



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
CENTRO DE HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO ACADÊMICO EM PSICOLOGIA**

RONALDO RODRIGUES PIRES

**IMPLICAÇÕES DOS SENTIDOS ATRIBUÍDOS PELOS PSICÓLOGOS AO
USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO TRATAMENTO DE USUÁRIOS
EM CAPS AD E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS**

FORTALEZA - CE

2013

RONALDO RODRIGUES PIRES

**IMPLICAÇÕES DOS SENTIDOS ATRIBUÍDOS PELOS PSICÓLOGOS AO
USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO TRATAMENTO DE USUÁRIOS
EM CAPS AD E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Prof.^a Orientadora: Dra. Verônica
Morais Ximenes

FORTALEZA - CE

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências Humanas

-
- P747i Pires, Ronaldo Rodrigues.
Implicações dos sentidos atribuídos pelos psicólogos ao uso de álcool e outras drogas no tratamentos de usuários em CAPS ad e comunidades terapêuticas / Ronaldo Rodrigues Pires. – 2009. 90 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Fortaleza, 2013.
Área de Concentração: Psicologia.
Orientação: Profa. Dra. Verônica Morais Ximenes.
1. Psicólogos clínicos - Fortaleza(CE). 2. Serviços de saúde mental - Fortaleza(CE). 3. Drogas – Tratamento. 4. Drogas – Psicologia. 5. Drogas – abuso. I. Título.

CDD 362.2098131

RONALDO RODRIGUES PIRES

IMPLICAÇÕES DOS SENTIDOS ATRIBUÍDOS PELOS PSICÓLOGOS AO USO
DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO TRATAMENTO DE USUÁRIOS EM CAPS
AD E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Ceará como requisito para obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Prof.^a Orientadora: Verônica Morais Ximenes

Aprovação em ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Verônica Morais Ximenes (Orientadora)

Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Dr. Cássio Adriano Braz de Aquino

Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Dr. Telmo Mota Ronzani

Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a todos que colaboraram intelectual e afetivamente para a construção deste trabalho.

Sou muito agradecido a Verônica Morais Ximenes que acreditou no meu trabalho e se dedicou com muita responsabilidade e seriedade à orientação. Além disso, me proporcionou a experiência de vivenciar e colaborar com o NUCOM.

Ao Prof. Cássio Adriano Braz de Aquino pela gentileza em aceitar participar da banca e por contribuir muito com minha formação.

Ao Prof. Telmo Mota Ronzani por aceitar participar da banca e poder colaborar com sua experiência sobre o campo das drogas.

Ao Eriton Araújo por me lembrar sempre do lugar que ocupo nas coisas que faço.

A minha família que me apoia e em especial aos meus irmãos Renata Moreno e Ricardo Rodrigues. Agradeço também a presteza e disponibilidade de Paulo Lebre.

Às minhas queridas amigas Josefa Nunes (Kacilda) e Maria Andreia Pereira por fazerem torcida sempre em meu favor.

Ao Alexsandro Alencar pela paciência e compreensão com que revisou parte deste trabalho.

Ao meu irmão e amigo que me inspira e me faz pensar sobre a Psicologia como uma práxis libertadora e a quem devo grande parte do que sou como psicólogo, Antônio Luiz da Silva – Netto.

Aos psicólogos (as) - professoras que muito contribuíram com minha formação profissional. Maria Aparecida Craveiro Costa, Helena Pedrosa, Reginaldo Rodrigues Dias, Tereza Batista, Mariel Rocha.

Aos membros da equipe do CAPS ad de Icó – CE e a todos os usuários com os quais convivi e pude colaborar.

Agradeço a todos do NUCOM por me fazerem rir, por me fazerem pensar e também por me ensinarem os desafios da convivência e do trabalho em grupo – Rayssa, Bruno, Denise, Alan, Yárita, Ana Paula, Mateus, Lorena, Alexsandra (Lelé), Nadyelle, Ester, James, Elívia, Larissa, Felipe, Camila. Em especial, minha grande parceira do mestrado e gente da melhor qualidade, Barbara Nepomuceno.

Aos colegas da turma do Mestrado 2011.

Ao Hélder Hamilton que é um poço de gentileza e que me faz acreditar que o serviço público gratuito pode ser eficiente e ter qualidade.

Aos Professores do Mestrado que muito me enriqueceram com seus saberes – Ricardo Barrocas, Jesus Garcia Pascual, Zulmira Bonfim, Idilva Germano, Veriana Colaço e Walberto Santos.

Aos Coordenadores e profissionais dos CAPS ad de Fortaleza e aos psicólogos que se dispuseram a colaborar com as entrevistas.

Agradeço à CAPES/PROPAG pelo financiamento.

Agradeço à Deus por todas essas realizações e por encontrar todas estas pessoas na minha caminhada.

Dedico à meu pai, Francisco Rodrigues Pires (in memoriam) e Eva do Monte Rodrigues, minha mãe, que sempre me incentivaram a leitura e a curiosidade.

RESUMO

PIRES, Ronaldo Rodrigues. **Implicações dos sentidos atribuídos pelos psicólogos ao uso de álcool e outras drogas no tratamento de usuários em CAPS ad e Comunidades Terapêuticas.** 2013. 90 fls. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Humanidades, Universidade Federal do Ceará, 2013.

A atenção aos problemas decorrentes do uso e dependência de drogas tem sido um desafio atual para a saúde pública brasileira. Uma das barreiras para a assistência competente e humanizada destes usuários no Sistema Único de Saúde – SUS tem sido evidenciada através de estudos que apontam os usuários de álcool e outras drogas, como sendo alvo de estigmatização e posturas preconceituosas no interior dos serviços. O despreparo com relação a formação para este tipo de atenção é outra barreira a ser superada. Buscou-se problematizar o papel do psicólogo, enquanto trabalhador imbricado nestas instituições, visto que este profissional tem estado em número cada vez maior entre os componentes das equipes multiprofissionais de estabelecimentos de saúde. A relevância desta pesquisa consiste em contribuir com uma reflexão sobre a inserção do psicólogo nas políticas públicas de assistência à saúde aos usuários de álcool e outras drogas buscando trazer elementos que contribuam para o aprimoramento da profissão. O objetivo desta pesquisa consistiu em compreender a relação existente entre os sentidos atribuídos por psicólogos ao uso de álcool e outras drogas e suas implicações no tratamento de usuários dos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS ad e nas Comunidades Terapêuticas. Realizou-se então uma pesquisa de natureza qualitativa utilizando de entrevistas com três psicólogos destas instituições. As entrevistas foram analisadas com base na técnica de Análise de Conteúdo e tiveram o auxílio do software Atlas – Ti 5.2 na elaboração dos resultados. Com base nas entrevistas dos psicólogos, percebeu-se que as substâncias são vistas por eles como tendo propriedades essencialmente negativas que teriam a capacidade de submeter os sujeitos a um estado de enfermidade e dependência. Além disso, os sentidos atribuídos ao uso de drogas como algo negativo implicam em divergências ideológicas quanto à questão da Redução de Danos, enquanto política de cuidado, visto esta ser compreendida pelos psicólogos como uma estratégia de redução do uso de substâncias. A maior implicação destes sentidos se dá no campo das práticas onde se percebe que a maior parte das atividades tem como objetivo oferecer estratégias para a redução do uso de substâncias, não sendo incluídas intervenções nos complexos contextos que envolvem o processo da dependência de drogas. Percebeu-se que mesmo reconhecendo a estigmatização do usuário, as intervenções para a redução deste estigma carecem de serem mais efetivadas. A maioria das práticas realizadas pelos psicólogos são atendimentos individuais e grupais que indicam o viés predominantemente clínico de sua formação. É preciso que o objetivo destas práticas tornem-se cada vez mais amplos a fim de intervirem nos complexos contextos que envolvem a saúde dos dependentes de drogas.

Palavras-chave. Psicologia, Atuação profissional, Dependência de drogas, Comunidade Terapêutica, Centros de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

PIRES, Ronaldo Rodrigues. **Implications of the meanings attributed by psychologists to alcohol and other drugs in the treatment of CAPS ad users and Therapeutic Communities.** 2013. 90 f. Thesis (MA in Psychology), Post Graduate Program in Psychology, Humanities Center, Federal University of Ceará, 2013.

The attention to problems arising from the use and addiction has been a challenge for public health in Brazil. One of the difficulties to competent and humane care of these users in the Unified Health System - SUS has been shown through studies that users of alcohol and other drugs, as being the target of stigma and prejudicial attitudes within the health services. The unpreparedness regarding training for this kind of attention is another barrier to be overcome. Sought to question the role of the psychologist as a worker overlaps in these health institutions, as this professional has been in increasing numbers among the components of multidisciplinary teams of health facilities. The relevance of this research is to contribute to a reflection on the inclusion of psychologists in public policy healthcare for users of alcohol and other drugs seeking to bring elements that contribute to the improvement of profession. The objective of this research was to understand the relationship between the meanings attributed by psychologists to alcohol and other drugs and its implications in the treatment of users of Psychosocial Care Centers - CAPS ad and the Therapeutic Communities. Was then carried out a search using qualitative interviews with three psychologists these institutions. The interviews were analyzed using the technique of content analysis and had the help of the software Atlas - Ti 5.2 in the preparation of the results. Based on interviews of psychologists surveyed, it was found that the substances are seen by them as being essentially negative properties that would have the ability to subjugate the subject to a state of illness and dependency. Furthermore, the meanings attributed to drug use as a negative imply ideological differences on the issue of Harm Reduction, while policy carefully since this is understood by psychologists as a strategy for reducing the use of substances. The major implication of these senses occurs in the field of practice in which one realizes that most of the activity is intended to provide strategies for reducing the use of substances, not being included interventions in complex contexts involving the process of drug addiction. Realized that even acknowledging stigma user, interventions to reduce this stigma need to be more effective. Most practices are performed by psychologists in individual and group consultations indicate that the bias predominantly clinical formation. It takes the aim of these practices become increasingly broad in order to intervene in complex contexts involving the health of drug addicts.

Keywords: Psychology, Professional Practice, Drug addiction, Therapeutic Community, Psychosocial Care Centers.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Substâncias mencionadas pelos psicólogos -----	30
Figura 2 – Visões sobre o uso de drogas -----	32
Figura 3 – Sentidos atribuídos à Redução de Danos -----	41
Figura 4 - Referenciais teóricos dos psicólogos -----	52
Figura 5: Locais de atuação dos psicólogos -----	54
Figura 6 – Práticas desenvolvidas pelos psicólogos -----	64

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características dos psicólogos entrevistados -----	22
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CREPOP	Centro de Referência em Psicologia e Políticas Públicas
CT	Comunidade Terapêutica
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
RD	Redução de Danos
SER	Secretarias Executivas Regionais
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 METODOLOGIA	18
2.1 Caracterização do local da pesquisa.....	20
2.2 Participantes da pesquisa.....	21
2.3 Construção e análise dos dados.....	22
2.3.1 <i>O processo das entrevistas</i>	23
2.3.2 <i>Técnicas de análise</i>	25
2.4 - Aspectos éticos	26
3 SENTIDOS ATRIBUÍDOS AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS PELOS PSICÓLOGOS	27
3.1 A compreensão sobre o uso de álcool e outras drogas e suas implicações	28
3.2 Compreensões sobre o uso e a dependência de substâncias psicoativas	32
3.3 Redução de Danos – sentidos atribuídos pelos psicólogos	40
4 PRÁTICAS DO PSICÓLOGO NO TRATAMENTO DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.	48
4.1 - A formação do psicólogo e sua atuação nas políticas públicas de saúde.....	50
4.2 Espaços das práticas dos psicólogos no tratamento dos usuários de álcool e outras drogas no SUS	56
4.2.1. <i>Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPS ad</i>	57
4.2.2. – <i>Comunidades Terapêuticas – CT</i>	60
4.2.3 <i>Práticas desenvolvidas pelos psicólogos nos CAPS ad e nas Comunidades Terapêuticas</i>	63
CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS	78
APÊNDICES.....	85
ANEXO.....	88

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa tem sua origem a partir das inquietações surgidas durante o exercício da prática profissional como psicólogo nos Centros de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas – CAPS ad, no interior do Ceará. Ao observar o cotidiano desse trabalho, percebemos a presença de contradições entre a proposta do Sistema Único de Saúde - SUS com a prática.

Mesmo sabendo que há sempre uma distância entre o trabalho prescrito pela política pública e o trabalho real, como nos alerta Barros (2010), havia uma necessidade de pensarmos melhor e refletirmos sobre a natureza das ambiguidades na transposição dos princípios das políticas para o campo das práticas.

Algumas destas inquietações diziam respeito quanto a condução, manejo e planejamento de atividades para os usuários de álcool e outras drogas. A presença de atitudes e jargões com pouca reflexão colocavam para qualquer pessoa que se dispusesse a trabalhar com este público como sendo algo da ordem do impossível, já que seria “uma doença incurável” e “os pacientes muito difíceis”.

Pensamos que, de acordo com o que veremos no desenvolvimento deste estudo, as poucas referências sobre o tema das drogas nos debates e produções científicas da Psicologia e da própria universidade formaram um campo onde este trabalho era tido como um enigma. A novidade trazida pela assistência aos usuários de álcool e outras drogas trouxe um universo ainda a ser descoberto, refletido e debatido tanto para os psicólogos, como para as demais profissões da saúde.

E é justamente essa realidade que trouxe uma distância para o trabalho do psicólogo que precisa ser diminuída, mesmo sabendo que no dia a dia do trabalho de nossa profissão sempre nos deparamos com algo novo, inusitado, que se reinventa e escapa (BARROS, 2010), carecendo de estarmos sempre buscando diminuir essa lacuna com intervenções criativas e compreensivas que só podem ser produzidas pela singularidade de cada um.

Essa busca em aproximar o fazer da prática do psicólogo de modo a oferecer uma atenção cada vez mais qualificada não está circunscrita exclusivamente aos CAPS

ad, mas tem sido algo presente também em muitos equipamentos da rede de políticas públicas de saúde, principalmente por ser um tipo de atividade bastante recente na história do SUS. Tão recente a ponto da Política do Ministério da Saúde para atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas afirmar que houve um “atraso histórico” desta responsabilidade pelo poder público brasileiro (BRASIL, 2003).

Somente em 2003, teremos um marco oficial onde o reconhecimento dos problemas decorrentes do uso de substâncias ganham uma discussão mais ampliada tendo a saúde tomado oficialmente essa responsabilidade como de sua competência. A partir disso, reconhece-se que para tal enfrentamento da questão dos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas dever-se-á lançar mão da experiência acumulada da Reforma Psiquiátrica em curso no país e também pela experiência das estratégias de Redução de Danos – RD que vem sendo amplamente adotadas em diferentes países.

No que tange a implementação de políticas públicas para os usuários de álcool e outras drogas, Mota (2011) destaca que houve uma priorização de aspectos estruturais da rede, com a implantação de serviços que, no entanto, não corresponderam na prática a uma oferta de cuidado integral. Esta autora tem destacado que a política para os usuários de álcool e outras drogas ocupou uma posição marginal na saúde mental brasileira que se concentrou nos desafios da desinstitucionalização psiquiátrica de modo que muitas questões e necessidades destes usuários não foram tomados como prioridade.

Um outro elemento que tem sido apontado por diversos autores diz respeito ao despreparo e a dificuldade com que os diferentes serviços de saúde, em seus diversos níveis tem apresentado na condução e no acolhimento destas pessoas de maneira humanizada. Estes estudos têm demonstrado a presença de atitudes moralizantes e estigmatizantes dos profissionais em relação aos usuários (SOARES *et al*, 2011) e a manutenção de práticas que apontam para um modelo contraditório às políticas oficiais (SCHNEIDER; LIMA 2011; MORAES, 2008).

Como bem observa Ronzani (2007), as políticas, em si, não têm o poder de realizar as mudanças que pretendem. Para que se possa fortalecer e manter determinadas práticas e ideologias em saúde é necessário observar como são construídas as crenças

sobre essas práticas, como estas se inserem no contexto histórico-cultural de nosso país e na singularidade do cotidiano das instituições. Elementos como a insuficiência na formação de gestores e profissionais, falta de prioridade no que diz respeito a organização, pagamento e recursos humanos para efetivar essas políticas, além de atitudes e crenças dissonantes, podem ser obstáculos nessa transformação e consolidação daquilo que é proposto.

Com relação às intervenções em saúde em que estão envolvidas pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, tornam-se importante avaliar as atitudes e crenças dos profissionais de saúde para melhor pensar sobre as facilidades ou dificuldades que podem estar afetando a efetividade dessas ações (RONZANI; FORMIGONI, 2011). Sendo assim é interessante perceber que as crenças influenciam o processo perceptivo de fenômenos sociais direcionando o modo como estes profissionais irão agir diante deste público e construir suas intervenções.

Sendo assim, consideramos relevante perceber que concepções sobre esta realidade embasam estas atividades e intervenções realizadas pelos psicólogos. Desse modo, pretendemos contribuir com a necessidade de pensar a profissão do psicólogo através da produção de conhecimento sobre ela e sobre os rumos que a profissão toma. Compreendemos que com essa maior inserção nas políticas de saúde, em especial na assistência aos usuários de álcool e outras drogas, há a necessidade de trazer discussões e sistematizar o conhecimento em torno da profissão do psicólogo para o aprimoramento da profissão (SEIXAS, LIMA E COSTA, 2010).

Segundo o relatório do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas - CREPOP (2009) o psicólogo é um dos profissionais mais presentes nas equipes de assistência aos usuários de álcool e outras drogas. Dentre os entrevistados pelo CREPOP muitos afirmaram ter dificuldades éticas (24,8%) na atuação junto às políticas públicas de álcool e outras drogas e 57,4% afirmam que não existem discussões ou intervenções específicas sobre os direitos das pessoas que usam álcool e outras drogas em seus municípios.

Desses profissionais entrevistados, percebe-se ainda que muitos relatam não ter nenhum tipo de supervisão disponível. Um outro dado do relatório é o de que 36,5% dos entrevistados disseram que não possuem clareza se suas intervenções estão

coerentes e articuladas com as diretrizes nacionais e 27,0 % disseram que suas intervenções não são coerentes com as políticas oficiais.

Esses achados indicam a necessidade de problematizar melhor essa inserção do psicólogo a fim de trazer elementos que contribuam com a discussão sobre este trabalho que vem sendo realizado e a qualidade destes serviços ofertados. Consideramos que esta proposta é relativamente nova no país e ainda pouco debatida na formação dos profissionais que atuam na área da saúde. Desse modo, torna-se necessário iluminar as questões que se apresentam na busca da efetivação dessa atenção integral às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas que não tem se dado de maneira uniforme nem isenta de contradições.

Uma das questões com as quais nos deparamos no decorrer deste trabalho foi: A natureza das dificuldades encontradas pelos psicólogos na efetivação das políticas não estariam ligadas aos sentidos que estes atribuem sobre o uso de drogas? Assim, buscamos observar a natureza das ideias que sustentam essas ações pelos psicólogos e suas implicações na efetivação ou nos entraves das políticas oficiais.

Dessa forma, buscamos no conceito de “sentido” uma ferramenta para captar esse fenômeno como sendo constituído na interação social e como expressão da singularidade do sujeito e suas vivências. Estas construções singulares não são alheias, pois contém como elemento essencial a realidade objetiva. Os sentidos são a forma como nós manifestamos nossa maneira própria de assimilar os significados coletivos que trazem as marcas da realidade histórica e da cultura (AGUIAR; LIEBESNY, 2009). Eles permitem uma forma de captar o modo como a realidade objetiva se converte em realidade subjetiva. Ou seja, como o social se insere na realidade psicológica dos sujeitos e como estes reproduzem ou transformam estas formas de representar e atuar sobre o mundo.

Desse modo, estabelecemos como objetivo geral da pesquisa: Identificar a relação existente entre os sentidos atribuídos por psicólogos ao uso de álcool e outras drogas e suas implicações no tratamento de usuários dos CAPS ad e nas Comunidades Terapêuticas conveniadas ao SUS em Fortaleza.

E como objetivos específicos pretendemos:

- Identificar os sentidos que os psicólogos atribuem ao uso de álcool e outras drogas em suas práticas
- Descrever as práticas construídas pelos psicólogos dos CAPS ad e de Comunidades Terapêuticas na Saúde Mental de Fortaleza
- Analisar como estas concepções sobre o uso de álcool e outras drogas direcionam o tratamento destinado aos usuários.

Os desdobramentos de nossa investigação serão apresentados em três capítulos. No capítulo segundo, apontamos sobre nossa opção metodológica pela investigação qualitativa apoiando-nos em alguns autores que nos orientam e oferecem as bases para pensarmos nossos procedimentos e tarefas. No terceiro capítulo, abordaremos a compreensão dos sentidos atribuídos pelos psicólogos sobre o uso de álcool e outras drogas. Ainda neste, traremos observações sobre as compreensões da dependência química e dos sentidos atribuídos à Redução de Danos pelos psicólogos entrevistados. No quarto capítulo, apresentamos as práticas construídas pelos psicólogos trazendo elementos surgidos nas entrevistas que versam sobre sua formação profissional, seus referenciais teóricos e destacamos como estes desenvolvem suas atividades a partir de seus distintos espaços de prática. E por fim, trazemos nossas reflexões e aprendizados na seção das considerações finais apontando nossas sugestões, dificuldades e perspectivas futuras de investigação.

