado em reduzir a oferta e a demanda por substâncias psicoativas (SPAs) com ações repressivas e criminalizadoras da produção, comércio e uso, o paradigma da redução de danos con-

centra-se em enfrentar de modo pragmático os problemas de saúde, sociais e econômicos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, sem avaliações morais sobre essa prática. (ANDRADE, 2000).

O movimento social da RD também questiona a partilha moral realizada entre drogas lícitas e ilícitas. Essa partilha moral condiciona o modo como essas substâncias são visibilizadas no debate sobre saúde pública além de produzir subjetividades autoritárias, principalmente, em relação ao uso de drogas ilícitas.

As drogas lícitas, como os psicofármacos e o álcool, são hoje as principais responsáveis pelos danos e agravos à saúde, mesmo se compararmos com todas as demais drogas proibidas somadas. Uma pesquisa recente da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) identificou o índice de 12% de prevalência de uso nocivo ou dependência de álcool em relação à população brasileira (BRASIL, 2007a). No entanto, o debate sobre os agravos decorrentes do uso de álcool ficaram, do ponto de vista da saúde coletiva, em segundo plano diante do alarde público produzido em torno do uso do crack.

No Brasil, a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, revoga a lei anterior (6.368 de 1976) editada no período ditatorial. A nova lei de drogas institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e prescreve medidas para prevenção, atenção e reinserção social de usuários de drogas. Essa previsão legal estabelece a prevenção do uso indevido de drogas com atividades voltadas para a redução de risco e vulnerabilidade, para a promoção e fortalecimento dos fatores de proteção por meio da autonomia e da responsabilidade individual diante do uso de drogas. No entanto, de modo geral, a legislação mantém

[...] inalterado o sistema proibicionista inaugurado com a Lei nº 6.368/76, reforçando-o. Nesse sentido, a lógica discursiva diferenciadora iniciada na década de 70 é consolidada no novo estatuto, em detrimento de projetos políticos alternativos (descriminalizadores) moldados a partir das políticas públicas de redução de danos (CARVALHO, 2008, p. 9).

Com a emergência da nova lei de drogas, a prática da “Justiça Terapêutica” ganha relevo no país associada ao paradigma da abstinência. A Justiça Terapêutica é uma medida judicial de tratamento direcionada aos sujeitos apreendidos por porte/uso de substâncias ilícitas. Essa prática não é restritiva de liberdade, mas restringe seus direitos por se tratar de um tratamento compulsório, determinado por sentença judicial. Tal prática mantém inalterada a dimensão punitiva e reedita a relação entre vigilância e reabilitação, promovida por diversos dispositivos criados entre os saberes médicos, psicológicos e judiciários.

Essa medida não funciona como forma de descriminalização dos usuários de drogas e também não estimula o contato clínico, pois não há escolha para aquele que é submetido ao “tratamento obrigatório”. O acesso à saúde e ao tratamento clínico tem que ser entendido como integrado ao campo dos direitos e não como uma medida obrigatória. Por isso, tal prática é questionável do ponto de vista ético.

A legislação atual sobre drogas também implicou no aumento de 124% dos presos por tráfico no período de 2006 a 2010 (BRASIL, 2011). Fatores determinantes para o aumento do encarceramento são a falta de clareza da lei na distinção entre porte/uso e tráfico e a cultura de criminalização da pobreza e da população negra.

A política sobre drogas em vigor provoca um intenso debate público ao contrapor a descriminalização de condutas e adoção de medidas de atenção à saúde no âmbito do SUS, e a abordagem policial e prisional no âmbito da segurança pública.

As políticas públicas de saúde instituídas no país são resultado do protagonismo dos coletivos, movimentos sociais e grupos organizados que estão em constante processo de tensão crítica em relação ao Estado. Desse modo, é o plano do coletivo que garante o sentido público das políticas.

Esta, sem dúvida, foi a direção do movimento das políticas públicas de saúde que culminou no SUS. Com o conceito de saúde coletiva é a dimensão do público que é revigorada nas políticas de saúde. Não mais identificado a estatal, o público indica assim a dimensão do coletivo. Política pública, política dos coletivos. Saúde pública, saúde coletiva. Saúde de cada sujeito, saúde da população (BENEVIDES e PASSOS, 2005).

As práticas socioassistenciais que incluem a pessoa usuária de álcool e outras drogas, seus familiares e a comunidade também são relevantes nesse debate. A Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2004) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), efetivado em 2005, definem a política brasileira de proteção social e determinam a ampliação da rede socioassistencial no país.

Outro ponto importante para análise é a instituição, em 2010, do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas pelo decreto presidencial nº 7.179. O referido Plano prevê a criação de 6.120 (seis mil cento e vinte) leitos, sendo 2.500 (duas mil e quinhentas) vagas para convênio ao SUS e ao SUAS em Comunidades Terapêuticas (CT), que são instituições privadas.

As políticas atuais sobre álcool e outras drogas estão em constante movimento de disputa, seja na própria sociedade civil, seja na máquina de Estado. O relevante é que amplos setores da sociedade civil organizada vem, ao longo do tempo, engajando-se neste debate para construir políticas efetivas de atenção, cuidado e proteção social.

No Brasil, as políticas públicas de saúde foram consolidadas pelo processo da Reforma Sanitária, expresso no movimento constituinte de 1988. A Constituição Federal no seu art. 196 considera que:

[...] a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988).

O movimento pela constituição do SUS (Lei 8.080/90) e pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lei 10.216/01) emergem no processo aberto pela Reforma Sanitária no país a partir da década de 1980. A Reforma Psiquiátrica instituiu dispositivos de cuidados psicossociais aos usuários de álcool e outras drogas entre eles o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS AD), etc.

O decreto presidencial nº 7.508 de 2011 regulamenta a lei 8.080/90, no que dispõe da organização do Sistema Único de Saúde (SUS) – planejamento da saúde, assistência à saúde e a articulação interfederativa. Nesse decreto, a atenção psicossocial aparece como requisito para determinar regiões de saúde e também como uma das portas de entrada da Rede de Atenção à Saúde.

A rede psicossocial para álcool e outras drogas é fortalecida com a inclusão do CAPS AD III e a ampliação de recursos para sua implementação. Esse equipamento passa a ser um

[...] componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados (BRASIL, 2012b, art.2º).

Em janeiro de 2012, no contexto do Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, uma série de portarias foram editadas e criaram-se novos equipamentos na rede de atenção psicossocial. Um exemplo disso são as Unidades de Acolhimento (UAs), que têm como objetivo “oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras dro-

gas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo” (BRASIL, 2012, art.2º, §1º).

Nesse cenário, o governo federal lançou também o programa “Crack, é possível vencer” (BRASIL, s.d.), com três eixos de atuação – cuidado, prevenção e autoridade –, que pretende integrar ações da saúde, assistência social, educação e segurança pública. O programa amplia os recursos previstos para o Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas. No eixo “autoridade”, são previstas as ações em cenas de uso do crack por meio do policiamento ostensivo, recuperação da infraestrutura pública e restabelecimento da convivência comunitária. No entanto, essas medidas próprias do campo da segurança pública são controversas, pois reforça estratégias de vigilância e estigmatização dos usuários de drogas com a instalação de câmeras de videomonitoramento nas áreas de uso. A utilização dos Consultórios de Rua como meio para internações involuntárias ou compulsórias também é questionada por desvirtuar a função desse dispositivo que atua no território através da perspectiva da redução de danos.

As Comunidades Terapêuticas (CTs) foram incluídas no SUS como Serviços de Atenção em Regime Residencial, sendo seu financiamento da ordem de R\$ 15.000,00 (quinze mil reais) mensais para cada módulo de 15 (quinze) vagas de atenção em regime de residência, até um limite de financiamento de 2 (dois) módulos por entidade beneficiária, totalizando o máximo de 30 (trinta) vagas. (BRASIL, 2012) Observa-se que o SUS definiu sua rede de atenção psicossocial, incluindo o componente residencial transitório, sem contudo credenciar nenhuma CT, pois estas não se interessaram em atender aos critérios e exigências no campo da saúde. Elas tem encontrado respaldo de financiamento no SUAS e na SENAD, onde ainda não há regras claras.

A resolução (RDC nº 29) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária de 2011 regulamenta os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento das instituições voltadas para a atenção às pessoas com transtornos, decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas e aplicadas a todas as instituições objeto da resolução, “sejam urbanas ou rurais, públicas, privadas, comunitárias, confessionais ou filantrópicas”. No Art. 20 a resolução determi-

na que durante a permanência do residente, as instituições devem garantir “o cuidado com o bem estar físico e psíquico da pessoa” e a proibição de castigos físicos, psíquicos e morais, entre outros pontos.

Diante da inclusão das Comunidades Terapêuticas no SUAS, é importante analisar que tipo de política o Estado brasileiro está financiando. As Comunidades Terapêuticas funcionam, muitas vezes, sem qualquer regulamentação e em desacordo com a Lei da Reforma Psiquiátrica e as demais políticas que orientam a atenção em saúde mental e os cuidados com os usuários de álcool e outras drogas. As principais características dessas instituições são a prática de internação prolongada, o isolamento e o forte componente religioso que orienta as suas práticas, além da inexistência de um projeto terapêutico singular, institucional e educacional, que incentive a autonomia e participação das pessoas que estão na condição de internos. Deve-se considerar também que, de acordo com o Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas (CFP, 2011), algumas dessas instituições incluem em suas práticas o uso excessivo de psicofármacos, evidenciando a pobreza de outros recursos terapêuticos e clínicos.

As Comunidades Terapêuticas, que defendem o paradigma da abstinência, reproduzem práticas sociais com características disciplinares e normalizadoras próprias dos espaços prisionais e manicomiais (CFP, 2011).

A pesquisa realizada pelo Crepop/CFP aponta o isolamento das (os) psicólogas (os) que atuam nesses espaços e o distanciamento de suas práticas das premissas das políticas públicas, sem questionamento dos efeitos que este tipo de prática produz no mundo.

É preciso, então, romper com o isolamento e a institucionalização que são próprios dos espaços de privação de liberdade e que constroem a dimensão ético-política do trabalho da (o) psicóloga (o). Desse modo, problematizar a inserção das (os) psicólogas (os) nesses espaços é fazer uma análise crítica das práticas que violam os Direitos Humanos e produzem violência institucional para trabalhadores e usuários dos serviços. Tais práticas são contrárias às políticas públicas definidas atra-

vés da participação e controle social dos coletivos, grupos e movimentos da sociedade civil. Muitas instituições voltadas para os casos de abuso e dependência das substâncias psicoativas incentivam práticas de imposição de credo como recurso de tratamento para atingir a abstinência. Esse tipo de prática social, no entanto, é incompatível não só com o Código de Ética da (o) psicóloga (o), mas também com os princípios das políticas públicas e o caráter republicano e laico do Estado brasileiro.

Nesse sentido, o Código de Ética profissional expressa que é vedado ao psicólogo: “Induzir a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou a qualquer tipo de preconceito, quando do exercício de suas funções profissionais;” (CFP, 2005, art.2º, alínea ‘b’).

As atuais ações de “recolhimento compulsório” da população em situação de rua, apresentados na mídia como usuários de crack, e a banalização das internações compulsórias ou involuntárias de crianças e adolescentes em diversas cidades brasileiras, evidenciam um grave retrocesso para as políticas públicas, tão arduamente conquistadas e que apostam na integralidade do cuidado e na intersectorialidade das ações para as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. As (os) psicólogas (os), então, na sua atuação, podem colaborar para desnaturalizar as práticas de violência e de tutela que historicamente foram associadas às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

O pânico moral acionado em relação ao crack reproduz estigmas e sofrimento de grupos sociais específicos relacionados ao consumo dessa droga. (DOMANICO, 2006). Por isso, as (os) psicólogas (os) nos seus diversos contextos de trabalho podem questionar práticas autoritárias e produzir práticas democráticas condizentes com a perspectiva do cuidado e não a da tutela.

As medidas de internação não podem ser consideradas como o primeiro recurso para os usuários de drogas em situação de vulnerabilidade social. As relações possíveis do sujeito com as drogas são múltiplas e também expressam as singularidades de cada um. A prática clínica, entendida como postura ética perante os diferentes modos de se relacionar com as drogas (lícitas ou ilícitas), implica em afirmar a singularidade sem prescrições generalizantes e moralistas. Nesse sentido, a clínica também problematiza as estratégias medicalizadoras, que se valendo do

paradigma biomédico e da lógica da abstinência, consideram que os diferentes usos de drogas configuram em si uma patologia e, assim sendo, carecem necessariamente da intervenção dos saberes especialistas.

As substâncias psicoativas, principalmente as consideradas ilícitas, são usualmente associadas à violência, criminalidade, doença e à morte. Muitas das práticas sociais relacionadas com as drogas não podem, no entanto, ser consideradas “abusivas” ou mesmo “compulsivas”. Esses conceitos que remetem ao quadro das chamadas “toxicomanias” ou da “dependência química” são parte de uma parcela pequena comparada aos usos controlados e ocasionais dessas substâncias. Certamente, os usos considerados danosos e prejudiciais necessitam de cuidados, mas não se pode confundir de modo deliberado e reduzir os variados modos de relação com as substâncias psicoativas à compulsão e à “dependência física ou psíquica” (NERY FILHO, 2009).

