UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA SOCIAL E DO TRABALHO

ALINE TAMBORY DE OLIVEIRA

**Atuação da(o) psicóloga(o) no CAPSAD e suas representações em
relação ao uso de álcool e outras drogas**

São Paulo
2017

ALINE TAMBORY DE OLIVEIRA

**Atuação da (o) psicóloga(o) no CAPSAD e suas representações em
relação ao uso de álcool e outras drogas**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia pelo Departamento de Psicologia Social e do Trabalho da Universidade de São Paulo como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Psicologia Social.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Martinelli
Massola

São Paulo
2017

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

Catálogo na publicação

Biblioteca Dante Moreira Leite

Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Oliveira, Aline Tambory de.

A atuação da(o) psicóloga(o) no CAPSad e suas representações em
relação ao uso de álcool e outras drogas / Aline Tambory de Oliveira;
orientador Gustavo Martineli Massola. -- São Paulo, 2017.

210 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em
Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social e do Trabalho) –
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Álcool e outras drogas 2. Atuação da(o) psicóloga(o) 3. Saúde
mental 4. CAPS 5. Redução de danos 6. Proibicionismo I. Título.

RC565

Nome: OLIVEIRA, Aline Tambory de

Título: Atuação da(o) psicóloga(o) no CAPSad e suas representações em relação ao uso de álcool e outras drogas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia Social e do Trabalho, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em:

BANCA JULGADORA

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Dedico este trabalho ao meu companheiro
André por estar ao meu lado mesmo nos
momentos mais difíceis e conturbados...

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a minha família, meus pais Antonio e Dirce, pelo apoio e incentivo na minha trajetória acadêmica e profissional, que desde o início acreditaram nas minhas escolhas e me motivaram a nunca desistir, mesmo com todos os desafios. As minhas irmãs Ariane e Amanda que com toda a alegria e entusiasmo me ajudaram a me sentir cada dia mais motivada a continuar lutando pelos meus ideais. Ao meu sobrinho Gabriel que desde a sua chegada em 27 abril de 2016 só nos trouxe mais alegria e amor iluminando nossos caminhos.

Em memória a minha avó Nilza que infelizmente partiu semanas antes de iniciar as primeiras disciplinas deste curso no ano de 2014 que em todos os momentos não só me incentivou e me motivou a lutar pelas coisas que eu almejava e acreditava, mas também se orgulhava e fazia questão de contar as pessoas sobre minhas conquistas e que me ensinou a ser forte e guerreira como ela, mulher que trabalhou e educou seus sete filhos e netos sozinha, por ter se tornado ainda jovem viúva, foi exemplo de amor, dedicação, força, talento, respeito e delicadeza.

Ao meu companheiro André, por me respeitar e me apoiar em todos os momentos, mesmo com todas as nossas diferenças, se mostrando sempre paciente e compreensivo com as minhas ausências e crises.

Ao Prof. Gustavo Martineli Massola que orientou a realização desta pesquisa e me ensinou a ser mais crítica e reflexiva. Agradeço por todas as discussões, contribuições, indicações de leitura, pelo acolhimento, paciência e por acreditar que seria possível a realização deste trabalho.

Aos professores Dr. Marcelo Sodelli (PUC-SP) e Dr. Bernardo P. Sarvartman (IP-USP) que participaram da minha banca de qualificação e deram importantes contribuições para o desenvolvimento desta pesquisa, a partir da leitura cuidadosa deram sugestões de leitura e organização do conteúdo e metodologia.

Ao Programa de Psicologia Social e do Trabalho, e em especial, aos professores em que tive a oportunidade de assistir disciplinas que contribuíram não só na realização desta pesquisa mas também na minha atuação profissional e vida pessoal.

À equipe secretaria do departamento de Psicologia Social e do Trabalho pela dedicação e cuidado em prestar as informações e orientações no cumprimento dos prazos do programa.

À coordenadoria regional de saúde sudeste da cidade de São Paulo que autorizou a realização da pesquisa nas unidades dos CAPSad da região.

Aos gestores e psicólogas(o) participantes desta pesquisa que aceitaram contribuir com este trabalho, participando de maneira solícita e acolhedora.

Agir, eis a inteligência verdadeira. Serei o que quiser. Mas tenho que querer o que for. O êxito está em ter êxito, e não em ter condições de êxito. Condições de palácio tem qualquer terra larga, mas onde estará o palácio se não o fizerem ali?

(PESSOA, 1989, p. 63)

RESUMO

OLIVEIRA, A.T. A atuação da(o) psicóloga no CAPSad e suas representações em relação ao uso de álcool e outras drogas. 2017.210f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2017.

À luz da teoria interacionista do desvio esta pesquisa tem como objetivo estudar as representações de psicóloga(o)s que trabalham em CAPSad em relação ao uso de álcool e outras drogas. Partimos da hipótese de que as psicóloga(o)s contratadas na instituição teriam como representação o uso abusivo de drogas como comportamento desviante e o usuário como doente. O método de pesquisa escolhido foi entrevistas semiestruturadas realizadas em quatro CAPSad. A pesquisa foi dividida em duas partes, sendo a primeira delas realizada como projeto piloto em um município que contava apenas com aquela unidade e teve a participação de duas psicóloga(o)s e a segunda realizada em três unidades do CAPSad numa mesma região na cidade de São Paulo que teve como participação cinco psicóloga(o)s. Para levantamento destas representações consideramos as políticas de saúde mental na área de álcool e outras drogas, a influência da Reforma Psiquiátrica e o Conceito de redução de danos, além da história das drogas e do proibicionismo no Brasil e no mundo.

Palavras-chave: álcool e outras drogas, atuação da(o) psicóloga (o), saúde mental, CAPS, redução de danos, proibicionismo.

ABSTRACT

OLIVEIRA, A.T. A atuação da(o) psicóloga no CAPSad e suas representações em relação ao uso de álcool e outras drogas. 2017.210f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2017.

Through the deviance interactionist theory this research aims to study the representation of CAPSad psychologists regarding the use of alcohol and other drugs. We set out the hypothesis that the psychologists contracted in the institution would have representation the abusive use of drugs such as deviant behavior and the user as a sick. The method chosen was semi-structured interviews carried out in four CAPSad. The survey was divided into two parts, the first of them performed as a pilot project in a city that there is only one unit and had the participation of two psychologists and the second held in three CAPSad units in the same region in the city of São Paulo that had the participation of five psychologists. To identify these representations we consider mental health policies in the area of alcohol and other drugs, the influence of the psychiatric reform and the concept of harm reduction, beyond the story of drugs and the prohibition in Brazil and in the world.

Keywords: alcohol and other drugs, the psychologist performance, mental health, CAPS, harm reduction, prohibition.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Os Centros de Atenção Psicossocial.....	34
Figura 2 – Mapas sobre a cobertura em saúde mental entre 2002 a 2010.....	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Tipos de CAPS conforme o número de habitantes no município e o horário de funcionamento.....	36
Tabela 2 - Tipos de CAPS e as características de atendimento.....	37
Tabela 3 – Equipe mínima por equipamento.....	38
Tabela 4 - Percentagem de CAPS em municípios classificados por faixa populacional ao final de 2006 e 2010 no Brasil.	39
Tabela 5 - Número de CAPS por Tipo, Região e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes (dezembro de 2010).....	41
Tabela 6 - Série Histórica: Número de CAPS por tipo e ano	42
Tabela 7 – Número de CAPSad cadastrados por ano entre 2002 e 2010.....	57
Tabela 8 – Quadro da vulnerabilidade.....	62
Tabela 9 – CAPS Tulipa – Piloto.....	107
Tabela 10 – CAPS Lírio.....	108
Tabela 11 – CAPS Bromélia.....	109
Tabela 12 – CAPS Angélica.....	110
Tabela 13 – CAPS Tulipa – Participantes.....	111
Tabela 14 – CAPS Lírio – Participantes.....	112
Tabela 15 – CAPS Bromélia – Participantes.....	112
Tabela 16 – CAPS Angélica – Participantes.....	113

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

a.C: antes de Cristo

ACS: Agente Comunitário de Saúde

AD: álcool e drogas

AIDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome

AMA: Assistência Médica Ambulatorial

AT: Acompanhante Terapêutico

CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

CAPSAD: Centro de Referência Psicossocial Álcool e outras Drogas

CAPSI: Centro de Atenção Psicossocial Infantil

CAT: Casa de Acolhimento Transitório

CATij: Casa de Acolhimento Transitório Infante Juvenil

CERSAM: Centros de Referência em Saúde Mental

CETAD: Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas

CFP: Conselho Federal de Psicologia

CIA: Central Intelligence Agency

CID: Classificação Internacional de Doenças

CLT: Consolidação das Leis do Trabalho

COFEN: Conselho Federal de Entorpecentes

CONAD: Conselho Nacional Antidrogas

COSAM: Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde

CR: Consultório de Rua

CRAS: Centro de Referência de Assistência Social

CRATOD: Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas

CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CREPOP: Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas

CV: Comando Vermelho

ECA: Estatuto da Criança e do Adolescente

ESF: Estratégia Saúde da Família

EUA: Estados Unidos da América

Farc-EP: Fuerzas Armadas Revolucionárias de Colômbia – Ejército del Pueblo

FMI: Fundo Monetário Internacional

HC: Hospital das Clínicas

HD: Hospital dia

HIV: Human Immunodeficiency Virus

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

III CSM: III Conferência de Saúde Mental

IV CSM: IV Conferência de Saúde Mental

INCA: Instituto Nacional de Câncer

IP: Instituto de Psicologia

IPQ: Instituto de Psiquiatria

IV CSM: IV Conferência de Saúde Mental

LSD: Lysergsäurediäthylamid

MS: Ministério da Saúde

MTSM: Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NA: Narcóticos Anônimos

NAPS: Núcleo de Atenção Psicossocial

OIT: Organização Internacional do Trabalho

OMEC: Organização Mogiana de Educação e Cultura

OMS: Organização Mundial da Saúde

ONG: Organização não governamental

ONU: Organização das Nações Unidas

OS: Organização Social

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PCC: Primeiro

PEAD: Plano Emergencial para Álcool e outras Drogas

PL: Projeto de Lei

PND: Política Nacional de Drogas

PNDH: Programa Nacional de Direitos Humanos

PPI: Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde

PROAD: Programa de Orientação e Atendimento a Dependente

PTS: Plano Terapêutico Singular

PTS: Plano Terapêutico Singular

RAPS: Rede de Atenção Psicossocial

RD: Redução de Danos

RH: Recursos Humanos

SASF: Serviço de Assistência Social à Família

SEAS: Serviço Especializado de Abordagem Social

SENAD (Secretaria Nacional de Política sobre drogas)

SENAD: Secretaria Nacional Antidrogas

SISNAD: Sistema Nacional Antidrogas

SM: Saúde Mental

SPDM: Associação Paulista para Desenvolvimento da Medicina

SUAS: Sistema Único de Assistência Social

SUS: Sistema Único de Saúde

TO: Terapeuta Ocupacional

TR: Terapeuta de Referência

UA: Unidade de Acolhimento

UBS: Unidade Básica de Saúde

UDI: Usuário de drogas injetáveis

UF: União Federativa

UNIFESP: Universidade do Estado de São Paulo

UNODOC Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas e Crime

URSS: União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

USP: Universidade de São Paulo

VD: Visita Domiciliar

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	17
CAPÍTULO 1 - SAÚDE MENTAL E A REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL.....	26
1.1 A Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	27
1.2 O surgimento dos CAPS.....	33
1.3 Políticas sobre álcool e outras drogas no Brasil e a criação do CAPSad.....	44
1.4 Proposta para intervenção ao usuário de álcool e outras drogas.....	59
CAPÍTULO 2 – AS DROGAS NA HISTÓRIA: BREVE INCURSÃO.....	66
2.1 Breve histórico das drogas no Brasil.....	75
2.2 Surgimento do modelo proibicionista.....	79
2.3 Política sobre drogas, tráfico e crime organizado.....	91
CAPÍTULO 3 – PERCURSOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA.....	98
3.1 Metodologia de Análise.....	98
3.2 A escolha do tema.....	103
3.3 Caracterização dos CAPSad.....	107
3.4 Caracterização da(o)s Participantes.....	111
CAPÍTULO 4 – TRAJETÓRIA DA(O) PSICÓLOGA(O) QUE ATUA NO CAPSAD.....	115
4.1 Experiências anteriores após a formação em Psicologia.....	118
4.2 Trajetória no tema de álcool e outras drogas.....	123
4.3 Trajetória na atuação no CAPSad.....	127
4.4 Interesse na atuação no CAPSad.....	131
CAPÍTULO 5 – DIFICULDADES/OBSTÁCULOS NA ATUAÇÃO NO CAPSAD.....	137
5.1 Obstáculos ligados à equipe de trabalho.....	137
5.2 Obstáculos ligados à gestão.....	140
5.3 Obstáculos ligados à infraestrutura.....	144
5.4 Obstáculos ligados à rede de serviços.....	153
5.5 Obstáculos relacionados à pessoa atendida no CAPSad.....	155
CAPÍTULO 6 - A ATUAÇÃO DA(O) PSICÓLOGA(O) NO CAPSAD.....	160
6.1 Descrição das atividades realizadas no CAPSad.....	160
6.2 Critérios para realizar o trabalho no CAPSad.....	162

6.3 O papel da(o) psicóloga(o) na atuação no CAPSad.....	166
6.3.1 Descrição da própria atuação.....	166
6.3.2 Estratégias no atendimento a paciente.....	169
CAPÍTULO 7 - AS REPRESENTAÇÕES DA(O) PSICÓLOGA(O) EM RELAÇÃO A PESSOA USUÁRIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	179
7.1 Descrição da pessoa na chegada ao CAPSad.....	182
7.2 Relato de um caso atendido pela(o) psicóloga(o) que considera emblemático.....	185
7.3 Relato de um caso atendido pela(o) psicóloga(o) que considera malsucedido.....	189
7.4 Casos em que não há possibilidade de intervenção.....	191
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	194
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	198
ANEXO A – Roteiro de questões para entrevistas (Piloto).....	205
ANEXO B-Roteiro de questões para entrevistas.....	207
ANEXO C – Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	208

INTRODUÇÃO

“Epidemia de crack atinge dois milhões e coloca Brasil no topo do ranking de consumo da droga”. É este o título que inicia uma notícia, publicada em setembro de 2015, no site R7 vinculado a um canal da *TV aberta* brasileira de grande alcance. A notícia é ilustrada pela fotografia de Larissa, personagem interpretada pela atriz brasileira Graziella Massafera, na novela *Verdades Secretas* no ano de 2015 de um canal também aberto de grande audiência. A foto da personagem caída na rua mostra uma mulher magra, abatida e como eles denominam *totalmente dependente* que perambula nas ruas da cidade de São Paulo em busca da droga. A notícia irá discorrer sobre os efeitos danosos da droga, além de sinais e sintomas após o uso e as possíveis formas de tratamento. O modo como o tema é introduzido na página merece destaque, afirmando que o usuário do crack fica dependente com facilidade devido à velocidade com que a substância chega ao cérebro.