2 METODOLOGIA

Compreender os sentidos atribuídos pelos psicólogos ao uso de álcool e outras drogas como objetivo de pesquisa é adentrar num campo entrelaçado pelos discursos dos sujeitos e ideais sociais. Por isso devemos necessariamente considerar que a escolha do viés metodológico siga uma abordagem que possa dar conta dessa característica do problema a ser estudado podendo explicitar essas nuances.

Ao invés de fragmentar e isolar os fenômenos torna-se necessário contribuir com a ciência ao propor uma investigação em que aponte para a complexidade dos fenômenos. Se hoje existe uma reflexão no mundo científico sobre o fato de que a realidade humana compreende as dimensões físicas, biológicas, sociais, culturais, psíquicas e espirituais, é evidente a necessidade de buscar conceber a articulação destas, em vez de separá-las (MORIN, 2008). Sendo assim, obtemos um modo de operar sob a pesquisa que inclua o que para nós é fundamental como matéria deste estudo – a dimensão subjetiva, que articula todas estas particularidades constituintes do humano.

Ao observar que atitudes estigmatizantes e moralizantes são evidenciadas em diversos estudos sobre profissionais de saúde consideramos importante que para contribuir com o avanço do conhecimento sobre esta realidade é necessário compreender a natureza dessas crenças e valores que sustentam essas atitudes. Compreender a particularidade desse fenômeno pode trazer à tona questões importantes que contribuam para pensar a assistência à saúde dos usuários de álcool e outras drogas.

Para isso, utilizamos a metodologia qualitativa de pesquisa que oferece as condições necessárias para a realização deste trabalho. Sua relevância, de acordo com Flick (2009), se deve por ser uma proposta metodológica capaz de dar o devido reconhecimento da pluralização das esferas da vida que por sua vez exigem uma nova sensibilidade para o estudo empírico de algumas questões postas para o conhecimento. Nesse tipo de trabalho, compreende-se que:

Os objetos não são reduzidos a simples variáveis, mas sim representados em sua totalidade dentro de seus contextos cotidianos. Portanto, os campos de estudo não são situações artificiais criadas em laboratório, mas sim práticas e interações dos sujeitos na vida cotidiana. (FLICK, 2009, p. 24)

Por compreender esse estudo sob essa perspectiva buscamos apoio nas ideias de Bosi (2012) ao afirmar que, empreender uma pesquisa qualitativa significa um investimento em estudos de processos humanos. Sob esta ótica, o que caracteriza a pesquisa qualitativa é o fato de pensar o qualitativo em interface com a subjetividade. Embora o qualitativo possa apresentar-se de distintas maneiras nas diferentes propostas de metodologias qualitativas aqui é compreendido como em estreita relação com a dimensão da subjetividade.

A subjetividade, que na história da ciência teve de ser expurgada pelos métodos, com a finalidade de garantir status de objetividade à pesquisa científica, ganha nessa metodologia um lugar para ser pensada e estudada. Assim criamos a possibilidade de incluir no processo de investigação elementos relevantes pelo seu valor revelador e explicativo dos fenômenos.

A compreensão, enquanto objetivo fundamental desta metodologia, caracteriza bem a finalidade e a forma como esta ocorre. Segundo Minayo (2012, p. 623), “Compreender é exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro, tendo em vista que, como seres humanos, temos condições de exercitar esse entendimento”. Essa compreensão é entendida não como uma atividade onde essa experiência se dá de maneira isolada no sujeito, mas que ocorre também no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura.

É preciso entender que ao produzir uma pesquisa sob esse enfoque saibamos quais são as suas possibilidades de contribuição. Os resultados dessa modalidade de trabalho não tem a intenção de apontar para generalizações, mas pretendem ampliar a contribuição sobre um determinado fenômeno. Desse modo, privilegia as informações obtidas com os sujeitos ampliando a compreensão da realidade a qual estudamos. Como afirma Bosi (2012), consideramos ser necessário inserir discussões acerca dos aspectos qualitativos da realidade dos problemas de saúde e na avaliação dos serviços para a consolidação do SUS. Desse modo, o conhecimento produzido com este estudo pretende iluminar questões que contribuam com a atuação dos psicólogos nos serviços públicos de saúde.

2.1 Caracterização do lugar da pesquisa

O local escolhido para a realização da pesquisa com os psicólogos foram os Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas - CAPS ad e uma Comunidade Terapêutica credenciada à rede pública de atenção à saúde de Fortaleza. A justificativa para a escolha destes dois serviços se encontra no fato de que estes se apresentam como estratégias viabilizadas pelo poder público para o tratamento dos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas na atualidade.

A cidade de Fortaleza dispõe de 06 CAPS ad que estão implantados nos seis distritos de saúde das seis Secretarias Executivas Regionais (SER), que são instâncias executoras das políticas públicas municipais. Destes 06 CAPS ad apenas 02 tem funcionamento 24 horas na modalidade de CAPS ad III. Além disso, a cidade tem um Serviço Hospitalar de Referência em Álcool e outras Drogas – SHR – AD, situado na Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza permitindo o atendimento hospitalar através de internamentos de curta duração e uma unidade hospitalar no Hospital de Saúde Mental de Messejana que é mantido pelo Governo do Estado do Ceará. Também conta com duas equipes de Consultório de Rua que estão ligadas à Secretaria de Cidadania e Direitos Humanos e que promovem ações de Redução de Danos junto aos usuários de álcool e outras drogas.

Segundo informações da Prefeitura cerca de 600 usuários são atendidos em cada CAPS ad (FORTALEZA, 2010). Percebe-se que a estrutura disponível ainda é insuficiente para uma atenção adequada visto o número ainda reduzido de leitos psiquiátricos e instituições para o atendimento. Com o intuito de organizar, articular e produzir informações e pesquisas para a melhoria da rede de atenção psicossocial para os usuários de álcool e outras drogas tem sido instituído uma Coordenadoria de Políticas Sobre Drogas que tem buscado fortalecer esses equipamentos e auxiliar na implantação de novas unidades e ampliação da rede (FORTALEZA, 2013).

A pesquisa foi realizada em dois dos CAPS ad de Fortaleza e numa Comunidade Terapêutica - CT, credenciada pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Existem 06 Comunidades Terapêuticas incluídas na rede pública de assistência aos usuários que são cadastradas pela Coordenação de Saúde Mental de Fortaleza. São elas:

Leão de Judá, Ágape, Martelo de Deus, Resgatando Vidas, Nova Vida e Centro de Recuperação Mão Amiga – CREMA.

Recebemos da Coordenação de Saúde Mental de Fortaleza uma lista com todos os endereços e telefones dos responsáveis pelas CTs. Durante período de contato, tivemos muita dificuldade em encontrar estes responsáveis pelas Comunidades e alguns dos números de telefone indicados na lista não coincidiam ou não existiam. As Comunidades possuem escritórios em Fortaleza, mas os locais onde o tratamento é oferecido se situam geograficamente em municípios da região metropolitana de Fortaleza como: Aquiraz, Maracanaú e Caucaia.

Alguns contatos que foram possíveis de serem realizados por telefone, nos permitiram observar que em todas as comunidades listadas foi informado que havia um psicólogo trabalhando.

2.2 Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram 02 psicólogos (as) que trabalhavam nos CAPS ad de Fortaleza e 01 que trabalha em uma das Comunidades Terapêuticas. Os psicólogos dos CAPS ad eram contratados por uma instituição responsável pela terceirização dos serviços. Além do CAPS ad, os psicólogos realizavam atividades em outras instituições de saúde e na área da docência permanecendo no CAPS por 20 horas semanais.

O psicólogo que trabalha na CT permanece um dia por semana e trabalha na instituição mediante um contrato de 06 meses que vem sendo renovado até o momento em que a instituição julgar necessário. Já trabalha há mais de um ano e meio neste lugar e possui também atividades em uma clínica privada. Seu contrato com a CT se caracteriza como um contrato de prestação de serviços. Pelas informações fornecidas durante os contatos para realização das entrevistas foi possível destacar alguns aspectos dos profissionais que são mostrados na tabela abaixo:

Tabela 1 – Características dos psicólogos entrevistados

Profissional	Instituição em que trabalha	Tempo no local de trabalho	Horas semanais na instituição	Vínculo empregatício
Psicóloga 1	CAPS ad	04 anos	20 h	CLT – empresa terceirizada
Psicóloga 2	CAPS ad	04 anos	20h	CLT – empresa terceirizada
Psicólogo 3	Comunidade Terapêutica	1 ano e 6 meses	8h	Contrato de prestação e serviços

Fonte: elaborado pelo autor

Todos os entrevistados realizam atividades do plano terapêutico das instituições fazendo parte da equipe de profissionais que compõem o corpo técnico. Todos os sujeitos foram informados sobre os objetivos da pesquisa e concordaram com sua participação assinando seu consentimento por escrito em um texto previamente preparado onde estiveram detalhadas todas as informações necessárias para garantir a plena consciência de sua participação (APÊNDICE B).

2.3 Construção e análise dos dados

A pesquisa qualitativa compreende esse momento como um processo de construção e interpretação que estará presente em todas as fases da pesquisa. Os dados não são compreendidos como algo que se revela de forma direta ou por antecipação. Nesse tipo de investigação, a informação se dá no plano das construções intersubjetivas onde estas são imersas em relações sociais (BOSI, 2012). Desse modo, os dados

coletados através das entrevistas estarão em permanente diálogo com o referencial teórico em todo o processo do trabalho.

2.3.1 O processo das entrevistas

A entrevista se mostra como um meio capaz de fornecer os dados para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação. Ela possibilita uma compreensão mais aprofundada das crenças, atitudes, valores e motivações em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos.

Para Gaskell (2002), a entrevista é compreendida como um processo social, uma interação ou um empreendimento cooperativo, em que as palavras são o meio de troca. É uma interação em que várias realidades e percepções são exploradas e desenvolvidas. Utilizou-se neste estudo a “entrevista individual de profundidade” (GASKELL, 2002), onde convidamos o entrevistado a falar o máximo possível sobre alguns tópicos (APÊNDICE A).

A intenção foi deixar o entrevistado o mais livre possível para tentar traduzir seus pensamentos em categorias específicas de resposta. Através dessa técnica buscamos explorar a cosmovisão pessoal do entrevistado em detalhe. Durante a realização das entrevistas, seguiu-se a orientação de Gaskell (2002) tomando como ponto de saturação o momento em que se percebeu que não houve mais novos temas e percepções surgindo nas falas, indicando o esgotamento dos elementos a serem estudados.

Inicialmente foram propostas 06 entrevistas com os psicólogos, sendo que destas seriam 03 com os psicólogos das Comunidades Terapêuticas e outras 03 com psicólogos dos CAPS ad. No entanto, foram realizadas 03 entrevistas sendo duas com psicólogos dos CAPS ad e uma com um psicólogo que trabalha em uma das Comunidades Terapêuticas.

Houve dificuldades de diversas ordens ao buscar realizar as entrevistas. Dentre elas houve demora na liberação do parecer do projeto de pesquisa que foi endereçado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São José e este mencionou dificuldades de ordem técnica no manuseio da Plataforma Brasil. A demora no parecer atrasou e

impediu a liberação para a realização das entrevistas nos serviços de saúde, pois segundo normas da Coordenação Distrital de Saúde das Secretarias Executivas Regionais – SER, não era possível ter acesso aos serviços sem que houvesse antecipadamente o parecer favorável expedido pelo Comitê de Ética. Embora o projeto tenha sido anteriormente submetido ao Sistema Saúde Escola da Prefeitura de Fortaleza, que organiza a educação permanente e é responsável pela articulação das informações e pesquisas produzidas pelos serviços, ainda assim houve a necessidade de aguardar a liberação.

Outro evento que trouxe complicações para a realização das entrevistas foi o momento de eleições municipais coincidindo com o final da gestão municipal. Este fato trouxe intensa mobilização dos profissionais que, em sua grande maioria, são funcionários terceirizados. Com a derrota da gestão houve problemas como remanejamento de coordenações, substituições, além de demissões de profissionais dos CAPS.

No que diz respeito aos psicólogos das Comunidades Terapêuticas houve muita dificuldade com os contatos feitos por telefone e em encontrar os responsáveis ou “donos”, como assim foram denominados por funcionários de algumas destas comunidades. Ao mencionar que a razão do contato realizado tinha por objetivo a realização de uma pesquisa com psicólogos que trabalhavam nestas instituições, nem sempre houve fornecimento de informações precisas sobre estes.

Em algumas CTs, os responsáveis pela instituição não forneceram informações e em outras foi deixado telefone e e-mail do responsável pela pesquisa para que os psicólogos que trabalhassem naquele local pudessem entrar em contato. Das 06 comunidades que se conseguiu contato foi obtida resposta positiva para a participação apenas em duas, sendo que destas, apenas um dos psicólogos se prontificou a conceder uma entrevista.

Assim, superadas as dificuldades, houve a apresentação do pesquisador e do projeto de pesquisa e o agendamento de um encontro no local em que fosse mais viável para o entrevistado. As psicólogas dos CAPS concederam a entrevista em consultórios da própria unidade e o psicólogo da Comunidade Terapêutica concedeu a entrevista em seu consultório privado.

Foi pedido consentimento para a utilização de um gravador de som pequeno para registrar as perguntas e respostas assegurando maior fidedignidade as falas do entrevistado. Foi apresentado um roteiro de 05 perguntas que versavam sobre as seguintes categorias:

- Trajetória profissional;
- Concepções sobre o uso de drogas (Proibição/ Redução de Danos);
- Atividades realizadas e suas finalidades;
- Referenciais teóricos utilizados (Articulação/ compreensão com os princípios do SUS).

2.3.2 Técnicas de análise

Utilizamos como técnica de análise das falas produzidas nas entrevistas a proposta da Análise de Conteúdo (BARDIN, 2011). Com este aporte metodológico, organizamos as respostas para as questões formuladas pela pesquisa e analisamos as afirmações de acordo com os objetivos estabelecidos pelo trabalho. Além disso, a Análise de Conteúdo tem uma outra função que é possibilitar descobrir conteúdos para além do manifesto, buscando ir além das aparências do que está comunicado. Sendo assim, considera-se que esse processo de compreensão supõe também uma interpretação, pois:

O ser que compreende, compreende na ação e na linguagem e ambas tem como características serem conflituosas e contraditórias pelos efeitos do poder, das relações sociais de produção, das desigualdades sociais e dos interesses. Interpretar é um ato contínuo que sucede à compreensão e também está presente nela. Toda compreensão guarda em si uma possibilidade de interpretação, isto é, de apropriação do que se compreende. Elabora-se assim as possibilidades projetadas pelo que é compreendido. (MINAYO, 2012, p. 623)

Dessa forma o pesquisador torna-se um construtor de relações tendo um papel ativo na formulação das interpretações que visam compreender o objeto estudado pois guarda algo de si nesta empreitada ao conhecer. E por isso deve atentar que toda compreensão que se realiza é parcial e inacabada, pois somos sempre limitados nesta tarefa.

Para buscar organizar esse processo, os dados produzidos foram transcritos e posteriormente sistematizados com o auxílio do software Atlas Ti. O uso deste software

tem por objetivo auxiliar na codificação, na elaboração de comentários e na visualização gráfica do que foi destacado nos textos provenientes das falas dos entrevistados. Foram elaboradas figuras com os temas e palavras surgidos nas entrevistas de modo a ilustrar os sentidos construídos pelos psicólogos sobre os diferentes temas.

As palavras destacadas apresentadas nas figuras construídas com o Atlas TI que contém as letras CF indicam que são “Code Family”, ou seja, categorias maiores, famílias, que englobam o universo de palavras ao seu redor. As demais palavras a seguir que contém números entre parênteses indicam a quantidade de citações em que estas aparecem nos trechos selecionados das entrevistas. As entrevistas com os psicólogos foram numeradas tendo em vista o número de perguntas e o número de respostas. Utilizamos as abreviações P para designar o número da pergunta e R para indicar o número da resposta.

2.4 - Aspectos éticos

Atendendo às determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que delibera sobre pesquisas envolvendo humanos, este trabalho foi submetido a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São José – HSJ com o CAAE: 05716712.9.0000.5044 (ANEXO A). Com a finalidade de assegurar que os participantes da pesquisa tivessem ciência dos objetivos do estudo, de sua metodologia e da não obrigatoriedade da sua colaboração, a todos foi apresentado o Termo de Livre Consentimento e Esclarecido (APÊNDICE A). Os resultados serão compartilhados através de publicação científica e discussões em comunicações orais em congressos e eventos científicos contribuindo, assim com o avanço no campo do conhecimento com relação a esta temática e problematizando também a atuação do psicólogo nas políticas públicas.

3 SENTIDOS ATRIBUÍDOS AO USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS PELOS PSICÓLOGOS

É possível observar que na atualidade há uma preocupação que vem ganhando destaque em nossa sociedade: a emergência da dependência de drogas como uma questão de saúde pública. Diante disso, vê-se uma variedade de discursos nas políticas oficiais, na mídia, nas instituições e nas práticas profissionais que apresentam suas formas de enxergar esse fenômeno. Buscamos aqui identificar como os psicólogos inseridos nos serviços do SUS constroem os seus discursos atribuindo sentido a partir dessas diferentes referências disponíveis na sociedade.

Para isso, o conceito de “sentido”, oriundo da Psicologia Histórico-Cultural, possibilita pensar essa construção sabendo que o homem e sua realidade se fazem numa interação mútua. Em Vygotsky (2004), que é um dos principais autores dessa perspectiva, há uma preocupação em superar uma visão dicotomizada do psiquismo. Desse modo, o sujeito e a subjetividade só são passíveis de compreensão em meio às dimensões da história e da cultura, pois o indivíduo é antes de tudo a expressão de suas condições materiais e contradições presentes nos processos vividos por ele.

Nesta compreensão, a linguagem é concebida como tendo uma importante função mediadora que possibilita essa abordagem do homem como um ser social (VIGOTSKY, 1995). Pretendemos no decorrer deste capítulo e do próximo apresentar as falas dos psicólogos na busca de compreender, através de seus relatos, os sentidos sobre o uso de álcool e outras drogas. Assim, o sentido revela-se como um fenômeno constituído na interação social e ao mesmo tempo expressa a singularidade do sujeito e suas vivências, pois o homem é um ser ativo diante de sua realidade. Sendo assim, este conceito ajuda a perceber como a realidade objetiva se converte em realidade subjetiva. Ou seja, como o social se insere na realidade psicológica dos sujeitos e como estes reproduzem ou transformam estas formas de representar e atuar sobre o mundo (AGUIAR E LIEBESNY, 2009).

Partindo dessa perspectiva acreditamos, assim como Barros et al (2009), que a proposta de investigação sobre o sentido tem se mostrado como um importante recurso nas análises psicológicas que permitem a compreensão da realidade dos sujeitos considerando os aspectos dinâmicos próprios do processo de singularização.

3.1 A compreensão sobre o uso de álcool e outras drogas e suas implicações

É marcante na área da atenção aos dependentes de drogas a interferência que existe da compreensão dos trabalhadores sobre o modo de ver o problema e as implicações na direção do tratamento e do engajamento do usuário, como apontam Scnhneider (2010), Mota (2011), Ronzani e Furtado (2010) entre outros.

Silveira e Ronzani (2011) tem apresentado estudos que apontam os transtornos mentais e o uso de álcool e outras drogas como condições bastante estigmatizadas, tanto entre a população geral, como entre profissionais de saúde. Desta forma, percebem que o estigma social associado a estes usuários causa impacto tanto na definição de políticas públicas, quanto nas ações de prevenção e tratamento.

Dessa maneira, é comum que os usuários sejam vistos com uma concepção altamente moralizante, sendo o diagnóstico e o tratamento vistos como problemas individuais e tendo hiperdimensionados os aspectos morais do seu problema. O usuário é visto como único responsável pelo seu problema e por consequência, responsável de maneira individual também pela sua resolução (RONZANI e FURTADO, 2010).

De acordo com Oliveira et al (2013), o processo de estigmatização é complexo e produzido histórico e culturalmente. Ele é reforçado por valores e ideologias que podem tornar-se refratário à informação. Desta maneira, contribuem dificultando a superação deste tipo de postura por profissionais de saúde, que pode gerar discriminação e negligência na assistência dos usuários de drogas. Um dos psicólogos entrevistados na pesquisa relata essa realidade, quando se depara com a dificuldade dos usuários acessarem uma Unidade Básica de Saúde por conta do preconceito:

Então, são alguns detalhes que assim a gente sabe que acontece, mas que atrapalham até o nosso trabalho porque o paciente ele já vem com o nível de fissura alto, aí ele chega lá sofre uma base de preconceito, não é um preconceito forte, mas ele sente uma diferença no atendimento [...] (Psicólogo 3 – Comunidade Terapêutica, R15).

Considerando essa realidade, é necessário pensar os desdobramentos do estigma dos usuários de álcool e outras drogas nas políticas públicas, para que assim se ponha em andamento estudos que avaliem as práticas dos profissionais de saúde de uma forma mais ampla, identificando este problema e como este se associa a tais atividades (OLIVEIRA; RONZANI, 2012).