O conceito de “dependência química” é proveniente da perspectiva biomédica. Essa perspectiva, no entanto, não pode por si só explicar os diversos fatores que se fazem presentes no debate sobre o uso e o abuso de álcool e outras drogas. Assim, os diversos usos possíveis de substâncias psicoativas e as questões subjetivas que emergem dessas relações devem ser vistos através de uma dimensão mais abrangente, considerando também os aspectos clínicos, socioculturais e históricos que constituem tais práticas.

Políticas Públicas sobre álcool e outras drogas

No campo das políticas públicas de saúde, existem diversas experiências exitosas com a participação de psicólogas que, ao longo do tempo, desenvolveram práticas de cuidado e de acolhimento que têm como pressupostos a defesa dos direitos humanos das pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas e o referencial ético e político da profissão. Como descreve o Código de Ética Profissional: “O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (CFP, 2005, p.7).

Por muito tempo, a única opção de atenção para usuários de álcool e outras drogas foi dada pelo paradigma da abstinência através da internação em grandes hospitais psiquiátricos ou instituições com características asilares que marcaram a institucionalização do saber psiquiátrico no Brasil. Multiplicaram-se também iniciativas de cunho religioso e de apoio mútuo entre os próprios usuários que encaravam a questão do uso e abuso de drogas a partir do enfoque biomédico, ao considerá-la uma doença incurável.

Embora o debate sobre as drogas tenha se intensificado na atualidade com a diversificação de dispositivos de cuidado, desde a década de 1980 a Política Nacional de DST/Aids e o processo da Reforma Psiquiátrica estiveram diretamente implicadas no desenvolvimento das políticas públicas sobre álcool e outras drogas.

A partir do desenvolvimento dos dispositivos da reforma psiquiátrica na década de 80, as políticas públicas começaram a tratar do tema do uso e abuso de álcool e outras drogas de modo mais integrado e levando em conta a complexidade do cuidado.

De modo geral, nesse período, existiam instituições que exigiam abstinência e foram sendo criados centros de referências voltados para a pesquisa e relacionados aos aspectos clínicos do uso e abuso de drogas. Na década de 80, a clínica das toxicomanias teve uma forte influência no país, principalmente, com o intercâmbio entre psicanalistas brasileiros de formação lacaniana e as práticas clínicas desenvolvidas por Claude Olievenstein do Centre Medical Marmottan na França. Inúmeros centros de tratamento e pesquisa foram criados na década de 80, ligados a Universidades brasileiras, e se tornaram referência para as políticas de álcool e outras drogas. Podemos citar o Centro de Estudos e Terapias ao Abuso de Drogas (CETAD), em Salvador, o Núcleo de Estudos e Pesquisa em Atenção ao Uso de Drogas (NEPAD), no Rio de Janeiro, o Programa de Orientação e Assistência a Dependentes (PROAD), em São Paulo, o Centro Mineiro de Toxicomanias (CMT) em Belo Horizonte e o Centro de Referência para Assessoramento e Educação em Redução de Danos da Escola de Saúde Pública do RS, entre outros.

Esses centros de pesquisa foram importantes referências para as práticas clínicas e de cuidado para o uso e abuso de álcool e outras drogas. Alguns desses centros também foram pioneiros em desenvolver estraté-

gias clínicas em meados da década de 90 e outras ações de aproximação com os usuários de drogas nas cenas de uso, como é o caso do Consultório de Rua desenvolvido em Salvador, na década de 90, pelo CETAD. Essas ações experimentais, por sua eficácia em articular práticas de atenção e cuidado integral, ganharam estatuto de política pública para as ações psicossociais voltadas para os usuários de álcool e outras drogas.

Essas políticas foram importantes no desenvolvimento e consolidação das estratégias de cuidado e na afirmação à cidadania política das pessoas que fazem uso de drogas lícitas e ilícitas contra qualquer tipo de discriminação.

O movimento da reforma psiquiátrica, preocupado com a desinstitucionalização da loucura, tardou em perceber a especificidade da questão do álcool e outras drogas e da urgência do desenvolvimento e a consolidação de tecnologias de cuidado para esse campo. A reforma psiquiátrica brasileira, dessa forma, entrou com atraso no debate sobre as políticas psicossociais voltadas para o uso e abuso de álcool e outras drogas.

Essa desresponsabilização da clínica psicossocial com a atenção dos usuários de álcool e outras drogas fez com que os recursos historicamente criados para dar conta desse campo social complexo ganhassem terreno seja formado de forma espontânea pelos próprios usuários, seja pela difusão das autodenominadas comunidades terapêuticas, que articulam ações de medicina privada com a assistência religiosa. As duas iniciativas são fortemente guiadas pela racionalidade proibicionista e por protocolos rígidos de comportamento, marcados por uma alta exigência.

As práticas de cuidado na saúde mental ainda hoje trazem um forte componente que se articula com o paradigma da abstinência. O Programa Dos Doze Passos, por exemplo, foi desenvolvido pelos grupos de mútua-ajuda Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA) e, muitas vezes, são adaptados de modo acrítico para a realidade dos serviços da rede de saúde mental, onde tais práticas integram o leque de ações voltadas para a atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Já nas Comunidades Terapêuticas, a lógica da abstinência e da medicalização é hegemônica e estão integradas às estratégias motivacionais e terapêuticas, que muitas vezes carecem de embasamento teórico no campo de conhecimento clínico, ético e político produzido pela Psicologia.

Nesse percurso, em 2003, a adoção do paradigma da Redução de Danos nas políticas de saúde e socioassistenciais, impulsiona o desenvolvimento de práticas de cuidado articuladas com os dispositivos substitutivos da Reforma Psiquiátrica e a defesa dos direitos humanos das pessoas que fazem uso de drogas (BRASIL, 2003).

O caráter de experimentação é ainda muito presente no campo de ação psicossocial, o que demonstra que as práticas de atenção e cuidado integral para os usuários de álcool e outras drogas ainda está em estruturação no país e conta com o histórico e as experiências já desenvolvidas nos centros de referência. Além dessas experiências, ações bem sucedidas que estão em curso no CAPS AD, nos Consultórios na Rua e em outros dispositivos psicossociais reforçam a cidadania, a autonomia e os direitos humanos dos usuários atendidos e se articulam com outras políticas públicas de assistência social, moradia, educação, trabalho, lazer, etc.

Na atualidade, a política de atenção primária à saúde - Estratégia de Saúde da Família (ESF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) – busca fortalecer a articulação com a rede psicossocial - CAPS AD, Unidades de Acolhimento (UAs), Consultórios de Rua, Programas de Redução de Danos (PRDs) e Escola de Redutores de Danos (ERD). Para ampliar as ações de proteção social, o SUAS preconiza os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS).

As políticas sobre álcool e outras drogas englobam diversos setores da política pública, seja na área da segurança pública, seja na saúde, assistência social e educação. O grande desafio dessa integração é atuar na perspectiva da garantia de direitos e, dessa maneira, enfrentar a lógica que trata a questão das drogas pelo viés exclusivo da doença e do crime. Esta lógica reducionista criminaliza e patologiza os usuários, que passam a ser objeto de discriminação, preconceito, exclusão, recolhimento e internação compulsória.

Redução de Danos no Brasil

A estratégia de Redução de Danos representa um passo na superação dessa visão reducionista sobre o uso de substâncias psicoativas, uma vez que incentiva o protagonismo e autonomia do usuário, resgatando sua condição de sujeito na perspectiva dos direitos humanos.

Para analisar as possibilidades das estratégias de RD e suas interfaces é necessário apresentar a sua emergência no campo da saúde no Brasil. Na década de 1980, vários segmentos sociais envolveram-se na busca de resposta para enfrentar a epidemia de Aids. A criação do Programa Nacional de AIDS possibilitou a ampliação da política de saúde e a garantia de direitos, que foram posteriormente abrangidas dentro das diretrizes do SUS.

Nesta época de lutas por saúde, começa a disseminação de serviços para atender os portadores de HIV, assim como Organizações não Governamentais (ONGs) que reivindicavam uma ação política na saúde pública direcionada para a DST/Aids. As organizações mais importantes nesse cenário, voltadas para esse objetivo, eram o GAPA (Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS), a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) e o Instituto de Estudos e Pesquisa em AIDS de Santos (IEPAS), entre outras. Essas organizações impulsionam o debate sobre estratégias de RD como política pública de saúde, direcionada para os Usuários de Drogas Injetáveis (UDI), e as políticas de prevenção da transmissão entre os usuários de drogas.

A RD no país remonta às experimentações das políticas públicas realizadas na cidade de Santos, em 1989, quando um grupo que assumiu a prefeitura da cidade (David Capistrano Filho, Fábio Mesquita, Roberto Tykanori e outros) ousou intervir na Casa de Saúde Anchieta (grande hospital psiquiátrico da cidade), criar os Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS) e desenvolver estratégias de RD para UDIs.

Em Salvador, no ano de 1995, o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) começa o primeiro Programa de Troca de Seringas (PTS) no Centro Histórico da cidade (Pelourinho), e que depois se expande para outros bairros. (ANDRADE, 2000). Os agentes de saúde, as profissionais do sexo, travestis e os usuários de drogas participavam

das capacitações de RD no trabalho de campo e eram multiplicadores das ações, muitas vezes passando a fazer parte da equipe de agentes redutores. Em outros estados os primeiros Programas de Redução de Danos (PRD) são criados via financiamento da Política Nacional de DST-AIDS.

Na metade da década de 1990, ganham força o movimento social de RD e as associações estaduais e nacionais de redutores de danos, que lutam pelo direito à saúde dos usuários de drogas (DOMANICO, 2006). Em 1997, é criada a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), que, em âmbito nacional, discute a RD em diversos fóruns, propondo políticas públicas para drogas. Então, a RD consolida-se no país, pautada no protagonismo dos usuários e no exercício da cidadania e do controle social das políticas públicas sobre álcool e outras drogas.

A RD e a defesa dos direitos

A estratégia da RD afirma a autonomia, o diálogo e os direitos das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, sem recorrer a julgamentos morais ou práticas criminalizadoras e punitivas. No contato dos agentes redutores de danos e agentes comunitários de saúde com os usuários de drogas é construído um espaço de co-responsabilização. As estratégias de RD consideram as pessoas que fazem uso de drogas (lícitas ou ilícitas) como sujeitos de direitos e buscam garantir seu acesso às políticas públicas (saúde, educação, cultura, trabalho, etc.) de modo integral.

Dessa forma, não é aceitável que a abstinência seja, ao mesmo tempo, a pré-condição e a meta a ser atingida pelos usuários de drogas para que seus direitos sejam garantidos. A interrupção do uso de substâncias psicoativas é, em muitas situações, um passo não só necessário como desejável para diminuir os agravos à saúde. As práticas de saúde pública, contudo, não podem descrever um modelo ideal a ser atingido como meta de sucesso.

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem

levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (BRASIL, 2003, p.10).

Portanto, a interrupção do uso é uma decisão clínica e precisa ser feita de modo referenciado, pois não é uma prescrição geral que serve para todos os casos. Assim, as estratégias de RD não excluem a abstinência como uma direção clínica que precisa ser negociada com a pessoa que faz uso de determinada substância lícita (álcool, tabaco) ou ilícita (maconha, cocaína, crack, ecstasy, etc.).

O paradigma da abstinência está, então, para além de um direcionamento clínico compartilhado no sentido da interrupção do uso de substâncias psicoativas. Esse paradigma diz respeito a uma série de articulações de diversos setores que extrapolam o campo da saúde stricto sensu e que submetem esse campo de modo coercitivo ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso (PASSOS e SOUZA, 2011).

Em 2003, a política do Ministério da Saúde de “Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas” elegeu a redução de danos como estratégia de saúde pública, na qual é incentivada a criação e sistematização de intervenções junto à população usuária que, devido ao contexto de vulnerabilidade, não querem ou não desejam parar com o uso da droga. Pela primeira vez, em âmbito governamental, as ações de redução de danos foram assumidas como relevantes intervenções de saúde pública, para ampliar o acesso e as ações dirigidas a uma população historicamente desassistida de contato com o sistema de saúde.

A visibilidade conquistada pelos modelos de cuidado de base comunitária, que se originam e se movimentam fora do espectro hospitalocêntrico ou da abstinência como única alternativa de encontrar qualidade de vida, coloca em debate questões fundamentais, como: liberdade de escolha, responsabilidade individual, familiar e social, direito do usuário à universalidade e integralidade de ações e dever do Estado de criar condições para o exercício do autocuidado, redes sociais de apoio e sua conexão com as redes informais dos usuários, dentre outras (BRASIL, 2003).