Não é raro encontramos notícias e propagandas apelativas, representadas por figuras devastadas de usuários de drogas ilícitas e logo em seguida assistimos ou lemos uma propaganda com lindas mulheres tomando cerveja, atores *hollywoodianos* tomando café expresso, paisagens paradisíacas e festas badaladas nas propagandas de vodca e whisky, animações engraçadas de bebidas denominadas energéticas “que te dá asas” entre tantas outras. A história das drogas, ou das substâncias psicoativas, como aquelas que se tornaram conhecidas por causar a alteração da consciência, será marcada por estigmas, preconceitos, genocídios, lucros – muitos lucros- violência e desagregação.

As drogas consideradas atualmente ilícitas no nosso país tais como a maconha, a cocaína, o crack, o ecstasy entre tantas outras já tiveram em outros momentos da história e em outros contextos seus componentes psicoativos amplamente disseminados e permitidos. É o caso, por exemplo, da folha de coca, hoje utilizada para a fabricação de cocaína e crack, consumida por povos primitivos do Peru e que num determinado momento passou a ser repressivamente proibida e perseguida por países como os Estados Unidos da América.

Cameiro (2005) ao falar sobre a história do álcool e outras drogas no Brasil afirma que uma das principais riquezas buscadas no Oriente e na América durante as grandes navegações dos séculos XVI e XVII eram drogas, tais como o tabaco e a cana-de-açúcar. A palavra “droga” representou no contexto colonial um conjunto de riquezas exóticas, produtos de luxo para consumo, uso médico e alimentação. Assim não sendo diferenciadas ideias de drogas e de alimentos.

Muitas drogas são consideradas os próprios deuses corporificados (como no caso do vinho, visto como a representação de Dionísio/Baco, e como o próprio Cristo, cuja bebida simboliza, nas cerimônias, seu sangue). A capacidade de produção de estados de “intensidade”, denominados êxtase, destinou às drogas o papel de gêneros de primeira importância na cultura religiosa e filosófica de quase todas as sociedades. (CARNEIRO, 2005, p. 15)

Por outro lado, vivemos a criminalização e estigmatização dos usuários de drogas estabelecidas como ilícitas e falta de investimento em programas preventivos e de tratamento em relação ao seu uso prejudicial. A criminalização do uso de drogas ilícitas mantém-se no Brasil como um aspecto marcante nas políticas públicas. A *questão das drogas* será apontada como um problema de saúde pública no ano de 2001 na III Conferência Nacional de Saúde Mental o que posteriormente contribuiu para a consolidação de uma Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas e a regulamentação dos Centros de Apoio Psicossocial de Álcool e Outras Drogas (CAPSad) como serviços substitutivos dos hospitais psiquiátricos e reinserção social e comunitária de usuários abusivos de álcool e outras.

Goffman (2008) ao definir o estigma afirmará que existem três tipos nitidamente diferentes sendo eles as abominações do corpo, as culpas de caráter individual –estando aqui caracterizado o uso de drogas – e os estigmas tribais de raça, nação e religião que podem ser transmitidos através da linhagem. O indivíduo que possuir um desses traços poderá impor a atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo assim a possibilidade de atenção em relação a outros atributos seus. “Ele possui um estigma, uma característica diferente da que havíamos previsto. Nós e os que não se afastam negativamente das expectativas particulares em questão serão por mim chamados de normais(p. 14).”

Considerando as políticas em saúde mental na área de álcool e outras drogas, a influência da Reforma Psiquiátrica e a redução de danos, além da história das drogas e do proibicionismo, este trabalho tem como objetivo estudar as representações da(o)s psicóloga(o)s que trabalham em CAPSad em relação ao uso de drogas.

Para isto realizamos entrevistas com psicóloga(o)s em quatro equipamentos do CAPSad , sendo a pesquisa dividida em duas partes: a primeira delas em duas entrevistas piloto no ano de 2015 em um CAPS de um município e a segunda parte realizada cinco entrevistas em três CAPS diferentes de uma mesma região em outro município.

Para melhor compreensão do tema, iniciamos este trabalho com o capítulo intitulado *Saúde mental e a redução de danos no Brasil*. Neste capítulo abordamos o início da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que teve como influência o Movimento

Sanitário que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a Reforma Psiquiátrica Italiana, posta em ação por Franco Basaglia. A RP tinha como premissa a transformação do modelo assistencial psiquiátrico centrado na hospitalização em um modelo substitutivo que garantisse tratamento adequado e apropriado a pessoas com transtornos mentais, que ficou conhecido também como movimento da luta antimanicomial.

Este serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico foi regulamentado em 2001, através da Lei 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, além de redirecionar o modelo assistencial em saúde mental e posterior anexo da Portaria GM 336, em 2002, que estabeleceu os Centros de Atenção Psicossocial nas modalidades I, II e III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Os CAPS são assim destinados a acolher pacientes com transtornos mentais, estimular sua reintegração social e familiar e estimular a busca de autonomia, além de oferecer atendimento médico e psicológico (Brasil, 2004).

Posteriormente, antes de descrevermos a regulamentação do CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial de álcool e outras drogas) e a atual política de atenção integral de álcool e outras drogas, que trata de prevenção e tratamento no uso nocivo de álcool e outras drogas, discorreremos sobre os dois principais posicionamentos que identificamos como morais e políticos sobre a *questão das drogas*, sendo eles o proibicionismo e a redução de danos. Seguimos esta ordem para melhor compreendermos as influências destes dois modelos nas atuais políticas sobre drogas e tratamento do usuário abusivo.

As políticas proibicionistas irão se concentrar na repressão e criminalização da produção, tráfico, porte e consumo de drogas ilícitas e as políticas de redução de danos se concentrarão em minimizar os danos à saúde, sociais econômicos associados ao uso prejudicial de álcool e outras drogas (Alves, 2009). Discorreremos que apesar da atual proposta de tratamento aos usuários abusivos de drogas nos CAPSad estarem pautadas no modelo da redução de danos, o Brasil teve como premissa nas políticas sobre drogas o proibicionismo, já que este está entre os países signatários das convenções internacionais para repressão ao tráfico e uso de drogas ilícitas.

A Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, proposta pelo Ministério da Saúde em 2003, adotou a redução de danos como

política pública, entendendo o consumo de drogas como problema social e o usuário como um cidadão com direito a escolhas (Lima, 2008). Tal política prevê a promoção e proteção à saúde de usuários de álcool e outras drogas, os modelos de tratamento como modelos de atenção psicossocial – CAPSad- e redes assistenciais, além de diretrizes para uma política nacional integral e intersetorial baseada na redução de danos. Os CAPSad, como modelo de tratamento, foram estabelecidos para pacientes com transtornos mentais graves e severos em decorrência do uso prejudicial de álcool e outras drogas, e assim como os outros CAPS, funciona como dispositivo de promoção de saúde e reabilitação psicossocial e com objetivo fundamental de alcançar o protagonismo do usuário. Estes dispositivos devem oferecer atendimento diário e se baseiam em uma rede de dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural e articulados à rede assistencial em saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2004).

No final do capítulo como proposta para intervenção ao usuário de álcool e outras drogas dissertamos sobre as contribuições de Sodelli (2013) e o modelo de redução de danos libertadora que traz a aproximação do modelo de redução de danos à noção de vulnerabilidade. Assim, por meio desta aproximação e através de ações redutoras de vulnerabilidade é que será possível a desconstrução do modelo proibicionista. O autor ao falar dos modelos de prevenção vigentes no Brasil em relação ao uso de álcool e outras drogas trará dois modelos que ele intitula de “Intolerância e Guerra contras as Drogas” e “Prevenção que Convive com as Diferenças”, que apesar de diferenças conceituais significativas, eles compartilham do mesmo pressuposto fundamental de modelo preventivo que tem como objetivo fazer com que as pessoas não usem drogas.

No capítulo seguinte intitulado *As drogas na história: breve incursão*, traremos brevemente a história do uso de drogas para entendermos em que momento surge o modelo proibicionista e quais as principais causas da proibição de algumas das substâncias psicoativas. Carneiro (1994) afirmará que o conceito de droga sempre foi de cunho moral e que será a partir do discurso normatizador proferido pelas instâncias oficiais de ordem cultural é que será centralizada essa noção. Será os costumes e hábitos que determinará a noção de droga, sentido esse na contemporaneidade carregado de um conceito ilícito e criminal. O autor afirma ainda que apesar de recomendações filosóficas e religiosas para contenção dos prazeres, a antiguidade clássica não implementou um regime de normatização proscritivo ou

proibicionista sendo esta tarefa realizada posteriormente pelo cristianismo. Na sua ascensão, o cristianismo passou a perseguir determinadas plantas tidas como diabólicas - em especial as que causavam efeitos alucinógenos - sendo estas associadas à feitiçaria. Durante a colonização das Américas, como principal pretexto para ataque as religiões americanas e seus ritos realizados com plantas sagradas, os jesuítas diabolizavam os ritos indígenas e utilizavam o uso do vinho como substância aculturadora.

No Brasil, após a colonização muitas das substâncias foram amplamente difundidas tais como a aguardente, o chá mate, o café e o tabaco. Durante os séculos XVI e XVIII o tabaco foi o segundo gênero na economia colonial brasileira e o seu comércio foi um dos principais produtos de escambo para aquisição de escravos. O brasão do Brasil independente, que permaneceu na bandeira até 1889 e ainda vigente no escudo de armas da República, tem entrelaçado o ramo florido de fumo e o ramo frutificado do café, sendo essas duas drogas *osímbolo nacional* (Carneiro, 1994).

Após falarmos sobre a história das drogas descreveremos sobre o surgimento do proibicionismo. A intenção é compreendermos quais foram os fatores que influenciaram tal modelo hegemônico. Apesar da prática milenar e universal, o consumo de drogas passou a ser conhecido mundialmente como algo perigoso e nocivo, carregado de um sentido político de exclusão. Tal compreensão se deu principalmente às drogas consideradas ilícitas. (Sodelli, 2013)

No início do século XX, principalmente nos Estados Unidos, a ideia de proibição e erradicação total das bebidas alcoólicas na cultura passou a ser desejável. O movimento metodista passou a chefiar uma coligação de grupos religiosos puritanos e políticos conservadores sob a bandeira do proibicionismo. Posteriormente, estas ideias foram apropriadas pela medicina higienista com a justificativa em pressupostos morais e de saúde. Em 1919, uma ampla coligação religiosa e laica conseguiu a aprovação da proibição federal do álcool nos Estados Unidos. Esta lei, conhecida como Lei Seca, foi a primeira lei proibicionista contemporânea (Carneiro, 2010).

No âmbito da ONU, a partir de 1945, foi realizado um considerável esforço de padronização de tratados internacionais sobre o tema das drogas, levando a reestruturação do sistema de controle instituído na Liga das Nações entre 1919 e 1939. Após a Convenção Única da ONU sobre drogas, ocorrida em 1961, o mundo

passa a consagrar o proibicionismo como forma de tratar o tema das drogas psicoativas. Em 1972, nos Estados Unidos, o então presidente Richard Nixon declara as drogas como inimigo número um do país, declarando assim uma “guerra às drogas”, entendendo a necessidade de combater em solo norte-americano e exterior os traficantes e consumidores de psicoativos (Rodrigues, 2008).