Percebemos que antes de qualquer fragilidade que esse público venha a ter por conta dos danos a sua saúde relacionados à dependência e o abuso, é muito forte a percepção de periculosidade vista na fala de uma das entrevistadas, que comenta sobre como a instituição em que trabalhava via os usuários do serviço.

Então assim, eu não sabia como é que iria ser a questão do AD (refere-se ao manejo com o público usuário de drogas) e, assim, tem a questão do estereótipo, do mito, né? Era época de verão lá (no hospital onde trabalhava) e recebe o pessoal da Europa toda, casos da Inglaterra e tudo. (A entrevistada relata as recomendações que lhe foram feitas para não trabalhar nesse setor) A gente tá recebendo esse povo, pra você é arriscado [...] (Psicóloga CAPS ad - 2, R7)

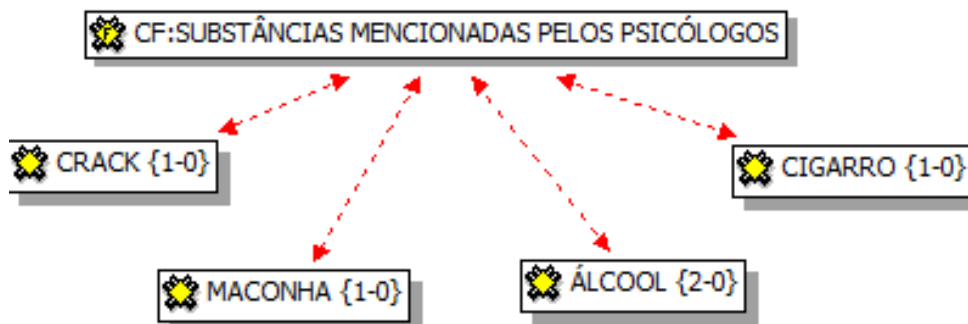
Silveira e Ronzani, (2010) afirmam que as atitudes estigmatizantes se mostram como barreiras para um tratamento efetivo e para a integralidade do cuidado. Elas trazem consequências negativas para os usuários como a desvalorização de si mesmo e a construção de defesas por parte deste que promovem interações tensas, isolamento e outras consequências.

Além disso, Silveira et al (2009) evidencia que muitos usuários optam por não procurar o serviço por medo da estigmatização, buscando evitar o rótulo de doente mental e os danos associados. Deixam, assim, de frequentar ou buscar ajuda nestes serviços com receio de que sua autoestima seja afetada e suas possibilidades de inserção social sejam reduzidas.

Supomos que essa discriminação sobre o usuário também poderia estar ligada à forma como estes profissionais percebem e atribuem sentidos ao uso de álcool e outras drogas. Desse modo percebemos que será interessante compreendermos como estes profissionais atribuem sentidos às substâncias para perceber essas implicações.

O álcool, a maconha, o crack e o cigarro tem ocupado espaço nas intervenções dos psicólogos e tem sido mencionados com ênfase em seus discursos devido a intervenções específicas realizadas para estas substâncias. Estas foram as substâncias mais mencionadas durante as entrevistas pelos psicólogos entrevistados conforme a figura 1, a seguir, pode ilustrar.

Figura 1 – Substâncias mencionadas pelos psicólogos



Fonte: Elaborado pelo autor.

O álcool foi uma das substâncias que teve maior destaque nas falas dos entrevistados como se observa nos relatos a seguir:

Eu sempre costumo dizer que o grande problema não são diretamente as outras drogas. O problema é o álcool, é a porta de entrada, é a divulgação em massa que a gente tem. Hoje a gente sabe que a média, de início, das pessoas que iniciam o uso de álcool é por volta de treze anos. Né, então a porta de entrada é o grande problema, no meu ponto de vista, mas hoje a gente 'tá' num, eu num vou nem dizer num estado alarmante, porque já passou de um estado alarmante (Psicólogo 3 – Comunidade Terapêutica, R4).

Eu vejo que o álcool é uma das piores drogas que tem. O álcool ele é, geralmente, o que puxa, pelos os atendimentos que eu faço de álcool, ele é o que puxa as outras, né? [...] Geralmente as falas começam assim: na hora que eu começo a beber, aí me vem aquela vontade de ficar legal [...] aí a pessoa vai e começa a se utilizar de outras substâncias. Então ele começa a se descobrir no meio das outras drogas, tem gente que puxa o cigarro e diz assim: na hora que eu bebo eu não fumo, mas na hora que eu bebo eu acendo um cigarro (Psicóloga 2 – CAPS ad, R13).

Percebe-se que o álcool é nomeado aqui como uma substância que tem força suficiente de “puxar as outras substâncias” (Psicóloga 2 – CAPS ad) e ser “porta de entrada” (Psicólogo 3 - Comunidade Terapêutica - 3). Embora se considere que há inclusive uma veiculação em meios de comunicação que estimularia esse consumo, a ideia de um poder da substância é muito presente no discurso dos entrevistados. Estes enfatizam muito mais a substância que o contexto social e subjetivo que levariam as pessoas a tornarem-se dependentes destas.

Outro aspecto a ser destacado sobre as substâncias diz respeito à forma como o cigarro é trazido em uma das entrevistas. O cigarro é nomeado como sendo um “amigo”

do usuário (Psicóloga 2 – CAPS ad). Essa percepção do cigarro se contradiz com sua natureza tóxica devido as substâncias presentes e de todos os malefícios do seu uso que são amplamente divulgados. Esse tratamento dado ao cigarro que aparece na fala de uma das entrevistadas parece encontrar respaldo na aceitação social desta substância, inclusive muito utilizada nos serviços de saúde por alguns profissionais, causando esse tratamento mais amenizado.

Eles têm o cigarro como um amigo, um companheiro, então como é que eles vão deixar aquele companheiro de repente? É uma separação, entendeu? Um processo de luto, eles estão perdendo algo, então assim, a gente diz olha vamos diminuir, vamos reduzir (Psicóloga 2 – CAPS ad, R 25).

No que diz respeito à maconha, os entrevistados somente mencionaram nas entrevistas, mas não relataram intervenções específicas ou outros aprofundamentos que vem ganhando discussão devido as questões levantadas em torno da legalização e regulamentação do seu uso.

O crack já apareceu como uma substância que traz maior preocupação. Mesmo um dos entrevistados reconhecendo que não existem suficientes dados que comprovem a epidemia do crack ele é mencionado como uma substância que está em expansão causando alarme.

Num sei se você já percebeu isso, as pesquisas de crack são muito vagas, são muito perdidas [...] A gente sabe que a coisa tá muito alarmante. Mas a realidade, eu vou ser bem sincero, eu sei, que na minha opinião, as pesquisas não chegam nem perto da realidade da dependência química hoje, não chegam nem perto do estado que o Brasil 'tá' chegando, porque não é só aqui. Aqui tá difícil à situação (Psicólogo 3 – Comunidade Terapêutica, R4).

Não aparecem nos relatos dos psicólogos entrevistados casos de pessoas ou intervenções realizadas visando outras substâncias ilegais, como as drogas sintéticas. Isto indica que este é um universo ainda a ser apropriado pelos psicólogos no sentido de possuírem mais informações e ampliação dos seus lugares de atuação. Há um espaço a ser compreendido e estudado que é o campo do uso recreativo de substâncias psicoativas. Isso pode ser constatado no trabalho de Alcântara (2009) que realizou um estudo com jovens de Fortaleza, consumidores de substâncias sintéticas como Ecstasy, LSD e morfina injetável. Neste estudo, encontrou-se um tipo de consumo que nem mesmo recebe maior atenção por ocorrerem em locais como festas ou mesmo na moradia dos próprios usuários. Além disso, o trabalho apontou a dificuldade desses

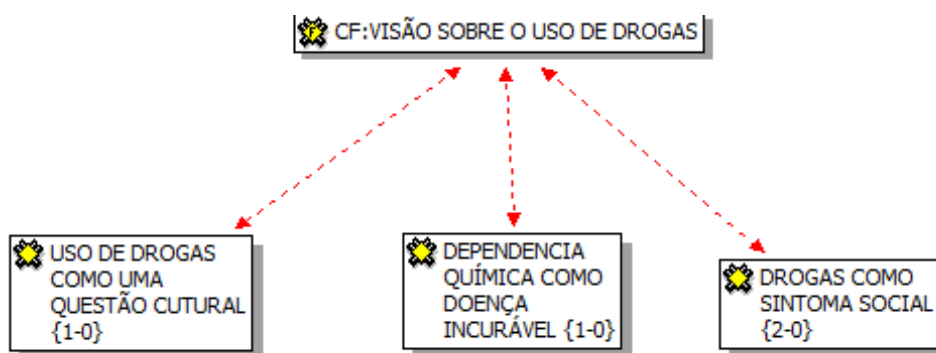
usuários em aderirem a tratamentos oferecidos pelos CAPS ad justamente por não sentirem-se acolhidos nestes espaços.

Percebemos a partir das falas dos entrevistados que as substâncias são bastante enfatizadas como tendo uma natureza nociva. Embora incluam as substâncias lícitas, como o álcool e o cigarro, necessitadas de preocupação, estes tem enfatizado as propriedades das substâncias como tendo capacidade de serem potencialmente perigosas. Percebemos que o fato de que possa haver um sofrimento psíquico na busca por substâncias não tem sido destacado pelos entrevistados. A dimensão subjetiva que envolve o consumo de substâncias fica assim pouco acentuada o que possivelmente trará implicações nas formas de enxergar o usuário e a própria condição de dependente de substâncias como poderemos ver a seguir.

3.2 Compreensões sobre o uso e a dependência de substâncias psicoativas

A partir das falas dos psicólogos, podemos observar três aspectos destacados por eles sobre estes sentidos atribuídos ao uso de álcool e outras drogas e sobre sua dependência. São destacados pelos entrevistados a percepção das diferenças culturais quanto aos usos de drogas e o reconhecimento dos problemas decorrentes destes, ora como “doença incurável” ora como um “sintoma da sociedade”, como apresentado na Figura 2.

Figura 2 – Visões sobre o uso de drogas



Fonte: elaborado pelo autor

Pretendemos aqui analisar melhor estas compreensões sobre o uso e a dependência para que se possa promover aproximações sobre os mecanismos de atuação construídos pelos psicólogos no desenvolvimento de suas atividades junto à esses usuários.

Consideramos que os contextos do uso de substâncias são muito complexos e exigem uma capacidade de percorrer esses diferentes aspectos reconhecendo essas singularidades. Uma das psicólogas entrevistadas compreende o uso de drogas como uma questão que depende da perspectiva cultural, principalmente por ter experienciado viver em outro país a forma como as pessoas se relacionam com o álcool:

Primeiro que o álcool lá (em Portugal) é, tipo assim, você chega no almoço, segunda-feira, sexta-feira, quarta-feira, todas as feiras da semana entendeu? Você chega num restaurante, você pede um peixe, você pede uma coisa, vem uma jarra de vinho, tá entendendo? O meu marido tomava uma jarra de vinho, se ele tivesse trabalhando era meia jarra de vinho, entendeu? E mais a cerveja do fim do dia, o happy hour (...) Fora os digestivos que eles chamam, terminou de comer você toma uma cachacinha, que é o digestivo, do corpo, então assim, a bebida lá é como que... Você chegar na casa da visita, como você chega; eu no meu resguardo eu tive que comprar licores e deixar a disposição, porque as pessoas iam fazer a visita e chegavam e queriam beber. Agora quem, a minha sogra, de sessenta anos, a avó do meu marido de quase noventa anos, você tá me entendendo? Porque é normal. A partir dos catorze, quinze anos as pessoas bebem e bebem bem, e é socialmente aceito, entendeu? Aqui a gente tem a questão do fim de semana, né? Que o fim de semana a gente já conseguiu estender às quintas-feiras, então a quinta do caranguejo, a sexta-feira, é a sexta-feira do fim de semana, né? Então, a quinta você pode beber porque tá comendo caranguejo, a sexta-feira é porque sexta é o fim de semana, né? Aí sábado e domingo, né? E todo mundo bebe, esses quatro dias (...) esses quatro dias é socialmente permitido, mas à noite, não na hora do almoço. Você na hora do almoço, você trabalhando, chegar num restaurante pedir seu almoço e pedir uma cerveja, todo mundo vai olhar pra você, né? Então assim, apesar de aqui ser permitido, aqui tem alguns, tipo assim, tem alguns limites pra esse uso do álcool, entendeu? Lá não, lá é totalmente permitido, então eles falam que faz bem pra saúde (Psicóloga 2 – CAPS ad, R12).

Percebemos o estranhamento da entrevistada diante da diferença de contextos, pois observa que, no Brasil, mesmo tendo determinados padrões culturais de controle, o álcool, é visto como uma substância que traz muitos problemas para seus usuários nos atendimentos no CAPS ad e percebe isso como uma “permissividade”: “*Eu vejo a questão, da permissividade, né? do uso do álcool, da permissividade social*” (Psicóloga 2 - CAPS ad, R13).

A partir disso é importante destacar que o uso de drogas nem sempre foi tratado como uma questão de saúde pública, como tem sido enfatizado nos dias de hoje. A

entrevistada traz uma possibilidade de perceber como o uso da substância pode fazer parte da cultura de um país, sem que haja necessariamente uma desagregação social. Assim se percebe que o uso de substâncias sempre esteve presente desde tempos remotos para um inúmero leque de finalidades e ocupando diferentes funções sociais, assim como, os seus problemas decorrentes são indiscutivelmente uma questão presente na vida humana (ESCOHOTADO, 2002; MORAES, 2008; MAC RAE, 2011).

A importância dessa compreensão consiste em colocar sob suspeita a crença recorrente da substância como algo que tem poder sobre o sujeito anulando qualquer possibilidade de uma reação deste. É necessário ver que, em nossa sociedade, muitas vezes o álcool e as outras drogas são vistos como agentes autônomos, como se agissem por conta própria. Na verdade é preciso lembrar que, como afirma Nery Filho (2010), não são as drogas que fazem os humanos, mas os humanos que fazem as drogas. Desse modo, compreendemos que o humano tem um papel ativo na construção da realidade e assim se amplia o olhar para recuperar a dimensão subjetiva presente neste fenômeno.

De acordo com Martins e Mac Rae (2010), o discurso dominante sobre a temática tende a naturalizar os usos de substâncias como sendo essencialmente negativos, atribuindo às substâncias a responsabilidade por doenças, mortes, crimes, etc. A atribuição de uma essência negativa, responsabilizando as drogas por desorganizar a sociedade e causar toda a espécie de mazelas, produz uma concepção limitada do fenômeno e ofusca a compreensão sob a continuidade dos seus usos ao longo da história da humanidade mesmo com toda a suposta negatividade.

Para Escotado (2002), esquece-se que a descoberta de algumas drogas sejam um capítulo especial da história da medicina e das religiões, e muitas vezes se projetam nas substâncias propriedades exclusivamente maléficas. Nossa civilização sofre hoje com os usos problemáticos de substâncias, embora muitas destas foram utilizadas em tempos remotos e seus benefícios foram estudados profundamente por grandes culturas.

Segundo Martins e Mac Rae (2010) o uso de substâncias possui diferentes conjuntos de normas, regras de conduta e rituais sociais difundidos como parte da cultura, funcionando como orientadores para o uso. Sendo assim, os controles sociais se apresentam de maneira informal, sendo exercidos constantemente por cada pessoa, mantendo assim uma ordem em que se inscrevem no interior das relações sociais

(ZINBERG, 1980 apud MAC RAE, 2010). Dessa maneira percebe-se na fala da entrevistada que inclusive há um estranhamento com relação à abordagem da Redução de Danos dispensada aos usuários.

É totalmente diferente lá e cá né? Porque assim, lá eles dão a metadona, né? Eles distribuem, né? Eles fazem a distribuição, tem um centro, um centro de apoio lá (referindo-se a atividades de redução e danos e centros de coleta e distribuição de insumos) (Psicóloga 2 CAPS ad, R11)

Embora haja uma tendência em uniformizar o universo das drogas, na realidade existem variados mundos discretos, invisíveis e privilegiados. E estes privilégios se dão de maneira desigual da mesma forma em que se distribuem os recursos em nossa sociedade. Há, como observa Baratta (1994), inumeráveis consumidores e adictos que ao contrário do estereótipo de marginal continuam desempenhando seus papéis profissionais sem nenhum prejuízo às suas identidades.

Uma outra visão trazida por uma entrevistada é a ampliação da percepção sobre o uso de drogas como um sintoma social. Desse modo, a psicóloga destaca o caráter social desse uso reconhecendo que a existência do consumo e os problemas decorrentes de substâncias se inserem no contexto social.

Eu imagino que seja um sintoma mesmo né? Assim do que, até baseado no que eu lió né? Sobre as reflexões filosóficas à luz da ciência, de um tipo de sociedade fluida, de um tipo de sociedade, é... como é que eu posso dizer? Pautada no consumismo, no ter né? E, e em outras questões como ... o retorno ao narcisismo, é, e aí eu penso que a adicção ela acaba sendo um campo fértil dentro dessa sociedade (Psicóloga1 – CAPS ad, R5).

Desse modo, se percebe que os efeitos do uso de drogas dependem não só das suas propriedades farmacológicas, mas das características pessoais do indivíduo, do meio físico e social, onde ocorre o uso. Segundo Nogueira Filho (1999), o meio social em que vivemos hoje sustenta-se numa superestrutura cultural que tem como promessa o alívio da dor de existir. Sendo assim, há um campo propício para uma produção social do consumo de drogas como estratégia de sobrevivência.

Espinheira (2009) apresenta o uso recreativo de substâncias como fazendo parte de uma estratégia de subversão à lógica da normatividade e da produção do mundo do trabalho, onde o prazer torna-se o objetivo da existência. Desse modo, o uso de substâncias se insere na vida humana como um “amortecedor de preocupações” (FREUD, 1930/1996, p. 86).

Na atualidade, segundo Birman (2003) haveria uma intensa busca de recusa ao sofrimento psíquico e o desamparo pelas formas de sociabilidade de uma “cultura do espetáculo e do narcisismo” onde o “eu” assume valor central em detrimento do outro e a “aparência de sucesso” se torna uma das senhas de reconhecimento para esta cidadania (BIRMAN, 2003, p.84).

Sendo os modos de vida em que estamos inseridos fazendo parte dessa relação pode-se perceber a forma como se dá o compartilhamento da experiência como em épocas anteriores. Nesse mundo, onde o “cada um por si” tem se intensificado, Perlongher (1994) afirma que a experiência do uso tem ficado restrita ao plano individual sem um plano de expressão que dê sentido a experiência vivida havendo um crescimento do uso de substâncias com finalidade individualizada.

No entanto, não é apenas pela forma como nos relacionamos que esse social tem suas implicações. A dimensão material das desigualdades sociais também tem implicações para se pensar sobre os usos e problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

Analisamos que embora não se possa circunscrever o uso de drogas em uma classe social específica, conforme afirma Baratta (1994), as condições em que os sujeitos vivem podem trazer riscos adicionais aos efeitos que são inerentes à própria substância.

Sendo a história brasileira marcada por desigualdades sociais que se mostram perpetuadas através das relações sociais e observadas no traçado urbano das cidades teremos uma grande parcela da população vivendo em condições de pobreza. Assim, sob essas condições haveria uma quase ruptura entre as necessidades do indivíduo e a disponibilidade social para atendê-las que trarão implicações para a saúde dessas populações (GOIS, 2008).

Consideramos que apesar da insistência em enfatizar a natureza biológica dos efeitos do uso de drogas, existem condições concretas que precisam ser evidenciadas para que o enfrentamento dos problemas decorrentes sejam abordados de maneira complexa. Assim, as intervenções devem considerar essa complexidade. Percebemos essa necessidade no comentário da psicóloga que fala sobre seu olhar sobre o território em que o CAPS ad funciona:

Quando eu cheguei as pessoas diziam pra mim que o CAPS era na Barra do Ceará, que assistia o pessoal do Pirambu. [...] Lógico que existe, é uma área de risco, né? E tudo, a gente tem essa noção, por causa da violência, do tráfico de drogas, tudo, mas que tá bem diferente daquilo que era antes, né? Eu lembro que a gente, há alguns anos atrás, a gente quando vinha ali da parte do Dragão do Mar, a gente não passava ali pela Leste-Oeste depois das seis horas da noite, tinha que passar rezando, né?... [...] Porque o negócio era... (Psicóloga 2 – CAPS ad, R5).

Observamos a partir dessa fala que há um certo receio de falar sobre as dificuldades e do medo da violência no bairro. Comumente essa compreensão tem sido um dos empecilhos no trato dos profissionais de saúde que, como afirma Góis (2008), frequentemente não sabem e nem estão preparados para trabalhar com a situação de pobreza na atenção psicossocial.

Também parece faltar uma visão crítica da realidade que possa fornecer um olhar mais aprofundado sobre a natureza das contradições existentes em nosso meio. Isso, segundo Sales e Dimenstein (2009), pode se dar devido a falta de engajamento e reconhecimento dos aspectos políticos envolvidos no trabalho de reinserção social preconizado pela atenção psicossocial.