RD e Atenção Psicossocial

Nos últimos anos foram editadas diversas portarias do Ministério da Saúde que reforçam o paradigma da RD e a articulação com as redes de atenção básica à saúde e psicossocial. No entanto, o desenvolvimento das estratégias de redução de danos nos CAPS AD continua sendo um grande desafio para a produção de redes efetivas de cuidado nos territórios de abrangência desses dispositivos (DIAS, 2008). Esse dispositivo é estratégico para a consolidação de uma política pública democrática para álcool e outras drogas no Brasil.

A RD deve funcionar no território de modo articulado com a rede de saúde pública e demais políticas intersetoriais, por isso as pessoas são atendidas próximas dos locais onde vivem por agentes redutores de danos, agentes comunitários de saúde e equipes multidisciplinares. Em contraposição às estratégias de RD, muitas cidades ainda desenvolvem ações pautadas em práticas autoritárias, repressoras e criminalizadoras, desviando o foco do investimento da rede de saúde psicossocial e evidenciando um campo de disputa entre modelos divergentes de produção de cuidado em saúde (ALVES, 2009).

O lugar das (dos) psicólogas (os) nesse paradigma é construído a partir do momento em que o mesmo se coloca no contexto de trabalho. Esses lugares precisam ser construídos por meio da prática e da posição que as (os) psicólogas (os) ocupam na intervenção junto aos usuários, devendo seu posicionamento explicitar o propósito da sua presença. Desse modo, não cabe aos profissionais da Psicologia, envolvidos na equipe profissional, nenhuma forma de julgamento ou censura moral aos comportamentos dos indivíduos, seja com relação ao uso de substâncias psicoativas ilícitas ou a condutas antagônicas à moral e costumes tidos como aceitáveis. O papel dos profissionais é exatamente o de acessar um segmento que muitas vezes está à margem da rede de saúde e social por temer o estigma e a rejeição. A aceitação de cada um destes usuários enquanto sujeitos e o respeito ao lugar que ocupam na escala social confere às abordagens de redução de danos a possibilidade de construção

de um vínculo de confiança, base sobre a qual se desenvolverá o trabalho.

A regularidade da presença e a atenção qualificada e acolhedora dos profissionais abrem as possibilidades de construção de um vínculo de confiança. A partir daí, a própria população passa a demandar cuidados que até então lhes eram inacessíveis. Essas demandas são “disparadas” a partir da apresentação da proposta e dos profissionais, configurando a oferta de serviços de saúde. Neste sentido, devem constituir os objetivos destes dispositivos: a realização de consultas, orientações, oficinas de educação em saúde e encaminhamento das demandas não atendidas in loco para a rede de saúde do SUS, ações de prevenção de doenças infectocontagiosas como as doenças sexualmente transmissíveis e diversos outros cuidados relativos a problemas já instalados (BRASIL, 2010).

Trata-se de pensar uma política de atenção ao usuário de álcool e drogas na qual as alternativas sejam construídas através do diálogo entre os diversos setores da população e não definidas apenas por especialistas e burocratas. Deve-se, nessa perspectiva, considerar que o uso de psicoativos é inerente à existência humana e que nem todo usuário de drogas necessariamente precisa de tratamento. Por isso, não se torna aceitável o tratamento compulsório, uma vez que entendemos que só no âmbito da autonomia e da liberdade é possível alterar ideias e condutas.

O desafio das políticas de saúde pública voltadas para o uso e abuso de álcool e outras drogas é articular o paradigma da RD com as tecnologias de cuidado que afirmem a cidadania, os direitos humanos e o protagonismo dos usuários (MERHY, 2002).

As experiências de cuidado que estão sendo criadas nos dispositivos psicossociais ainda guardam um forte componente experimental e que estão dentro de um campo em fase de estruturação com a ampliação dos dispositivos psicossociais e a definição de novas diretrizes para essa área. As políticas sobre drogas atuais podem indicar qual é o caminho aberto para as tecnologias de cuidado em um campo e intervenção pública em constante movimento e disputa.

EIXO 2: PSICOLOGIA E A POLÍTICA SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

A atenção aos usuários de álcool e outras drogas está focada numa rede de atenção psicossocial que estabelece como prioritária a noção de integralidade, fundamentada na consideração da subjetividade e do campo das relações sociais como estruturante da atuação profissional. Nesse sentido, as ações da saúde e assistência social ao usuário de álcool e outras drogas deslocam-se da centralidade da lógica biomédica, rompendo com metodologias e serviços nos quais as pessoas buscam soluções prontas para seus sofrimentos. Ao invés disso, fundamentam sua atuação na noção de atenção psicossocial, que coloca no centro do trabalho as noções de território e comunidade, para o qual serão dirigidas as pessoas e suas demandas por saúde e inclusão social. A ética da autonomia é posta como referência central e deve ser alcançada por meio de relações horizontais entre os pontos da rede de atenção. Para isso, a rede de atenção psicossocial destinada a usuários de álcool e outras drogas deve incluir não só os segmentos do sistema de saúde, mas também as entidades comunitárias e da assistência social.

Desse modo, as (os) profissionais da Psicologia compõem junto com profissionais de outras áreas as equipes de saúde nos CAPS AD, nos Consultórios de Rua, nas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), nos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Acolhimento (UA), nos Centros de Convivência, além de atuarem nos equipamentos da Assistência Social, nos Projetos de Inclusão Produtiva e de Geração de Trabalho e Renda, nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e nos Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), entre outros dispositivos da rede.

O SUS e a Reforma Psiquiátrica brasileira, assim como o SUAS, criaram dispositivos de cuidado e atenção integral para os usuários de álcool e outras drogas nos quais psicólogos/as trabalham tendo como princípio básico a defesa dos direitos humanos e como diretriz a am-

pliação da autonomia e da participação social dos usuários. Nesses dispositivos a (o) psicóloga (o) atua de modo integrado com outros profissionais a partir de uma perspectiva multidisciplinar, guiada pela lógica da clínica ampliada, que opera junto com os diversos pontos da rede de saúde e socioassistencial presentes no território de intervenção.

Cabe mencionar ainda que todo o trabalho deve ser encaminhado sob a égide da potencialização dos laços sociais, devendo instituir respostas para as diferentes situações e necessidades dos usuários, acolhendo e cuidando desde a urgência até o acompanhamento psicossocial e, além disso, intervindo nas cenas de uso, criando vínculo e garantindo acesso, sem preconceitos e compulsoriedade. Nesse contexto, a estratégia de Redução de Danos se apresenta como uma proposta ética de cuidado direcionadora das intervenções junto aos usuários de álcool e outras drogas.

No que tange ao desafiador cuidado com as crianças e adolescentes usuárias/os de álcool e outras drogas, pode-se utilizar os mesmos equipamentos pensados para atender usuários de álcool e drogas adultos no caso da atenção na rua, desde que de forma integrada com a comunidade e equipamentos específicos para crianças e adolescentes, como o Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAP-Si). O envolvimento do sistema de educação, intersetorialmente, precisa ser ativado como importante aliado da rede, primeiramente através da problematização da temática e também por meio de práticas de inclusão daquelas crianças e adolescentes marginalizados do sistema de ensino. As casas abertas para moradia ou centros de convivência também devem ser constituídas, tanto como espaço de acolhimento quanto de elaboração de possibilidades de cuidado e inclusão social na reconstituição de vínculos sociais, familiares e escolares.

Agora, vamos apresentar algumas das principais atividades desempenhadas pelos psicólogos nos equipamentos de saúde e assistência social voltados para a atenção psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas.

Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas

O Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS AD), estabelecido pela portaria do Ministério da Saúde nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, é um equipamento de cuidado, articulado em rede, voltado para “pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas” (BRASIL, 2002).

As atividades disponíveis no CAPS AD incluem, como descreve a portaria:

- a - atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b - atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c - atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- d - visitas e atendimentos domiciliares;
- e - atendimento à família;
- f - atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g - os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.
- h - atendimento de desintoxicação (BRASIL, 2002a).

Os atendimentos psicoterápicos, individuais e em grupo, são algumas das atividades realizadas no CAPS AD. O psicólogo também pode realizar oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares e atividades comunitárias que visem à promoção de saúde. A gestão do CAPS AD também é um espaço de atuação do psicólogo.

O CAPS AD III é um dispositivo da rede de atenção psicossocial destinado a “proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados” (BRASIL, 2012).

Esta portaria (nº 130 de 26 de janeiro de 2012) preconiza algumas atividades a serem realizadas no CAPS AD III:

I - trabalhar de portas abertas, com plantões diários de acolhimento, garantindo acesso para clientela referenciada e responsabilização efetiva pelos casos, sob a lógica de equipe Interdisciplinar, com trabalhadores de formação universitária e/ou média, conforme definido nesta Portaria;

II - atendimento individual para consultas em geral, atendimento psicoterápico e de orientação, dentre outros;

III - oferta de medicação assistida e dispensada;

IV - atendimento em grupos para psicoterapia, grupo operativo e atividades de suporte social, dentre outras;

V - oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível universitário ou de nível médio, nos termos desta Portaria;

VI - visitas e atendimentos domiciliares;

VII - atendimento à família, individual e em grupo;

VIII - atividades de reabilitação psicossocial, tais como resgate e construção da autonomia, alfabetização ou reinserção escolar, acesso à vida cultural, manejo de moeda corrente, autocuidado, manejo de medicação, inclusão pelo trabalho, ampliação de redes sociais, dentre outros;

IX - estimular o protagonismo dos usuários e familiares, promovendo atividades participativas e de controle social, assembleias semanais, atividades de promoção, divulgação e debate das Políticas Públicas e da defesa de direitos no território, dentre outras;

X - fornecimento de refeição diária aos pacientes assistidos, na seguinte proporção:

a) os pacientes assistidos em um turno (4 horas) receberão uma refeição diária;

b) pacientes assistidos em dois turnos (8 horas) receberão duas refeições diárias; e

c) pacientes que permanecerem no serviço durante 24 horas contínuas receberão 4 (quatro) refeições diárias (BRASIL, *idem*, art.6º).

De acordo com as diretrizes das políticas públicas de saúde e visando ampliar a autonomia e promover os direitos humanos das pessoas acolhidas pela rede de cuidado, a (o) psicóloga (o) constrói, junto com outros

trabalhadores de saúde, o projeto terapêutico singular e acompanha o desenvolvimento do trabalho por meio de estratégias clínicas diversificadas.

NASF e ESF - Princípios e Diretrizes Gerais

As (Os) psicólogas (os) inseridas (os) na Atenção Primária à Saúde (APS) realizam um trabalho intersetorial que leva em conta uma abordagem integral do indivíduo e o seu contexto familiar e cultural. O trabalho dos profissionais de saúde praticado no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) permite um cuidado longitudinal, no qual o indivíduo e a comunidade são acompanhados por estratégias dinâmicas que visam produzir a atenção integral das pessoas atendidas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Os psicólogos que atuam na ESF levam em consideração ações que tenham impacto positivo na qualidade de vida das pessoas atendidas, através de práticas que estimulem a promoção e a prevenção em saúde, assim como ações curativas e reabilitadoras.

No NASF, as (os) psicólogas (os) compõem a equipe de apoio aos profissionais envolvidos na ESF tendo diretrizes compartilhadas de trabalho como referência. As práticas de cuidado levam em conta a realidade do território em suas diversas dimensões (econômica, política, subjetiva, comunitária etc.) e as equipes de saúde identificam os principais determinantes que impactam o processo saúde-doença. A interdisciplinaridade é um componente importante para o desenvolvimento do trabalho clínico e comunitário, envolvendo a relação entre os saberes, auxiliando o processo de trabalho das equipes e garantindo a efetividade do cuidado realizado em um determinado espaço social. A participação social implica no fortalecimento dos espaços comunitários e no protagonismo dos sujeitos.

A proposta de elaboração de construções coletivas, traduzidas em experiências concretas de gestores, trabalhadores, usuários e atores sociais implicados com a produção de saúde e com os princípios do SUS está presente na Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS. Além disso, essa perspectiva impulsiona a capacidade criativa e a possibilidade de “reinventar formas de relação entre pessoas, equipes, serviços e políticas, atuando em redes, de modo a potencializar o

outro, a defender a vida de todos e qualquer um”. (BRASIL, 2009a, p.19).

Consultório de Rua (CR)

O Consultório de Rua (CR)³ funciona articulado com outras políticas públicas de saúde, dentre as quais podemos citar a Política de Saúde Mental e a Atenção Primária à Saúde e também junto com outras políticas de modo intersetorial.

O CR é uma proposta de atendimento de usuários de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, vivendo em situação de rua, que têm dificuldade de acesso e que não são assistidos pelos serviços de saúde. Os Consultórios de Rua: “promovem a acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania”. (BRASIL 2010, p.10).

A equipe volante mínima com formação multidisciplinar é constituída por profissionais da saúde mental, da atenção básica, e de pelo menos um profissional da assistência social, sendo estes: médico, assistente social, psicólogo, redutores de danos, técnicos de enfermagem e educadores sociais. Na equipe mais ampla, os “oficineiros” também desenvolvem um trabalho junto com os demais membros da equipe, com foco na identificação e desenvolvimento de habilidades que possam contribuir no PTS.