Encontros patrocinados pela Organização das Nações Unidas passaram a organizar, a partir de 1960, um conjunto de regras sistematizadas para padronizar o tratamento aos psicoativos dando parâmetros e estipulando exigências aos Estados. A atual lei brasileira – Lei nº 11343/06 – que regulamenta as políticas brasileiras sobre drogas, diretamente influenciadas pela convenção da ONU, não reconhece ainda os usos culturais ritualísticos de drogas, além de não conter classificações e penalizações diferenciadas aos usos tradicionais. (Gil e Ferreira, 2008). Assim o cenário familiar da “guerra às drogas” será composto pela sequela da estigmatização, violência, cinismo e estreiteza intelectual, que naturaliza a ilegalidade e potencializa a repressão (Simões, 2008).

A história da proibição de algumas drogas tais como a maconha, o ópio e a cocaína demonstram o quanto que processos de estigmatização de populações e conflitos geopolíticos estão relacionados a formas de controle internacional compulsório destinado a erradicar todas as substâncias psicoativas que não são consideradas para fins médicos ou científicos (Simões, 2008). Tais políticas repressivas se caracterizam pela criminalização da produção, tráfico e uso de drogas com propósitos não terapêuticos. Assim, não é à toa que a criminalização de um conjunto de substâncias se deu com a invasão farmacêutica e com o crescimento da importância social das atividades biomédicas e as políticas de repressão que se tornam hegemônicas em torno das drogas consideradas ilícitas e tiveram seu fundamento nos âmbitos médico e jurídico. (Vargas, 2008)

Todos somos drogados. Mas existe, entretanto, uma dicotomia ideológica básica entre drogas e fármaco, a primeira é vista como veneno e o segundo, como remédio, que fundamenta a definição de drogas ilícitas e lícitas. O divisor de águas, a matriz constituidora de todos os problemas decorrentes do uso de drogas ilícitas é o sistema da proibição. Ao compararmos drogas e alimentos, o que as diferencia é o regime jurídico e político que regula o direito à livre escolha. (CARNEIRO, 2005, p. 20)

A guerra às drogas envolve não somente grupos estatais como também se fixam em favelas, becos, morros e selvas. Assim conecta interesses políticos,

econômicos e geopolíticos, articulada e acionada pela proibição que sustenta este vigoroso mercado ilícito. Não há, assim, uma geopolítica das drogas sem interesse da indústria bélica e dos bancos, sem diplomacia e acordos internacionais, sem estratégias de políticas externas e sem um proibicionismo que em nome da saúde e segurança visa conter, controlar e eliminar minorias étnicas e hábitos milenares (Labrousse, 2010). Nesta perspectiva, a história irá nos ensinar que nenhuma droga desapareceu ou deixou de ser consumida, porém com a proibição o consumo passa a ser estimulado de maneira irracional e cria conflitos sociais e individuais. Assim com a proibição ao invés de reduzir seu consumo, as drogas passam a ser ofertadas pelo mercado negro, elevando seus riscos higiênicos e aumentando atividades ilícitas.

No capítulo seguinte intitulado de *Percursos Metodológicos da Pesquisa* explicaremos sobre a metodologia de análise escolhida para realizar a pesquisa. Será a partir da teoria interacionista do desvio que realizaremos o estudo das representações sociais de psicólogo(a)s que trabalham em CAPSad em relação ao uso de drogas. Ao utilizarmos a teoria do *interacionismo do desvio* notaremos que as regras sociais serão definidas a partir de situações e tipos de comportamentos que serão considerados como certos ou errados. Muitas vezes, este conjunto de regras terá como base o discurso de especialistas principalmente na área da medicina - no caso do uso de drogas, a psiquiatria - e na área jurídica - que no Brasil ainda considera o usuário de substâncias ilícitas como criminoso, por mais que preveja intervenções nas áreas de prevenção e reabilitação da pessoa usuária de álcool e outras drogas.

Ao considerarmos neste trabalho o uso de drogas como *comportamento desviante* - até porque será este uso, considerado *abusivo ou dependente*, que será tratado nas instituições do CAPSad - defenderemos a ideia que este *desvio* foi sendo definido ao longo da história através de processos político e econômico como forma de poder, seja pela religião em dado momento, seja pelos meios de produção e circulação de mercado em outro, provocando processos de desagregação e estigmatização de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, mas não todas as pessoas, e sim somente as consideradas *dependentes*. Assim, seguindo as perspectivas de Becker (2008), o desvio não será uma qualidade que reside no próprio comportamento e sim na interação entre a pessoa que comete o ato e as

que reagem a ele. Deste modo, o ato só será categorizado desviante quando houver a reação de outras pessoas em relação ao ocorrido.

Consideramos ainda o contexto em que a(o) psicóloga(o) vai se inserir nos equipamentos de saúde mental – especificamente o CAPSad- levando em consideração a proposta que está prevista pelo MS e qual o modelo de atendimento e tratamento que as atuais Políticas sobre Drogas irão propiciar. As considerações apontadas por Sodelli (2010) sobre os modelos do proibicionismo e da “prevenção que convive com as diferenças” nos ajudou a compreender melhor como atualmente esses profissionais estão atuando, pois ainda que esteja prevista na Política de Atenção a redução de danos notaremos que em muitos momentos tanto a prevenção quanto o tratamento terão como propósito a abstinência.

Após isso, explanaremos sobre a escolha do tema e percurso da realização das entrevistas, além da caracterização dos CAPSad entrevistados e das psicóloga(o)s participantes.

No capítulo *Trajetória da psicóloga(o) que atua no CAPSad* iniciamos descrevendo brevemente a inserção da(o) psicóloga(o) nas políticas públicas e em especial nas políticas de saúde mental, tendo como principais influências o movimento da reforma sanitária e psiquiátrica ocorrida no Brasil em meados dos anos 1970. Neste capítulo, as categorias de análise das entrevistas foram divididas em Experiências anteriores após a formação em Psicologia, Trajetória no tema de álcool e outras drogas, Trajetória na atuação no CAPSad e Interesse na atuação no CAPSad. Neste capítulo, começamos a identificar interesses e motivações da(o)s participantes em atuar no CAPSad, além do percurso em que cada uma vai tomando até chegar à atual instituição

No capítulo seguinte *Dificuldades/Obstáculos na atuação no CAPSad* dividimos nas seguintes categorias: Obstáculos ligados à equipe de trabalho, Obstáculos ligados à gestão, Obstáculos ligados à infraestrutura, Obstáculos ligados à rede de serviços e Obstáculos ligados à pessoa atendida.

Em *Atuação da(o) psicóloga(o) no CAPSad*, dividimos o capítulo nas categorias: Descrição das atividades realizadas no CAPSad, Critérios para realizar o trabalho no CAPSad e o Papel da(o) psicóloga na atuação no CAPSad.

No último capítulo intitulado *As representações da(o) psicóloga(o) em relação a pessoa usuária de álcool e outras drogas* além de levantarmos algumas

representações de cada participante, utilizamos a descrição dos casos relatados por cada uma dela(e)s para melhor compreensão destas representações.

CAPÍTULO 1

SAÚDE MENTAL E A REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL

Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira, eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos. Instintivamente faziam um círculo compacto, alternando os que ficavam no lado de fora e no de dentro, na tentativa de sobreviver. Alguns não alcançavam as manhãs. (BRUM, 2014, p. 14)

Este trecho escrito por Brum no Prefácio do livro de Arbex (2014), narra o cenário do maior hospício do Brasil, na cidade de Barbacena, no estado de Minas Gerais, denominado Colônia, que ficou conhecido por Holocausto Brasileiro, devido ao genocídio de mais de 60 mil pessoas no decorrer do século XX. Apesar de inúmeras denúncias, foi somente na década de 1980, com a Reforma Psiquiátrica que a realidade de alguns dos sobreviventes começou a mudar. Cenas como esta, de total violação de direitos, podiam ser presenciadas em hospitais psiquiátricos por todo o Brasil até início deste século, se não, até nos dias atuais. Pessoas abandonadas à própria sorte, muitas vezes “depositadas” em hospitais por não preencherem os critérios da “normalidade” estabelecidos pela sociedade, não só ligados a transtornos mentais, como também mulheres vítimas de violência sexual, crianças sem família, homossexuais, transexuais, pessoas com deficiência entre outros. Uma das entrevistadas, Ana, que participou da primeira parte desta pesquisa ao contar sobre sua trajetória descreve cenas vivenciadas por ela no início da sua atuação como psicóloga na década de 1970 em hospitais psiquiátricos:

[...]então eu conheci vários hospitais psiquiátricos... eu passei pelo hospital psiquiátrico da Vila Mariana, na época existia uma experiência com eletrochoques, eles usavam eletrochoques assim de uma forma abusiva, sem critérios, de uma forma muito violenta [...]em Franco da Rocha eu vi crianças que tinham assim problemas de desnutrições graves, crianças que eram acorrentadas...assim coisas que você conta que passam nos filmes, isso eu vivenciei na prática eu vi, eu estive lá, e outras colônias que dentro de Franco da Rocha existiam vários ciclos de colônias então tinha aquelas colônias mais evoluídas [...] então tinha os opostos, dentro daqueles que estavam totalmente alienados, abandonados mesmo, só mantinha com medicamentos e até com penúrias, assisti enfermeiros com borracha, violentava paciente, agredir, na ocasião eu estava numa sala simples dentro de uma enfermaria do hospital psiquiátrico e ai ouvi uns gritos... de repente veio um paciente, ele entrou, tirou todas as coisas dos armários começou a trancar a porta, desesperado e ai até alguém entender foi que ele estava com muito medo porque estava no banho e ele não queria, estava com medo e ai ele tinha...eles levavam borracha, davam com borracha neles, nessa situação de apavoramento, eu entrei em desespero fui procurar proteção então eu enfrentei coisas assim que na época me causou um trauma[...] convivi com esses horrores da psiquiatria[...] (ANA, CAPS Tulipa)

Por todo mundo, após o término da Segunda Guerra Mundial, diversos movimentos foram se intensificando contra o modelo asilar predominante como forma de tratamento de pessoas que sofriam algum tipo de transtorno mental influenciando assim o início para uma Reforma na Psiquiatria. Em destaque, dentre esses movimentos, ocorreu na Itália, uma proposta terapêutica posta em ação por Franco Basaglia, que ficou conhecida como Psiquiatria Democrática Italiana, que tinha como objetivo abolir métodos de tratamentos dotados de caráter coercitivo e violento, além de implementar ações de restituição dos direitos civis dos ditos “loucos”. Posteriormente, este foi o modelo que influenciou a proposta de reforma no Brasil.

1.1 A Reforma Psiquiátrica Brasileira

Contemporânea ao Movimento Sanitário, e com as influências da Reforma Italiana a RP no Brasil iniciou em meados de 1970. O Movimento Sanitário foi composto por profissionais de saúde e da sociedade civil na busca da construção de um conjunto de políticas públicas que assegurassem a saúde da população, fazendo a defesa da saúde coletiva, equidade na oferta de serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários. (Brasil, 2005). Essas lutas culminaram a criação do SUS e na aprovação de uma legislação específica que visava à desconstrução do modelo manicomial vigente no Brasil. (Sales e Dimenstein, 2009). Algumas mudanças também foram propostas tais como a troca de experiências entre profissionais, usuários e familiares, a fim de promover quebra de preconceitos e melhor relação dos usuários com suas famílias e comunidade e a garantia de condições de trabalho e remuneração dignas aos profissionais de saúde mental, para que a relação terapêutica fosse de qualidade, continuada e responsável (Brasil, 2007). Barros e Sales (2011) escrevem que a Reforma Psiquiátrica é definida como um conjunto de transformações práticas, saberes, valores culturais e sociais sobre a figura do louco e da loucura, e principalmente das políticas públicas para lidar com esta questão. É um processo político e social complexo, composto por diferentes atores e instituições.

Neste mesmo período, surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural, formado por trabalhadores integrantes do

movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. Este Movimento passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2005).

Inúmeras denúncias na mídia, debates e seminários foram realizados no meio profissional, para publicizar tal situação. No final de 1980 foi realizado o II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental na cidade de Bauru – SP, para avaliar a situação da assistência psiquiátrica brasileira. Esta avaliação promoveu uma ruptura decisiva em relação àquela situação propondo mudanças aos princípios teóricos e éticos e a defesa radical “Por uma sociedade sem manicômios” como norte para os que haviam decidido fazer mudança. Daí surgiu o “18 de maio” como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial que tinha como proposta promover mobilização em todo o país de núcleos, ONGs, associações, serviços públicos, usuários, familiares entre outros como movimento nas ruas e espaços de comunicação para discussões sobre políticas de saúde mental (CFP, 2013).

Em junho de 1986 ocorreu a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, sendo este um marco político decisivo aos rumos da saúde pública no Brasil que trouxe como discussões o conceito de saúde como direito fundamental da pessoa humana, a necessidade de construir um sistema único e as bases para o financiamento do setor. Esta conferência foi representada por 5.000 delegados. Com a Constituição de 1988 - conhecida como a “Constituição Cidadã”, o direito à Saúde foi garantido no Capítulo II – Seguridade Social e nos seus artigos 196 a 200 expressos os princípios que definiram a saúde como direito de todos e dever do Estado. A partir daí é criado o SUS – Sistema Único de Saúde, formado pela articulação entre as gestões federal, estadual e municipal. Este é um sistema universal, regionalizado e hierarquizado e tem como princípios doutrinários a universalidade, equidade e integralidade e como princípios organizativos a regionalização/hierarquização, descentralização e participação popular (CFP, 2013). Esse sistema é sustentado por uma concepção de política pública na qual o Estado, entendido como Estado Democrático de Direito, reorganiza para oferecer respostas

aos problemas sociais, considerando os direitos sociais, dentre eles os relacionados à saúde conquistados historicamente pela sociedade (CFP, 2013; Brasil, 2004).