Outro aspecto importante que podemos destacar é a visão sobre a dependência de drogas presente nas falas dos psicólogos. Segundo Schneider (2010), o discurso dominante na área da dependência de drogas é o de que, esta é concebida como uma doença, sendo a abstinência e o controle da adicção os objetivos dos dispositivos de assistência. Em uma das falas um psicólogo reafirma esse discurso sobre como percebe a dependência química

Na dependência química, é uma doença que não tem cura né, a gente sabe que a cura dela não existe, mas nas casas de recuperação a gente é um pouco inibido de falar isso, então a gente trabalha de uma outra maneira, psicoeducação, mais a questão do prejuízo, das perdas, das perdas cognitivas, a gente foca mais nas perdas, na psicoeducação (Psicólogo 3 – Comunidade Terapêutica, R5).

O fato do psicólogo relatar sentir-se inibido quanto a impossibilidade da cura parece não destoar da visão do local onde trabalha, pois o objetivo do tratamento e a filosofia da comunidade onde trabalha tem essa compreensão. Embora isso vá ser melhor desenvolvido no capítulo posterior essa visão da dependência se alinha com uma concepção onde a cura é entendida como abstinência de substâncias.

A ideia de incurabilidade traz a questão da cronicidade do sintoma. No entanto, Torossian (2004) questiona sobre como se pode obter sucesso num tratamento onde o fracasso já estaria dado por essa afirmação. Como pode o usuário se vincular a um tratamento se este se dá como sendo algo na ordem do impossível? Segundo esta autora é possível falar de cura desde que sejam revistas as compreensões sobre o tratamento oferecido.

Compreendendo a dependência como tendo uma multiplicidade de relações possíveis do sujeito com a droga, a cura pode ser entendida como um resgate do sujeito e nesse caso o foco da cura estaria na sua mudança subjetiva (TOROSSIAN, 2004). Sendo assim se percebe que os psicólogos podem contribuir nos tratamentos dirigindo uma escuta ao sujeito e não à química como quem rastreia sinais e sintomas das propriedades farmacológicas das substâncias e seus efeitos no organismo.

Mesmo em outra instituição como o CAPS ad que, oficialmente, se orienta pela perspectiva da RD se percebe que o controle sobre o uso da substância também é um dos focos do trabalho do psicólogo.

[...] A gente tenta buscar, tipo assim, a gente faz tipo um, preparando eles pro fim de semana, entendeu? [...] Porque assim tem o fim de semana, então geralmente que a gente tem muito índice de recaídas, então eu trabalho com isso, na questão da autoestima, na questão de fortalecer, trabalhar estratégias, entendeu? (Psicóloga 2 – CAPS ad, R14)

Podemos encontrar nesse sentido sobre a dependência de drogas uma aproximação que se apoia na compreensão postulada pelo proibicionismo. Esse modo de enxergar o problema das drogas é uma estratégia que teve como principal representante os EUA e que difundiram suas ideias ao redor do mundo de que era possível viver num mundo sem drogas.

Nessa forma de enxergar o problema a abstinência ganha importante destaque e é vista como única alternativa para o tratamento. A descrição sobre a realidade das drogas e do usuário, desde essa perspectiva do proibicionismo, apresenta algumas características. Entre estas estariam as seguintes concepções:

- Vínculo necessário entre consumo e dependência.
- Vinculação dos adictos a uma subcultura que não compartilha o sentido da realidade com a maioria normal.

- Comportamento a-social ou delitivo dos adictos que os isola da vida produtiva e os introduz em carreiras criminais.
- Estado de enfermidade psicofísica do toxicodependente e a irreversibilidade da dependência. (BARATTA, 1994, p. 22)

No entanto, muitas críticas têm sido feitas a esse modelo como a pouca diferenciação das sutilezas sobre os diversos tipos de substância e seus estilos de consumo. Cria-se assim nesse contexto de proibição do uso e de intensa repressão às substâncias ilícitas um modo de operar assistência aos usuários que Passos e Souza (2011) denominam de paradigma da abstinência:

Por este entendemos uma rede de instituições que define uma governabilidade das políticas de drogas e que se exerce de forma coercitiva na medida em que faz da abstinência a única direção possível de tratamento submetendo o campo da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso. (PASSOS; SOUZA, 2011, p.157)

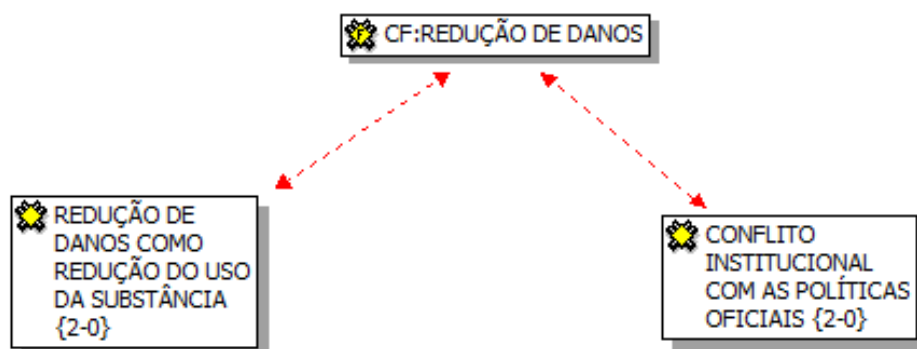
A criminalização do uso tem recebido inúmeras críticas pelos efeitos negativos que tem operado na sociedade produzindo efeitos contraditórios ao adequado desenvolvimento das ações de saúde pública. A função de controle e vigilância que atribuem as legislações e algumas práticas acabam por trazer consequências negativas sobre a relação de quem cuida e de quem é assistido nos serviços assistenciais, pois acabam por fomentar uma atitude de desconfiança que pode produzir afastamento e dificuldades em estabelecer adesão nos serviços. Segundo Lima et al (2011), as legislações, que no Brasil seguiram durante certo tempo os padrões internacionais, contribuíram para essa produção de identidades marginais e estigmatizadas dos usuários.

Questionamos aqui se essa maneira que os psicólogos entrevistados se colocam como tendo a função de desenvolver estratégias para a busca da abstinência não estaria assim criando uma atmosfera de desconfiança onde o uso de drogas é visto como a principal preocupação do seu trabalho.

3.3 Redução de Danos – sentidos atribuídos pelos psicólogos

Outro aspecto interessante sobre a forma como os psicólogos constroem seus sentidos sobre o uso de drogas diz respeito também sobre os sentidos que atribuem e constroem sobre a perspectiva da Redução de Danos – RD. A Redução de Danos é uma prática emergente em alguns países e tornou-se um referencial político para pensar a questão das drogas incluindo a perspectiva dos usuários no debate sobre suas necessidades. Nas entrevistas realizadas, dois aspectos podem ser destacados, conforme ilustra a figura 3:

Figura 3 – Sentidos atribuídos à Redução de Danos



Fonte: elaborado pelo autor

Os psicólogos entrevistados relataram conhecer a Redução de Danos, e apresentaram percepções diferenciadas sobre o assunto. Um dos sentidos apresentados sobre a RD por um dos psicólogos é o de compreendê-la como uma estratégia que busca a redução do uso de substâncias.

Então assim, a gente diz: olha vamos diminuir, vamos reduzir. Fuma quanto? Três carteiras por dia, vamos reduzir, tirar pelo menos dez cigarros disso aí, [...] Aí têm uns que dizem assim pô doutora você tá querendo só que eu reduza. É vamos começar assim, então quando a gente começa, a gente vai indo, vai indo, e quando eles vêm, eles se apercebem de como é que tá o processo (Psicóloga 2 - CAPS ad, R25).

A Redução de Danos pode ser definida como um conjunto de medidas em saúde que tem a finalidade de minimizar as consequências adversas do uso/abuso de drogas. Essas ações devem acontecer levando em consideração que nem todos os usuários desejam largar o uso de drogas ou consigam parar de utilizá-las (SANTOS; MALHEIRO, 2010).

Segundo Marlatt (1999 apud SANTOS, 2008), o que orientaria a prática da RD seria o ideal de que as pessoas não usassem drogas, e isto não sendo sempre uma estratégia possível, que seja feita com o menor risco possível. Assim, se buscaríamos progressos gradativos em direção á abstinência.

A origem desta perspectiva se dá, segundo Pat Ohare (1994), na Inglaterra em 1926 onde foram estabelecidos protocolos de atendimento que possibilitaram, de forma legalizada, a prescrição de drogas em dosagens controladas como parte do tratamento de usuários dependentes. Ela nasce da constatação do fracasso das terapias centradas na abstinência e da constatação da crescente infecção por HIV e hepatites virais entre usuários de drogas injetáveis.

Uma das entrevistadas relata uma visão da Redução de Danos que se restringe ao aspecto da diminuição da substância. No entanto, embora tenha se popularizado como uma prática que tem como ícone a troca de seringas e as terapias de substituição, alguns autores tem pensado a RD como um princípio em saúde que abrange a utilização de variados métodos para reduzir os riscos do dano associado a certos comportamentos (STRONACH, 2004). A diminuição do uso seria uma das possibilidades previstas nessa perspectiva, mas não se restringiria a isso.

Ao mesmo tempo em que existe a compreensão da RD, como uma iniciativa que tem como pressuposto a redução do uso de substâncias, percebemos também que ela pode ser tomada contraditoriamente por este mesmo sujeito, quando afirma que não existiriam cobranças quanto à meta da redução, mas esta acabaria se tornando uma obrigação.

Olha é difícil? É! Mas vocês não se preocupem que, não têm cobrança (falando de como orienta os usuários) [...] quando você quiser a gente tá aqui pra ajudar, então eles ficam [...] Só que aí depois a gente começa tem que reduzir. Não é dizer que vem, que vai reduzir e ficar com o mesmo tanto de carteira não, tem que reduzir, né? Você tem o compromisso comigo de que vai reduzir, se você não quer reduzir sai do grupo e deixa pra voltar

quando você tiver a fim de reduzir, não de parar é de reduzir, né? (Psicóloga 2, CAPS ad, R25)

Vemos assim que a inclusão das ideias em torno da RD na visão apresentada pela psicóloga possui contradições no que tange aos modos de compreendê-la.

No Brasil as primeiras iniciativas de implantação de programas de RD surgiram em São Paulo, na cidade de Santos. De acordo com Lancetti (2008), as ações que envolveram a proposta desta abordagem foram impedidas por questões judiciais por serem confundidas como um incentivo ao uso de drogas. Na atualidade, o Ministério da Saúde, no desenvolvimento de suas diretrizes, tem apoiado e financiado ações em Redução de Danos assegurando sua inserção no SUS na Política do Ministério da Saúde para os usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2003), como também, em outros marcos regulatórios.

No entanto, mesmo estando expressa em documentos e portarias de maneira oficial, a política de Redução de Danos, segundo Schneider (2010), sofre com grande resistência por parte de profissionais responsáveis pela execução da atenção a saúde de usuários de álcool e outras drogas. Essa realidade também é vista na cidade de Fortaleza pelos conflitos institucionais que envolvem a discussão em torno da RD como relata uma das entrevistadas.

Eu vejo que Estado e município eles não conseguem ter uma interação com relação, ideológica mesmo. E a gente fica nesse fogo cruzado, né? Por exemplo, eu percebo no Estado uma ideia da abstinência e da prevenção da recaída muito mais forte e, no município, a perspectiva da Redução de Danos, né? [...] Diversas vezes fui indagada.: ah, como pode você trabalhar com tratamento de drogas e achar que é possível a Redução de Danos né? (Psicóloga 1 - CAPS ad, R14).

A coexistência de modelos contraditórios de abordagem também remete a recente consolidação dos princípios da Redução de Danos na Política do Ministério da saúde que data de 2003 e os mitos em torno desta proposta. A transposição dessas ideias para as práticas ainda envolvem dificuldades que necessitam de reflexão sobre esse processo.

É interessante observar que esse conflito existe no CAPS ad quando a psicóloga é interpelada pelos pares por buscar realizar uma atividade que tenha como base a Redução de Danos, mas se dá também no interior das comunidades terapêuticas que percebem esse paradigma de maneira negativa como nos informa o psicólogo.

Redução de danos, aí eu vou falar especificamente nessa Comunidade, eles não aceitam como hipótese alguma. Pra eles é interrupção total, nenhum tipo de substância utilizar. Na história deles preferencialmente nenhum tipo de medicação. A gente já conseguiu quebrar um pouco essa barreira da medicação em cima dos treinamentos que a gente foi dando. Então essa mudança a gente já tem, mas a questão da Redução de Danos eles tão muito rígido em cima disso, até porque é uma instituição religiosa eles tem uma adesão mais forte em cima dela (Psicólogo 3 – Comunidade Terapêutica, R16)

Embora a RD não se oponha a abstinência de substâncias em seus princípios ela é percebida como avessa a essa recomendação. De acordo com a fala do psicólogo, na Comunidade Terapêutica em que trabalha há uma maior dificuldade em aceitar tanto a perspectiva da Redução de Danos como o próprio tratamento medicamentoso. Observa-se também que apesar da CT ser contra esse tipo de abordagem o próprio psicólogo relata não questionar e se adequar ao que a instituição preconiza:

Aí, eu sempre costumo dizer que a gente dança de acordo com a música. A gente faz um trabalho aonde a gente não critica a Redução de Danos, mas a gente coloca pra ele (usuário) a seguinte coisa: como você 'tá' em uma instituição religiosa que não aceita esse procedimento, eu não posso fazer isso com você. Então já que você 'tá' aqui, a gente solicita que ele se enquadre no perfil da casa e após a saída dele, ele vai reavaliar esse processo (Psicólogo 3 – Comunidade Terapêutica, R17).

Vemos que a abordagem religiosa preconizada pela instituição acaba tendo maior respaldo do que qualquer outro argumento científico sobre a evidência de um trabalho onde a abstinência não seja o objetivo primeiro do tratamento.

Então a nossa forma de trabalho é mais ou menos assim: eu dou um passo pra trás e aceito o que eles colocam e porque a instituição prevalece dessa maneira, mas eu não tenho como dificultado o trabalho, sinceramente, tem fluído bem, poucos paciente que questionam isso, né (Psicólogo 3 – Comunidade Terapêutica, R17).

O sentido que tem sido dado aqui se afasta do que alguns autores como Petuco (2010) tem destacado da Redução de Danos enquanto política pública e enquanto tecnologia de cuidado. Desse modo se entende que ambas podem ser entendidas como instrumentos de um imperativo ético para a construção de uma relação horizontal no cuidar.

Sendo assim, enquanto política pública, a Redução de Danos diz respeito a sustentação de um princípio ético de horizontalidade das relações de cuidado ajudando a organizar a assistência aos usuários de álcool e outras drogas nas diferentes políticas

públicas realizadas através das esferas governamentais. Enquanto prática e tecnologia de cuidado, ela se estrutura na criação de movimentos e dispositivos capazes de gerar vida, buscando um acolhimento radical do sujeito onde ele se encontra e em suas condições singulares. Resgata assim a noção de integralidade que é tão cara ao Sistema Único de Saúde. Por ter um caráter político, a RD compreende a valorização da participação do usuário e o reconhecimento de que é preciso garantir a autonomia e a decisão deste na construção e seu projeto terapêutico (PETUCO, 2010).

Ao contrário dessa perspectiva, um dos psicólogos deste estudo percebe a Redução de Danos em seu aspecto prático como tendo riscos para os usuários.

A Redução de Danos tem aquele, porém também né. [...] Pra este espaço que a gente tem na Comunidade, às vezes vira fator de risco porque eles acabam se expondo a situações inadequadas devido à redução de riscos, né, devido à busca por uma droga mais leve, devido a ir reduzindo o uso a fazer aquela dessensibilização sistemática. Eles começam a se expor em algumas situações um pouco mais complicadas e o repertório deles é muito reduzido, ah, o público lá o repertório é muito complicado é difícil trabalhar (Psicólogo 3 – Comunidade Terapêutica, R17).

Percebemos que, observando as falas dos psicólogos, compreendemos que há uma dificuldade em operar um trabalho que não esteja voltado exclusivamente para abstinência de substâncias. As questões levantadas pelas dissidências em relação à abordagem da Redução de Danos revelam também que as próprias instituições como o CAPS ad e a Comunidade Terapêutica estão muito voltadas para esse aspecto da vida dos usuários.

A Redução de Danos é entendida aqui como sendo exclusivamente uma redução do uso da substância. Estas contradições são presentes tanto nas Comunidades Terapêuticas, que tem a abstinência como uma de suas metas, como nos equipamentos públicos que são regulados e orientados pelas diretrizes do SUS e do Ministério da Saúde.

As falas mostram o quanto ainda há que ser discutido visto as contradições presentes e verbalizadas nas instituições de saúde sobre essa questão. Isso mostra que ainda há uma confusão sobre o conceito e aspectos a serem ainda melhor discutidos. Percebemos, entre os entrevistados, divergências quanto à adoção da RD e mesmo uma postura de não aceitação de alguns. A RD parece não ser compreendida ainda em seu

aspecto amplo, enquanto postura de acolhida e modo de conduzir o cuidado tendo como base as necessidades do usuário.

Parece ser um campo ainda a ser melhor discutido tanto entre os psicólogos, quanto com os outros profissionais de saúde no sentido de verificar os alcances e possibilidades dessa proposta. Apesar de estar expressa nas políticas oficiais segue a tendência de não haver consenso sobre sua aceitação e sua operacionalização. Supomos que essa dificuldade com relação à aceitação da RD, pelos entrevistados nesta pesquisa, se ancora na própria atribuição dos sentidos sobre o uso de substâncias psicoativas.

O fato da RD se colocar pelos psicólogos como redução da substância parece simplificar a proposta. Isto justificaria a pouca simpatia para com esta e a pouca adesão. Não se percebe a RD como estratégia de promoção de vínculos entre os usuários, secundarizando o uso de drogas enquanto preocupação.

Observamos, a partir disso, que os psicólogos se engajam numa guerra às substâncias bem ao gosto da política proibicionista. Estes tem destacado as drogas como o álcool enquanto “*porta de entrada*” (Psicólogo 3 – Comunidade Terapêutica) e causadora de muitos danos mesmo percebendo que tal substância faça parte do cotidiano.

Após o descrito pela fala dos psicólogos percebe-se que os sentidos sobre o uso de drogas se relacionam com as compreensões que envolvem a forma como estes entendem a dependência de drogas e a forma como veem as políticas oficiais.

Percebemos com isso que, ainda que possa ser encontrada uma visão mais ampliada sobre a complexidade do uso de drogas, as políticas oficiais são percebidas como marcos que nem sempre são bem vistos como as melhores alternativas pelas instituições em que trabalham. Embora se reconheça a importância delas na regulação e orientação dos serviços, há discordâncias quanto à suas diretrizes.

A compreensão do uso de drogas como uma realidade social e histórica é destacada pelos profissionais enquanto “*sintoma social*” (Psicóloga 1 – CAPS Ad), mas a visão do social ainda necessita de uma dimensão mais concreta do conhecimento da realidade e do território. Os psicólogos destacam a importância das relações sociais e dos valores envolvidos na cultura como agenciadores dos controles e também dos

excessos. Isso implica que o uso de drogas está ligado à forma como se tecem as relações, sendo o consumo e o controle influenciados por estes aspectos.

Dessa forma, os psicólogos apontam que o trabalho compreende a necessidade de um controle social visto haver uma “*permissividade social*” (Psicóloga 2 – CAPS ad) das instituições e deveriam tomar como foco não somente os usuários, pois reconhecem que estes sofrem uma “*base de preconceito*” (Psicólogo 3 – Comunidade Terapêutica).

A finalidade da abstinência persiste com maior ênfase que outros objetivos nos discursos sobre as drogas. Parece ser um solo comum que sustenta as concepções dos psicólogos, mesmo quando a RD é nomeada como uma compreensão na abordagem do problema. Parece que de maneira implícita ou explícita a compreensão da dependência que pode ser nomeada, seja como doença incurável, seja como sintoma social, tem como exigência para os usuários a meta da abstinência.

Os fatores prejudiciais são destacados e atribuem-se sentidos à droga como sendo capaz de exercer um domínio sobre o sujeito. Parece existir uma visão onde se percebe mais o poder das drogas do que do próprio sujeito como se este se tornasse passivo diante do consumo de substâncias. Isso colocaria num dualismo que Escotado (2002) afirma que é difícil de se fazer ao colocar uma fronteira cada vez mais imprecisa entre as boas e as más substâncias pois, como se vê, podem ser feitos usos para a diversão e ao mesmo tempo a mesma substância é apresentada por sujeitos com problemas decorrentes desse uso.

Assim supõe-se que essa forma de perceber a substância como algo que tem um poder maior que o sujeito possa influenciar as práticas empreendidas e os tratamentos oferecidos pelos psicólogos. Questionamos se o fato de conceber a dependência química como doença que não tem cura não estaria ajudando a produzir aí um sujeito enlaçado numa impotência em que ele nada poderá fazer a não ser viver sob a tutela de profissionais e de sua própria culpa. Sendo assim, a concepção sobre a dependência como doença sem cura poderia estar colaborando com elementos nessa complexa articulação em que se produzem os estigmas sobre o usuário (OLIVEIRA et al, 2013).

A complexa realidade do uso de substâncias, em nossa sociedade, também merecem destaque a partir do exposto pelos psicólogos, pois não foi possível perceber nos relatos dos casos atendidos exemplificados por eles, de sujeitos usuários de

substâncias sintéticas que não apareceram em suas falas. Isso indica que ainda há muito a pesquisar e conhecer sobre os hábitos, os modos de uso e os locais por parte desses profissionais.