A metodologia do Consultório de Rua tem caráter multidisciplinar e funciona a partir da articulação no território com os diversos saberes e dispositivos sociais presentes. O trabalho na rua (extramuros) impõe um funcionamento aberto e participativo, onde são reforçadas as práticas multidisciplinares e de cogestão junto com os atores atendidos.

A seguir apresentamos algumas ferramentas metodológicas e de intervenção utilizadas nesse dispositivo:

Abertura de campo: A abertura do trabalho de campo é realizada pela equipe técnica do CR, em parceria com organizações, lideranças, equipamentos e serviços presentes no território de atuação. A abertura de campo visa identificar as potencialidades e principais características do território, identificar os sujeitos e grupos atendidos

pelo dispositivo de cuidado e apresentar o trabalho a ser desenvolvido.

Diário de campo: Os membros da equipe técnica do CR utilizam o diário de campo como ferramenta metodológica, visando mapear as principais questões identificadas no desenvolvimento das ações de saúde.

Trabalho de campo: O trabalho de campo consiste em ações de cuidado, prevenção e promoção de saúde com a população usuária de substâncias psicoativas em situação de rua. A atuação de campo é realizada através de diversas estratégias de cuidado e integrada com as demais ações e programas de saúde presentes no território.

Diretrizes dos Consultórios de Rua

- Constituir-se como dispositivos públicos componentes da rede de atenção integral em álcool e outras drogas, que ofereçam ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua a usuários com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas.
- Priorizar o direito ao tratamento de qualidade a todo usuário de álcool e outras drogas, ofertado pela rede de serviços públicos de saúde, assegurando o acesso a ações e serviços compatíveis com as demandas dos usuários.
- Promover ações que enfrentem as diversas formas de vulnerabilidade e risco, especialmente em crianças, adolescentes e jovens.
- Ter como eixo político o respeito às diferenças, a promoção de direitos humanos e da inclusão social, o enfrentamento do estigma.
- Atuar a partir do reconhecimento dos determinantes sociais de vulnerabilidade, risco e dos padrões de consumo, levando em consideração a estreita relação entre a dinâmica social e os processos de adoecimento.

3 Ainda que haja hoje uma proposta do Ministério da Saúde de ampliação do acesso da população de rua aos serviços de saúde, através da oferta da atenção integral à saúde por meio das equipes e serviços da atenção básica, denominada Consultório na Rua, adotamos neste documento a nomenclatura Consultório de Rua, conforme proposta inicialmente no âmbito da saúde mental, como modalidade de atendimento. Isto devido a fato de que, à época da pesquisa, não existia a modalidade de atendimento denominada Consultório na Rua. Também, por esta, ainda hoje, não ter se concretizado como política de atendimento na maioria dos locais pesquisados.

- Assegurar o cuidado no território, na perspectiva da integralidade, do trabalho em redes, garantido uma atenção diversificada aos usuários de álcool e outras drogas.
- Priorizar as ações dirigidas às crianças e adolescentes em situações de vulnerabilidade, haja vista a iniciação cada vez mais precoce do consumo de substâncias psicoativas e as graves repercussões do seu uso no desenvolvimento psicossocial dos jovens.
- Considerar a rede social de relacionamento da população alvo, como fatores de agravamento ou redução das condições de vulnerabilidade, isto é, levar em conta fatores de risco e de proteção, em cada contexto.
- Incentivar o trabalho de natureza interdisciplinar e enfoque intersetorial, considerando a complexidade que envolve os contextos de vida da população que vive em situação de rua, e a necessidade de ações de atenção integral aos usuários de psicoativos com tais características.
- Manter articulação permanente da rede de saúde e intersetorial visando à sensibilização dos serviços e profissionais da rede para o acolhimento com qualidade aos usuários de drogas em situação de rua.
- Garantir o alinhamento com as diretrizes da Política para Atenção Integral a Pessoas que Usam Álcool e Outras Drogas, do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas, do Plano Integrado de Enfrentamento do Crack, da Política Nacional de Saúde Mental, da Política Nacional de DST/AIDS, da Política de Humanização e da Política de Atenção Básica do Ministério da Saúde. E mais recentemente do Programa Crack, é possível vencer. (BRASIL, 2010, p.11-12)

CRAS e CREAS: a articulação com a Política de Assistência Social

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é uma unidade pública estatal de base territorial, responsável pela proteção social básica, localizado em áreas de pobreza e vulnerabilidade social. A proteção social básica tem como objetivos prevenir situações de vulnerabilidade e de risco social, por meio do desenvolvimento de potencialidades

e da aquisição e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Para atingir seus objetivos, o CRAS oferece: Benefícios de Prestação Contínua e Eventuais, Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF), Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos e Serviços de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas.

O trabalho, realizado por uma equipe profissional, na qual se destacam psicólogo e assistente social, desenvolve-se no contexto comunitário da população atendida, envolvendo famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e/ou fragilização de vínculos afetivos — relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras) (BRASIL, 2004; 2009b).

O CREAS responde pela proteção social especial, modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras. Seu objetivo é reduzir o impacto das situações de vulnerabilidade e de risco social, por meio de intervenções voltadas ao fortalecimento dos indivíduos e de seus vínculos familiares e comunitários e à inserção social da população. Assim como no CRAS, os psicólogos e os assistentes sociais compõem a equipe básica do CREAS.

A Proteção Social Especial se subdivide em dois níveis: Média Complexidade, que se dirige a famílias com vínculos muito fragilizados, em decorrência das condições de vulnerabilidade; engloba Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), Serviço Especializado em Abordagem Social, Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC), Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias e Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

O outro nível é a Alta Complexidade, que se caracteriza pelo atendimento a indivíduos cujos vínculos familiares foram rompidos; en-

volve Serviços de Acolhimento Institucional, Serviços de Acolhimento em República, Serviços de Acolhimento em Família Acolhedora e Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências.

Destes Programas, os que mais se articulam à Política de Atenção a Pessoas que usam Álcool e outras Drogas são o PAIF e o PAEFI. O PAIF consiste no trabalho social de caráter preventivo, protetivo e proativo com famílias, visando fortalecer sua função protetiva, prevenir a ruptura de vínculos, promover o acesso e usufruto de direitos, e contribuir na melhoria de sua qualidade de vida. O PAEFI compreende atenções e orientações direcionadas à promoção de direitos, à preservação e ao fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e sociais e ao fortalecimento da função protetiva das famílias diante do conjunto de condições que as vulnerabilizam e/ou as submetem a situações de risco pessoal e social. É voltado a famílias e indivíduos que vivenciam violações de direitos por ocorrência de: violência física, psicológica e negligência; violência sexual (abuso e/ou exploração sexual); afastamento do convívio familiar devido à aplicação de medida socioeducativa ou medida de proteção; tráfico de pessoas; situação de rua e mendicância; abandono; vivência de trabalho infantil; discriminação em decorrência da orientação sexual e/ou raça/etnia; outras formas de violação de direitos decorrentes de discriminações/submissões a situações que provocam danos e agravos a sua condição de vida e os impedem de usufruir autonomia e bem estar; descumprimento de condicionalidades do Programa Bolsa Família (PBF) em decorrência de violação de direitos. (BRASIL, 2009b).

Entre as metodologias utilizadas no desenvolvimento das ações dos CRAS e CREAS destacam-se: estudo psicossocial, aconselhamento e orientação individualizados, grupos operativos, grupos específicos de orientação (mulheres, crianças, adolescentes, famílias), visitas domiciliares. Cabe destacar a importância da atuação do psicólogo em visitas domiciliares, que podem ocorrer como primeiro contato com a família a ser atendida ou durante o processo de acompanhamento desta. Por meio da visita domiciliar, os profissionais têm acesso a elementos fundamentais para a compreensão da situação de vulnerabilidade vivida pela população, em função da oportunidade de conhecimento das con-

dições objetivas de vida e da possibilidade de percepção da configuração subjetiva da dinâmica relacional familiar e individual. Estes dados, aliados às informações obtidas no contato individual, fornecem a base para a construção dos planos de atendimento individual e familiar.

Atuação da (o) psicóloga (o) na gestão dos serviços

Como cita o código de ética profissional do psicólogo, “Toda profissão define-se a partir de um corpo de práticas que busca atender demandas sociais, norteadas por elevados padrões técnicos e pela existência de normas éticas que garantam a adequada relação de cada profissional com seus pares e com a sociedade como um todo” (CFP, 2005, p.5). Este código que se apresenta como uma ferramenta de reflexão e não como um instrumento de controle ou imposição, traz princípios fundamentais e norteadores para a prática da profissão, seja na gestão, seja na linha de frente de atuação. Segue a descrição na íntegra de três princípios:

I – O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integralidade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

II – O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

III – O psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural (CFP, 2005, p.7).

Considerando este código, nossa trajetória profissional e também o compromisso ideológico com a Reforma Psiquiátrica, nossa contribuição pode efetivamente avançar além do atendimento clínico individual, tido como atividade principal em nossa profissão (SPINK, 2007).

A contribuição como gestor de serviço de saúde deve ser multifacetada e transitar, compor, influenciar, transformar e provocar a

rede de produção de cuidados em várias instâncias de atuação, com ações focadas sempre na promoção da saúde, no bem estar individual e social, considerando o contexto e a singularidade de cada um.

Temos um papel fundamental na fomentação das articulações entre os diversos setores e atores que constituem a rede integral de saúde, potencializando as parcerias e as construções coletivas, buscando a integralidade em nossas intervenções. Isso contribui para um protagonismo de fato, capaz de fomentar, em outros, a construção de autonomias e a geração de usuários mais críticos e livres, donos e protagonistas de suas histórias. (BRASIL, 2010)

A consonância da atuação profissional com os parâmetros apresentados pelo SUS em seu trabalho de humanização dos serviços (BRASIL, 2006a) se traduz nos parâmetros propostos como orientação para implantação de ações na organização do trabalho, como, a implementação da escuta qualificada, da educação permanente, da atuação transdisciplinar com equipes multiprofissionais, dagemão participativa, das metas discutidas em espaços coletivos e da promoção da saúde e da qualidade de vida no trabalho.

As atividades da (o) psicóloga (o) tanto no CRAS, no CAPS, no CR e em toda rede de saúde pública ou privada devem estar voltadas para a atenção e prevenção de situações de risco e vulnerabilidade. Assim como, promover e favorecer o desenvolvimento da autonomia dos indivíduos, por meio de ações que propiciem o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

Sobre as Comunidades Terapêuticas

A despeito das resoluções do Conselho Nacional de Saúde, da IV Conferência Nacional Intersetorial de Saúde Mental e das irregularidades apresentadas no relatório da 4ª Inspeção de Direitos Humanos do CFP, as Comunidades Terapêuticas foram incorporadas à rede de atenção psicossocial ao usuário de álcool e outras drogas no âmbito do SUS, pela Portaria 3088, de 23 de dezembro de 2011.

Desse modo, psicólogas (os) têm sido contratadas (os) em todo o Brasil para atuar em Comunidades Terapêuticas e nelas ganham a vida – conforme os dados da pesquisa do CREPOP sobre a atuação das (os) psicólogas (os) em políticas públicas sobre álcool e outras drogas, 8,3% dos

profissionais respondentes atuam em Comunidades Terapêuticas. Tendo em vista esta realidade, é fundamental que as (os) profissionais inseridas (os) nesses dispositivos fiquem atentas (os) às possíveis práticas de violação dos Direitos Humanos, assegurando o cumprimento dos princípios éticos garantidos pelo Código de Ética Profissional da (o) Psicóloga (o).

A Procuradoria Federal dos Direitos dos Cidadãos, por meio da Comissão Permanente de Defesa da Saúde, que integra o Grupo Nacional de Direitos Humanos do Conselho Nacional de Procuradores Gerais, divulgou no dia 4 de novembro de 2013 uma nota pública com o objetivo de contribuir para a compreensão dos aspectos legais que definem o papel e a atuação de comunidades terapêuticas na intervenção junto ao usuário de álcool e outras drogas. Para tanto, elaborou quatro enunciados relativos ao tema, reproduzidos abaixo:

- As comunidades terapêuticas não serão consideradas estabelecimentos de saúde mental quando não oferecerem qualquer tipo de atendimento médico ou psicológico, por equipe interprofissional, por não se enquadrarem nas prescrições dos arts. 3º, 8º e 9º da Lei nº 10.216/2001 (Lei Antimanicomial).
- Os recursos eventualmente repassados pelo poder público às comunidades terapêuticas, que não se enquadrem nos requisitos da Lei 10.216/2001, pelo fato de estas não realizarem ações de saúde tipificadas como tais, pela Lei Complementar 141/2012 e pelo art. 7º da Lei 8.080/1990, não podem integrar o conjunto de rubricas orçamentárias relativas ao Sistema Público de Saúde.
- A celebração de quaisquer vínculos com as comunidades terapêuticas pelo poder público exige que estas, previamente à celebração, comprovem atender os regulamentos nacionais de vigilância sanitária pertinentes a esse tipo de entidade, representados atualmente pela RDC Nº 029/2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e, eventualmente por normas que a sucedam.
- Eventuais normas estaduais ou locais que regulamentem os requisitos a serem cumpridos pelas comunidades terapêuticas para o recebimento de repasses financeiros pelo poder público não podem atenuar as exigências das normas nacionais de vigilância sanitária que tratem dessas entidades,

em face dos termos do art. 16, inciso III, alínea “d” da Lei nº 8080/90, que concedem à União a competência de estabelecer regras gerais a respeito da matéria.” (BRASIL, 2013)

Cabe lembrar que o Estado brasileiro é laico e democrático e, por isso, não deverá, a pretexto de tratamento, impor crença religiosa a nenhum de seus cidadãos, mesmo quando estes fizerem uso problemático de álcool e outras drogas. Da mesma forma, compete ao Estado respeitar e promover a cidadania destes usuários, recusando todas as propostas que violem seus direitos, como a internação compulsória e a restrição da liberdade como método de tratamento.