É neste contexto, de construção e implementação da Reforma Sanitária Brasileira, por meio do SUS, que a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde (COSAM) reconhece que a assistência psiquiátrica prestada no Brasil é de má qualidade, decorrente do modelo assistencial centrado na hospitalização (Barros e Sales, 2011). A partir desta implementação, a política do Ministério da Saúde para a saúde mental começa a acompanhar as diretrizes em construção com a Reforma Psiquiátrica, ganhando assim contornos mais definidos (Brasil, 2005).

Em 1989, é lançado o projeto de Lei Paulo Delgado que tem como objetivo garantir discussões em todo território nacional com a criação de uma lei que visa proteger, promover e melhorar a vida das pessoas com transtornos mentais, por serem vulneráveis e vítimas de abusos e violação de direitos, além de desenvolver políticas de saúde mental para garantir tratamentos adequados e apropriados à proteção. Essa ideia de formular uma lei surgiu do movimento da luta antimanicomial, com o apoio de um parlamentar, o ex-deputado Paulo Delgado (CFP, 2013).

A III Conferência de Saúde Mental, realizada em dezembro de 2001 em Brasília, representou a oportunidade fundamental para avaliar, traçar novas diretrizes e organizar uma reorientação do modelo assistencial em saúde mental no país. (Brasil, 2001). O Relatório Final da IIICSM previa a implantação de políticas de saúde mental considerando esta como prioridade de saúde pública nas três esferas de governo, além de desenvolver no contexto do SUS orientação única e inserida nos respectivos Planos Estaduais e Municipais de Saúde, respeitando as necessidades, realidade e perfil epidemiológico de cada região e a inclusão social e a habilitação da sociedade para conviver com as diferenças como pressupostos básicos. Previa ainda a integração da política de saúde mental com as demais políticas públicas e que as novas modalidades assistenciais substitutivas desenvolvessem práticas pautadas em relações que potencializem a subjetividade, auto-estima, autonomia e a cidadania destes usuários.

Assim, para que houvesse a efetivação da Reforma Psiquiátrica, seria necessário que cada município implementasse uma rede de serviços de saúde mental que substituísse o hospital psiquiátrico e que esses dispositivos fossem pertinentes à sua realidade, capaz de oferecer atenção integral ao usuário de saúde

mental e seus familiares em atendimentos 24 horas por dia, 7 dias da semana, fortalecendo a diversidade de ações e a desinstitucionalização. Visando garantir o acesso universal a serviços públicos humanizados e de qualidade, esta rede deveria ser estruturada de forma descentralizada, integrada e intersetorial, contemplando ações referentes às áreas de trabalho, moradia, e educação. Estes serviços substitutos deveriam desenvolver atenção personalizada garantindo relações entre trabalhadores e usuários pautadas no acolhimento, vínculo e responsabilidade de cada membro da equipe. (Brasil, 2001)

Sobre a questão de Recursos Humanos o Relatório final da IIICSM enfatizou a construção de uma política de RH que valorizasse e considerasse a importância do trabalhador de saúde mental na produção dos atos de cuidar, possibilitando assim o exercício ético da profissão, garantindo capacitação e qualificação continuadas, remuneração justa, garantia de condições de trabalho e de plano de cargos, carreira e salários, garantia de supervisão clínica e institucional, jornada de trabalho adequada entre outros. Devia ainda visar e implantar, em todos os níveis, trabalho interdisciplinar e multiprofissional, garantindo que todo usuário dos serviços de saúde mental fosse atendido com uma visão integral. A Política de SM deveria ainda estimular a dissolução do “manicômio mental” implícito no saber científico convencional.

O Ministério da Saúde estimulou a inclusão, nas políticas de expansão, formulação e avaliação da Atenção Básica, diretrizes que remetessem à dimensão subjetiva dos usuários e aos problemas mais graves de saúde mental. Essas diretrizes enfatizaram a formação de equipes da atenção básica e o apoio matricial de profissionais de saúde mental junto a essas equipes. Em 2005 os indicadores de saúde mental passaram a fazer parte do elenco de indicadores da atenção básica, e em 2006, foram incluídos parâmetros para ações de saúde mental na atenção básica nas diretrizes para a Programação Pactuada e Integrada da Assistência à Saúde (PPI), publicados na Portaria MS/GM n.º 1.097, de 22 de maio de 2006. Com isso intensificou-se o esforço de garantir o acesso da população, e em especial nos pequenos municípios brasileiros, à atenção em saúde mental. Com a institucionalização da Estratégia Saúde da Família, a atenção básica iniciou intervenções para desenvolver a integralidade de atenção com grupos de saúde mental egressos de internações psiquiátricas (Brasil, 2007).

Deste modo, para que fosse possível reorientar o modelo de atenção à saúde mental no Brasil seria necessário proporcionar iniciativas de mudanças no modelo centrado na gestão das doenças mentais nos hospitais psiquiátricos para a inclusão do cuidado em saúde mental no SUS sem estigmas e preconceitos. Assim, a luta pelos direitos humanos universais, a justiça social e a equidade foram as razões para fazer valer o direito das pessoas com transtornos mentais (Pitta, 2001).

Pitta (2001) afirma que o problema do acesso ao cuidado em Saúde Mental é algo enfrentado por governos, sociedade, profissionais e usuários na substituição ao modelo manicomial. As ações necessárias são caracterizadas pelo respeito à singularização, subjetivação e sociabilidade, dispositivos sócio sanitários, regidos pelo planejamento e políticas públicas, que com esforço e decisão política, se transformaram em dispositivos culturalmente sensíveis, alcançando as necessidades de quem precisa de ações, exercícios de equidade e cidadania ativa para garantir o cuidado oportuno. Há ainda, outras características importantes quanto ao acesso dos usuários em Saúde Mental, como a necessidade de construir uma rede suficiente de cuidados, distinguindo o território de área geográfica, fazendo com que tanto o governo, quanto os profissionais possam assumir a responsabilidade pelo tratamento dos pacientes. Esse espaço permite a delimitação da área da atuação da equipe, os serviços a serem feitos, programas, o rastreamento dos mais vulneráveis, cumprindo-se assim a missão de materializar o acolhimento e o vínculo. Além de incluir dimensões singulares e subjetivas que considerem esperança e valores éticos para uma cultura de solidariedade entre usuários, familiares, profissionais, gestores, grupos de interesse, sociedades organizadas, ONGs, legislativo e judiciário, comprometidos em organizar uma rede de cuidados que enfrente a complexidade da demanda.

Diante da necessidade na articulação entre os campos dos Direitos Humanos e Saúde Mental, em maio de 2006, o Ministério da Saúde e a Secretaria Especial de Direitos Humanos assinaram a Portaria Interministerial nº. 1055 que instituiu grupo de trabalho destinado a viabilizar a constituição de um Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental, visando o aprofundamento na discussão da garantia de direitos das pessoas com transtornos mentais e da participação da sociedade civil organizada. Este Núcleo teve por finalidade a articulação por meio de construção de aperfeiçoamento de mecanismos destinados a proteção e promoção dos direitos das pessoas com transtornos mentais, além de produzir informações qualificadas,

estudos e pesquisas sobre a interface direitos humanos e saúde mental, desenvolver mecanismos de monitoramento das instituições que lidam com pessoas com transtornos mentais e criar mecanismos para acolher e encaminhar demandas oriundas de pessoas com transtornos mentais e seus familiares e organizações da sociedade civil. Em dezembro de 2006, o Núcleo Brasileiro de Direitos Humanos e Saúde Mental foi instituído por meio da Portaria Interministerial n.º 3.347/06, do Ministério da Saúde e da Secretaria Especial de Direitos Humanos. (Brasil, 2007)

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 2010, teve como tema central os desafios da intersetorialidade, proporcionando de modo mais definitivo e pragmático à Política Nacional de Saúde Mental componente para parceria e articulação com outras políticas públicas. Com o tema “Saúde Mental direito e compromisso de todos: consolidar avanços e enfrentar desafios” esta Conferência permitiu a convocação de diversos setores diretamente envolvidos com o tema da saúde mental e demais envolvidos com as políticas públicas (Brasil, 2011). Barros e Sales (2011), afirmaram que esta Conferência foi uma grande marca da construção da intersetorialidade e que suas alianças – interssetoriais-deveriam atuar de forma articulada para estabelecer diretrizes, pactuações, planejamento, acompanhamento e avaliação das políticas.

Outros fatores delinearam-se e incidiram sobre o cenário da realização da IV CNSM: ampliação e difusão territorial dos novos serviços, com incremento do número de trabalhadores de saúde mental, em um contexto de terceirização e precarização do emprego, e com amplo contingente de trabalhadores com inserção recente nas atividades profissionais e no ativismo político de campo; a diversificação do movimento antimanicomial, com o surgimento de tendências internas organizadas; a presença e participação mais ativa e autônoma de usuários e familiares; a presença de diversas agências e atores políticos interssetoriais; as novas características do trabalho e de tecnologia em saúde mental no SUS, com repercussões na organização e representação política de parte dos médicos no país, com novas exigências corporativistas, e, particularmente na psiquiatria, com nova ênfase no modelo biomédico e forte e explícita campanha contra a reforma psiquiátrica; uma expansão de serviços públicos de saúde mental que não foi acompanhada por uma oferta e capacitação compatível de profissionais, psiquiatras e outros, para o trabalho em saúde pública, gerando uma carência de profissionais em saúde mental; o pânico social gerado pela campanha da mídia em torno do uso do crack no país, com enormes repercussões políticas, gerando significativas pressões e demandas de alguns setores por serviços de internação hospitalar apresentados como resposta única; o cronograma apertado para a realização da Conferência, determinado pelo calendário político eleitoral. (BRASIL, 2007; BRASIL, 2010, s/p)

A conferência ainda reafirmou o campo da saúde mental como componente fundamental da integralidade do cuidado e como intrinsecamente multidimensional,

interdisciplinar, interprofissional e intersetorial. Assim esse campo se insere no campo da saúde e ao mesmo tempo o transcende, com interfaces importantes e necessárias com os Direitos Humanos, Assistência Social, Educação, Justiça, Trabalho, Cultura entre outros (Brasil, 2007; Brasil, 2010).

1.2 O surgimento dos CAPS

Em 1987, na cidade de São Paulo, surge o primeiro CAPS do Brasil, o CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira. Em 1989, em Santos (SP) dá-se início a um processo de intervenção, pela Secretaria Municipal de Saúde, em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. São implantados no município de Santos, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas e criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira (Brasil, 2005).

A Lei 10.216, promulgada em 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, além de redirecionar o modelo assistencial em saúde mental. Posteriormente, em 2002, foi anexada a esta Lei, a Portaria GM 336, com vistas a estabelecer os Centros de Atenção Psicossocial nas modalidades CAPSI, CAPSII e CAPSIII, definidos assim por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Os CAPS deveriam seguir a lógica de território e constituir em serviço ambulatorial de atenção diária. Esta portaria ainda regulamenta outros serviços substitutos de saúde mental tais como os NAPS (Núcleos de Atenção Psicossocial) e os CERSAMs (Centros de Referência em Saúde Mental) que também integram a rede do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2004)

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida quotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. (BRASIL, 2004)

Nesta definição, a perspectiva de território não está apenas ligada a uma área geográfica, como também aos recortes de diferentes tamanhos dos territórios que habitamos tais como um país, um Estado, uma cidade ou mesmo um bairro. Será a

programa de cuidados intensivos clínicos e de reabilitação psicossocial, elaborado por uma equipe multidisciplinar, cujo objetivo é substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando internações e proporcionando pleno exercício de cidadania e inclusão social, não só dos usuários mas também de suas famílias (Sales e Dimenstein, 2009 e Brasil, 2004).

Nos CAPS, as práticas realizadas deverão ocorrer em ambiente aberto, acolhedor e inserido no bairro. Os projetos desses serviços poderão ultrapassar a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, além de se preocupar com a singularidade do sujeito, sua história, cultura e vida cotidiana. Todo o trabalho desenvolvido pelo CAPS tem como finalidade o meio terapêutico, se caracterizando por sessões individuais, grupais e a convivência no serviço. Para isso, é necessária a construção permanente de um ambiente facilitador, estruturado e acolhedor, abrangendo várias modalidades de tratamento (Brasil, 2004).

A pessoa, ao iniciar o acompanhamento no CAPS, será acolhida por um profissional, que traçará com ela o seu projeto terapêutico e poderá passar a ser a sua referência, o que é chamado de TR (Terapeuta de Referência). Este não é um critério rígido, pois o que será fundamental será o vínculo que a pessoa atendida terá com um ou mais profissionais. O TR terá a responsabilidade de monitorar, junto à pessoa atendida, o seu projeto terapêutico, redefinindo as atividades e a frequência na participação no serviço. Tem ainda como responsabilidade contatar a família, além de avaliar as metas traçadas no projeto terapêutico (Brasil, 2004).