4 PRÁTICAS DO PSICÓLOGO NO TRATAMENTO DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.

A expansão dos serviços de assistência pública destinados aos usuários de drogas tem vários desafios, que Segundo Cruz e Filho (2005), se impõem na formação profissional para lidar com essa questão. Por isso, propomos observar que práticas tem sido construídas pelos psicólogos junto à estes serviços e discutir sobre a formação do psicólogo a partir dessas demandas emergentes.

A inserção de uma proposta de atenção aos problemas decorrentes do uso do álcool e de outras drogas pela saúde pública no Brasil vai ter seu marco com a formulação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003). A implantação desta tem sido uma história recente o que implica em reconhecer que, como afirma Lancetti (2012), embora tenhamos aprendido a cuidar de pessoas com sofrimento mental devido as experiências acumuladas da Reforma Psiquiátrica, ainda estamos em um estágio inicial a lidar nas políticas públicas com os usuários de álcool e outras drogas.

Sendo estes novos serviços guiados pelos ideais da Reforma Psiquiátrica, sabemos que a transposição destes princípios para as práticas tem encontrado diversas dificuldades relacionadas à construção de formas capazes de viabilizar a mudança da atenção em saúde mental no País. Entre essas dificuldades, Ribeiro e Luzio (2008) destacam que a formação acadêmica dos profissionais, ainda não é suficientemente comprometida com a saúde coletiva e com a atenção psicossocial.

Almeida-Filho (2011) afirma que, o SUS é um dos maiores empregadores dos profissionais de saúde no país e que existem várias instituições formadoras destes. No entanto, a força de trabalho ideal para o SUS, que deveria ser de profissionais orientados para trabalhar com evidências, bem treinados e comprometidos com a igualdade da saúde, quase sempre não corresponde ao perfil dos profissionais que se encontram presentes nas equipes.

Cruz e Filho (2005) percebem uma insuficiência na questão álcool e outras drogas, relatando que a adequação dessa formação não se refere exclusivamente a possíveis modificações nas grades curriculares. Mais do que a listagem de tópicos a

serem abordados, percebem como necessário interrogar as bases em que se apoiam as diferentes propostas de ensino e o modo como são formados os profissionais de saúde.

Numa direção semelhante, Aguiar e Ronzani (2007) dizem que as reformas curriculares não devem ser limitadas a um rearranjo de disciplinas e devem considerar o contexto de contradições em que se realiza o sistema de saúde brasileiro. Assim, há de considerar, por exemplo, a existência de atitudes dissonantes dos profissionais, que podem estar mais identificados com práticas especializadas e, manifestarem atitudes negativas quanto às práticas ampliadas de saúde. Percebendo estes, e outros fatores, poderemos compreender os empecilhos para a mudança nas práticas.

Na pesquisa de Soares et al (2011), que contou com profissionais de nível médio e superior, percebe-se que as informações recebidas durante o ensino superior não são suficientes para a mudança de atitudes profissionais. Neste trabalho se evidenciou que os profissionais de nível superior demonstraram maior desejo de distanciamento social de pessoas que apresentassem problemas relacionados à dependência de substâncias.

Colaborando com essa perspectiva de olhar não só para os currículos, Almeida-Filho (2011) analisa que, apesar de conservadoras e elitistas, as universidades não são a única fonte do problema. O fato do sistema de educação estar regido por forças de mercado, e baseado em influências de supervalorização da tecnologia médica, colocam em segundo plano, dimensões fundamentais para a estruturação de um sistema público de saúde. Produz-se um sistema burocratizado, centrado em procedimentos ao invés de fundamentado na solidariedade e em relações sociais mais humanas.

Desse modo, ao pensar na profissão do psicólogo, vemos que as competências e habilidades importantes para que os psicólogos atuem no SUS, carecem de serem efetivamente trabalhadas nos cursos e incluídas nos currículos das universidades. No SUS, através da criação de variados equipamentos em que o psicólogo tem se inserido, existem milhares de profissionais atuando e uma infinidade de outras possibilidades de ação a serem exploradas (FERREIRA, 2010).

4.1 - A formação do psicólogo e sua atuação nas políticas públicas de saúde

No Brasil, a profissão de psicólogo foi reconhecida em 27 de agosto de 1962, sob a lei 4.119/62. O crescimento da profissão e as tendências inovadoras que vem acontecendo necessitam, segundo Bastos, Gondim e Borges (2010), de uma reflexão sobre os rumos que a Psicologia tem tomado e os desafios para a formação de novos psicólogos. É preciso garantir uma expansão do número de profissionais que seja acompanhada de uma qualidade de formação.

Dentro dessa perspectiva de expansão da atuação do psicólogo no Brasil, a saúde tem sido um campo de grande presença dos psicólogos. O psicólogo tem sido reconhecido como profissional de saúde de nível superior desde a resolução 218 de 1997 do Conselho Nacional de Saúde. De acordo com Bastos et al (2010, p.262), esse “novo domínio envolve uma significativa ampliação do escopo de atividades e contextos de inserção do psicólogo, nas unidades de saúde de diferentes níveis de atenção, nos setores público e privado”.

A inserção do psicólogo no SUS se dá no contexto da estruturação da Saúde Pública, enquanto área de atuação e campo de saber. Como a Saúde Pública se constitui à partir de diferentes perspectivas, existem as diferentes influências que vão fornecer a base para a constituição das práticas dos psicólogos neste campo. Como afirma Spink e Malta (2010), será possível perceber então uma heterogeneidade de modos de fazer dos psicólogos devido a esse fato.

Os psicólogos vem trabalhando no sistema público de saúde desde a criação do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, sistema anterior ao SUS. As atuações dos profissionais, nesse período inicial, estavam voltadas ao psicodiagnóstico e a orientação profissional que eram as práticas tradicionais da formação. Com o Movimento da Reforma Sanitária, que forneceu as bases para a construção do SUS e a reformulação das práticas de saúde, trarão uma reconfiguração para este setor. Os novos contextos criados a partir do SUS trouxeram desafios para a Psicologia, pois, de acordo com Spink e Malta (2010), os instrumentos de intervenção da Psicologia continuavam os mesmos do modelo anterior.

Nesse sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia (MEC/CNE/CES, 2011) reconhecem que um dos objetivos gerais da formação é dotar o profissional de habilidades no campo da saúde de modo que os profissionais devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde psicológica e psicossocial. A resolução salienta ainda que esta atuação se dê tanto em nível individual quanto coletivo e que os serviços prestados estejam orientados pela qualidade e por princípios da ética/bioética.

Nas falas, os psicólogos entrevistados percebem essa defasagem com relação à sua formação reconhecendo a dificuldade da universidade acompanhar as mudanças no campo das práticas:

Eu fiz a “Universidade X”, é uma universidade particular [...] A estrutura do curso é muito psicanalítica e muito distante da saúde mental, muito clínica mesmo (Psicólogo 3 – Comunidade Terapêutica, R1).

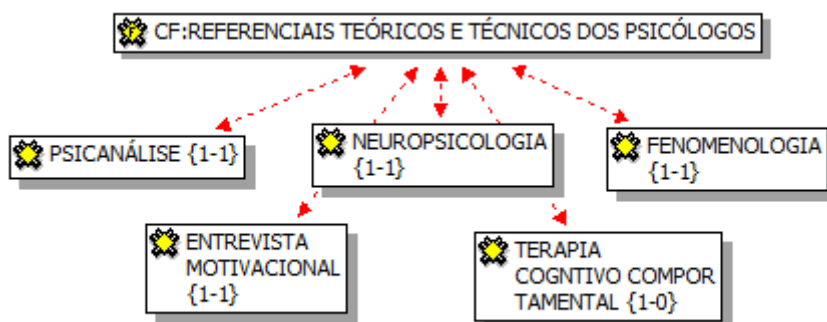
Os recursos que haviam sido me dados durante a formação eu acredito que ainda eram precários (Psicóloga 1 CAPS ad, R1)

Mesmo após as novas diretrizes observa-se ainda que os cursos universitários de Psicologia, particularmente os de graduação, não conseguiram acompanhar os novos desafios e a inventividade necessária para os novos contextos. É presente, ainda, a repetição dos padrões hegemônicos de formação voltados para a prática clínica nos consultórios privados.

No entanto, reconhecemos que hoje há uma maior permeabilidade a alguns temas como saúde mental, Psicologia Social e os cursos tem buscado refletir sobre seus currículos. Mesmo assim, cabe perguntar: A repercussão que a dependência de drogas tem trazido para a nossa sociedade trouxe impactos nos cursos de graduação em Psicologia? Que competências tem ajudado os psicólogos a intervirem nessa problemática?

Os entrevistados relatam que tem como base os seguintes referenciais para orientarem suas práticas conforme destacamos na figura a seguir:

Figura 4 - Referenciais teóricos dos psicólogos;



Fonte: Elaborado pelo autor

Desse modo, com relação aos referenciais teóricos utilizados pelos psicólogos entrevistados na pesquisa, percebemos uma presença de referenciais tradicionais como: a Psicanálise, a Fenomenologia e a Terapia Cognitivo Comportamental e a introdução de referências, que vem sendo valorizadas na atualidade, como a Neuropsicologia.

Então eu busquei uma formação, em Teoria Comportamental [...] e também, busquei uma outra formação, né? Em Fenomenologia.[...] Eu acabo bebendo mais, muito na fonte da fenomenologia, porque é algo que eu me sinto mais atraída [...] Mas também eu bebo em outras fontes, como a Psicanálise, ela acaba favorecendo um pouco, né? (Psicóloga 1 - CAPS ad, R7 e 12)

O Ronaldo Laranjeira, eu sou apaixonado pelo trabalho dele, mas a minha base tem treino e habilidades sociais, entrevista motivacional e a parte de Neuropsicologia (Psicólogo 3 – Comunidade Terapêutica, R11).

Percebemos que ainda necessitariam serem mais bem contemplados outros saberes que possam fornecer instrumentos teórico-metodológicos para este trabalho que envolve o conhecimento do território, as intervenções na comunidade e articulação com outras instituições da rede de apoio. Vemos que as competências nas áreas mais clássicas, como a clínica, são reconhecidas como mais desenvolvidas nos cursos, o que ainda revela o viés clínico presente em grande parte do nosso sistema de ensino em psicologia (BASTOS, GONDIM E BORGES, 2010).

Segundo Ferreira Neto (2010), ainda há uma tradição da formação em Psicologia no Brasil calcada em um modelo clássico de clínica, liberal, privada, curativa e individual, inspirado na clínica médica. Um dos exemplos é o modo como é conduzido o tratamento dos usuários por uma das psicólogas que relata sobre o enquadre característico da clínica privada no interior do serviço público.

A gente trabalha muito assim, você tá num intensivo, você tá vindo todos os dias [...] É pra tá vindo todos os dias e você não vem, eu faço contrato com eles no primeiro atendimento, né? Porque se ele falta duas vezes, né? Sem justificativa... Se ele vir... Informaram que não vêm, tudo bem, agora é o seguinte, eu não ligo, mas quando passa as vezes um mês, dois meses, já depois de oito atendimentos que era pra eles terem tido, a pessoa chega e diz olha eu quero ser atendido, eu digo: não é assim, a gente fez um acordo, né? Nosso acordo de atendimento, nosso contrato, onde duas faltas sem justificativa você tem que passar pelo acolhimento novamente, então você vai fazer o atendimento psicológico, mas você vai pro acolhimento e no acolhimento eles vão lhe direcionar, né? Porque às vezes eu já posso tá cheia novamente, né?(Psicóloga 2 – CAPS ad, R20)

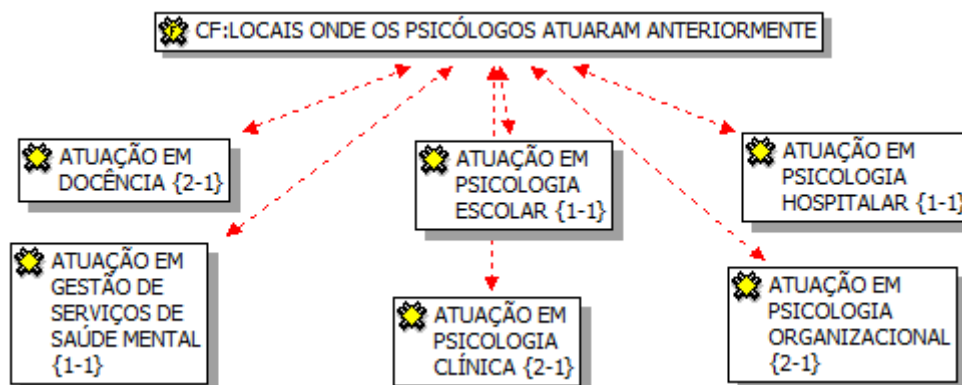
O SUS, por outro lado, tem provocado uma forte pressão política em favor da substituição de um padrão reducionista, centrado na doença, orientado para o hospital e para a especialização, por outro modelo que, segundo Almeida-Filho, (2011) deve ser mais humanista, orientado para a saúde, com foco nos cuidados de saúde primários e socialmente comprometido.

Em decorrência desse tipo de formação desconectada da realidade dos serviços e das demandas emergentes de novas formas de atuar, os psicólogos que entraram na rede pública, no início do SUS, se mostraram completamente despreparados para os novos desafios e serviços que encontraram, com uma forte tendência de reprodução do modelo hegemônico da clínica privada.

Podemos observar pela prática dos entrevistados que a própria inserção destes no campo profissional revela uma experiência anterior em equipamentos como hospitais, empresas e clínicas particulares. Cabe destacar aqui que, nestas instituições, o trabalho dos profissionais prescinde dessa relação com o território e com a comunidade de modo que não haveria esse tensionamento necessário da inserção do profissional na realidade social dos usuários como preconiza o SUS.

Os psicólogos atuaram em diferentes instituições antes de trabalharem nos CAPS ad e nas Comunidades Terapêuticas. Alguns deles continuam mantendo, atualmente, outras atividades paralelas, como atividades docentes e atendimentos em clínica particular de acordo com a Figura 5.

Figura 5: Locais de atuação dos psicólogos



Fonte: elaborado pelo autor.

De acordo com Bastos et al (2010), permanece uma tendência do psicólogo para combinar inserções em diferentes áreas da Psicologia. Na realidade, essa característica parece aprofundar-se e pode ser tomado como um indicador adicional de fragilidade do mercado de trabalho, mas também como uma característica de defesa ante o processo de precarização em que as profissões vem sofrendo, e que inclusive traz consequências subjetivas (AQUINO, 2008). Desse modo o psicólogo é levado a ter vários empregos ou trabalhos como podemos perceber nas falas abaixo.

A clínica sempre foi muito forte, mas eu pude experimentar outras passagens pela área organizacional e a área escolar (Psicóloga 1 - CAPS ad, R1).

Eu tive passagens pela parte hospitalar, mas na questão assim de voluntariado, depois dei um tempo voltei e na área organizacional, foi onde eu me dediquei mais [...] E fui para parte educacional (Psicóloga 2 – CAPS AD, R1).

Estagiei em alguns hospitais. [...] Eu ajudei a montar uma casa de recuperação (para adictos) [...] E a minha história é mais na clínica, que eu tenho outros trabalhos na Comunidade X e em algumas casas de recuperação (Psicólogo 3 – Comunidade Terapêutica, R1).

A combinação de vários trabalhos de tempo reduzido indica a estratégia que os psicólogos estabelecem de promover uma acumulação flexível já que há uma defasagem nos salários da categoria. Bastos et al (2010) afirma que esse é um indicador da

multiplicidade de possibilidades de trabalho que é desejada e mantida pelo psicólogo para poder exercitar conjuntos de competências e objetivos profissionais distintos. Além disso, a presença da atividade na área clínica continua sendo um indicador da importância que essa atividade tem para os profissionais.

Um aspecto observado é o de que nos CAPS ad, tem se preocupado em oferecer uma formação permanente através de cursos como afirma a psicóloga entrevistada: *“Participei do curso de atualização da prefeitura, né, pro CAPS, foi no começo desse ano, acho que foi no começo desse ano”* (Psicóloga 2 – CAPS AD, R 22).

Um outra fonte de formação dos profissionais presente neste serviço onde a entrevistada trabalha é a supervisão clínico institucional. A supervisão clínico-institucional é uma atividade de apoio na produção de novas maneiras de cuidar pelas equipes de saúde, que visa qualificação dos processos de trabalho e o aumento da eficácia terapêutica dos serviços substitutivos (BRASIL, 2007). No CAPS ad, embora não seja uma atividade regular, pois depende de incentivos financeiros de editais do Ministério da Saúde, a supervisão é vista como um importante apoio para a psicóloga:

(Falando sobre a supervisão clínico-institucional) Dá suporte a gente, pra gente entender a realidade, né? Pra gente entender o quê que pode acontecer, como é que as coisas se processam pra que a gente possa ter ferramentas pra conversar, pra orientar, né? Dá um norteador, né? (Psicóloga 2 – CAPS AD, R 24)

Na Comunidade Terapêutica, a formação continuada depende do próprio psicólogo que busca por si só, sem apoio formalizado da instituição, que busca garantir sua formação através de outras maneiras para o aperfeiçoamento do seu trabalho.

Eu sinto muita falta disso. [...] é muito solitário o trabalho da gente, porque eu não consigo achar um grupo de discussão dessa área que eu trabalho né. É difícil a gente conseguir entrar em um grupo de estudo focado em dependência química, saúde mental (Psicólogo 3 – Comunidade Terapêutica, R21).

Compreendemos com isso que os psicólogos destacam como de fundamental importância a iniciativa de formação continuada através dos cursos de atualização e pela oferta de supervisão clínico-institucional na potencialização do trabalho, pois reconhecem a necessidade de aperfeiçoamento e suporte para suas práticas. Como percebemos, desde aqui, os diferentes espaços de prática terão condições diferenciadas para que o psicólogo realize suas atividades. Veremos a seguir algumas peculiaridades desses espaços.

4.2 Espaços das práticas dos psicólogos no tratamento dos usuários de álcool e outras drogas no SUS

Há uma variedade de abordagens possíveis para os usuários de álcool e outras drogas. A evolução conceitual, advinda dos resultados das pesquisas sobre as causas que levam uma pessoa a ter problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas implicam como afirma Marques (2001), numa variedade de propostas de tratamento decorrentes destas explicações.

As propostas de atenção aos problemas decorrentes do uso do álcool e de outras drogas pela saúde pública tem sido uma construção caracterizada por diferentes concepções nos diferentes momentos históricos. No Brasil, nos anos anteriores a formulação da Política do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003), muitas iniciativas foram sendo construídas ligadas por ações da iniciativa privada e algumas outras no âmbito das universidades. O campo das práticas de assistência a saúde, se constitui, portanto, como um espaço diversificado, visto existirem diferentes perspectivas de abordagem.

Os psicólogos que atuam nas políticas públicas sobre drogas se inserem nesse contexto. De acordo com os dados do CREPOP (2009) sobre a atuação dos psicólogos nas políticas de álcool e outras drogas, 71,2 % dos psicólogos trabalham em instituições públicas, 15,2 % em instituições não governamentais e 13,6% em organizações privadas. De todas as instituições em que eles trabalham destacamos que existem 17,2 % desses psicólogos em CAPS ad e outros 5,9 % trabalhando em Comunidades Terapêuticas.

Essa crescente participação dos psicólogos indica uma diversidade de posturas de atuação. No âmbito das instituições públicas os psicólogos, devem se guiar pelas diretrizes do SUS. No âmbito das instituições privadas e filantrópicas, as diretrizes com frequência assumem outras feições. Desse modo, encontraremos um terreno de diferentes propostas de atuação sobre a questão das drogas inclusive com fortes divergências ideológicas sobre essas formas de atuação.

Nos CAPS ad e nas Comunidades Terapêuticas, os psicólogos trabalham com outros profissionais que compõem as equipes de cada instituição. Caracteriza-se a seguir

algumas peculiaridades do funcionamento dessas instituições a fim de produzir as reflexões sobre as práticas dos psicólogos nesses contextos.

4.2.1. Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPS ad

Os psicólogos estão nos CAPS ad como profissionais que compõem a equipe mínima dos serviços tal como é especificado pela Portaria 336 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004). Este deve trabalhar de maneira intersetorial, colaborando com outros profissionais de especialidades diversas. Em Fortaleza, existem 06 CAPS ad, onde pelo menos dois psicólogos trabalham em cada um destes.

Os Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas - CAPS ad são equipamentos públicos destinados exclusivamente para usuários com transtornos mentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Eles devem realizar intervenções que busquem desestigmatizar preconceitos, quanto ao tratamento e devem estar apoiados a uma rede de leitos psiquiátricos disponíveis em hospitais gerais e outras práticas como internação domiciliar e inserção comunitária de serviços. Devem, ainda, estimular a integração social e familiar dos usuários e apoiá-los na sua busca de autonomia buscando integrar o usuário ao seu território (BRASIL, 2004).

O CAPS é um modelo que foi pensado para os transtornos mentais severos e persistentes e posteriormente foram instituídas subdivisões em especialidades mantendo uma estrutura comum de princípios. A história da implantação dos CAPS teve seu início em 1986, com o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo. Este modelo de assistência teve forte influência do movimento de trabalhadores de saúde mental que denunciaram o descaso e a violência dispensados aos usuários nos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004).