As comunidades terapêuticas respondem a uma função social de segregação, propondo a internação e a permanência dos usuários, muitas vezes em caráter involuntário, centrando suas ações na temática religiosa e desrespeitando a liberdade de crença e o direito de ir e vir das pessoas. É necessário, portanto, superar o isolamento promovido pelas instituições de caráter total, como são as comunidades terapêuticas, por uma rede de serviços em meio aberto, constituída pelos dispositivos do SUS e do SUAS já mencionados acima.

EIXO 3: A ATUAÇÃO DOS PSICÓLOGOS

A constituição do campo dos cuidados relacionados ao uso de Drogas no Brasil

Talvez o típico uso originário da maconha nunca a tenha inscrito, até tempos mais atuais, como uma problemática sanitária relevante, para além dos preceitos higienistas, eugenistas e racistas, desde o início do século XX, e das suas desqualificadoras acusações aos seus usuários de flacidez moral, preguiça, indolência e criminosa aversão à disciplina capitalista do trabalho. A sua associação a bandos criminosos e às suas práticas delituosas sempre estiveram mais evidentes do que a ideia de eventuais distúrbios de comportamento que não tinham outra origem senão a flacidez da vontade, mãe de todo vício. Por outro lado o desleixo e o absoluto abandono social dos infelizes alcoolistas à sua própria sorte talvez seja a principal marca, do modo de relação da sociedade com o alcoolismo endêmico de parte da sua população mais pobre, durante a maior parte do tempo.

Alguma intervenção seletiva do aparato manicomial, desde o primeiro hospício brasileiro – o Pedro II de 1852, no Rio de Janeiro – até a hipertrofia manicomial patrocinada pela política sanitária da Ditadura Militar de 1964, mereceria ser investigada e analisada em relação aos alcoolistas, posto que essa parte da clientela que lotou as macro instituições asilares públicas brasileiras permanecem obscurecida, no âmbito daquilo que Resende (1987) designou, com propriedade, como a era da “psiquiatria da ralé”: recolher e excluir as sobras que cada organização social, de cada momento histórico tinha produzido.

Como já referido, cronistas como Lima Barreto nos dão conta de que a internação manicomial nos estabelecimentos públicos, figurou, ainda que indistinta, como um tipo de resposta às condições em que o uso problemático do álcool era alçado à condição de um “problema de saúde” e “de grave descontrole pessoal”, entendido com o viés de uma patologia incluída no campo “dos nervos”, ainda que nunca desfeita completamente a sua inscrição no campo moral. Com menor frequência, mas do mesmo

modo, são os hospitais psiquiátricos privados que receberiam também as “vítimas” mais elegantes, de uso abusivo das chamadas “drogas de salão”.

O mesmo Resende (1987) aponta ainda que, somente mais tarde, por volta dos anos 50, quando a assistência psiquiátrica seria incorporada à esfera previdenciária, a internação nos sanatórios particulares seria acessível aos trabalhadores, prevendo-se o “auxílio-doença” na perspectiva da recuperação da força de trabalho. E que, somente a partir de 1964, pode-se falar, no Brasil, na extensão da utilização da assistência psiquiátrica numa perspectiva assistencial de massas, num claro privilegiamento da função produtiva da Psiquiatria, geradora de uma expansão sem precedentes do número de hospitais e de leitos psiquiátricos privados, a serviço do INAMPS, invertendo definitivamente a correlação do privado em relação ao público, agora francamente minoritário.

Neste contexto é que se pode falar, no Brasil, da constituição de um campo de cuidados sistemático ao uso abusivo de drogas, capitaneadas pelo álcool – para além das práticas dos grupos de autoajuda tais como os AA (Alcoólicos Anônimos) –, focado na prática da internação em hospitais psiquiátricos. Origina-se aí a disseminação da lucrativa prática da “internação para desintoxicação” que levou o alcoolismo à persistente condição, durante toda a década de setenta, de terceira causa principal de internação na hipertrofiada rede manicomial privada, agora financiada com os recursos previdenciários.

A Clínica da abstinência

Deste modo, pode inscrever-se na cultura, através dessa prática – generalização da assistência previdenciária — uma concepção medicalizada que associa o cuidado ao uso abusivo de álcool com a prática da internação hospitalar reforçando o conceito da abstinência forçada, medicamente acompanhada, como um recurso fundamental de “tratamento”, corroborado pela prática leiga da autoajuda do AA, que ajuda a disseminar a concepção do mesmo como uma doença que deve ser admitida pelo candidato e a sua incessante luta pela abstinência como uma condição básica de sua cura.

De algum modo, é somente com a expansão do acesso previdenciário, na década de 60, que o descaso histórico, em relação ao uso abusivo das substâncias legais e proscritas, pode ser substituído por uma concepção medicalizante e hospitalizante, centrada na internação hospitalar, como única resposta idônea ao abuso do álcool, certamente a substância mais popular, e, nessa condição, paradigmática para a abordagem de todas as demais situações que se caracterizam pelos excessos e descontroles relativos às drogas. Tal condição seria a base que estrutura uma cultura que funde, em uma mesma perspectiva, os aspectos leigos e profissionais, que impõe a lógica patologizante, associada à debilidade moral, que ganha força imperiosa no debate sobre a necessidade da “internação involuntária” como recurso para fazer frente ao problema das drogas.

É importante reconhecer a força dessa lógica, simples e imperiosa, que faz da meta a ser atingida – a abstinência – a própria condição para que ela seja adquirida. E como a disponibilidade de um sistema hospitalar da época, desonesto e interessado em produzir faturamento financeiro contaminou a nossa percepção social, com repercussões no presente, de forma a tomar como único recurso a internação hospitalar, posta, por sua vez, como condição da produção da abstinência, ao mesmo tempo, meta e condição para a obtenção da cura.

Os anos sessenta e setenta modificaram o panorama da questão das drogas, turbinadas pelas transformações culturais que as fazem migrar de classe social e adquirir novos significados na cultura. A expansão das experimentações com as drogas se processa no mesmo ambiente que igualmente amplia a “cultura psicológica” pela difusão dos saberes e práticas “médico-psicológicas”, agora incorporadas como coadjuvantes ao “tratamento” das situações do seu uso abusivo, num ambiente em que se misturam uma contestação que tem significados políticos e controvérsias sobre os limites do hedonismo, no contexto repressivo marcado pela Ditadura Militar.

A Clínica do desejo

Quebrando a monotonia do texto médico-psicológico que pregava a repressão ao uso e a abstinência como únicas formas de se lidar com o tema do abuso das drogas, os anos oitenta assistem a difusão da “vaga lacaniana” – referida no ensino do psicanalista francês Jaques Lacan (1901-1981) – que sacode as hostes psicoterapêuticas brasileiras, propagando o modismo francês. Dentre as inúmeras transformações que ela operou no campo da cultura profissional e geral, se colocou como responsável pela introdução de um novo conceito e compreensão em relação ao uso abusivo das drogas, que causariam grande impacto ao campo terapêutico.

Ao proclamar que as Drogas são, efetivamente, constituídas por “substâncias inertes” que são encontradas no mundo, propõe que as mesmas não deveriam merecer o foco das atenções. Desta forma, este paradigma propõe fixar-se no sujeito que delas se serve, oferecendo explicação para o caráter diferenciado dos modos como distintos sujeitos delas se aproximam e com ela se relacionam, fazendo radicar aí a chave para o tratamento daqueles para os quais este uso se revela como problemático e nas razões pelas quais isso se dá dessa maneira.

Na fórmula “é o drogadicto quem faz a droga” buscava sintetizar essa percepção de que a temática do uso abusivo das drogas radica suas razões nas relações desejantes através das quais cada sujeito se relaciona com o prazer que delas deriva, singularizando a sua relação com o gozo que delas extrai. E disto faz derivar uma condução clínica orientadora da direção do tratamento que toma como base a experiência da cura pela palavra da psicanálise, suportada pelas especificidades da relação transferencial.

Orientada pela mística derivada do conceito lacaniano do desejo essa perspectiva clínica, que teve como seu principal difusor no Brasil o psicanalista Claude Olivenstein e os seus trabalhos na clínica com drogadictos no Hospital de Marmottan/Paris, produziu vários discípulos nacionais que estruturaram serviços e instituições de tratamento em diversos estados brasileiros.

Estruturados como centros de experimentação clínica, espaço de ensino e pesquisa nos quais a “causa lacaniana” foi sustentada, estas instituições – CETAD/Bahia, CMT/Minas, NEPAD/Rio, PROAD/São Paulo, CPTRA

/Pernambuco entre as mais famosas – revolucionaram a concepção hegemônica e se colocaram como importante contraponto ao lugar comum do “paradigma da abstinência” como referência orientadora para o tratamento ao uso abusivo de drogas, ao qual se opuseram com este “paradigma do desejo”, não devendo ser subestimado o seu papel e peso no campo da produção social de uma nova referência orientadora das práticas profissionais.

A Clínica psicossocial

No início dos anos 90, a este ambiente bipolarizado vieram se somar as referências produzidas em dois campos que tiveram trajetórias paralelas, mas foram ambos de grande importância na referência e complexificação constitutiva do campo da atenção ao uso abusivo das drogas.

Por um lado, o questionamento radical produzido pelo Movimento Antimanicomial colocou em xeque o conforto da “Indústria da Loucura”, desestabilizando a facilidade das internações abusivas, com finalidade clínica questionável, movidas pelos interesses meramente pecuniários e que tinham, nos alcoolistas e em outros eventuais abusadores de drogas, clientela cativa e garantida, sustentada pelos usos e valores socioculturais já afirmados como associados ao recurso da internação psiquiátrica. Certamente, a Luta Antimanicomial contribuiu para fazer refluir a naturalização desta prática, diminuindo sua incidência e promovendo uma revisão na conduta médica relacionada com usuários de álcool e outras drogas, haja vista a atual escassez onde outrora vigorava ampla disponibilidade de leitos.

Todavia, o processo da necessária Reforma Psiquiátrica que foi orientada pelos seus princípios, ao focalizar os portadores de transtornos mentais graves (Psicóticos, Esquizofrênicos), negligenciou as aflições geradoras das demandas relativas ao sofrimento mental derivada do uso abusivo de substâncias psicoativas. Como reconhece explicitamente o Ministério da Saúde,

“produziu-se historicamente uma importante lacuna na política pública de saúde, deixando-se a questão das drogas para as instituições da justiça, segurança pública, pedagogia, benemerência, associações religiosas. A

complexidade do problema contribuiu para a relativa ausência do Estado, e possibilitou a disseminação em todo o país de “alternativas de atenção” de caráter total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente psiquiátrica ou médica, ou, ainda, de cunho religioso, tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência”. (BRASIL, 2005a, p.1)

A derivação dos estabelecimentos CAPS-AD, com o reconhecimento das especificidades do enquadre clínico derivados destes quadros, são, de certo modo, tardio e não receberam investimentos financeiros, mas, sobretudo, uma inteligência profissional que se dedicasse à formatação das tecnologias clínicas próprias como ocorreu com os loucos. Assim, os fazeres seguiram o caminho de uma empiria informadas oscilantemente, pelas três fontes disponíveis no campo: a clínica ampliada gerada pelos experimentos antimanicomais, mas pouco específicas para o tema do uso de álcool e drogas; a clínica do desejo, de origem lacaniana, muitas vezes em uma versão aligeirada e pouco profunda e, por fim, o antigo e poderoso “paradigma da abstinência”, sempre revisitado como uma espécie de fundo de base retroalimentado pelas fontes da desqualificação moral que impregnam a cultura.

Seria somente em 2002, passados mais de dez anos da Reforma Psiquiátrica, que, como foi reconhecido oficialmente por documento do Ministério da Saúde (2005), em concordância com as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, que o Ministério da Saúde passa a implementar o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003), reconhecendo o problema do uso prejudicial de substâncias como importante problema da saúde pública e construindo uma política pública específica para a atenção às pessoas que fazem uso de álcool ou outras drogas, situada no campo da saúde mental.

Num outro polo, seria o encontro da questão constituída pelo uso de drogas, sobretudo das injetáveis, com o tema do aparecimento da AIDS que retroalimentaria o debate sobre as práticas de prevenção ao contágio pelo HIV, a fornecedora de importantes referenciais para a estruturação de uma proposta de cuidados – o paradigma da

redução de danos – que produziria efeitos orientando persistentemente o campo das práticas de cuidados à saúde, sobretudo com importantes lições sobre os processos de abordagem dos usuários de drogas.