Cada pessoa atendida no CAPS deverá ter um PTS (Plano Terapêutico Singular) contendo um conjunto de atendimentos que respeite sua particularidade e personalize seu atendimento na unidade e fora dela, segundo suas necessidades. Também deverão ser levadas em consideração as diferentes contribuições técnicas dos profissionais, as iniciativas dos familiares e o território onde se situa (Brasil, 2004).

Conforme a Portaria GM 336/02, a depender do PTS da pessoa, o CAPS poderá oferecer:

- Atendimento Intensivo: trata-se de atendimento diário, oferecido quando a pessoa se encontra com grave sofrimento psíquico, em situação de crise ou dificuldades intensas no convívio social e familiar, precisando de atenção contínua. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;

- Atendimento Semi-Intensivo: nessa modalidade de atendimento, o usuário pode ser atendido até 12 dias no mês. Essa modalidade é oferecida quando o sofrimento e a desestruturação psíquica da pessoa diminuíram, melhorando as possibilidades de relacionamento, mas a pessoa ainda necessita de atenção direta da equipe para se estruturar e recuperar sua autonomia. Esse atendimento pode ser domiciliar, se necessário;

- Atendimento Não-Intensivo: oferecido quando a pessoa não precisa de suporte contínuo da equipe para viver em seu território e realizar suas atividades na família e/ou no trabalho, podendo ser atendido até três dias no mês. Esse atendimento também pode ser domiciliar;

Algumas das atividades oferecidas pelos CAPS serão realizadas em grupos ou individualmente, além de contar com atividades desenvolvidas com as famílias e/ou a comunidade. Nos atendimentos individuais a pessoa terá acesso à prescrição de medicamentos, quando necessário, a psicoterapia e a orientação. Nos atendimentos grupais a pessoa poderá ter acesso a oficinas terapêuticas, expressivas, geradoras de renda, alfabetização, culturais, além de grupos terapêuticos, atividades esportivas, de suporte social entre outras. Os atendimentos à família poderão ser feitos em atendimentos nuclear ou grupo de família, além de atendimentos individuais, visitas domiciliares entre outros. As atividades comunitárias poderão ser desenvolvidas em conjunto com associações e outras instituições na comunidade. E por fim as Assembleias ou Reunião de Organização do Serviço poderão ser feitas semanalmente, com os usuários, familiares, técnicos entre outros para discutirem o funcionamento do CAPS como lugar de convivência, além de levantamento de problemas e sugestões (Brasil, 2004).

Os CAPS deverão funcionar, pelo menos, durante cinco dias úteis na semana, porém seu horário e funcionamento, nos fins de semana, dependerão do tipo de CAPS conforme descrição:

Tabela 1 - Tipos de CAPS conforme o número de habitantes no município e o horário de funcionamento.

Tipo de CAPS	Número de habitantes no município	Horário de Funcionamento
CAPS I	população entre 20.000 e	Funciona das 8 às 18 horas De

	70.000 habitantes	segunda a sexta-feira
CAPS II	população entre 70.000 e 200.000 habitantes	Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira. Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas
CAPS III	população acima de 200.000 habitantes	Funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana
CAPSi	população acima de 200.000 habitantes	Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas
CAPSad	municípios com população acima de 100.000 habitantes	Funciona das 8 às 18 horas De segunda a sexta-feira Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas

Fonte: Brasil (2004).

Os diferentes tipos de CAPS são, conforme tabela abaixo:

Tabela 2: Tipos de CAPS e as características de atendimento

Tipo de CAPS	Características de atendimento
CAPS I e CAPS II	São CAPS para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes;
CAPS III	São CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes;
CAPSi	CAPS para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais;
CAPSad	CAPS para usuários de álcool e outras drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação;

Fonte: Brasil (2004)

As equipes mínimas, descritas em cada tipo de CAPS, deverão ter profissionais de várias categorias tais como:

Tabela 3 – Equipe mínima por equipamento

Tipo de CAPS	Equipe mínima por equipamento
CAPS I	<p>1 médico psiquiatra ou médico com formação em saúde mental;</p> <p>1 enfermeiro;</p> <p>3 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico ;</p> <p>4 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;</p>
CAPS II	<p>1 médico psiquiatra;</p> <p>1 enfermeiro com formação em saúde mental;</p> <p>4 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo, professor de educação física ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;</p> <p>6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;</p>
CAPS III	<p>2 médicos psiquiatras;</p> <p>1 enfermeiro com formação em saúde mental;</p> <p>5 profissionais de nível superior de outras categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário de nível superior;</p> <p>8 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;</p>
CAPSi	<p>1 médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em</p>

saúde mental;

1 enfermeiro;

4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

5 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

CAPSad

1 médico psiquiatra;

1 enfermeiro com formação em saúde mental;

1 médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;

4 profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico;

6 profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;

Fonte: Brasil (2004)

Segundo o Censo 2010 do IBGE, nos últimos anos, a rede CAPS se expandiu e se interiorizou, assim em 2006 34,5% dos CAPS estavam localizados em municípios com menos de 50.000 habitantes (cidade de pequeno porte), em 2010, no entanto, o valor passou a 40%, ainda em 2010 havia 58% dos CAPS localizados em cidades de até 100.000 habitantes. Os restantes dos 42% dos serviços estão nas cidades com mais de 100.000 habitantes onde residem 55% da população brasileira (Brasil, 2011).

Tabela 4 - Percentagem de CAPS em municípios classificados por faixa populacional ao final de 2006 e 2010 no Brasil.

Faixa Populacional	2006	2010
Até 5.000	0,10%	0,25%

De 50.001 a 10.000	0,89%	0,74%
De 10.001 a 20.000	5,74%	8,21%
De 20.001 a 50.000	27,72%	31,17%
De 50.001 a 100.000	18,42%	18,09%
De 100.001 a 500.000	28,81%	24,81%
A partir de 500.001	18,32%	16,73%

Fontes: Brasil, 2011

Os mapas abaixo se referem à expansão da cobertura em saúde mental de 2002 a 2010. Quanto mais escuro o azul, melhor é a cobertura (Brasil, 2011).

Figura 2 - Mapas sobre a cobertura em saúde mental entre 2002 a 2010.

Fonte: BRASIL, 2011

No fim de 2010, O Brasil contava com 1620 CAPS implantados e cobertura de 0.66 CAPS por 10.000 habitantes. O número de serviços implantados demonstra a lenta, mas definitiva reversão do modelo assistencial, cujo financiamento, no início da década de 1990, destinava 94% para os dispositivos de atenção hospitalar,

reduzido para 80% em 2002 (Barros e Sales, 2011). Assim, a implementação da rede substitutiva priorizou a implantação de CAPS, tornando acessível outro modo de cuidado, a redução de leitos em instituições psiquiátricas. Deve-se salientar que neste processo da Reforma Psiquiátrica, até 2010, foram fechados 32.735 leitos em Hospitais Psiquiátricos no Brasil. (BRASIL, 2011; CFP, 2013)

Tabela 5 - Número de CAPS por Tipo, Região e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes (dezembro de 2010)

UF	População	CAPSI	CAPSII	CAPSIII	CAPSi	CAPSad	Total	Indicador CAPS/100.000 Hab
Norte	15.865.678	46	24	2	3	12	87	0,41
Acre	732.793	0	1	0	0	1	2	0,27
Amapá	668.689	0	0	0	1	2	3	0,45
Amazonas	3.480.937	5	4	1	0	0	10	0,23
Pará	7.588.078	23	12	1	2	6	44	0,43
Rondônia	1.560.501	10	5	0	0	1	16	0,70
Roraima	451.227	1	0	0	0	1	2	0,33
Tocantins	1.383.453	7	2	0	0	1	10	0,47
Nordeste	53.078.137	348	125	17	34	73	597	0,81
Alagoas	3.120.933	37	6	0	1	2	46	0,88
Bahia	14.021.432	114	31	3	7	15	170	0,82
Ceará	8.448.055	44	29	3	6	17	99	0,93
Maranhão	6.569.683	36	13	1	3	6	59	0,63
Paraíba	3.766.834	37	8	3	7	8	63	1,22
Pernambuco	8.796.032	23	17	2	6	11	59	0,55
Piauí	3.119.015	26	6	1	1	4	38	0,82
Rio G. do Norte	3.168.133	12	11	1	2	6	32	0,84
Sergipe	2.068.031	19	4	3	1	4	31	1,11
Centro-Oeste	14.050.340	44	24	1	6	15	90	0,49
Distrito Federal	2.562.963	1	2	0	1	2	6	0,21

Goiás	6.004.045	10	14	0	2	4	30	0,42
Mato Grosso	3.033.991	24	2	0	2	5	33	0,69
Mato G. do Sul	2.449.341	9	6	1	1	4	21	0,69
Sudeste	80.353.724	180	168	31	57	102	538	0,58
Espírito Santo	3.512.672	7	8	0	1	3	19	0,44
Minas Gerais	19.595.309	80	46	8	11	19	164	0,65
Rio de Janeiro	15.993.583	32	38	1	15	18	104	0,55
São Paulo	41.252.160	61	76	22	30	62	251	0,56
Sul	27.384.815	143	77	4	28	56	308	0,87
Paraná	10.439.601	35	27	2	7	21	92	0,72
Rio G. do Sul	10.695.532	65	37	0	15	24	141	1,01
Santa Catarina	6.249.682	43	13	2	6	11	75	0,87
Brasil	190.732.694	761	418	55	128	258	1620	0,66

Fonte: Brasil, 2011

Tabela 6 - Série Histórica: Número de CAPS por tipo e ano

Ano	CAPSI	CAPSII	CAPSI	CAPSi	CAPSad	Total
2006	437	322	38	75	138	1010
2007	526	346	39	84	160	1155
2008	618	382	39	101	186	1326
2009	686	400	46	112	223	1467
2010	761	418	55	128	258	1620

Fonte: Brasil, 2011

Em 2011, através da Portaria GM/MS 3088, é estabelecida entre as prioridades na saúde a RAPS - Rede de Atenção Psicossocial que preconiza o atendimento de pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades em decorrência do uso de álcool e outras drogas, impactando diretamente na estrutura da Rede de Atendimento da Saúde Mental. São formadas por sete componentes sendo eles: Atenção Básica , Atenção Psicossocial Especializada, a Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção

Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização e a Reabilitação Psicossocial (CFP, 2013).

Alverga e Dimenstein (2006), ao falar sobre os desafios na Reforma Psiquiátrica trarão uma reflexão sobre a atual Política Nacional de Saúde Mental e como esta tem sido orientada a trabalhar com a defesa da reforma que tange aos ideais de uma sociedade igualitária e humana, primando à reinserção social e baseando-se nos princípios de liberdade, igualdade e fraternidade. Eles dirão ainda que as mobilizações no campo da saúde mental são guiadas politicamente por uma luta de resgate da cidadania e dos direitos humanos.

Seguindo a ideia de uma Reforma Psiquiátrica como um movimento social mais amplo eles irão propor que:

“[...] a reforma deve buscar a emancipação, não meramente política, mas, antes de tudo, uma emancipação pessoal, social e cultural, que permita, dentre outras coisas, o não-enclausuramento de tantas formas de existência banidas do convívio social; que passe a encampar todas as esferas e espaços sociais; que permita um olhar mais complexo que o generalizante olhar do igualitarismo; e busque a convivência tolerante com a diferença.(ALVERGA E DIMENSTEIN, 2006, s/p)”

A inquietação desses autores está ligada à reprodução das equipes, muitas vezes sem se dar conta, da institucionalização, afirmando assim o manicômio e os interesses ligados à reprodução do modelo dos hospitais psiquiátricos. Eles afirmam ainda que tal reprodução envolve todos, e não só as equipes, assim os serviços substitutivos, por si só, não garantem a superação do desejo de exclusão e exploração. Apesar dos diversos avanços, tanto em nível local, quanto nacional, ainda apresenta muitos desafios e impasses na gestão de uma rede de atenção em saúde mental. Alguns desses são: a forma em que são empregados os recursos financeiros do SUS e suas repercussões no modelo assistencial de serviços substitutivos, diminuição importante, porém insuficiente, dos gastos com internação psiquiátrica, fragilidade na abrangência, acessibilidade, diversificação das ações, qualificação na formação profissional e do cuidado, além do imaginário social calcado no preconceito e rejeição em relação à loucura (Alverga e Dimenstein, 2006).

1.3 Política sobre álcool e outras drogas no Brasil e a criação do CAPSad

Para compreendermos as atuais formas de atenção integral e tratamento a usuários de álcool e outras drogas no Brasil nas políticas em saúde mental, devemos primeiramente identificar os dois principais posicionamentos morais e políticos para o enfrentamento de questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, sendo eles o proibicionismo e a abordagem de redução de danos.

As políticas proibicionistas irão se concentrar em esforços para repressão e criminalização da produção, tráfico, porte e consumo de drogas ilícitas e as políticas e programas de redução de danos se concentrarão em disseminar intervenções orientadas à minimização dos danos à saúde, sociais e econômicos relacionados ao uso de álcool e outras drogas sem necessariamente coibi-lo (Alves 2009).