Sendo um equipamento do SUS, o CAPS se orienta pelos princípios da universalidade do acesso e da integralidade do cuidado. Desse modo reconhecem que o sujeito não é um amontoado de partes e tem demandas que devem ser entendidas em sua complexidade. Além disso, o sujeito deve ser atendido numa perspectiva de garantia da equidade, de modo que todos sejam tratados da mesma forma, resguardadas suas necessidades singulares. Os serviços devem acontecer de maneira descentralizada

ocorrendo em lugares o mais próximo possível dos usuários. O controle social exercido por usuários, familiares e sociedade em geral, é outra característica deste serviço para que se possa garantir a participação de todos na elaboração do serviço.

Além disso, estes novos serviços que devem utilizar-se das lógicas do território e das redes devem se valer também das estratégias da Redução de Danos (BRASIL, 2003). Desse modo, o trabalho do CAPS ad implica necessariamente a inserção comunitária e o oferecimento de atividades variadas com propostas flexíveis e que não tenham a abstinência total como única meta possível para o tratamento.

Os CAPS ad são criados como equipamentos de referência para essa demanda oferecendo uma resposta da saúde pública. Recebem a missão de pôr em prática essa modalidade de atendimento propondo práticas que resgatem o sujeito perdido entre os moralismos e reducionismos biologicistas. Esses dispositivos procuram ofertar cuidados em saúde mental num perspectiva integral prezando pela permanência dos sujeitos em seus locais de residência, promovendo a formação de vínculos e buscando a garantia de direitos (SALES; DIMENSTEIN, 2009).

Seguindo as normatizações da Portaria SAS 305/2002 (BRASIL, 2004) as atividades desenvolvidas devem ser:

- Atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;
- Atividades educativas e preventivas na unidade e na comunidade;
- Orientação profissional;
- Acolhimento/observação/repouso/desintoxicação para pacientes que necessitem de acompanhamento sem apresentar um quadro severo de abstinência ou outro problema decorrente que implique na necessidade de ser encaminhado para hospital geral;
- Encaminhamento, quando as condições clínicas o exigirem, dos pacientes para internação em hospital geral de referência devidamente acreditado pelo gestor local, e acompanhamento dos pacientes durante sua internação.
- Tratamento medicamentoso: tratamento realizado com remédios chamados medicamentos psicoativos ou psicofármacos.
- Atendimento a grupo de familiares: reunião de famílias para criar laços de solidariedade entre elas, discutir problemas em comum, enfrentar as situações difíceis, receber orientação sobre diagnóstico e sobre sua participação no projeto terapêutico.

- Atendimento individualizado a famílias: atendimentos a uma família ou a membro de uma família que precise de orientação e acompanhamento em situações rotineiras, ou em momentos críticos.
- Orientação: conversa e assessoramento individual ou em grupo sobre algum tema específico, por exemplo, o uso de drogas.
- Atendimento psicoterápico: encontros individuais ou em grupo onde são utilizados os conhecimentos e as técnicas da psicoterapia.

Na atualidade, a implantação dos CAPS em todo o território nacional vem crescendo em quantidade. Nesse sentido, como observa Campos (2005), o ideal proposto pelo SUS deve avançar além da simples implementação de novos serviços e novas instituições e por isso a formação permanente dessas equipes deve ser contemplada através de diferentes dispositivos. Por isso, é preciso observar as dificuldades surgidas nesse percurso.

Os próprios entrevistados que trabalham no CAPS reconhecem que a implantação não assegurou a revolução que pretendiam essas novas estruturas preconizadas pela Reforma Psiquiátrica.

À época, isso (referindo-se a realidade dos CAPS) me chamou muito atenção, parecia mais um ambulatório psiquiátrico do que mesmo um dispositivo alternativo dentro da proposta da Reforma, né? (Psicóloga 1-CAPS ad, R1)

Vasconcelos (2012) afirma que as dificuldades dos CAPS, e inclusive o CAPS ad, em oferecer resposta às situações de crise, colocam em cheque sua efetividade devido ao reconhecido déficit de leitos de atenção integral. Ou seja, ainda não se dispõe de leitos suficientes em hospitais ou outros equipamentos para que haja uma atenção efetiva ocasionando um descrédito quanto à efetividade dos CAPS.

Essas limitações estruturais relativas à incapacidade de prover assistência intensiva aos usuários vem criando um “vazio assistencial” (VASCONCELOS, 2012) que tem impedido estes equipamentos de se colocarem como realmente substitutivos ao modelo hospitalar.

Percebe-se com essas evidências que o ideal de tornar o CAPS ad como uma assistência pública gratuita ainda necessita de maiores investimentos. Segundo Amarante (2011), para que estes serviços possam responder efetivamente ao problema das drogas, devem ter um verdadeiro investimento, não apenas na implantação de mais

unidades, mas na formação de profissionais, na remuneração adequada dos mesmos, na supervisão e na garantia de recursos e insumos básicos.

4.2.2. – Comunidades Terapêuticas – CT

Em Fortaleza há um crescente número de Comunidades Terapêuticas e ainda há pouco conhecimento sobre a quantidade e o funcionamento de algumas delas. A Secretaria Municipal de Saúde tem atualmente 06 CTs credenciadas, que recebem financiamento público e há uma preocupação em aumentar a oferta desses leitos. A maioria das Comunidades fica localizada na região metropolitana de Fortaleza em lugares afastados.

Nas Comunidades Terapêuticas, embora não seja obrigatória a presença do psicólogo, constatamos através dos contatos realizados para a realização da pesquisa que em todas as comunidades credenciadas ao SUS existe pelo menos um psicólogo trabalhando junto à equipe. Tendo em vista compreender a participação dos psicólogos nesses espaços destaca-se a seguir algumas particularidades desse modelo de tratamento ofertado.

A Comunidade Terapêutica para tratamento de substâncias psicoativas é definida da seguinte maneira:

Define-se a CT como uma abordagem de auto ajuda – ainda que autenticamente social e psicológica. O termo “terapêutico” denota as metas sociais e psicológicas da CT, a saber, alterar o estilo de vida e a identidade do indivíduo. O termo “comunidade” denota o método – ou abordagem – primário empregado para alcançar a meta da mudança individual. A comunidade é usada com vistas a curar emocionalmente dos indivíduos e educá-los nos comportamentos, atitudes e valores de uma vida saudável (FRACASSO, 2011, p.31).

Este modelo de tratamento se constituiu à partir de leigos e ex-dependentes de drogas. De início, não havia participação de profissionais de nível superior como médicos ou psicólogos. Segundo Schitar (1985), sua origem se daria na Inglaterra, visto a longa tradição de tentativas de renovação institucional psiquiátrica que teve John Conolly e Maxwell Jones, como precursores destas ideias. Inicialmente as CTs destinavam-se as pessoas com sofrimento mental. Maxwell Jones tornou-se uma

referência sobre a Comunidade Terapêutica, tendo suas ideias e sua maneira de abordar o problema institucional bem recebida em outros países.

Outros fatores que contribuíram para o surgimento desse tipo de tratamento foram os impactos da Segunda Guerra Mundial, com o grande número de casos para atender e o desgaste de psiquiatras e enfermeiros, que provocou a necessidade das instituições psiquiátricas realizarem um trabalho maior contando com um número menor de pessoas. Além disso, outros estudiosos como Schwartz, Stanton e Goffman contribuíram para que se pensasse numa reforma das estruturas organizacionais dos manicômios pelos efeitos nocivos na vida dos indivíduos (SCHITAR, 1985).

De acordo com Rotelli (1991), o modelo da comunidade terapêutica psiquiátrica nasce como experiência de promoção da subjetividade das pessoas, promovendo a reflexão coletiva e participação dos usuários valorizando o compartilhamento das histórias subjetivas. A Reforma Psiquiátrica brasileira por encontrar suas bases nas ideias provenientes da psiquiatria democrática italiana também incorporou esses princípios na estruturação dos novos serviços substitutivos aos manicômios. Portanto, poderia se pensar assim que de alguma forma os CAPS são herdeiros de alguns desses princípios da CT psiquiátrica de origem inglesa.

No que diz respeito às evoluções posteriores das CT's, alguns autores apresentam que um desses desdobramentos foi o desenvolvimento de comunidades exclusivas para o tratamento de dependentes de álcool e outras drogas. Como afirma Goti (2003), a referência da comunidade terapêutica para usuários de drogas tem seu início em 1958 com Charles Dederich, um ex-integrante dos Alcoólicos Anônimos – AA, que fundou a Comunidade Synanon nos Estados Unidos.

A experiência do tratamento na Comunidade Synanon trouxe uma observação de que era possível conseguir a abstinência de substâncias sem intervenção médica dando credibilidade a este trabalho. Nessa comunidade, além dos usuários de álcool, foi ampliado o atendimento para dependentes de heroína. Após alguns anos haveria um crescimento dessas experiências com as CT e outras experiências surgiram como a Comunidade “Daytop” em 1960 nos Estados Unidos, que obteve destaque na história da consolidação deste modelo.

O êxito conseguido pelas comunidades terapêuticas as colocaram num lugar paradigmático no tratamento de dependes de drogas visto alcançarem resultados como a abstinência de drogas por alguns de seus integrantes sem o uso de medicamentos ou presença de profissionais (FRACASSO, 2011).

No caso da Comunidade Synanon, o fato de alguns integrantes terem passado por longos tratamentos psicoterápicos, que foram interpretados como frustrantes e não exitosos, criou uma tendência em não incluir a Psicologia na rotina das comunidades. Só com o passar dos anos, foi que os profissionais começaram a fazer experiências profissionais integrando-se às equipes, aprendendo do método, contribuindo e adaptando suas técnicas. Desse modo, essa cooperação fez com que houvesse uma maior receptividade dos profissionais pela CT (GOTI, 2003).

As Comunidades Terapêuticas expandiram-se de uma maneira mais expressiva no Brasil por volta de 1990 com o intuito de oferecer cuidados aos usuários de álcool e outras drogas, diante da ausência de equipamentos públicos e suporte para eles e suas famílias na busca de tratamento. (MACHADO; MIRANDA, 2007).

De acordo com Fracasso (2008), a primeira Comunidade Terapêutica no Brasil foi o “Desafio Jovem”, oriunda de um movimento religioso coordenado por um pastor, sendo criada por volta de 1968 na cidade de Goiânia. Posteriormente, teria sido criada em 1978 a “Comunidade Terapêutica Senhor Jesus”, também ligada à um movimento religioso coordenado pelo Padre Haroldo Rham, missionário americano na cidade de Campinas.

Observamos, a partir disso, que esse modelo de tratamento teve desde suas origens influências religiosas em suas bases e na atualidade há um crescimento do número de comunidades em todo o território nacional com essa influência. A proposta das CTs tem em seus objetivos uma recuperação, que é pensada de maneira global, e segundo Goti (2003), a motivação pessoal e a abstinência de substâncias são pré-requisitos fundamentais para o sucesso terapêutico. O tratamento deve reproduzir a realidade exterior da melhor forma possível para facilitar a reinserção dos sujeitos (FRACASSO, 2008).

As CTs recentemente foram incluídas pelo Ministério da Saúde, através da portaria 131 de 26 de janeiro de 2012 para receberem financiamento público por suas

atividades com o intuito de incrementar as ações de enfrentamento aos problemas com o crack no país (BRASIL, 2012). Tal inclusão tem levantado polêmicas encontrando resistências de profissionais e entidades ligadas ao movimento da Reforma Psiquiátrica.

Dentre os argumentos contrários ao financiamento público, aponta-se que a decisão do governo contraria as deliberações da 14ª Conferência Nacional de Saúde que indicam que o financiamento público destinado a estas instituições seria uma nova forma de privatização da assistência em saúde (CNS, 2012) e contraria, também, a decisão da 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental que afirma a decisão de não remuneração destes serviços (CNS, 2010) por entenderem a necessidade de fortalecer os serviços substitutivos criados pelo SUS.

Além disso, estudos como o de Fiestas e Ponce (2012) sobre a eficácia das Comunidades Terapêuticas perceberam que não há, ainda, suficientes evidências que comprovem a superioridade desse modelo de tratamento em relação aos outros tratamentos. Os estudos evidenciaram que há uma variedade de espaços onde este modelo é aplicado levando a necessidade de estudos mais aprofundados sobre este assunto. Percebe-se assim que este é um campo a ser melhor estudado e compreendido para contribuir com avanços para subsidiar as decisões tomadas nas políticas públicas.

4.2.3 Práticas desenvolvidas pelos psicólogos nos CAPS ad e nas Comunidades Terapêuticas

Vemos, a partir da descrição dos locais de prática, que existem diferentes dinâmicas e modos singulares das instituições nas quais os psicólogos se inserem. Pretendemos descrever, a seguir, algumas práticas relatadas pelos psicólogos em seus trabalhos buscando analisar algumas implicações pertinentes.

É preciso observar que essas práticas dos psicólogos não se produzem num vácuo, mas contextualizadas e amparadas em determinadas concepções que supomos estarem baseadas nos sentidos atribuídos ao uso de álcool e outras drogas e como estes percebem o usuário, a dependência e a cura.

Essa reflexão é importante para pensarmos as práticas de assistência, pois:

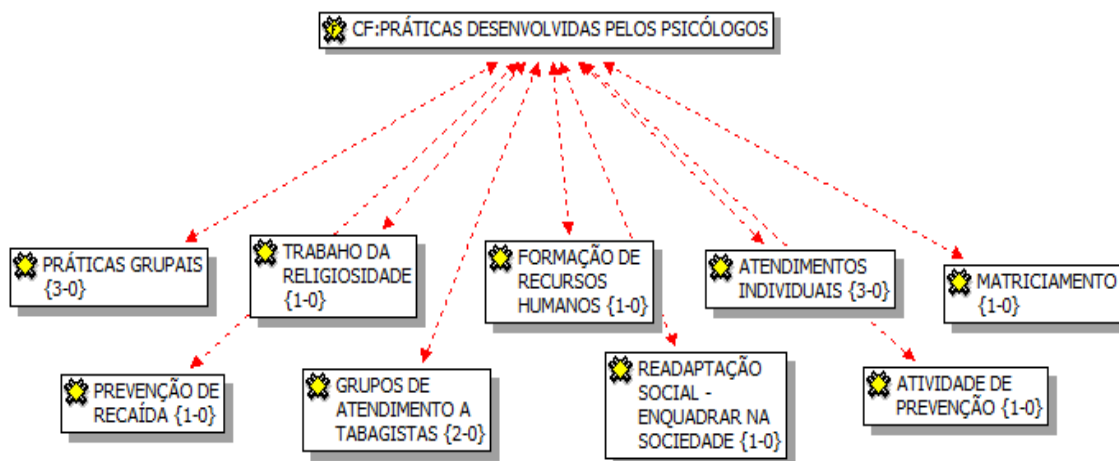
Toda prática em saúde seja ela individual ou institucional, apresenta um conjunto de concepções que lhe garante sustentação teórica e epistemológica. Embora nem sempre estejam explícitas elas norteiam o fazer instrumental com base em uma determinada racionalidade ou compreensão do processo saúde doença, normalidade/anormalidade (SCHNEIDER; LIMA, 2011, p. 171)

A compreensão dessa perspectiva permite observar como os psicólogos em suas vivências práticas de seus serviços utilizam elementos dessas concepções, pois sabemos, como aponta Schneider (2010), que as formas de compreensão construídas pelos homens, são desdobramentos dos processos históricos e tais concepções construídas de maneira singular são apropriadas pelos coletivos sociais.

Desse modo, compreendemos que há a necessidade de analisar as articulações que se dão destes sentidos com outras fontes de informação que derivam da formação recebida na universidade e suas vivências pessoais na assistência aos usuários de álcool e outras drogas.

Dentre as práticas realizadas pelos psicólogos dos CAPS ad e das CTs analisadas destacamos as descritas por eles em sua rotina de trabalho conforme Figura 6:

Figura 6 – Práticas desenvolvidas pelos psicólogos



Fonte: elaborado pelo autor

Dentre estas práticas, os atendimentos individuais são mencionados por todos os psicólogos, inclusive destacando sua importância frente a outros atendimentos:

Psicoterapia de grupo, né? E também atendimentos individuais até pra poder dar um certo suporte antes de entrarem para o grupo [...] grupos, assim, focados em prevenção de recaída [...] Grupos de tabagismo, né? E eu faço como agente de matriciamento, que eu faço uma atividade diferenciada, que é sair do CAPS, vou às unidades (Psicóloga 1 CAPS ad, R7).

Aqui eu faço atendimento individual, faço acompanhamento do grupo de tabagismo, né? Com a Redução de Danos, fazemos eu e a enfermeira [...] a gente trabalha prevenção de recaídas (Psicóloga 1 CAPS ad, R14).

Eu tenho um grupo terapêutico [...] Aí a gente trabalha também prevenção de recaída, planejamento de vida [...] Individualmente a gente faz alguns aconselhamentos (Psicólogo 3 – Comunidade Terapêutica, R5).

Chama a atenção que, concomitante aos atendimentos individuais, as atividades de grupo também se destacam. Os psicólogos do CAPS ad sublinham a participação de outros profissionais trabalhando junto a eles e relatam também a prática do matriciamento e de Redução de Danos.

Sobre as práticas de grupo observamos também que algumas delas aparecem como uma resposta à grande demanda de atendimento psicológico que nem sempre podem ser supridas pelo psicólogo. Um dos entrevistados prefere nomear seus atendimentos individuais como aconselhamento dado a natureza esporádica com que acontecem esses encontros.

A gente não consegue fazer atendimentos, porque pra eu ter atendimento eu teria que ter uma frequência, e eu não consigo ter uma frequência, eu só consigo ter um horário com o paciente hoje e eu não sei quando eu vou encontrar de novo esse paciente (Psicólogo 3 – Comunidade Terapêutica, R5).

Ferreira Neto (2010) descreve como um dos entraves na produção das práticas dos psicólogos aquilo que seria um certo “preconceito tecnológico”. Esse preconceito seria a reprodução de práticas tradicionais da psicologia de modo que haveria uma dificuldade em desenvolver ações que ultrapassem o repertório obtido pela formação. Percebe-se que as atividades desenvolvidas se apresentam como um padrão que são realizadas quase todas no interior das instituições.

Na fala de um dos psicólogos do CAPS ad, se destaca a forma como estas atividades são vistas como compondo uma cartilha deixando parecer pouco espaço para a criação e a inventividade. *“E faço aquilo que é o “Bê-a-bá” dentro do CAPS. [...] É avaliação de plano terapêutico, anamnese, acolhida ... (Psicóloga 1 - CAPS ad, R7).*

Desse modo esse roteiro prescrito pelas normatizações que organizam o serviço são tidos como as atividades essenciais.

O que se pode observar também é que a maioria destas práticas tem como foco principal o objetivo da manutenção da abstinência pelo sujeito, mesmo quando esse trabalho é realizado no CAPS ad que, a priori, não teria este como um dos seus objetivos principais. O papel do psicólogo nesta atividade é oferecer estratégias para o sujeito se manter abstinente.

Estratégias assim, como que eu posso evitar, o que me leva a usar, né? O que eu posso identificar que eu tô seguro, que eu tô bem, como é que eu posso me auto afirmar nisso. O que é que eu [...] posso me trabalhar, pra chegar ao fim de semana alguém me oferecer [...] e eu dizer que não (Psicóloga 2 – CAPS ad, R 15).

Outra das atividades citadas, desenvolvidas na Comunidade Terapêutica por um dos entrevistados, é a reinserção social que é tomada como “readaptação social”, realizada após a internação, sendo definida da seguinte maneira.

O que pode acontecer depois disso né (refere-se à internação) é a readaptação social. Não é a questão de voltar pro trabalho, é a questão de facilitar as habilidades sociais do paciente pra que ele consiga se enquadrar na sociedade de novo, tirar os trejeitos de uso, o modo de andar, o modo de falar, postura, o olhar, isso tudo a gente vai trabalhando (Psicólogo 3 – Comunidade Terapêutica, R5).

A compreensão da inserção social é percebida por este psicólogo como algo que se processa a partir do indivíduo e da mudança de seu jeito de se apresentar frente aos outros. A sociedade é vista aqui como tendo certos padrões de identidade nos quais os sujeitos devem se adaptar, quando se desviam dela. Essa concepção do psicólogo 3 parte do pressuposto de que o dependente de drogas possuiria um tipo de personalidade com características de um perfil comum aos demais adictos.

Garbi et al (2012) criticam essa visão, pois muitas vezes essas definições a priori sobre o adicto levariam os usuários a se conformarem a um perfil. Desse modo, o psicólogo estaria a serviço de uma correção de hábitos do sujeito que o colocam numa situação contrastante com o reconhecimento da singularidade.

Sendo assim, a identidade do drogadito é percebida, enquanto uma identidade desviante frente às identidades hegemônicas (CASTRILLON, 2008). Isso implicaria ao psicólogo um papel de legitimador de identidades e não de promotor de novas formas de ser e estar no mundo (MARTINS, FEITOSA, LIMA, BONFIM, 2012).