A Redução de Danos no Brasil teve sua difusão associada ao momento crítico relativo ao controle do vírus HIV, como estratégia originalmente derivada de experiências de enfrentamento do uso das drogas injetáveis pesadas na sociedade holandesa, que desde 1976 a reconheceu como política pública e confrontou o proibicionismo estreito, ponto que se manteve incólume em sua trajetória brasileira.

Por fim, cabe dizer que grande parte das intervenções oriundas do paradigma da abstinência estão pautadas na desintoxicação do usuário, com a tentativa de manutenção de períodos cada vez maiores de abstinência. Pouca atenção é dispensada à análise das condições estruturais que participam da produção de usos abusivos de drogas, reduzindo a possibilidade de elaboração de modos singulares de relação com as substâncias. Desse modo, o que está sendo proposto aqui é que, no lugar de uma intervenção fundamentada exclusivamente na manutenção da abstinência, o que pode se tornar efetivamente viável e produtivo é a elaboração, junto com o usuário, de uma relação menos danosa com a droga. Aqui é importante mencionar que essa possibilidade de elaboração de modos singulares de se relacionar com as substâncias se materializa através do fortalecimento dos vínculos comunitários e familiares, no âmbito do território. Cabe esclarecer, por fim, que “família” aqui é pensada em suas mais diversas configurações, sendo constituída por amigos, vizinhos, parentes e todos aqueles que, de alguma forma, potencializa a estruturação de redes de proteção ao usuário de drogas.

EIXO 4: DESAFIOS PARA UMA PRÁTICA PSICOLÓGICA EMANCIPADORA

Um dos grandes desafios colocados à Psicologia no momento atual é consolidar-se como uma prática emancipatória, voltada ao fortalecimento da autonomia e ao empoderamento do protagonismo da população, especialmente aquela que se encontra em condição de vulnerabilidade.

O enfrentamento desse desafio passa por uma análise ampliada da gênese do uso abusivo de álcool e outras drogas no atual momento social, superando visões reducionistas centradas no indivíduo, que acabam por estigmatizar, patologizar e judicializar o usuário e sua família, desconsiderando os determinantes sociais e culturais da questão, aspectos já abordados nos eixos anteriores.

Para não repetir ou perpetuar visões discriminatórias e estigmatizantes relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, base de estratégias de controle e repressão, como a internação compulsória, criticada e combatida pelo CFP, é importante situar o usuário ao qual se remete a noção de cuidado aqui exposta.

Como já colocado, a questão do uso de drogas é permeada por determinantes históricos, sociais e culturais, não podendo ser reduzida a uma classificação ou a um diagnóstico patológico a ser tratado. Por outro lado, não se pode negar que o uso abusivo de álcool e outras drogas, ao colocar a substância no controle da vida do indivíduo, cria uma condição de assujeitamento e coisificação, provocando intenso sofrimento psíquico, o que gera a necessidade e impulsiona a busca por cuidado. É esse indivíduo que vamos focar ao nos referir ao cuidado psicológico enquanto prática emancipatória.

Uma prática alicerçada na superação da exclusão e do estigma que cercam o usuário de álcool e outras drogas e que geram sofrimento, a ser enfrentado por meio do fortalecimento de formas de cuidados que resgatem a dimensão subjetiva desse complexo fenômeno, partindo do social para compreender o sujeito, sem tirar deste seu caráter ativo e constituinte.

Esse resgate passa pelo rompimento da dicotomia indivíduo/sociedade, a partir de uma concepção de subjetividade humana como

resultado de um processo que se constitui ao longo da história individual e coletiva, pelas e nas interações sociais. Nesta concepção, o uso de drogas deve ser compreendido como um fenômeno centrado não apenas no usuário, mas inserido na complexa trama da sociedade contemporânea, conforme já abordado nos eixos anteriores. Considerar o psíquico como um fenômeno só compreensível quando integrado, mas não reduzido, à sua condição social, leva à valorização das determinações sociais como elementos que se concretizam nas relações e significações presentes no uso de álcool e outras drogas (SAWAIA, 1999a).

Ao falar de social, estamos nos referindo ao social constituído e constituinte de sujeitos historicamente determinados em condições de vida também determinadas historicamente. Um social resultante e determinante de subjetividades, cuja dinâmica se define nas relações entre sujeitos semelhantes e diferentes (VIGOTSKI, 1999).

Concebidos na realidade e na vida social, a partir de determinações sociais e históricas, subjetividade e sujeito se constituem e se transformam conforme as mudanças sociais, através de um processo de mútua troca e síntese.

Com base em uma concepção sócio-histórica, vertente da Psicologia Social que tem contribuído para a análise de fenômenos que se manifestam nos sujeitos, mas que se constituem a partir de momentos históricos e sociais, a compreensão do fenômeno psicológico passa pela análise das relações sociais entre sujeitos, a partir de uma dimensão ética, que engloba aspectos biológicos, semióticos, afetivos e histórico-sociais, unindo e, ao mesmo tempo, diferenciando social e psicológico. (VIGOTSKI, 1998b).

Nesta perspectiva, a subjetividade não é entendida como uma condição ou um estado estático, nem existe como algo em si abstrato e imutável, mas como um processo em constante transformação, que se constitui permanentemente nas e pelas relações sociais (MOLON, 1999). Esta concepção de subjetividade reporta a um sujeito que não é isolado ou preso em seu mundo privado, carregado de aspectos não manifestos, e que também não é, apenas reflexo de determinações coletivas. Mas resultado de uma síntese entre público e privado, indivíduo e sociedade. (CALIL STAMATO, 2008).

Assim, o mundo configura-se como o lugar de constituição da subjetividade, na medida em que nele ocorrem as relações que possibilitam a construção da singularidade humana a partir do reconhecimento do outro. Mundo esse que, além de físico e biológico, é simbólico e social, e que possibilita a constituição da rede de cuidados para indivíduos que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas e se encontram em sofrimento psíquico, na perspectiva emancipatória de garantia de direitos individuais e coletivos, deve ser norteada por uma compreensão de subjetividade mutável, contextualizada em um determinado momento histórico e social e constituída a partir das relações sociais que estes estabelecem na família, na comunidade, na rua e na sociedade mais ampla.

Isso implica em nortear esta rede de cuidado no discurso manifesto pelo uso abusivo de drogas, referenciado em um modo peculiar de inserção do indivíduo na sociedade. O uso de drogas não constitui isoladamente um fator de diferenciação no desenvolvimento, mas possibilita a emergência de modos de vida diferenciados, que configuram processos de desenvolvimento também diferenciados.

Assim, entender como se dá a construção de significados e da subjetividade em indivíduos que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas implica analisar as relações, interconexões e entrecruzamentos dos vários determinantes de sua condição – família, escola, comunidade e sociedade.

O fenômeno do uso de drogas é um labirinto de significações, que emerge de uma complexa vivência entre semelhantes e diferentes, no qual se articulam processos de partilha e negociação de significados, inseridos numa rede social, histórica e cultural.

Neste contexto, criar alternativas inovadoras de cuidado ao usuário exige um conhecimento aprofundado de sua história de vida, dos gatilhos determinantes de sua entrada e imersão no uso abusivo de drogas, de suas relações familiares, das relações que estabelece com seus pares e com as demais pessoas que integram seu mundo, das relações com sua comunidade de origem e das relações com a sociedade em geral.

Ampliando a visão do uso abusivo de drogas para além do sujeito, a finalidade maior do cuidado ao usuário passa a ser a superação do sofrimento ético-político, entendido como

[...]a vivência cotidiana das questões sociais dominantes em cada época histórica, especialmente a dor que surge da situação social de ser tratado como inferior, subalterno, sem valor, apêndice inútil da sociedade (SA-WAIA, 1999, p. 104).

Uso de drogas: subjetividade e sofrimento psíquico (igualdade, diversidade e singularidade)

Nos últimos anos, a Psicologia, enquanto ciência e profissão, tem se envolvido nas questões mais candentes da sociedade contemporânea, buscando contribuir para seu enfrentamento e solução, por meio de estudos e pesquisas para construção de novos referenciais teóricos e novas alternativas de atuação, capazes de dar conta da complexidade destas questões.

Esta busca se referencia na necessidade de superar uma visão individualista e descontextualizada sobre o processo de constituição da subjetividade humana, que acaba por levar à responsabilização do indivíduo pelo sofrimento decorrente de questões sociais e coletivas.

A constituição da subjetividade humana em uma sociedade complexa como a nossa, que, a cada dia traz um novo desafio para a consolidação do sujeito e para o desenvolvimento de sua humanidade, é resultado de uma rede intrincada de determinantes que se cruzam e se entrecruzam, estabelecendo conexões que se modificam continuamente. Novas configurações individuais, familiares e coletivas, resultantes desta interconexão de fatores e determinações, surgem a cada momento, impulsionando a psicologia a rever concepções teóricas e construir novas metodologias para dar conta dessa trama tecida histórica e culturalmente.

Talvez, o mais significativo desses desafios seja superar a visão individualista e liberal dos fenômenos psicológicos, ainda predominante no imaginário coletivo e em muitas concepções teóricas, que tem levado a sociedade a atribuir ao sujeito e à família as causas e as responsabilidades por situações históricas e coletivas, gerando

uma dupla penalização e uma intensificação do sofrimento psíquico.

A superação dessa visão implica em compreender o significado da droga no contexto da subjetividade de quem a consome de forma abusiva, sem esquecer as circunstâncias sociais e culturais, considerando a interdependência entre condições objetivas de vida e subjetividade. A contextualização histórica, social e cultural é fundamental nas avaliações psicológicas de cada caso, no planejamento e aplicação de tratamentos diferenciados, e na construção de políticas públicas de intervenção e de prevenção. Na relação profissional, devem ser levadas em conta: a igualdade de direitos de acesso à saúde, preconizada nas atuais legislações; a diversidade das origens dos adoecimentos e das situações enfrentadas pelos usuários e, por fim, as singularidades das vivências e das histórias individuais de vida.

Saúde: uma visão integral e sistêmica

Uma política pública voltada ao cuidado do indivíduo que faz uso abusivo de álcool e outras drogas que considere a tríade igualdade, diversidade e singularidade, deve ter como diretriz uma visão integral e sistêmica de saúde. Integral porque considera o indivíduo como um todo integrado por diferentes aspectos; e sistêmica, porque concebe estes aspectos como interdependentes e mutuamente determinantes de um processo único e total.

Nesta visão, saúde é mais do que ausência de doença e saúde psicológica é a possibilidade de realização pessoal do indivíduo em todos os aspectos, incluindo a capacidade de enfrentamento e de transformação da realidade. Resulta da interação das condições de vida social com a trajetória específica do indivíduo (sua família, demais grupos, experiências significativas) e sua estrutura psíquica (OZELLA, 2003). Assim, a integração de condições externas e fatores subjetivos é determinante na configuração que constitui tanto a saúde como a doença mental.

Esta concepção de saúde leva ao questionamento dos conceitos de normalidade e de patologia, subjacentes ao atendimento das pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Afinal, numa sociedade discriminadora como a nossa – que afasta, classifica, rotula e medicaliza

quem sai dos padrões – como separar o que é normal do que é patológico?

Os critérios de avaliação da normalidade baseiam-se em médias estatísticas focadas na adaptação e são construídos a partir do desenvolvimento científico de determinadas áreas do conhecimento. Por este processo, a ciência adquire o poder de atribuir rótulo ao indivíduo, a partir do diagnóstico formulado por um especialista. Entretanto, não se pode esquecer que a cultura e o momento histórico definem o que é considerado adequado, aceito ou valorizado, sendo, o conceito de normalidade, vulnerável à manipulação ideológica. Um breve olhar para o passado mostra o uso político do rótulo de doença mental para punir indivíduos que contestam a ordem social imposta. Por outro lado, a concepção de cura e o conseqüente tratamento variam conforme a teoria ou o modelo explicativo usado como referencial.

Conceber a saúde de forma integral e sistêmica significa pensar o homem como totalidade, um ser biológico, psicológico e sociológico, determinado por suas condições de vida, pelo momento histórico e pela cultura e pela sociedade em que está inserido, revendo visões naturalizantes dos fenômenos psicológicos. A origem da Psicologia como ciência independente no século XIX se deu no momento do nascimento da ciência moderna, no apogeu do modelo clássico, fundamentado na metáfora da máquina perfeita, caracterizada pela estabilidade, pela ordem e pelo equilíbrio. Esta metáfora “tornou-se o pressuposto epistemológico fundamental da ciência moderna e da metodologia científica, servindo de base à instauração do debate sobre livre-arbítrio entre homem/ passivo/ ativo, ordem/ conflito, uno/ múltiplo” (SAWAIA, 1995, p. 47).