Para Alves (2009) o posicionamento proibicionista está pautado em dois modelos explicativos para a questão do uso de drogas, sendo o primeiro deles o modelo criminal/moral, que entende o uso de drogas como um problema moral, uma prática delituosa cujo enfrentamento deverá ser pautado no encarceramento do imoral/criminoso e o segundo deles o modelo de doença que considera o uso e a dependência de drogas como uma patologia biologicamente determinada, sendo neste caso necessária oferta de tratamento e reabilitação. Embora ambos os modelos se diferenciem nas propostas de intervenção, ambos irão compartilhar a eliminação do consumo de drogas, seja pelo encarceramento ou pelo tratamento. Esta perspectiva de não-tolerância às drogas irá promover ações de prevenção que objetivam a redução de demandas de drogas e a abstinência como única meta no tratamento. A autora irá afirmar que as limitações apontadas no modelo de atenção em saúde baseado na abstinência poderá representar uma importante barreira ao acessadas pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas às instituições de saúde, implicando em censuras e recriminações aos episódios de recaída ou reincidência ao uso de drogas, tornado as instituições de saúde espaços pouco acolhedores.

Sobre a origem da redução de danos Sodelli (2013) irá escrever:

[...] teve origem na Inglaterra, em 1926, com as recomendações de um relatório interministerial, presidida pelo Ministro da Saúde, Sir Humphrey Rolleston. O relatório ficou conhecido como "Relatório Rolleston", e estabeleceu o direito de os médicos ingleses prescreverem suprimentos regulares de opiáceos a dependentes dessas drogas, nas seguintes condições: como manejo da síndrome de abstinência, em tratamentos com

o objetivo de cura; quando ficasse demonstrado que, após prolongadas tentativas de cura, o uso da droga não poderia ser seguramente descontinuado; e quando ficasse provado que o paciente apenas seria capaz de levar uma vida normal e produtiva, se uma dose mínima de drogas fosse administrada regularmente, mas que ficasse incapaz disso, quando a droga fosse inteiramente descontinuada. Esse ato médico era entendido como um tratamento, e não como uma “gratificação da adição (p. 87).

Na década de 1990, a Holanda e o Reino Unido desenvolveram iniciativas precursoras do modelo de redução de danos, pelo impacto produzido na prevenção de transmissão do HIV/AIDS entre os usuários de drogas injetáveis. A proposta da redução de danos teve como princípios o pragmatismo de que o consumo de drogas sempre esteve e sempre estará presente na história da humanidade, deste modo, o ideário de uma sociedade livre das drogas não poderia ter sentido. Assim, se o consumo de drogas não poderia ser suprimido da sociedade, a estratégia deveria ser para reduzir os danos a ele relacionados. Esse enfoque poderia conferir maior racionalidade ao enfrentamento da questão das drogas propiciando compreender o consumo de drogas como problema de saúde pública e o tráfico como problema jurídico-policial (Alves, 2009).

A reforma na política pública de drogas na Holanda teve início na década de 1970, desencadeada por aumento de problemas relacionados às drogas que até então estavam aderentes ao discurso proibicionista. Em 1972, o Comitê de Narcóticos da Holanda publicou documento que definia que as políticas sobre drogas deveriam ser coerentes com os riscos associados ao seu uso. Em 1976 foi aprovada a Lei Holandesa do Ópio, que distinguia as drogas de “risco inaceitável” à saúde, tais como a heroína, cocaína, anfetaminas e LSD e as drogas de menor risco tais como a maconha e o haxixe. O comércio das drogas “leves” (maconha e haxixe) foi legalizado em espaços conhecidos como *coffeeshops* que poderiam ser consumidos neste local. Na década de 1980 o movimento social de usuários e dependentes de drogas fundou a Liga de Dependentes ou Junkies que reivindicavam melhoria nas condições de saúde e de qualidade de vida aos usuários de drogas. Por intermédio desta organização, estabeleceu-se interlocução entre os usuários e o governo holandês, tais como a discussão de disponibilização de seringas e agulhas esterilizadas e o tratamento de manutenção de metadona. Em 1984, foi lançado o primeiro programa de troca de seringas e agulhas em Amsterdã, que diminuiu os casos de infecção de HIV entre UDI's e contribuiu para a popularização da estratégia de redução de danos em outros países (Alves, 2009).

Para Alves (2009) o tratamento orientado pela lógica de redução de danos é descrito como de “baixa exigência”, por não exigir a abstinência como obrigatória, apesar de não se contrapor a abstinência como resultado ideal ao tratamento. Ela irá conciliar metas intermediárias, minimizando os danos sociais e à saúde, relacionado ao consumo de drogas, mesmo que não produza uma redução imediata de consumo. Esta experiência, em países que tem assumido a RD na revisão de suas políticas públicas, evidencia a diversidade de intervenções possíveis para reduzir os danos do uso de drogas. Tal diversidade mantém estreita relação com o contexto sócio-político e sanitário em cada país que adota esta estratégia.

No Brasil, especificamente, a primeira tentativa de realizar o programa de redução de danos foi em Santos-SP, em 1989, mas em decorrência de uma decisão judicial, a iniciativa foi frustrada. Em 1995, foi oficializado o primeiro programa de redução de danos no Brasil em Salvador-BA, assim demoramos quase quinze anos para oficializar o primeiro programa em RD no país. (Sodelli, 2013)

Em relação à Política sobre Drogas, o Brasil está entre os países signatários das convenções internacionais para a repressão ao tráfico e uso de drogas ilícitas, o que repercutiu em uma política de drogas nacional pautada no proibicionismo. Será somente a partir da década de 2000, que as políticas públicas de drogas brasileiras terão como enfoque a redução de danos, o qual favoreceu o delineamento de um modelo de atenção de usuários de álcool e outras drogas orientado por esta racionalidade. As primeiras intervenções de repressão às drogas do Estado brasileiro datam no início do séc. XX, quando foi proibida a venda de ópio e seus derivados e de cocaína, com pena de prisão aos infratores. Na década de 1920 a legislação penal propunha aos toxicômanos a internação compulsória por tempo indeterminado em estabelecimento correccional. Em 1930 foi promulgada o Decreto Lei nº 891/1938 que expressava através da Fiscalização de Entorpecentes o posicionamento proibicionista do Estado brasileiro. Este conteúdo do decreto-lei foi posteriormente incorporado ao artigo 281 do Código Penal de 1940 que criminalizava o porte de drogas ilícitas independentemente da quantidade ou intensão de consumo próprio ou tráfico, sem distinção de penalização. As medidas de prevenção e repressão ao tráfico e uso de drogas ilícitas, na legislação brasileira da década de 1970, estavam em plena concordância com as duas convenções da ONU realizadas em 1961 e 1971 (Alves, 2009).

A lei nº 5726/1971 não faz qualquer referência ao tratamento para população usuária de drogas, exceto os denominados “infratores viciados” que previam via determinação judicial a internação em estabelecimento hospitalar para tratamento psiquiátrico pelo tempo necessário à sua recuperação. A lei nº 6368/1976 amplia, em certa medida, a abordagem sobre o tratamento, assim a assistência à saúde passa a ser não só para os “infratores viciados”, mas para os “dependentes de substâncias entorpecentes”. A criação de serviços especializados para atenção ao uso prejudicial ou dependência de drogas não configura uma determinação legal e sim uma recomendação. Nesta lei ainda detalha que o tratamento de internação será obrigatório quando o quadro clínico ou a natureza de suas manifestações psicopatológicas o exigirem e para os demais casos onde a internação não se fizer necessária, serão tratados em serviços públicos ou provados extra-hospitalar. Os primeiros serviços extra-hospitalares especializados na assistência aos usuários de drogas ilícitas começaram a ser criados somente na metade da década de 1980, configurando naquele momento histórico a internação em hospitais psiquiátricos como único recurso de tratamento aos usuários de álcool e outras drogas (Alves, 2009).

Na década de 1980, foi instituído o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes, composto por órgãos e entidades da administração pública. Entre os objetivos deste sistema constava formular a Política Nacional de Entorpecentes através do Conselho Federal de Entorpecentes (COFEN). Embora tenha privilegiado ações de repressão ao tráfico e consumo de drogas, o COFEN teve iniciativas de apoio aos centros de referência em tratamento, pesquisa e prevenção na área de álcool e outras drogas (em sua maioria vinculada a universidades públicas), às comunidades terapêuticas e aos programas de redução de danos voltados à prevenção da transmissão do HIV/AIDS. Em 1998 o COFEN foi extinto e transformado em Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes foi transformado em Sistema Nacional Antidrogas (SISNAD). Neste rearranjo organizacional de estrutura política para enfrentamento das questões relacionadas às drogas é criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). A política brasileira antidrogas foi assimilada a declaração de guerra às drogas e o ideário de uma sociedade livre de drogas. (Alves, 2009).

Vai ser somente a partir dos anos 2000 que haverá mudanças significativas no conteúdo da legislação brasileira sobre drogas, por mais que ela permaneça alinhada ao discurso proibicionista, a atenção à saúde deixa de ser uma espécie de apêndice da política. Uma dessas mudanças se refere à distinção feita nas atividades antidrogas e as de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social. A lei 10409/2002 afirma que o tratamento ao usuário ou dependente de drogas será feito de forma multiprofissional e com a assistência de sua família se possível. A Política Nacional Antidrogas, instituída pelo Decreto nº4345/2002 trata o uso indevido de drogas como ameaça séria e persistente à humanidade e a vida em sociedade, associando-o ao tráfico e a outros crimes, justifica ainda a adoção de uma postura firme do Estado ao combate às drogas. Esta Política, porém, aproximará discursos antagônicos, pois ao mesmo tempo em que reforçará o discurso proibicionista, mostra-se aderente à abordagem de redução de danos. Alguns pressupostos da política mostrarão relevância na construção de um modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas orientado pela lógica de RD e comprometido com a garantia de seus direitos de cidadania. Propõe assim reconhecer as diferenças entre usuário, a pessoa que faz o uso indevido e o traficante de drogas, considerando ações distintas nas abordagens em cada situação(Alves, 2009).

Em 2005 o CONAD, após processo de realinhamento discursivo, aprovou a Política Nacional de Drogas, que orienta a redução da oferta, a redução da demanda de drogas e a redução de danos. O discurso ideal de “uma sociedade livre de drogas” se modifica para “uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e uso indevido de drogas lícitas”. Em relação à atenção à saúde, PND converge com a política do MS (Política de Atenção Integral) ao reiterar o objetivo de implantar e pôr em prática uma rede de assistência a indivíduos com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Contudo, enquanto a Política do MS se posiciona em favor de um modelo de atenção orientado pela lógica de redução de danos a PND admite e incentiva a coexistência de distintos modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas. Recentemente, em decorrência do realinhamento discursivo, houve mudanças nas nomeações do Sistema Nacional Antidrogas, para Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre drogas, o Conselho Nacional Antidrogas para Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas e a

Secretaria Nacional Antidrogas para Secretaria Nacional de Política sobre Drogas.(Alves, 2009).

A nova lei brasileira sobre drogas nº 11343/2006, segundo Alves (2009) apresenta alguns avanços historicamente significantes e reveladores de um posicionamento político mais moderado em relação às drogas. Por um lado as atividades de repressão à produção não autorizada e o tráfico ilícito são acentuados, com definição de novos crimes e aumento de penalidades, por outro distingue a condição de usuários e dependentes de drogas e aborda as atividades de prevenção ao uso indevido, atenção à saúde e reinserção social. Outra mudança expressiva refere-as ao estabelecimentos de penas alternativas ao crime definido como porte de drogas para consumo pessoal.

No Brasil, a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, revoga a lei anterior (6.368 de 1976) editada no período ditatorial. A nova lei de drogas institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e prescreve medidas para prevenção, atenção e reinserção social de usuários de drogas. Essa previsão legal estabelece a prevenção do uso indevido de drogas com atividades voltadas para a redução de risco e vulnerabilidade, para a promoção e fortalecimento dos fatores de proteção por meio da autonomia e da responsabilidade individual diante do uso de drogas. (CFP, 2013, s/p)

Esta legislação aumentou em 124% os presos por tráfico entre os anos de 2006 a 2010. Serão fatores determinantes para o aumento do encarceramento a falta de clareza entre a distinção de porte para uso pessoal e tráfico (CFP, 2013, Karam em Labate e Colaboradores, 2008) afirmará que esta lei em matéria de drogas é nova somente no tempo, pois suas regras baseadas nas diretrizes proibicionistas repetirão.

A Lei 11343/06 é apenas mais uma dentre as legislações dos mais diversos países que, reproduzindo os dispositivos criminalizadores das proibicionistas convenções da ONU, conformam a globalizada intervenção do sistema penal sobre produtores, distribuidores e consumidores das selecionadas substâncias psicoativas e matérias-primas para sua produção, que, em razão da proibição, são qualificadas de drogas ilícitas. (KARAM, 2008, p.105)

Foi em meados da década de 1980, com o surgimento da AIDS (Passos e Souza, 2011; Torossian e Papini, 2013), que a saúde pública passou a reconhecer e apresentar propostas pragmáticas e eficientes no enfrentamento de problemas associados ao uso de drogas, ao constatar que uma parcela significativa dos portadores de HIV fazia uso de drogas injetáveis. A partir da década de 1990, com a implementação do SUS, a reestruturação da atenção em saúde mental e os programas de redução de danos, passaram a criar condições no setor da saúde que

favoreceram o estabelecimento da política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas em 2003, porém estas condições não foram suficientes para estabelecê-la (Machado, 2006).