Um outro aspecto a ser problematizado e que merece um aprofundamento posterior é a dimensão religiosa no tratamento e a forma como o psicólogo se apropria disso. A dimensão religiosa é algo muito presente de maneira explícita nas Comunidades Terapêuticas em Fortaleza embora não sejam, no entanto, uma exclusividade desta instituição.

Salientamos que essa dimensão também pode ser observada nos CAPS ad, mas se apresenta de maneira mais perceptível nas CTs tendo em vista que a CT onde um dos psicólogos trabalha e outras 04 CTs das 06 credenciadas pela Secretaria Municipal de Saúde são de orientação religiosa evangélica ou católica. Um dos entrevistados relata como contempla essa dimensão em sua prática:

Quê que a gente trabalha nos grupos: primeiro a questão da religiosidade, que não é religião, é como eles se olham, como eles se acreditam, fortalecer essa crença que eles trabalham lá, que é uma casa evangélica, então isso é muito forte. Então a gente vai conseguindo botar um trabalho onde isso vai se fortalecendo e vão criando as crenças mais racionais que vão fortalecendo eles (Psicólogo 3 – Comunidade Terapêutica, R5).

A religião da instituição não parece ser um empecilho ou problema para o trabalho do psicólogo entrevistado, pois este acredita que esta pode ser um viés onde se introduzem outras crenças que auxiliem o sujeito no seu tratamento. Percebemos mesmo assim que a religião da instituição se impõe na rotina de trabalho do psicólogo, pois este a percebe como muito forte. Embora a religiosidade possa ser um elemento a ser trabalhado pelo psicólogo para potencializar o processo saúde-doença consideramos problemático quando uma única religião ou prática religiosa se impõe numa instituição. Além disso consideramos problemático o financiamento de políticas públicas estar atrelado à instituições com princípios religiosos particulares.

Evidenciamos aqui o que Castrillon (2008), percebe sobre a convivência de diferentes modelos nas CTs onde se mesclam práticas psicoterapêuticas e práticas religiosas com uma variedade de modelos identitários para os sujeitos em tratamento. Desse modo, percebemos que embora haja o reconhecimento de que não há a imposição de um credo religioso, o tratamento dispensado pelo psicólogo na CT toma como um elemento constituinte uma espécie de conversão do sujeito. A busca de um tipo de caminho espiritual estaria muito presente e fortalecida nestas práticas e o psicólogo acaba fomentando isso.

Dentre outras coisas, os psicólogos também produzem práticas que tem como objetivo a formação de recursos humanos dentro da instituição, especificamente na Comunidade Terapêutica como afirma o Psicólogo 3 que relata sobre “[...] *cursos que a gente faz dentro da Comunidade Terapêutica. A gente acaba dando treinamento pra toda a equipe de base né*” (Psicólogo 3 - Comunidade terapêutica, R5).

Um coisa que se destaca ao observamos as práticas produzidas pelos psicólogos é que não se visualiza uma ação sobre a natureza das determinações sociais que atravessam as condições de saúde e o uso de drogas, mesmo sendo reconhecido, através do discurso visto anteriormente no capítulo 3, quando se falou sobre a concepção sobre o uso de drogas. Apesar de se compreender a natureza social do problema não há grandes alterações na atuação dos psicólogos para uma intervenção mais abrangente na realidade dos sujeitos.

Segundo Oliveira e Ronzani (2012) muitos dos profissionais, independentemente do modelo de percepção, não desenvolvem atividades ou abordagens preventivas em relação ao consumo de álcool e outras drogas e quase nunca tem desenvolvido palestras ou orientações para o consumo de álcool ou outras drogas. Notamos que apenas um dos entrevistados referiu fazer esse tipo de trabalho.

Eu coloco-me à disposição pra situações que, onde haja uma demanda, por exemplo numa empresa, dentro de uma semana de prevenção de acidente de trabalho, que eu possa falar um pouco sobre a questão da adicção, os espaços de tratamento, né? Qual a concepção desses dispositivos, né? E também nas escolas, né? Pra trabalhar com grupos de adolescentes numa perspectiva educativa mesmo para uso né? da droga, porque ela tá aí né? Então a gente tem que falar... (Psicóloga 1 CAPS ad , R8)

Apesar de não tratar-se de uma pesquisa que dê conta da extensão do fenômeno, por não ser este um dos objetivos aqui tratados, se evidencia a necessidade de uma formação mais ampla dos profissionais para trabalhar dentro da perspectiva de prevenção e de promoção de saúde.

Percebemos a importância que estas atividades tem para reduzir o estigma. Como afirma Oliveira et al (2013) este tipo de ação pode promover uma formação que contribua para dissipar os mitos sobre a doença mental, aumentar as interações entre os usuários e a comunidade onde vivem, promovendo mudanças de atitudes. Vemos também que existe uma necessidade de avaliar essas ações interventivas para que estas

possam ter efetividade e ganhem importância nas rotinas dos profissionais e não sejam atividades esporádicas.

Um outro aspecto necessário de ser observado é que o psicólogo não dispõe de muito tempo nas instituições e não há um replanejamento das atividades tendo em vista esta limitação. Sendo assim ele pouco desenvolve atividades que facilitem o retorno dos sujeitos aos seus territórios de origem. Não há, com base na descrição do trabalho dos entrevistados, nenhum trabalho que facilite essa reinserção. Como afirma Lancetti (2008) se ensina a estar em abstinência, mas muitas vezes não se prepara o sujeito para a vida.

Na CT o modo como é compreendida e trabalhada a sociabilidade é desenvolvida de modo apartado da realidade. Estimula-se a socialização, mas no interior da instituição. Percebendo isso salientamos a necessidade de reflexão sobre este fazer, visto que a produção de uma prática sem problematização e reflexão poderiam estar trazendo uma propensão dos psicólogos se colocarem a serviço do controle de condutas da população ao invés de criar espaços de produção e afirmação e direitos (MACEDO; DIMENSTEIN, 2011).

A relação das práticas dos psicólogos com as diretrizes do SUS é um elemento que traz também algumas evidências interessantes. O conhecimento em torno dos princípios e diretrizes ainda é incipiente entre os psicólogos, tanto das CTs como do CAPS ad. Isto indica ainda a pouca apropriação destes conceitos e suas operacionalizações mesmo que alguns reconheçam sua importância. Uma das psicólogas comenta sobre a importância das políticas oficiais para situar melhor seu trabalho e comenta que inicialmente não havia dado tanta importância.

Elas são (as políticas oficiais), o pontapé inicial pra gente poder compreender como é que a gente se situa [...] dentro de um dispositivo CAPS, né? [...] de um tempo pra cá [...]Jeu estou mais afeita a ler as portarias, a me situar [...] principalmente depois que eu comecei a fazer os EADs do SUPERA, do curso para lideranças comunitárias? Porque aí eu compreendi, assim, a, que eu estava esquecendo do lado político (Psicóloga 1 - CAPS ad , R13)

O papel político é aqui destacado como o conhecimento sobre as políticas que fundamentam os serviços. Há o reconhecimento da necessidade de compreender estas diretrizes e buscar a transposição destas para as práticas no cotidiano dos serviços. A

ausência da discussão da política como uma atividade cotidiana e de mobilização para a crítica e a transformação da sociedade é uma ausência que aponta para uma atrofia dessa outra dimensão da política no trabalho na atenção psicossocial.

Além disso, um outro aspecto é percepção, por um dos entrevistados, do SUS como um arranjo organizacional de instituições de saúde. Embora essa seja uma das dimensões do sistema, falta o conhecimento aprofundado sobre as diretrizes e sua operacionalização, principalmente por causa da forma como as CTs vem sendo incluídas com pouca discussão e um acompanhamento ainda precário por parte da gestão da saúde.

Eu gosto muito do sistema, porque o sistema do SUS é bem dividido. O problema é que as Casas de recuperação hoje, a gente diz que ela entrou no sistema do SUS né, mas na realidade elas não estão. A gente está recebendo paciente do SUS, mas no momento que dá o retorno, [...] a gente tem muita dificuldade reencaminhar esse paciente da casa de recuperação para o CAPS. A comunicação de chegada é mais fácil, a comunicação de saída da nossa instituição pra outras áreas de SUS 'tá' sendo bem complicado (Psicólogo Comunidade Terapêutica - 3, R12).

No âmbito da CT, a discussão precisa ser mais aprofundada segundo o psicólogo, pois segundo ele, não estaria havendo um diálogo que pudesse enriquecer essas instituições à luz das diretrizes da saúde pública brasileira.

Em meio ao seu trabalho junto aos usuários acrescentam-se também as dificuldades das mais variadas ordens que trazem empecilhos para o trabalho dos psicólogos nos CAPS ad e nas CTs. Os psicólogos relatam algumas dificuldades que enfrentam em suas atividades como o pouco tempo que dispõem para a realização de seus trabalhos.

Este contexto de trabalho dos psicólogos no SUS, seja nos CAPS ad ou seja nas CTs, trazem vários desafios para a Psicologia. Destacamos a necessidade de construir saberes mais alinhados aos valores e ideais do SUS, já que os profissionais são atores privilegiados no papel de construir o sistema público de saúde (SPINK; MALTA, 2010). Sabendo também que este não é um compromisso exclusivo da Psicologia, mas de todas as profissões de saúde.

Sugerimos ainda a necessidade de superar práticas dissociadas dos contextos sócio-sanitários e focadas na integralidade do sujeito. Como afirma Ferreira (2010) a ampliação da ação dos psicólogos nas equipes de saúde mental deve ir para além da

clínica, sem, entretanto, desprezar sua relevância. Desse modo acreditamos que ampliando o olhar para além da preocupação exclusiva com os tipos de substâncias psicoativas utilizadas ampliaremos as possibilidades de práticas que deem conta da complexidade da dependência de drogas.

Ainda assim é necessário que os psicólogos conheçam melhor as políticas que baseiam suas práticas no interior do SUS e que a formação permanente possa contemplar as atualizações e reflexões sobre as possibilidades de efetivação destas políticas. Embora as políticas sejam muito amplas e não ofereçam referências práticas é preciso que as práticas construídas surjam dessa leitura e da compreensão das diretrizes que as sustentam.

Outro fator de fundamental importância para a profissão será também um desafio na promoção de condições dignas de trabalho e uma organização de referências práticas para a realização das atividades do psicólogo como de todos os profissionais da saúde pública brasileira. Percebemos uma necessidade de que estas práticas ampliem seus objetivos para alcançar outras dimensões da vida do sujeito com problemas decorrentes da dependência de drogas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema da assistência aos usuários de álcool e outras drogas no SUS foi debatido neste estudo a partir do trabalho dos psicólogos, embora essa questão possa ser mais ampliada a partir de outras categorias profissionais que são convocadas a dar sua contribuição nesta área. Na efetivação destas políticas, os profissionais ocupam um papel fundamental nessa transposição.

Vemos que há ainda muito que desenvolver, avaliar e compreender neste campo complexo que é o campo da assistência à saúde dos usuários de drogas em nossa sociedade. Reconhecemos isso como um reflexo do atraso histórico na resposta que a saúde pública de nosso país relegou esta problemática.

Compreendemos que é de fundamental importância problematizar as diferentes profissões e suas práticas para que possam promover uma postura mais acolhedora e mais competente na promoção da saúde e no tratamento destes usuários. Além disso, caberiam análises posteriores sobre uma avaliação das condições dos serviços para que este panorama possa também apontar em que direção a gestão dos serviços e do próprio SUS deve caminhar no sentido de incrementar e fortalecer estes equipamentos.

Buscando responder sobre como a compreensão dos psicólogos entrevistados interferem no direcionamento das práticas podemos tecer algumas considerações que foram postas a partir dos objetivos desta pesquisa.

Com relação ao primeiro objetivo específico que foi “compreender os sentidos que os psicólogos atribuem ao uso de álcool e outras drogas em suas práticas”, percebemos que essa compreensão está ligada a uma visão das substâncias como algo sendo essencialmente negativo e como tendo propriedades capazes de exercer um poder sobre o sujeito favorecendo o consumo de outras substâncias como uma “porta de entrada”.

Como foi relatado por nossos entrevistados, ainda que fossem destacados a influência dos aspectos sociais na compreensão do fenômeno das drogas como um “sintoma social”, característico de um modo de vida baseado no consumo, as implicações no campo das práticas ainda não conseguiram avançar suficientemente em direção a essa dimensão. E não avançam por vários motivos como a carga horária

reduzida, em detrimento de uma demanda maior que a capacidade de atendimento, além da falta de referenciais teórico-metodológicos que sustentem esse tipo de trabalho.

Destacamos a compreensão de um de nossos entrevistados sobre a dependência de drogas como “doença que não tem cura”. Desse modo, questionamos se essa compreensão não estaria ajudando a produzir aí um sujeito impotente, tutelado, colaborando com a estigmatização dessa condição. A própria concepção de cura e suas possíveis expressões num tratamento destinado a esse público mereceriam maior problematização por parte dos psicólogos.

Embora algumas substâncias, como o caso do cigarro, serem destacadas como tendo uma função psíquica na vida do sujeito, essa possibilidade não foi observada em relação a outras substâncias como o crack e o álcool.

Destacamos também a percepção de nossos entrevistados sobre os sentidos apresentados com relação a Redução de Danos que para alguns dos psicólogos, tem sido compreendida como uma estratégia que busca exclusivamente a redução do uso de substâncias. Um dos entrevistados sente-se inclusive contrário a essa perspectiva em seu aspecto prático, pois considera que ela traria riscos adicionais para os usuários.

A RD não foi destacada enquanto postura de acolhida e modo de conduzir o cuidado. Percebemos também a existência de conflitos institucionais trazidos pelos psicólogos em seu trabalho envolvendo divergências ideológicas, tanto em equipamentos públicos, que são sustentados pelas políticas oficiais do SUS, como nas Comunidades Terapêuticas, que são sustentadas pelo paradigma da abstinência.

Supõe-se que essa dificuldade com relação à aceitação da RD se ancora na própria atribuição dos sentidos sobre o uso de substâncias psicoativas, como algo a ser erradicado e um sintoma a ser extirpado. O fato da RD se colocar pelos psicólogos como redução da substância parece simplificar a proposta o que justificaria a pouca simpatia para com essa perspectiva e a pouca adesão.

No segundo objetivo específico, pretendeu-se “descrever as práticas construídas pelos psicólogos dos CAPS ad e de Comunidades Terapêuticas na Saúde Mental de Fortaleza destinadas aos usuários de álcool e outras drogas”. Observamos que as práticas grupais e os atendimentos individuais tomam a linha de frente da prática dos

psicólogos. Foram relatados trabalhos de matriciamento e de palestras nas escolas, que indicam uma ampliação da atuação do psicólogo para além dos muros da instituição. Ao mesmo tempo, percebe-se que não há um planejamento onde estas atividades ganhem uma regularidade ficando ao sabor de eventualidades e da disponibilidade do psicólogo. Na comunidade terapêutica, o atendimento individual é pouco realizado pelo psicólogo por este se encontrar apenas uma vez por semana e existir uma grande demanda. E isso ressalta a importância que o profissional tem para esta instituição.

Pudemos também traçar algumas considerações sobre a formação do psicólogo a partir de seus relatos. Os psicólogos relatam a percepção dessa defasagem com relação à sua formação, reconhecendo a dificuldade da universidade em acompanhar as mudanças no campo da prática. Percebemos que as competências clínicas foram destacadas como a ênfase de atuação dos seus cursos de graduação, confirmando os estudos que apresentam esse viés como predominante no campo profissional. Embora não se possa desprezar essa competência, nem desmerecer suas contribuições, percebemos que seriam necessários a inclusão de outras perspectivas para promover o que preconizam as diretrizes do SUS, no sentido de promover uma clínica ampliada.

Na Comunidade Terapêutica, onde um dos entrevistados trabalha, a ação do psicólogo no território de origem do usuário, não é contemplada como um dos princípios da instituição. E mesmo no CAPS ad onde o conceito de território, como um espaço que é, ao mesmo tempo geográfico e simbólico, é uma premissa para a organização do trabalho, as iniciativas são muito reduzidas. Sendo assim, ao não considerar as questões sociais que emergem no contexto comunitário onde os usuários vivem estaríamos deixando de lado um aspecto importante que deveria ser levado em consideração num projeto de cuidados. Outro aspecto a ser destacado é que mesmo reconhecendo que o estigma interfere no acolhimento do usuário no território e inclusive no acesso a instituições de saúde não foi mencionado nenhuma intervenção que buscasse diminuir esse estigma.

No que diz respeito a formação permanente, os diferentes serviços, CAPS ad e Comunidade Terapêutica, apresentam diferenças com relação ao apoio para esta formação e qualificação do trabalho destes profissionais. Observou-se que nos CAPS ad há uma maior preocupação em oferecer formação através de cursos e da prática de supervisão clínico institucional. Na Comunidade Terapêutica, não foi citado nenhum

espaço de formação ou evento científico que possibilite discussão ou reflexão sobre a prática dos profissionais.

O terceiro objetivo buscou “analisar como estas concepções sobre o uso de álcool e outras drogas direcionam o tratamento destinado aos usuários”. Deste modo, observou-se que, como as drogas são percebidas pelos psicólogos entrevistados como essencialmente negativas, a maioria das práticas tem por objetivo a redução do uso da substância e a abstinência. As falas dos psicólogos que aqui entrevistamos mostram suas práticas muito mais direcionadas ao controle sobre o uso de drogas do que propriamente às histórias de vida dos usuários e a compreensão dos aspectos subjetivos que envolvem este consumo de substâncias. Com isso a subjetividade dos usuários pareceu ficar num segundo plano.

Não foram enfatizadas as questões do sofrimento psíquico nos dependentes de droga e se acentuaram as propriedades da droga como causadora dos males no sujeito. Sabemos, portanto, da importância de uma escuta que não se dirija somente a substância e seus usos, mas que contemple a dimensão subjetiva no consumo e dependência, como uma das grandes contribuições que a Psicologia pode trazer para a assistência destes usuários.

A compreensão da reinserção social apresentada por um de nossos entrevistados também merece ser problematizada. Esta reinserção, percebida como algo que deve ocorrer no âmbito do indivíduo, da mudança de seu jeito de se apresentar frente aos outros, não contempla a complexa e difícil tarefa que é realizar as mudanças necessárias também no entorno social para que, de fato, haja uma reinserção social. Desse modo, pensamos que ao focar a reinserção social sobre este aspecto individual, o psicólogo, estaria desconsiderando as questões macrossociais que incidem na ressocialização do usuário.

Vimos também uma pouca apropriação das políticas e dos seus princípios norteadores. A percepção do SUS como um arranjo organizacional, destituído da fundamentação política, parece ser um desafio que se apresenta perante o observado nas falas dos psicólogos.

Este contexto de trabalho do psicólogo no SUS seja nos CAPS ad ou nas CTs, trazem vários desafios para pensar a Psicologia enquanto profissão. Destacamos a

necessidade de construir saberes mais alinhados a esses valores e ideais. Compromisso não só da Psicologia, mas de todas as profissões de saúde.

Além disso, observamos que o trabalho no SUS pelo que percebemos através dos relatos dos psicólogos, não tem uma delimitação muito clara das atividades a serem realizadas por eles próprios. Isso também indica esse descompasso da formação, não só da Psicologia mas de outras áreas da saúde também, diante da crescente imersão em áreas onde as referências práticas precisam ser construídas.

Os psicólogos devem ampliar os objetivos de suas práticas para alcançar outras dimensões da vida dos sujeitos com problemas decorrentes da dependência de drogas. Desse modo, devem ampliar o olhar para além da preocupação exclusiva com os tipos de substâncias psicoativas utilizadas. Assim podem aproximar-se da complexidade dos problemas envolvidos na dependência de drogas.

Finalizando nossas considerações gostaríamos de apresentar também os desafios na realização deste trabalho. Uma das dificuldades se deu com relação aos horários disponíveis dos profissionais e a aceitação das entrevistas. Reconhecemos que essa investigação acaba por promover uma avaliação do trabalho dos psicólogos e isso nem sempre causa reações positivas e de aceitação prévia por estarem se tratando de um tema polêmico que vem aquecendo os debates na sociedade brasileira atual. Além disso, o atraso do Comitê de Ética em liberar o parecer da pesquisa acabou por atrasar o andamento. A dificuldade em estabelecer contato com algumas Comunidades Terapêuticas seja pela distância geográfica ou pela pouca colaboração na disponibilidade de informações também impuseram limitações ao estudo no sentido de não ser possível entrevistar outros psicólogos.

De toda forma, a acolhida dos psicólogos e coordenadores de serviço que se dispuseram a colaborar com este estudo favoreceram com que houvesse essa realização e assim pudéssemos lançar luzes sobre esses espaços de prática do psicólogo e contribuir com as reflexões surgidas a partir desse trabalho para que possam servir para o aprimoramento da profissão.

O trabalho também instigou outras questões que merecem ser aprofundadas posteriormente. Embora se saiba que as drogas estiveram presentes desde sempre na história da humanidade é preciso também analisar mais profundamente as condições de

emergência deste fenômeno a partir de uma análise dos elementos de nossa cultura contemporânea como um modo de entender e intervir sobre as raízes deste fenômeno.