A partir desta concepção, a ciência psicológica já nasceu marcada por algumas características, que, ao longo do tempo, fortaleceram uma visão individualista e naturalizante de homem, que descontextualiza os fenômenos psicológicos e o desenvolvimento humano, dando margem para a classificação, a rotulação e a patologização do que sai dos parâmetros esperados. (BOCK, 2001).

Neste contexto, a atuação com indivíduos que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, a partir de uma visão integral de saúde, implica na superação da concepção de homem e de fenômeno psicológico,

que oculta os determinantes sociais e culturais do processo de constituição da subjetividade, gerando uma representação ilusória do real e fortalecendo a representação social do psicólogo como o profissional da adaptação e da cura da “anormalidade”. Conforme destaca Bock: 22-23):

As capacidades humanas devem ser vistas como algo que surge após uma série de transformações qualitativas. Cada transformação cria condições para novas transformações, em um processo histórico, não natural. O fenômeno psicológico deve ser entendido como construção no nível individual do mundo simbólico que é social [...] O mundo psicológico é um mundo em relação dialética com o mundo social. Conhecer o fenômeno psicológico significa conhecer a expressão subjetiva de um mundo objetivo/coletivo; um fenômeno que se constitui em um processo de conversão do social em individual; de construção interna dos elementos e atividades do mundo externo. Conhecê-lo desta forma significa retirá-lo de um campo abstrato e idealista e dar a ele uma base material vigorosa. Permite ainda que se superem definitivamente visões metafísicas do fenômeno psicológico que o conceberam como algo súbito, algo que surge no homem, ou melhor algo que já estava lá, em estado embrionário, e que se atualiza com o amadurecimento humano. (BOCK, 2001, p.22-23)

Com a superação desta concepção, a “normalidade” adquire o sentido de possibilidade de aquisição individual das conquistas da humanidade e dos elementos valorizados, reforçados, estimulados e possibilitados pela sociedade. E o diferente deixa de ser visto como alguém anormal, desajustado ou desequilibrado, que precisa ser “tratado” para voltar à sua condição saudável e natural.

Supera-se a noção de que o uso abusivo de álcool e outras drogas é resultado de fragilidades internas e individuais, relacionadas à história de vida, e o indivíduo nessa condição passa a ser compreendido como um ser ativo, posicionado, que intervém em seu meio social, capaz de transformar seu mundo e se transformar.

Assim, o encontro entre o profissional e este indivi-

duo deixa de ter a patologia como mediação e torna-se um diálogo, no qual cada um, com seus instrumentos e tecnologia de trabalho, constroem juntos estratégias de cuidado. Neste cenário,

O objeto do trabalho é um projeto de vida que pertence apenas ao cliente. Ao realizar seu trabalho, o profissional deve ter consciência de que está interferindo em um projeto de vida que não lhe pertence. Daí a necessidade do rigor ético, que garante o respeito e a transparência do profissional. Daí a necessidade de o psicólogo conceber seu trabalho como intencionado e direcionado, para que, com uma postura ética rigorosa, possa, a qualquer momento, esclarecer o direcionamento de seu trabalho, superando uma suposta neutralidade que ocultou sempre, no discurso cientificista, a concepção de “normalidade” e saúde que nada mais eram do que valores sociais instituídos e dominantes sendo reforçados. (BOCK, 2001, p. 31)

A construção de um novo lugar profissional: Interdisciplinaridade, Intersetorialidade e Atuação em Rede.

Frente à complexidade que permeia o atendimento aos indivíduos que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, os psicólogos que responderam à pesquisa do CREPOP revelaram em seus discursos a necessidade de respostas e de diretrizes.

E também evidenciaram a ausência de referenciais teóricos e práticos claros para dar conta da complexidade desse atendimento; a impotência frente às condições de trabalho e à desigual competição do crime organizado, no qual se insere o tráfico; e o distanciamento entre a realidade e o que é transmitido na formação acadêmica.

Neste contexto de questionamentos, e necessidade de compartilhamento, o presente documento busca apresentar alguns nortes que contribuam para a construção de uma política emancipatória não só para quem faz uso abusivo de álcool e outras drogas, mas também para o profissional, fortalecendo seu protagonismo na execução da política, em sua gestão, e em seu controle.

Este fortalecimento alicerça-se no reconhecimento da significativa contribuição da Psicologia, enquanto ciência e profissão, para o enfrentamento da complexa temática do uso abusivo de drogas, uma vez que,

[...] a Psicologia se apropria das questões clínicas, psicopatológicas, subjetivas, sociais e culturais ligadas às questões das drogas e participa desse trabalho tanto em aspecto macro, na composição das equipes e projetos diversos, como se aprofundando na busca de conhecimento específico ligado a seu núcleo de conhecimento, ou seja, às ferramentas e referenciais teóricos que a Psicologia tem para contribuir de modo efetivo para a atenção direta às pessoas com problemas ligados ao uso de drogas (CFP, 2009, p. 24).

Garantindo-se a especificidade profissional, é preciso compatibilizá-la com as singularidades dos demais profissionais, de forma a integrar olhares, leituras e saberes, numa perspectiva interdisciplinar, interinstitucional e intersetorial, necessária à compreensão e à construção de formas inovadoras de intervenção, capazes de encontrar novas respostas para antigas perguntas.

A interdisciplinaridade representa a interação e integração de diferentes profissões, saberes científicos, conceitos, diretrizes, metodologias e procedimentos em torno de um objetivo comum, no caso o atendimento a pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas.

Esta integração interdisciplinar possibilita uma visão integral de homem e favorece a compreensão do usuário abusivo como um ser humano pluridimensional, resgatando-o como cidadão de direitos, protagonista de sua história. Para Severino (1989), a interdisciplinaridade se operacionaliza no plano prático-operacional por meio de mecanismos e estratégias que efetivam o diálogo solidário entre os vários profissionais no desenvolvimento do trabalho. Fundamenta-se em relações horizontais e democráticas entre as diversas disciplinas, gerando a interação indispensável para a efetivação do trabalho interdisciplinar. Para atuar de forma interdisciplinar, os profissionais precisam abrir mão de competições corporativas e vaidades pessoais, conscientizando-se de que todos são importantes para com-

preender e buscar a melhoria das condições de saúde e de vida dos atendidos, em função da complementaridade de olhares, saberes e atuações.

Outro aspecto a ser enfatizado é a necessidade do trabalho em rede, tecida a partir da atuação responsável e comprometida de cada profissional, cada serviço, cada instituição “Diante das dificuldades, ainda não é demais, portanto insistir que é a rede que cria acessos variados, acolhe, encaminha, previne, trata, reconstrói existências, cria efetivas alternativas de combate ao que, no uso das drogas, destrói a vida” (CFP, 2009, p. 24).

Psicologia e Políticas Públicas: compromisso com a liberdade e os direitos humanos.

Integrando a política nacional de saúde, mais especificamente da área da saúde mental, a atenção ao indivíduo que faz uso abusivo de álcool e outras drogas insere-se nas políticas públicas.

Com base no princípio da igualdade, as políticas públicas cumprem seu caráter democrático, garantindo acesso universal aos direitos sociais básicos, definidos nas legislações nacionais, a partir das necessidades mínimas para um desenvolvimento saudável e harmonioso. O princípio da equidade norteia seu caráter ético-político, de respeito às necessidades e peculiaridades da população. E o princípio da justiça social dá base para seu caráter de promoção da cidadania e de fortalecimento dos mecanismos de participação e controle social da população (GONÇALVES, 2003).

Para entender o papel da psicologia na construção das políticas públicas, é importante resgatar as diferentes dimensões das políticas públicas: a dimensão política, associada à sua operacionalização, sob a responsabilidade do poder público; a dimensão social, que implica na participação da população em seu planejamento, execução e controle; e a dimensão subjetiva, que diz respeito à alteridade e singularidade dos sujeitos a que se propõem atingir, e aos aspectos sócio-históricos da produção social do humano (CALIL STAMATO, 2008).

As políticas públicas dirigidas ao atendimento das necessidades de todos os indivíduos são denominadas políticas universais. Já as políticas voltadas à garantia dos direitos das pessoas que se encon-

tram em situação de vulnerabilidade, em função de suas condições de vida e de desenvolvimento, são chamadas de políticas de proteção especial. Nestas se insere a política de atenção ao indivíduo que faz uso abusivo de álcool e outras drogas. Os psicólogos participantes da pesquisa relatam que, na realização de seu trabalho, desenvolvem diferentes tipos de atividades e ações, voltadas ao atendimento e à prevenção.

A ciência psicológica fornece recursos teóricos e práticos para que o profissional se envolva nesses campos, mas para que sua atuação seja adequada, é preciso que se guie por um referencial teórico que não seja centrado apenas no indivíduo, mas que dê conta da compreensão ampliada e contextualizada da questão e do ser humano em si, como já colocado.

Para contribuir de forma efetiva na política de atenção ao indivíduo que faz uso abusivo de álcool e outras drogas, o psicólogo deve ter em mente que as políticas públicas são voltadas ao coletivo, mas destinadas a atender as necessidades de sujeitos específicos, o que implica em resgatar o individual presente no social e coletivo. Deve também se nortear por uma concepção de subjetividade como processo, que se constitui a partir das interações sociais, resultante de determinantes históricos e sociais, numa dialética constante entre fatores objetivos e subjetivos.

A partir desta concepção, é preciso analisar o significado social do uso de drogas na atualidade, contextualizando-a enquanto problema de saúde pública e fenômeno psicossocial multideterminado que necessita da conjunção de vários saberes, áreas, instituições, campos de atuação, para seu enfrentamento.

Entretanto, para facilitar a superação do sofrimento psíquico vivido por aquele que faz uso abusivo de álcool e outras drogas, que mesmo de origem social, é sentido individualmente, é preciso resgatar o sentido subjetivo deste uso para cada um dos sujeitos envolvidos. É preciso conhecer o lugar e o papel da droga na configuração subjetiva de cada um, para conduzir o processo de ressignificação individual, que pode auxiliar na construção de uma nova forma de olhar, ler, compreender e agir sobre o mundo.

Buscar o sentido da droga para cada indivíduo é resgatar sua condição de sujeito, na medida em que este sentido expressa a síntese entre os significados sociais adquiridos por meio da cultura, suas

vivências pessoais e seu mundo simbólico (GONZÁLEZ REY, 2007).

O trabalho de compreensão do sentido dos subjetivos e de intervenção nas configurações subjetivas situa e fortalece o papel do psicólogo na equipe interdisciplinar. Esse é o seu trabalho: resgatar o sujeito perdido nas dimensões social, econômica, política e objetiva do fenômeno da dependência.

A política de atenção aos indivíduos que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas deve considerar o indivíduo como um todo integrado em suas diferentes dimensões e ao meio físico e social, cujo desenvolvimento ocorre de forma integral. Ao mesmo tempo, deve se basear em uma visão sistêmica, para a qual o todo não é apenas uma somatória de partes, mas resultado da interrelação e da mútua influência entre elas.

Considerado desta forma, o uso de drogas deixa de ser apenas uma questão individual, resultante de características pessoais, denominadas muitas vezes e erroneamente de personalidade, caráter e outros substantivos, ou questões familiares, associadas a dinâmicas patológicas ou “desestrutura familiar”. E passa a ser o que realmente é: uma condição decorrente da confluência de inúmeros fatores objetivos e subjetivos, ancorados em um tripé formado pelas predisposições, fragilidades e potencialidades pessoais, pelo meio físico e social em que o indivíduo se insere e, especialmente, pela disponibilidade e qualidade da droga.

Por um lado, esta concepção do uso de drogas reforça seu caráter interdisciplinar, interinstitucional e intersetorial, ressaltando a incompletude de apenas um saber, uma profissão ou uma instituição dar conta de sua complexidade. Por outro, fortalece a importância do papel do psicólogo na escuta do indivíduo, na compreensão do processo de subjetivação que o prende nas malhas do abuso de drogas e na desconstrução do estigma e da patologização que cerca a questão.

Neste contexto, o psicólogo, ao atuar nas políticas públicas, em especial na que se dirige às pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, deve situar-se como o profissional que busca resgatar desejos, ajudar a ressignificar as experiências de vida e elaborar situações não resolvidas, contribuindo para a constituição de novas subjetividades e para o processo de transformação social. Esta é a Psicologia que entendemos necessária para promover a superação

da condição de exclusão que vivem hoje os indivíduos que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, estigmatizados e marginalizados pela responsabilização do rompimento de paradigmas impostos pela sociedade, sem questionamentos sobre os motivos que fazem com que a droga esteja presente de forma intensa na sociedade, atingindo todas as classes sociais.

Qualificação profissional: graduação, formação permanente e supervisão técnica

As colocações acima apontam a necessidade de qualificação do profissional de psicologia para atuar na desafiante questão do uso e abuso de álcool e outras drogas. Esta qualificação inicia-se no processo de graduação e se fortalece com a formação permanente e a supervisão técnica, que devem ter recursos previstos no orçamento e no planejamento de ações do gestor da política de atenção integral ao uso de álcool e outras drogas, em âmbito municipal, estadual e nacional.