Houve aí diferentes atores e interesses entre os anos de 2001 e 2013. Havia, de um lado, pressão das comunidades terapêuticas para obter financiamento do SUS, posição esta que contava com apoio de alguns setores do Ministério da Saúde e SENAD (Secretaria Nacional de Política sobre drogas) e, de outro, uma pressão de outros setores do Ministério da Saúde, entre eles a Coordenação de Saúde Mental, para ser abordada no âmbito do SUS, a questão do álcool e drogas (Machado, 2006).

Realizada em dezembro de 2001, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, após dez anos de reestruturação em saúde mental no SUS, fez a recomendação de inclusão da atenção aos usuários de drogas e foi a partir daí que a própria saúde mental passou a incorporar a problemática associada ao consumo de álcool e outras drogas, passando a reivindicar o estabelecimento de políticas públicas de atenção para esta área nas políticas de saúde mental (Machado, 2006). Assim o Ministério da Saúde assume de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública (Brasil, 2004). A III Conferência Nacional de Saúde Mental previa ainda que:

Na construção da política de saúde mental é fundamental garantir que o Ministério da Saúde defina políticas públicas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas que deverão ser baseadas no respeito aos direitos humanos, nos princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica. É fundamental, também, garantir que o SUS se responsabilize pelo atendimento dos usuários de álcool e drogas e, ao mesmo tempo, não reduzir esta questão assuma problemática exclusiva da saúde. Com esta perspectiva, é necessária a criação de uma rede de serviços de atenção aos usuários de álcool e outras drogas integrada à rede do SUS, que evite a internação em hospitais psiquiátricos e em clínicas até então destinadas à sua internação (BRASIL, 2001, s/p)

As diretrizes para uma política ministerial específica para a atenção a usuários de álcool e outras drogas estão em consonância com os princípios da política de Saúde Mental regulamentada pela Lei Federal 10.216/2001. Esta lei assim, também deverá ser o instrumento legal e normativo para a Política de Atenção de Usuários de Álcool e outras Drogas, que também se encontra em sintonia com as propostas e pressupostos da OMS (Brasil, 2004).

A Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, proposta pelo Ministério da Saúde em 2003, adotou explicitamente a redução de danos como política pública. A postura preconizada ao sistema de saúde é a de colocar-se na condição de acolhedor, valorizando a história de vida do indivíduo, entendendo o consumo de drogas como um problema social e o usuário como um cidadão com direito a escolhas (Lima, 2008). Para que ocorra formulação, execução e avaliação de uma política de atenção é necessário romper com uma lógica binarizante que se baseia a associar o uso de drogas ora como comportamento antissocial ora como criminoso e em ambos os casos a abstinência como objetivo a ser alcançado. A abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado. É necessário lidar com as singularidades e diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. Assim, as práticas de saúde devem levar em conta esta diversidade. Deve-se acolher o usuário, o que é demandado por ele e o que pode ser ofertado, sempre estimulando a sua participação e engajamento. Será a redução de danos que melhor poderá oferecer um caminho promissor, porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas para a defesa da vida e não para a abstinência como objetivo a ser alcançado. Assim poderá oferecer um tratamento com maior grau de liberdade e corresponsabilidade, além de implicar estabelecimento de vínculo com profissionais que também passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário (Brasil, 2004).

O MS, desde 1994, assume a redução de danos como importante estratégia de saúde pública para a prevenção das DST/AIDS e hepatites entre usuários de drogas injetáveis por meio de uma cooperação com o Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas e Crime – UNODOC. As ações de Redução de danos, mesmo dando prioridade à prevenção e ao diagnóstico do HIV, deram visibilidade aos usuários de drogas injetáveis no SUS, promoveram a organização de profissionais e usuários, trouxeram contribuições significativas para a revisão de leis em vigor e proporcionaram o compartilhamento de saberes técnico e popular, criando condições de estratégias eficazes na abordagem dos problemas de saúde dos usuários de drogas. Outros esforços estão ligados a incorporações de ações de redução de danos no âmbito de outras ações de saúde tais como nos PACS e ESF, tendo a saúde preventiva como método de ação (Brasil, 2004).

A RD tem se fortalecido como estratégia no âmbito do SUS, pois além de sua ampliação no cotidiano do CAPS, ocorreu uma aproximação e construção conjunta com programas que lidam diretamente com a RD no MS, tais como saúde mental e HIV/AIDS/Hepatites. Como resultado deste iniciativa aconteceu em 2007 o I Seminário Integrado de Redução de Danos no SUS, juntamente com gestores e representantes do movimento social, com objetivo de elaborar recomendações para o Plano como forma de oficializar esta estratégia de prevenção, promoção de saúde e tratamento à pessoas que usam álcool e outras drogas.(Brasil, 2007)

Passos e Souza (2011) afirmam que a implantação da estratégia de redução de danos contou com a participação direta dos usuários de drogas, sob o argumento de que eles eram capazes de reduzir os riscos associados ao consumo e entrar em contato com outros usuários que não eram atingidos pelos profissionais de saúde. Alves e Lima (2013) afirmam ainda que por se tratar de uma estratégia baseada nos Direitos Humanos, a redução de danos considera a autonomia da vontade do cidadão, além de integrar as relações entre o cidadão e o Estado. Ela busca ainda incentivar a escolha pessoal, fortalecendo a sua dignidade e o direito de usufruir de um nível de saúde. A redução de danos vai colocar em questão as relações de força mobilizadas sócio historicamente para a criminalização e a patologização do usuário de drogas, já que esta estratégia coloca em cena uma diversidade de possibilidades de uso de drogas sem que este usuário seja identificado aos estereótipos de criminoso e doente. (Passos e Souza, 2011). É a redução de danos, como perspectiva de recurso de natureza solidária, que congrega o respeito ao sofrimento mental do cidadão, à sua condição singular de dependência e aos seus direitos civis, além do incentivo à sua integração familiar e comunitária (Alves e Lima, 2013).

Se afirmarmos que a redução de danos é uma estratégia, é porque entendemos que, enquanto tal, e para ter a eficácia que pretende, ela deve ser operada em interações, promovendo o aumento de superfície de contato criando pontos de referência, viabilizando o acesso e o acolhimento, descrevendo a clientela e qualificando a demanda, multiplicando as possibilidades de enfrentamento ao problema da dependência no uso do álcool e outras drogas. (BRASIL, 2004, s/p)

Assim a redução de danos se afirma como abordagem clínico-política, ela deve se dar como ação no território, construção de rede de suporte social, visando avançar em graus de autonomia dos usuários e seus familiares, usando recursos que não sejam repressivos, mas sim com a defesa da vida.(Brasil, 2004)

Para viabilizar deliberações da III CNSM, no sentido de normalizar atenção aos usuários de álcool e outras drogas o MS publicou portarias voltadas a estruturação de rede de atenção específica. Assim a Portaria GM/336/2002 define normas e diretrizes para a organização de serviços que prestam assistência em saúde mental, os CAPS, incluindo os voltados ao atendimento aos usuários de álcool e outras drogas. A Portaria SAS/189/2002 regulamenta a Portaria 336 criando no âmbito do SUS os serviços de atenção psicossocial para atendimento em saúde mental para pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial e /ou dependência de álcool e outras drogas. (Brasil, 2004)

É a rede de profissionais, familiares e organizações governamentais e não governamentais em constante interação que poderá criar acessos variados para acolher, encaminhar, prevenir, tratar e reconstruir existências de usuários de álcool e outras drogas. Assim o compromisso da saúde será fazer proliferar a vida digna de ser vivida e o compromisso do Ministério da Saúde será criar e manter equipamentos, qualificar profissionais e formular políticas de saúde em articulação com outras áreas. O SUS, por sua vez, tem como compromisso fortalecer seu caráter de rede incitando outras redes à conexão, garantindo acesso aos serviços e à participação do usuário em seu tratamento. Tudo isso será possível por meio de estabelecimento de vínculos, construção de co-responsabilidade e em uma perspectiva de uma clínica ampliada, transformando os serviços em locais de acolhimento e enfrentamento coletivo. (BRASIL, 2004, s/p)

O MS instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas via Portaria GM/816/2002 a fim de definir estratégias específicas de fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas com ênfase na reabilitação e reinserção social. O MS prevê ainda, mediante a consideração da multiplicidade de níveis de organização das redes assistências localizadas nos Estados, da diversidade das características populacionais brasileira e a variação da incidência de transtornos causados pelo uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas a criação de 250 CAPSad, dentro de uma perspectiva estratégica de redução de danos e à saúde, podendo abrigar em seus projetos terapêuticos práticas de cuidado que contemplem a flexibilidade e a abrangência possíveis e necessárias a esta atenção específica.(Brasil, 2004)

Os CAPS I, II e III destinam-se a pacientes com transtornos mentais severos e persistentes, nos quais o uso de álcool e outras drogas é secundário à condição clínica de transtorno mental. Para pacientes cujo principal problema é o uso prejudicial de álcool e outras drogas passam a existir, a partir de 2002, os CAPSad. O CAPSad, enquanto dispositivo de promoção de saúde e reabilitação psicossocial,

tem como objetivo fundamental alcançar o protagonismo do usuário. Para que isto seja possível, este usuário é convidado a participar das discussões sobre as atividades terapêuticas, a apropriação do seu projeto terapêutico, seu vínculo com o serviço e com os profissionais bem como a construção de laços sociais (Brasil, 2004).

Os CAPSad devem oferecer atendimento diário a pacientes que fazem um uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Possibilita ainda intervenções precoces, limitando o estigma associado ao tratamento. Assim, a rede proposta se baseia nesses serviços comunitários, apoiados por leitos psiquiátricos em hospital geral e outras práticas de atenção comunitária (ex.: internação domiciliar, inserção comunitária de serviços), de acordo com as necessidades da população-alvo dos trabalhos. Os CAPSad desenvolvem uma gama de atividades que vão desde o atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros) até atendimentos em grupo ou oficinas terapêuticas e visitas domiciliares. Também devem oferecer condições para o repouso, bem como para a desintoxicação ambulatorial de pacientes que necessitem desse tipo de cuidados e que não demandem por atenção clínica hospitalar. (BRASIL, 2004, s/p).

Os CAPSad devem oferecer atendimento diário, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua e atendimentos nas modalidades intensiva, semi intensiva e não intensiva, possibilitando intervenções precoces, limitando assim o estigma associado ao tratamento. Esta proposta se baseia em uma rede de dispositivos comunitários, integrados ao meio cultural e articulados à rede assistencial em saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica. (Brasil, 2004)

A insuficiência/ausência histórica de políticas que promovam proteção social, de saúde e tratamento de usuários de álcool e outras drogas é determinante para o aumento de suas vulnerabilidades. Somando-se a isso o rigor da Lei Criminal de drogas, manifesta condições desfavoráveis de acesso à saúde e a participação e organização dos usuários ao estabelecer o uso como sendo proibido, sem contar na divisão de drogas lícitas e ilícitas, que muitas vezes incentivam as qualificadas como lícitas e concentram o perigo e o pânico nas qualificadas como ilícitas. (Brasil, 2004)

Os principais fatores que reforçam a exclusão social dos usuários de álcool e outras drogas estão associados: à delinquência, sem critérios mínimos de avaliação; ao estigma atribuído ao usuário, promovendo a sua segregação social; a inclusão do tráfico como alternativa de trabalho e geração de renda de jovens; a ilicitude do uso que impede a participação social de forma organizada; e o desigual tratamento legal em termo de penalização e alternativas de intervenção. (Brasil, 2004)

Diante destes fatores de exclusão, as propostas da Política de Atenção têm como objetivo de alocar a questão do uso de álcool e outras drogas como problema de saúde pública; indicar o paradigma de redução de danos nas ações de tratamento e prevenção, como método clínico-político; formular políticas que possam desconstruir o senso comum de que todo usuário de drogas é doente; e mobilizar a sociedade civil, oferecendo assim condições de exercer seu controle e participar de práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras (Brasil, 2004).