Um outro aspecto a ser problematizado e que merece um aprofundamento posterior é a dimensão religiosa no tratamento e a forma como o psicólogo se apropria disso. A dimensão religiosa é algo muito presente de maneira explícita nas Comunidades Terapêuticas não sendo, no entanto, exclusividade dela. Cabe uma melhor reflexão onde se situam os limites destas atividades, já que esta se mescla com as atividades terapêuticas propostas pelos psicólogos.

Por fim, consideramos que este campo complexo que é o tema das drogas suscita muito mais informações que essa pesquisa não conseguiu suprir. Há um desafio que se põe, não só para o psicólogo, mas para todas as ciências que buscam conhecer as dimensões humanas de trazer aportações que consigam cada vez mais ampliar nosso olhar e nossa compreensão sobre esta realidade.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, S. G; RONZANI, T. M. **Psicologia social e saúde coletiva: reconstruindo identidades.** *Psicol. pesq.*, Juiz de Fora, v. 1, n. 2, dez. 2007.
- AGUIAR, W. M. J *et al.* **Reflexões sobre sentido e significado.** IN BOCK, A. M. B; GONÇALVES, M. G. M (Orgs.) *A dimensão subjetiva da realidade.* São Paulo, Cortez, 2009.
- ALCÂNTARA, J. L. **Sociabilidades e hedonismos: etnografia entre jovens usuários de substâncias psicoativas sintéticas – Fortaleza - Ceará.** (Dissertação de Mestrado - Antropologia) Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, UFRN, 2009.
- ALMEIDA-FILHO, N. **Ensino superior e serviços de saúde no Brasil.** *The Lancet.* Vol. 377, Ed. 9781, 2011. Disponível em: <<http://www.lancet.com/series/health-in-brazil>> Acesso em 20 de junho de 2012
- AMARANTE, P. **Política anti-crack: epidemia do desespero ou do mercado anti-droga?** Blog do CEBES. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/verBlog.asp?idConteudo=1958&idSubCategoria=56>> Acesso em 22 dez 2011.
- ANDRADE, T. M, ESPINHEIRA, C. G. D. **A presença das bebidas alcóolicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira.** IN SUPERA módulo 1/ coordenação de Tarcísio Matos Andrade. 4ª ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.
- AQUINO, C.A.B. **O Processo de precarização laboral e a produção subjetiva: um olhar desde a psicologia social.** *O público e o privado - Nº 11 - Janeiro/Junho – 2008,* 169 – 178.
- BARATTA, A. **Introdução à uma sociologia da droga.** IN MESQUITA, F; BASTOS, F (orgs). *Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos.* São Paulo, Hucitec, 1994.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2011.
- BARROS, J. P. P. *et al.* **O conceito de "sentido" em Vygotsky: considerações epistemológicas e suas implicações para a investigação psicológica.** *Psicologia e Sociedade, Florianópolis,* v. 21, n. 2, 2009.
- BARROS, V. A. **O trabalho do profissional psicólogo: construindo uma posição crítica** IN Conselho Federal de Psicologia. *Psicologia crítica do trabalho na sociedade contemporânea / Conselho Federal de Psicologia.* - Brasília: CFP, 2010.
- BASTOS, A. V. B; GONDIM, S. M. G; BORGES-ANDRADE, J. **O psicólogo brasileiro: sua atuação e formação profissional. O que mudou nas últimas décadas?** IN YAMAMOTO, O. H., COSTA, A. L (Orgs). *Escritos sobre a profissão de psicólogo no Brasil.* – Natal, RN: EDUFRN, 2010.

BIRMAN, J. **Mal estar na atualidade** – a psicanálise e as novas formas de subjetivação - 4 ed, Rio de Janeiro, 2003, Ed. Civilização Brasileira

BOSI, M. L. **Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panoramas e desafios**. Ciência e saúde coletiva, 17 (3) – 575 – 586, 2012.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, GABINETE DO MINISTRO. **Portaria Nº 131 de 26 de janeiro de 2012**. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. 2012.

BRASIL, 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.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O ofício da supervisão e sua importância para a rede de saúde mental do SUS**. 2007. Disponível em: <www.saude.gov.br-saudemental>. Acesso em 15 out 2011.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final da 14ª Conferência Nacional de Saúde: Todos Usam o SUS. SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro /Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde**. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CASTRILLON VALDERRUTEN, M. C. **Entre "teoterapias" y "laicoterapias": comunidades terapéuticas en Colombia y modelos de sujetos sociales**. Psicol. Soc., Porto Alegre, v. 20, n. 1, Abr. 2008.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP/ CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS - CREPOP. **Atuação dos Psicólogos em Políticas Públicas sobre álcool e outras drogas** - relatório descritivo preliminar de pesquisa. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: 2009.

CRUZ, M. S; FILHO, J. F. **A formação de profissionais para a assistência de usuários de drogas e a constituição de um novo habitus de cuidado**. J Bras Psiquiatr 54(2): 120-126. 2005.

ESCOHOTADO, A. **Historia general de las drogas**. Ed. Espasa, 5ª ed. Madrid, 2002.

ESPINHEIRA, G. **Geometrias do movimento: prefácio**. IN NERY FILHO, Antônio et al (orgs) Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas Salvador : EDUFBA : CETAD, 2009.

FERREIRA NETO, J L. **A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses**. Psicol. cienc. prof., Brasília, v. 30, n. 2, 2010.

FERREIRA, M. **Prefácio** IN SPINK, M.J (org). A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2010.

FIESTAS, F; PONCE, J. **Eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática.** Rev Peru Med Exp Salud Publica, Lima, v. 29, n. 1, Mar. 2012.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa.** 3ªed. Porto alegre, Artmed, 2009.

FORTALEZA, Diário Oficial do Município nº 15024. **Decreto Nº 13.139, de 29 de abril de 2013.** Dispõe sobre a estrutura organizacional, a distribuição e a denominação dos cargos em comissão da Coordenadoria de Políticas Sobre Drogas, e dá outras providências.

FORTALEZA. **Contexto.** Boletim Informativo publicado em 04 de agosto de 2010. Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br/contexto/contexto035.html>> Acesso em 08 de maio de 2012.

FRACASSO, L. **Comunidade Terapêutica:** uma abordagem psicossocial. Trabalho apresentado no I Encontro Interdisciplinar Dependência Química, Saúde e Responsabilidade Social. Campinas, 03-04 nov. APOT/Universidade Estadual de Campinas/Faculdade de Educação Física, 2008.

FRACASSO, L. **Tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas em Comunidades Terapêuticas.** IN SUPERA - módulo 05/ coordenação de Flávio Pechansky. 4ª ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

FREUD, S. **O mal-estar na civilização** (1930). Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas, v. 21. Rio de Janeiro, Imago, 1996.

GARBI, S. L; TOURIS, M. C; EPELE, M. **Técnicas terapéuticas y subjetivación en tratamientos con usuarios/as de drogas.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, Julho 2012 .

GASKELL, G. **Entrevistas individuais e grupais.** IN BAUER, M. W. GASKELL, G (editores). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. Tradução de Pedrinho Guareschi – Petrópolis, RJ, Vozes, 2002.

GÓIS, C. W. L. **Saúde comunitária: pensar e fazer.** São Paulo: Hucitec, 2008.

GOTI, E. **La Comunidad Terapéutica (breve repaso de su historia y algunas definiciones del modelo).** Instituto Para El Estudio de Las Adicciones – Las drogas. Info Julho, 2003. Disponível em:< <http://www.lasdrogas.info/opiniones/121>>. Acesso em: 03/09/2012.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética.** SP: Hucitec, 2008

LIMA, A. F; GONÇALVES NETO, J. U; LIMA, M. S. **Las leyes de drogas en Brasil y su relación en la producción de políticas de identidad: un análisis de los procesos de estigmatización y promoción de la alteridad, desde la perspectiva de la psicología social crítica.** Salud & Sociedad, vol.2, nº 2, 135 – 149, 2011.

MAC RAE, E. **Aspectos socioculturais do uso de drogas e política de redução de danos.** Disponível em < <http://www.neip.info/downloads/edward2.pdf>>. Acesso em 22 Jan 2011.

MACEDO, J. P; DIMENSTEIN, M. **Expansão e Interiorização da Psicologia:** reorganização dos saberes e poderes na atualidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31 (2), 296-313, 2011.

MACHADO, A.R e MIRANDA, P.S.C . **Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil:** da justiça à saúde pública. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v14, n 3, 2007.

MARQUES, A.C.P.R. **O uso do álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento.** *Revista IMESC*, nº03, 2001.

MARTINS, A. K *et al.* **Identidades fetichizadas e a fala do especialista:** reflexões sobre a convocação do psicólogo para a legitimação de (id)entidades “doentes”. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, Florianópolis, v.4, n.9, p.126-146, jul./dez., 2012.

MARTINS, J. e MAC RAE, E. **Por um olhar sociocultural sobre a questão das drogas** IN FILHO, A.N. VALÉRIO, A.L.R. Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua, Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010.

MINAYO, M. C. S. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade.** *Ciência e saúde coletiva*, 17 (3) – 621 – 626, 2012.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO/ CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO/ CÂMARA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. **Resolução CNE/CES 5/2011.** Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 de março de 2011 – Seção 1 – p. 19.

MORAES, M. **O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas:** percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciência e saúde coletiva*, 13 (1):121 – 133, 2008.

MORIN, E. **Ciência com consciência;** tradução de Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória. Ed revista e modificada pelo autor- 12ª ed. Bertrand Brasil, 2008.

MOTA, D. C. B. **Avaliação da implementação das Políticas Públicas sobre o álcool e outras drogas em nível Municipal.** (Dissertação de Mestrado) Programa de Pós-graduação em Psicologia, UFJF, Juiz de Fora, 2011.

NERY FILHO, A. **Porque os humanos usam drogas?** Módulo para capacitação dos profissionais do Projeto Consultório de Rua, Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010.

NOGUEIRA FILHO, D. M. **Toxicomania.** São Paulo: Escuta, 1999.

OLIVEIRA, M. C *et al.* **Evaluation of an intervention to reduce health professional stigma toward drug users: a pilot study.** Journal of Nursing Education and Practice, , Vol. 3, N. 5, 2013.

OLIVEIRA, M. C; RONZANI, T. M. **Estigmatização e prática de profissionais da APS referentes ao consumo de álcool.** Psicologia: Ciência e profissão, 32 (3), 648-661, 2012.

PASSOS, E.H; SOUZA, T.P. **Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”.** Revista Psicologia e Sociedade, 23(1): 2011.

PAT O'HARE . **Redução de danos: alguns princípios e a ação prática.** IN MESQUITA, F; BASTOS, F. I (Orgs). Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos. São Paulo, Hucitec, 1994.

PETUCO, D. **Entre macro e micropolíticas: o movimento social da redução e danos e o campo político reflexivo das drogas.** IN Conselho Federal de Psicologia. Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e políticas públicas brasileiras, Brasília, CFP, 2010.

PERLONGHER, N. **Drogas e êxtase.** IN LANCETTI, A (Dir). Saúde loucura – nº 03, 2ª ed. Hucitec, 1994.

POLLO-ARAÚJO, M. A; MOREIRA, F.G. **Aspectos históricos da redução de danos** IN NIEL, M; SILVEIRA, D.X. (Orgs) Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde. PROAD, UNIFESP, Ministério da Saúde: São Paulo, 2008.

RIBEIRO, S. L; LUZIO, C. A. **As diretrizes curriculares e a formação do psicólogo para a saúde mental.** Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 14, n. 2, p. 203-220, dez. 2008.

RONZANI, T. M. **A reforma curricular nos cursos de saúde: qual o papel das crenças?** Rev. Brasileira de educação médica. [online]. 2007, vol.31, n.1, pp. 38-43. ISSN 0100-5502

RONZANI, T. M.; FORMIGONI, M. L. O. **Efetividade e relação custo-benefício das intervenções breves (cap. 6).** SUPERA - módulo 4/ coordenação de Denise de Micheli e Maria Lúcia Oliveira Formigoni. 4ª ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

RONZANI, T. M; FURTADO, E. F. **Estigma social sobre o uso de álcool.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, 2010.

ROTELLI, F. **Onde está o senhor?** IN LANCETTI, A (Dir). Saúde loucura – nº 03, 2ª ed. Hucitec, 1991.

SALES, A. L; DIMENSTEIN. M. **Psicólogos no Processo de Reforma Psiquiátrica: práticas em desconstrução.** Psicologia em Estudo, Maringá, 14 (2), 277-285, 2009.

SANTOS, A. M. MALHEIRO, L. **Redução de danos: uma estratégia construída para além dos muros institucionais.** IN FILHO, A.N. VALÉRIO, A.L.R. Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua, Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010.

SANTOS, V. E. **O objeto/sujeito da Redução de Danos:** uma análise da literatura da perspectiva da saúde coletiva. (Dissertação Mestrado – Enfermagem) Escola de Enfermagem, USP, São Paulo 2008.

SCHEERER, S. **Política de drogas:** o debate internacional. IN MESQUITA, F; BASTOS, F. I (orgs). Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos. São Paulo, Hucitec, 1994.

SCHITTAR, L. **A ideologia da comunidade terapêutica.** IN BASAGLIA, F. (coord). A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. Tradução de Heloísa Jahn, 3ª ed. Rio de Janeiro, Graal, 1985.

SCHNEIDER, D. R; LIMA, D. S. **Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde.** Psico, Porto Alegre, PUCRS, v. 42, n. 2, pp. 168-178, abr./jun. 2011.

SCHNEIDER, D.R. **Horizontes de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde:** implicações para o tratamento. Ciência e saúde coletiva. 15(3)687-698: 2010.

SEIXAS, P. S; COELHO-LIMA, F; COSTA, A. L. F. **Caracterização de dissertações/teses que versam sobre a profissão de psicólogo no Brasil.** IN YAMAMOTO, O. H., COSTA, A. L. F (orgs). Escritos sobre a profissão de psicólogo no Brasil. – Natal, RN: EDUFRN, 2010.

SILVEIRA, P. S; RONZANI, T. M. **Estigma social e saúde mental:** quais as implicações e importância do profissional de saúde. Revista Brasileira Saúde da Família Ano XI, número 28, jan/abr 2011.

SILVEIRA, P.S; MARTINS, L.F; RONZANI, T. **Moralização sobre o uso de álcool entre agentes comunitários de saúde.** Revista Psicologia: Teoria e Prática, 11(1):62-75, 2009.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010, 210 p.

SOARES, R.G *et al.* **Distância social dos profissionais de saúde em relação à dependência de substâncias psicoativas .** Estudos de Psicologia, 16(1), janeiro-abril/2011.

SPINK, M.J; MALTA, G.C. **A prática profissional psi na saúde pública:** configurações históricas e desafios contemporâneos. IN: SPINK, M.J (org). A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo, Casa do Psicólogo, 2010.

STRONACH, B. **Álcool e redução de danos.** IN BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição. 1ª ed em português, Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

TRAD, S. **Controle do uso de drogas e prevenção no Brasil:** revisitando sua trajetória para entender os desafios atuais IN NERY FILHO, Antônio et al (orgs) Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas Salvador : EDUFBA : CETAD, 2009.

TOROSSIAN, S.D. **De qual cura falamos?** Relendo conceitos. Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre. n 24, p. 9-15, 2003.

VASCONCELOS, E. M. **Crise mundial, conjuntura política e social no Brasil, e os novos impasses teóricos na análise da reforma psiquiátrica no país.** Cad. Bras. Saúde Mental, Rio de Janeiro, v. 4, n. 8, p. 8-21, jan./jun. 2012.

VIGOTSKY, L.S. **Obras escogidas**, Vol III, Problemas del desarrollo de la psique. Aprendizaje – Visor, Madrid: 1995.

VIGOTSKY, L.S. **Teoria e método em psicologia.** Tradução Cláudia Berliner, 3ª ed. São Paulo, Martins Fontes: 2004.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1 - Conte-me um pouco sobre sua formação profissional?

- 2 – Durante esse período em que você trabalha com este público como você percebe o uso de álcool e outras drogas na atualidade?

- 3 – Que atividades você desenvolve aqui na instituição?

- 4 – Quais as finalidades destas atividades que você desenvolve?

- 5 – Que compreensões teóricas e instrumentos metodológicos lhe auxiliam na realização de seu trabalho?

APÊNDICE B**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO (TCLE)
PARA PARTICIPAÇÃO EM PESQUISA**

Você está convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Implicações dos sentidos atribuídos pelos psicólogos ao uso de álcool e outras drogas no tratamento de usuários em CAPS ad e comunidades terapêuticas” que tem por objetivo compreender a relação existente entre as concepções dos psicólogos sobre o uso de álcool e outras drogas e suas implicações no direcionamento das práticas no CAPS ad e em Comunidades Terapêuticas. O pesquisador utilizará um roteiro de entrevista e um gravador para registrar as informações fornecidas por você. Não haverá, também, retorno financeiro pela sua participação, mas oferecemos como benefício o resultado dessa pesquisa. Com essas informações, gostaria de saber a sua aceitação em participar da pesquisa. É necessário esclarecer que: 1. A sua aceitação/autorização deverá ser de livre e espontânea vontade; 2. Poderão ser publicados os resultados da pesquisa em congressos e eventos mas a identificação de todos os envolvidos será mantida em segredo; 3. Que você poderá desistir de participar a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para você; 4. Será permitido o acesso às informações sobre procedimentos relacionados à pesquisa; 5. Não haverá riscos ou desconfortos causados pela pesquisa; e 6. Somente após devidamente esclarecido (a) e ter entendido o que foi explicado, deverá assinar este documento que será emitido em duas vias.

Em caso de dúvida, poderá comunicar-se com o pesquisador Ronaldo Rodrigues Pires, estudante do Mestrado do Departamento de Psicologia, Av. Universidade, 2762, Benfica, CEP: 60020-180, Fone: (85)33667729.

Fortaleza, ____ de ____ de ____

Assinatura do sujeito da pesquisa

Ronaldo Rodrigues Pires
Assinatura do(a) pesquisador(a)

ANEXO

HOSPITAL SÃO JOSÉ DE
DOENÇAS INFECCIOSAS - HSJ
/ SECRETARIA DE SAÚDE DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPLICAÇÕES DOS SENTIDOS ATRIBUÍDOS PELOS PSICÓLOGOS AO USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS NO TRATAMENTO DE USUÁRIOS EM CAPS AD E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Pesquisador: RONALDO RODRIGUES PIRES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 05716712.9.0000.5044

Instituição Proponente: Departamento de Psicologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 272.404

Data da Relatoria: 22/11/2012

Apresentação do Projeto:

O ESTUDO SE PROPÕE A INVESTIGAR OS SENTIDOS ATRIBUÍDOS PELOS PSICÓLOGOS AO USO DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS E AS IMPLICAÇÕES DESTES SENTIDOS NAS PRÁTICAS DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E EM COMUNIDADES TERAPÊUTICAS VINCULADAS AO SUS NA CIDADE TRATA-SE DE UM ESTUDO EXPLORATÓRIO DE METODOLOGIA QUALITATIVA; Metodologia de Análise de Dados: A análise das falas produzidas nas entrevistas seguirá a proposta da Análise de Conteúdo (BARDIN, 1977) O número de indivíduos que serão abordados pessoalmente, recrutados, ou que sofreram algum tipo de intervenção: 03 PSICÓLOGOS - CAPS AD e 03 PSICÓLOGOS - COMUNIDADES TERAPÊUTICAS DE FORTALEZA - CE.

Objetivo da Pesquisa:

Compreender a relação existente entre os sentidos atribuídos por psicólogos ao uso de álcool e outras drogas e suas implicações no tratamento de usuários dos CAPS ad e nas Comunidades Terapêuticas conveniadas ao SUS em Fortaleza.

Objetivo Secundário:

Descrever as práticas construídas pelos psicólogos dos CAPS ad e de Comunidades Terapêuticas na Saúde Mental de Fortaleza destinadas aos usuários de álcool e outras drogas. Compreender os

Endereço: Rua Nector Barbosa, 315

Bairro: Parquelândia

CEP: 60.455-610


UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3452-7880

Fax: (85)9101-2919

E-mail: robercielle@webcebs.com.br

HOSPITAL SÃO JOSÉ DE
DOENÇAS INFECCIOSAS - HSJ
/ SECRETARIA DE SAÚDE DE 

Continuação do Parecer: 272.404

sentidos que os psicólogos atribuem ao uso de álcool e outras drogas em suas práticas. Analisar como estas concepções sobre o uso de álcool e outras drogas direcionam o tratamento destinado aos usuários.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

BENEFÍCIO: FEEDBACK SOBRE A ATUAÇÃO DOS PSICÓLOGOS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ALCOOL E

OUTRAS DROGAS QUE CONTRIBUEM COM A QUALIFICAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

RISCO: MÍNIMO.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa trata de tema relevante e poderá fornecer informações importantes para a condução de políticas públicas sobre o problema do álcool e das drogas nos CAPS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE: Esclarece sobre o estudo e os objetivos;

Detalhamento financeiro: apresentado orçamento financeiro com participação da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior ((CAPES)).

Cronograma: Apresentado

Curriculo do Pesquisador: Apresentado,

Objetivo Acadêmico: mestrado

Recomendações:

Os autores terão o prazo de um ano a contar do dia 19/04/2013 para apresentação de relatório do desenvolvimento da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Nestor Barbosa, 315
Bairro: Parquelândia CEP: 60.455-810
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3452-7880 Fax: (85)3101-2319 E-mail: robericleite@webcabo.com.br