Com relação à Graduação, torna-se urgente a reformulação das estruturas curriculares dos Cursos de Psicologia, incluindo disciplinas e ampliando referenciais teóricos que ofereçam aos futuros profissionais subsídios teóricos e metodológicos básicos para atuar na política de atenção integral ao uso de álcool e outras drogas.

I- Esta necessidade de reformulação tem suporte nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, aprovadas em 2011, que afirmam que a formação do psicólogo deve favorecer “a compreensão crítica dos fenômenos sociais, econômicos, culturais e políticos do país, fundamentais ao exercício da cidadania e da profissão” e o “reconhecimento da diversidade de perspectivas necessárias para a compreensão do ser humano e incentivo à interlocução com campos de conhecimento que permita a apreensão da complexidade e multideterminação do fenômeno psicológico” (BRASIL, 2011b, art.3º, incisos IV e III, respectivamente).

A realidade dos Cursos de Graduação de Psicologia revela um perfil em que ainda se consagram três áreas - Clínica, Escolar e Organizacional -, com amplo predomínio da primeira. Isto indica de forma preocupante que, apesar da ampliação das oportunidades profissionais, decorrentes da abertura de novos espaços de inserção profissional, ainda se mantém a hegemonia da atividade clínica com relação às demais (BOCK, 2003).

Contextualizando a questão do fortalecimento do espaço do psicólogo nas políticas públicas, cabe ressaltar que não depende apenas do profissional, mas principalmente do momento histórico em que esta atuação é exigida e de sua preparação adequada à compreensão e enfrentamento das complexas questões que se colocam na sociedade contemporânea.

Entretanto, as mudanças não podem se restringir à Graduação. É preciso que o profissional seja constantemente qualificado, por meio de formação continuada e supervisão técnica, de forma a refletir sobre sua prática e corrigir rumos, fortalecendo seu exercício e protagonismo profissional, por meio de referenciais teóricos e metodológicos.

A reflexão sobre a formação e desempenho profissional traz à tona a questão da qualidade do trabalho desenvolvido pelo psicólogo, o qual envolve a competência em suas dimensões técnica, política e ética. A competência técnica relaciona-se ao saber, ao domínio de conteúdos e técnicas referentes à sua função profissional, aliado ao querer, à intencionalidade de sua ação e ao poder, enquanto liberdade de direcionamento do processo. A dimensão ética faz parte da competência profissional, da clareza abrangente e profunda sobre o papel que o profissional desempenha e deve desempenhar na sociedade. E a competência política refere-se à reflexão crítica sobre os valores presentes no comportamento humano em sociedade (RIOS, 2007).

A partir desta visão de competência, a formação do profissional para atuar nesta área deve impulsionar uma visão crítica e questionadora de sua prática, entendida como práxis, na medida em que não é apenas ação, mas ação transformadora sobre a realidade, “Na direção do bem comum, da ampliação do poder de todos como condição de participação na construção coletiva da sociedade da história” (RIOS, 2007, p. 80).

A qualificação adequada e permanente do profissional torna-o

consciente de que não detém poder ou conhecimento para mudar sozinho a complexa condição do uso abusivo de álcool e outras drogas, e de que

A verdade é não somos nem completamente sem poder, nem completamente capazes e criar nossa própria realidade. (...) O que sentimos não depende apenas de nós, mas é também o resultado da realidade que nos rodeia. (...) O poder que possuímos, em qualquer momento, depende do que podemos arregimentar numa dada situação e quanta aceitação o mundo nos oferece em troca de nossos esforços. É, de fato, uma proposta meio a meio. Nosso poder depende em parte do que fazemos, e, em parte, do que os outros fazem em resposta a isso. Nem o mito da falta de poder nem o mito do poder absoluto fazem sentido no mundo real (STEINER, 1896, pp. 64-65).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir este texto de referências, tem-se a clareza de que ele não dispensa outras leituras e atualizações, aspira tão somente ser contribuição norteadora para aqueles que já trabalham ou irão atuar neste campo. Deverá motivar investimentos em formação continuada e a realização de pesquisas. Portanto, não se trata de um documento final acerca do tema, tendo em vista a sua transversalidade, a efervescência do debate, os diversos atores protagonistas neste campo e a amplitude das teorias e técnicas da Psicologia. As escolhas feitas devem representar o corte necessário para viabilizar a tarefa em um determinado tempo.

Reconhecer os limites do texto nos remete a outros documentos do CFP que contribuem na reflexão, debate e pesquisa. Além disso, outros recursos existentes devem ser observados pela (o) psicóloga (o) no exercício de sua profissão, como o Código de Ética Profissional, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, A Constituição da Republica Federativa do Brasil, entre outros.

Vale ressaltar a importância do protagonismo e da autonomia do usuário para o resgate de sua condição de sujeito. Devendo sempre destacar e mostrar que a relação do sujeito com a droga é múltipla, mas singular, não cabendo prescrições generalizantes e moralistas. Cabe evitar a arrogância e assumir uma posição interrogativa que favoreça a relação de cuidado. O apoio às famílias é outro aspecto que carece de maior investimento futuro, bem como a supervisão institucional como forma de qualificar a prática profissional.

Por fim, os agradecimentos às diversas contribuições ao texto, de grupos e individuais, imprescindíveis para o seu aprimoramento. Foram acolhidas as sugestões, recebidas na consulta pública, reforçando o aspecto coletivo da escrita e de proximidade com a prática atual das (os) psicólogas (os) no campo da política de Álcool e Outras Drogas.

Desta forma, pretende-se que seja instrumento de motivação às trocas de experiências da categoria entre si e em equipes multidisciplinares.

REFERÊNCIAS

ABORDA. **Apresentação**. In: SAMPAIO e CAMPOS (Org.). *Drogas e dignidade e inclusão social: a lei e a prática da Redução de Danos*. Rio de Janeiro: ABORDA, 2003, pp.45-100.

ACSELRAD, G. **A educação para a autonomia**: a construção de um discurso democrático sobre o uso de drogas. In: ACSELRAD, G (Org.) *Avessos do prazer: drogas, aids e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2000.

ALEXANDRE, Charles. **Lexique grec-français a l'usage des commentants**. Paris: Hachette, 1843.

ALVES, Vânia Sampaio. **Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas**: discursos políticos, saberes e práticas. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, Nov. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100002&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Dec. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100002>.

ANDRADE, Tarcísio. **Drogas injetáveis na Bahia**: usos e usuários. In: Consumo de drogas: desafios e perspectivas. São Paulo. Editora Hucitec, 2000.

BARROS, R.B. **Grupo**: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Sulina Editora da UFRGS, 2007.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. **A humanização como dimensão pública das políticas de saúde**. Ciências e saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2005, pp.561-571.

BOCK, A. M. B. . **A Prática Profissional em Psicologia Sócio-Histórica**. In: Bock, A.M.B.; Gonçalves, M.G.M. e Furtado, O.. (Org.). Psicologia Sócio-Histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia. 1aed.São Paulo: Cortez Editora, 2001, v. 1, p. 159-162.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2002b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. COORDENAÇÃO NACIONAL DE DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília, 2004.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DAPE. COORDENAÇÃO GERAL DE SAÚDE MENTAL. **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. OPAS. Brasília, 2005b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2006a.

_____. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA; SENAD. **Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de Álcool na população Brasileira**. Brasília, 2007a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório de Gestão 2003-2006:** saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Marco Legal. Saúde um Direito de Adolescentes.** Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica:** Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Série B. Textos Básicos de Saúde n. 27 Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. **Consultório de Rua do SUS.** Brasília, 2010.

_____. PROCURADORIA FEDERAL DOS DIREITOS DO CIDADÃO. **Comissão Permanente de Defesa da Saúde lança enunciados sobre comunidades terapêuticas**, disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/informativos/edicoes-2013/novembro/comissao-permanente-de-defesa-da-saude-lanca-enunciados-sobre-comunidades-terapeuticas/>, acessado em 05/12/13.

_____. Cartilha sobre o Programa Crack, **É Possível Vencer**, s/a. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/cartilhas/329302.pdf>, acessado em 06/01/2014.

CALIL STAMATO, Maria Izabel. **Protagonismo Juvenil:** Uma práxis sócio-histórica de resignificação da juventude. Tese (doutorado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2008.

CARVALHO, Salo. **A política criminal das drogas no Brasil.** 4. ed. Rio de Janeiro: Lúmen Júris, 2008.

COLETIVO DAR. **Quem somos**. Disponível em: <http://coletivodar.org/quem-somos/>, acessado em: 09/12/13.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2005.

_____. CREPOP. **Referências Técnicas para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2008.

_____. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA SP. **Manual de Orientações**. São Paulo: CRP SP, 2006.

DIAS, Rafael. **Do asilo ao CAPSad: lutas na saúde, biopoder e redução de danos**. 2008. 158f. Dissertação de Mestrado Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2008.

DOMANICO, Andrea. **Craqueiros e cracados bem vindo ao mundo dos nórias**: estudo sobre a implantação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-pilotos do Brasil. 2006. 220f. Tese de Doutorado. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2006.

DORSH, Friedrich. **Dicionário de Psicologia Dorsch**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

ESCOHOTADO, Antonio. **Historia elemental de las drogas**. Anagrama, 2009.

FIORE, Maurício. **O lugar do Estado na questão das drogas: o paradig-**

ma proibicionista e as alternativas. *Novos Estudos*. CEBRAD, pp. 9-21. São Paulo, 2012.

FORD, Debbie. **Segredo da Sombra, O**. São Paulo: Cultrix, 2005.

GONÇALVES, Maria da Graça Marchina. **A contribuição da Psicologia Sócio-Histórica para a elaboração de políticas públicas**. In: BOCK, Ana M. Bahia (org.). *Psicologia e o Compromisso Social*. São Paulo: Cortez, 2003, p. 277-293.

GONZÁLEZ REY, Fernando. **Psicoterapia, Subjetividade e Pós-Modernidade: uma aproximação histórico cultural**, São Paulo: Thomson Learning, 2007.

MARTÍN-BARÓ, I. **O papel do psicólogo**. *Estudos de Psicologia*, 1996, 2(1), 7-27.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MOLON, Susana I. **Subjetividade e constituição do sujeito em Vygotsky**. São Paulo: Educ: Fapesp, 1999.

NERY FILHO, Antônio. **Entrevista**. In: *Toxicomanias incidências clínicas e sócio-antropológicas*. EDUFBA. Salvador, 2009.

PASSOS, E. e SOUZA, T. **Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”**. *Psicol. Soc.* [online]. 2011, vol.23, n.1 [cited 2012-06-28], pp. 154-162.

RESENDE, H. **Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica**. In: BEZERRA JÚNIOR, B. *Cidadania e loucura - Políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 1987, Cap.1, p.1-73.

SAWAIA, Bader. **Psicologia social**: aspectos epistemológicos e éticos. In: LANE, Silvia T. M. e SAWAIA, Bader B. (orgs.) *Novas veredas da psicologia social*. São Paulo: EDUC : Brasiliense, 1995.

_____ (org.). **As Artimanhas da exclusão**: Análise psicossocial e ética da desigualdade social. São Paulo: Vozes, 1999.

SEVERINO, Antonio Joaquim. **Subsídios para uma reflexão sobre os novos caminhos da interdisciplinaridade**. In: SÁ, Jeanete M.D. *Serviço social e Interdisciplinaridade*. São Paulo, Cortez, 1989.

SISSA, G. **O prazer e o mal**: filosofia da droga. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 1999.

SOARES, C.B. **Consumo contemporâneo de drogas e juventude**: a construção do objeto na perspectiva da saúde coletiva. 2007. 195f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem da USP, Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, São Paulo.

SPINK, M.J.P. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. São Paulo: Cortez, 2004.

_____ (Org.). **A psicologia em diálogo com o SUS**: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: casa do Psicólogo, 2007.

VALARELLI, Leandro Lamas. **Indicadores de resultados de projetos sociais**. RITS, 1999. Disponível em: <http://www.rits.org.br/gestao_teste/ge_testes/ge_tmtes_jul99.cfm> Acesso em: 01 nov. 2008.

VYGOTSKY, L. S. **O desenvolvimento psicológico na infância**. São Paulo: Martins Fontes, 1998b.

_____. **Teoria e método em psicologia**. São Paulo: Martins

Fontes, 1999.

ZALUAR, A. **Introdução**: drogas e cidadania. In: ZALUAR, A.(org) *Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994.

Legislação Relacionada

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, 1988.

_____. **Lei 8.069**, 1990.

_____. **Lei nº 8.080**, 1990.

_____. **Lei nº 10.216**, 2001.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 336**, 2002a.

_____. CONSELHO NACIONAL ANTIDROGAS. **Resolução nº3/GSIPR/CH/CONAD**, 2005a.

_____. **Lei nº 11.343**, 2006b.

_____. CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. **Resolução CNAS nº 109**, 2009b.

_____. **Decreto nº 7.179**, 2010.

_____. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução - RDC Nº 29**, 2011a.

_____. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. **Resolução CNE nº 5**, 2011b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 3.088**, 2011c.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 121**, 2012a.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 130**, 2012b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria GM/MS nº 131**, 2012c.



Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-89208-66-6