O uso de álcool e outras drogas é um tema transversal a outras áreas tais como saúde, justiça, educação, social e de desenvolvimento, e requer intensas articulações com a sociedade civil, movimentos sindicais, associações e organizações comunitárias e universidades, ampliando assim a cobertura de ações e instrumentos fundamentais para a defesa e promoção de direitos e de controle social (Brasil, 2004)

A prevenção voltada para o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas pode ser definida como um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco específicos, e fortalecimento dos fatores de proteção. Implica necessariamente a inserção comunitária das práticas propostas, com a colaboração de todos os segmentos sociais disponíveis, buscando atuar, dentro de suas competências, para facilitar processos que levem à redução da iniciação no consumo, do aumento deste em frequência e intensidade, e das consequências do uso em padrões de maior acometimento global. Para tanto, a lógica da redução de danos deve ser considerada como estratégica ao planejamento de propostas e ações preventivas (BRASIL, 2004, s/p)

A atenção integral prevê a maximização da saúde nos três níveis de atenção (primária, secundária e terciária) e compreende o desenvolvimento contínuo de fatores de proteção individuais e coletivos na trajetória de vida das pessoas. Assim, aponta a necessidade de promover a prevenção institucional, oferecendo subsídios para enfrentamento das vulnerabilidades e a mudança no paradigma de “doentes” para cidadãos merecedores de direitos e exercício pleno de cidadania. (Brasil, 2004)

A promoção da saúde, portanto, impõe-se pela complexidade dos problemas que caracterizam a realidade sanitária, em que predominam as doenças crônicas não transmissíveis ao lado de doenças sociais contemporâneas, como a violência e as novas endemias. Configura-se também pela potencialidade de estratégias que superem a cultura da medicalização predominante no imaginário da sociedade (BRASIL, 2004, s/p)

Em 2008 a Coordenação de Saúde Mental firmou convênio com o Programa de Orientação e Atendimento a Dependente PROAD (UNIFESP) com o objetivo de elaborar a cartilha sobre estratégias de redução de danos. Tal iniciativa foi realizada

a partir da necessidade de qualificar e expandir atividades de RD no SUS e contribuir para a formação de profissionais de saúde que atendem usuários de álcool e outras drogas. (Brasil, 2007)

O trabalho do Ministério da Saúde de oferecer cuidados de atenção com base na perspectiva da redução de danos sociais e à saúde justifica-se pelo fato de tais abordagens psicossociais, segundo profissionais de saúde e especialistas da área, potencializem as ações preventivas, de promoção da saúde e de cuidados clínicos primários, além de aproximar a população usuária de drogas, historicamente desassistida, dos serviços de natureza diversa vinculados ao quadro de vulnerabilidade e riscos sociais. (BRASIL, 2007, s/p)

A expansão da rede especializada de cuidados em saúde mental/álcool e outras drogas seguem alguns critérios objetivos tais como a população do município ou microrregião, ausência de recursos assistenciais, maior risco/vulnerabilidade em função dos indicadores epidemiológicos e sociais e existência de hospitais psiquiátricos e consequentemente o programa de desinstitucionalização, com residências terapêuticas e outros dispositivos para a reintegração social de pacientes em longa permanência hospitalar (Brasil, 2004).

Os CAPSad podem ter como responsabilidade organizar a rede de serviços de atenção a usuários de álcool e outras drogas de seu território, com ênfase na reabilitação e reinserção social. Assim, atuam de forma articulada a outros dispositivos assistenciais em saúde mental tais como ambulatorios e hospitais e da rede básica de saúde tais como UBS, ESF, PACS e também em torno dos dispositivos de suporte social já existente na comunidade (Brasil, 2004).

Por sua característica de serviço aberto e comunitário, o CAPSad pode oferecer programas terapêuticos de menor nível de exigência, portanto disponíveis a mais pessoas da comunidade. As modalidades de cuidados para álcool e drogas nas unidades CAPSad devem obedecer a uma lógica de redução de danos, seja esta relativa a práticas voltadas para DST/HIV/AIDS, seja em relação ao próprio uso indevido de álcool e drogas (ex.: intervenções breves para adolescentes que fazem uso de álcool em um padrão abusivo). (BRASIL, 2004, s/p)

Em 2009, o MS lançou o PEAD (Plano Emergencial para Álcool e outras Drogas) instituído pela Portaria nº 1190/2009 com o objetivo de priorizar a expansão de estratégias de tratamento e prevenção relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas. Foram previstas ações intersetoriais e um conjunto de medidas específicas do campo da saúde e buscou alcançar prioritariamente crianças, adolescentes e jovens em situação de grave vulnerabilidade social. Para atingir tais objetivos foram previstos quatro eixos de atuação sendo eles: eixo I – ampliação do

acesso; eixo II- qualificação dos profissionais; eixo III- articulação intra/intersetorial; eixo IV- promoção de saúde, dos direitos e enfrentamento do estigma. (Brasil, 2007)

O Governo Federal, em maio de 2010, instituiu o Plano Crack, pelo Decreto nº 7179, que tem como objetivo a prevenção do uso, o tratamento e a reinserção social de usuários e o enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas. Este Plano tem como diretrizes ações executadas de forma descentralizada e integrada nas três esferas do governo, observadas a intersectorialidade, a interdisciplinaridade, a integralidade, a participação da sociedade civil e o controle social. Tem como fundamento a integração e articulação permanente entre as políticas e ações de saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude entre outras em consonância com a Política Nacional Sobre Drogas.(Brasil, 2007)

A procura dos municípios para implantação de dispositivos do CAPSad está ligada não só ao contexto atual, como também ao estímulo direto por parte dos consultores do PEAD para implementação da rede substitutiva do SUS em todas as regiões do país (Brasil, 2007). Novos dispositivos foram criados e potencializados no Plano Crack, conforme tabela baixo do número de CAPSad cadastrados entre 2002-2010.

Tabela 7 – Número de CAPSad cadastrados por ano entre 2002 e 2010

Número de CAPSad cadastrados por ano										
Ano	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Nº CAPSad cadastrados	42	14	21	24	36	22	27	37	35	258

Fonte: Brasil, 2011

Através da Portaria GM 2841/10 foram instituídos os CAPSad III com a proposta de ampliar os cuidados existentes na rede SUS de atenção em álcool e outras drogas, visando dar maior resolutividade e retaguarda aos usuários. Estes dispositivos funcionam 24 horas por dia, inclusive nos finais de semana e feriados e oferecem atenção integral e contínua a pessoas com transtornos decorrentes do uso abusivo e dependência de álcool e outras drogas. Além da atenção psicossocial diária, eles oferecem leitos de acolhimento noturno (entre 8 e 12 leitos por CAPS), para realizar intervenções a situações de crise de abstinência e/ou desintoxicação e repouso e/ou observação. A permanência de um mesmo paciente no acolhimento

noturno, caso seja necessário prolongar o período médio de 2 a 5 dias, ficará limitado a 10 dias corridos ou 14 dias intercalado em um período de 30 dias.(Brasil, 2007)

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental que ocorreu em 2010, enfatizou que o enfrentamento da problemática do uso e abuso de álcool e outras drogas, requer, nos três níveis de atenção, implantação e desenvolvimento de políticas públicas intersetoriais, em consonância com as diretrizes da Reforma Psiquiátrica, o SUS, SUAS, PNDH e o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Implica ainda estabelecer a estratégia de RD como política pública de saúde e expandir em todo território nacional a rede de cuidados em saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas. Assim assume a relevância em efetivar a política de RD do SUS na rede de atenção psicossocial, nos diferentes níveis de atenção, fortalecendo as práticas territoriais e a construção de redes sociais de redução de danos em contraponto ao modelo focado na abstinência, moralização, penalização e criminalização do usuário de álcool e outras drogas. Outro aspecto fundamental refere-se a necessidade de investir na comunicação com a sociedade, propiciando a divulgação das políticas e ações do campo, possibilitando assim a ampliação do conhecimento da população, a fim de reduzir preconceitos e estigmas associados ao consumo de álcool e outras drogas. É necessário ainda assegurar que a imagem da pessoa que faz uso não seja veiculada e explorada de forma vexatória, degradante ou desumana pelos veículos de comunicação(Brasil, 2010).

Dentre os serviços ligados ao CAPSad e a Política de Atenção aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, podemos citar dois dos principais, sendo eles as casas de acolhimento transitório do SUS e os Consultórios de Rua. As Casas de Acolhimento são voltadas para os usuários de álcool e outras drogas, inseridos na rede de atenção e que se encontrem em extrema vulnerabilidade e risco. Elas ampliam as possibilidades de intervenção dos CAPS e da atenção básica, na medida em que criam espaços protegidos e possibilitando desenvolvimento, em rede, de projetos de cuidado em período integral, sete dias por semana. Com articulação do CAPS, com a atenção básica e dispositivos intersetoriais tais como a saúde, assistência social, direitos humanos, justiça entre outros as CAT's constituem-se como espaços que permitem o abrigo temporário, acolhimento e proteção social, em espaços de saúde. Elas deverão ter como referência uma população municipal ou regional mínima de 100.000 habitantes e de três

modalidades diferentes sendo: a CAT I (permanência de até 40 dias e com até 10 leitos), CAT II (permanência de até 40 dias e com até 20 leitos) e CATij – Infanto-juvenil (permanência de até 90 dias e com até 12 leitos).(relatório de Gestão 2007). O Consultório de Rua é uma experiência que surgiu em Salvador-BA em 1999 que foi realizada pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia. O projeto foi idealizado em decorrência de problemas com crianças em situação de rua que faziam uso abusivo de drogas. Em 2009, o MS propõe o Consultório de Rua como uma das estratégias da PEAD, sendo incluído em 2010, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde, melhorar e qualificar o atendimento oferecido pelo SUS às pessoas que usam álcool e outras drogas, através de intervenções de rua. Os CR são dispositivos públicos componentes da rede de atenção substitutiva em saúde mental que oferece ações nos espaços da rua e tem como público alvo prioritário crianças e adolescentes em situação de rua usuários de álcool e outras drogas. As abordagens feitas no local de uso possibilitam ações preventivas, de promoção de saúde e de cuidados clínicos primários, além de possibilitar a aproximação com os demais serviços de tratamento. A equipe é composta por profissionais da saúde mental, atenção básica e pelo menos um da área de assistência social (Brasil, 2007)

1.4 Proposta para intervenção ao usuário de álcool e outras drogas

As ideias proibicionistas estão cristalizadas e presentes no nosso cotidiano, além da grande mídia que bombardeia a população com noções de “guerra” e intolerância contra as drogas (Sodelli, 2013)

Sodelli (2013) ao falar sobre modelos de prevenção do uso de álcool e outras drogas vigentes no Brasil trará a “Intolerância” e a “Guerra Contra as Drogas”, por um lado, e a “Prevenção que Convive com as Diferenças”, por outro. Embora esses dois modelos tenham diferenças conceituais significativas, eles compartilharam do mesmo pressuposto fundamental de que o trabalho preventivo tem como objetivo fazer com que as pessoas não usem drogas, sendo este inalcançável. Sodelli (2013) afirma que o problema da “Prevenção que convive com a diferença” é que ela não conseguiu se desprender da compreensão herdada do proibicionismo, segundo a

qual todo o uso de drogas é problemático. Esta postura, para ele, é em última instância uma versão pós-moderna da postura proibicionista.

“A Prevenção que Convive com as Diferenças” por reconhecer a influência da proposta da redução de danos é muitas vezes utilizada como sinônimo desta por diversos autores, Sodelli (2013) alerta, porém, que não existe uma única forma de compreender a proposta de redução de danos. Este modelo preventivo- que convive com as diferenças- tem um enfoque oposto ao da “Intolerância e da Guerra contra as Drogas” no que tange a pensar que é impossível uma sociedade sem drogas e que se deve trabalhar no sentido de erradicar todas as formas de uso, pois isso é ditar normas de comportamento muito além do que é direito do Estado e das instituições. Por outro lado, entende-se que não se retira totalmente o peso, justamente por esse modelo não assumir de forma completa a proposta de redução de danos. Ela, assim como a “Intolerância e a Guerra contra as Drogas” não aceita a questão do uso de drogas como uma possibilidade humana, podendo ser tratada e compreendida como um modo, entre tantos outros, de experimentar o mundo, de alterar a consciência. Os dois motivos para esta dificuldade são: a compreensão de que a experiência com drogas pode causar danos à saúde e a possibilidade de gerar uma grave patologia – dependência (Sodelli, 2013).

Será por meio da aproximação da redução de danos com a Noção de Vulnerabilidade que poderá ser composto o trabalho preventivo – com ações redutoras de vulnerabilidade, para desconstruir e superar o modelo Proibicionista. A busca pela desconstrução do modelo Proibicionista está vinculada à procura de um modelo que responda de modo mais realista às solicitações e os desdobramentos do uso de drogas. O objetivo é contribuir para uma área preventiva com ações mais eficazes e respeitando os Direitos Humanos (Sodelli, 2013).

Ao avaliarmos o fenômeno do uso de drogas sob a ótica de sua singular complexidade, estaremos prontos para abandonar a ideia simplista de um único padrão de uso. Observamos, então, infinitas possibilidades de padrões e modos de uso de drogas. Assim percebemos que o padrão e o modo de uso são determinados na inter-relação dos fatores genéticos, psicológicos e ambientais da pessoa. É necessário diferenciarmos esses padrões de uso, para que possamos compreender a relação entre o homem e o uso de drogas (Sodelli, 2013). Assim podemos caracterizá-los em:

- Uso experimental: por múltiplos motivos e que geralmente ocasiona muito prazer.

- Uso ocasional: é utilizada de maneira esporádica ou em ocasiões específicas. Geralmente este uso não afeta negativamente a vida profissional e afetiva do usuário.

- Uso habitual: seria um uso frequente, semanal ou mesmo diário. Quase tudo é motivo para usar drogas. O prazer já não é tão evidente e o usuário pode sentir desconforto quando usa a droga. Neste padrão de uso, as pessoas geralmente conseguem cumprir com suas relações e obrigações sociais.

- Dependência: as pessoas se sentem compelidas a usar drogas. Está agora não relacionado ao prazer e sim ao desprazer e a angústia que a falta da substância causa. A droga passa a ser o centro da vida, pois quase todas as ações e pensamentos estão direcionados em como conseguir a substância. Grande parte dos dependentes apresenta dificuldades em conseguir cumprir com as obrigações sociais, podendo prejudicar severamente sua vida cotidiana.

Para melhor compreendermos a complexa relação entre o homem e as drogas devemos considerar o modo com que a droga está sendo utilizada em cada um dos quatro padrões de uso (Experimental, ocasional, habitual e dependência), associado a um modo de uso:

- controlado: maior capacidade em controlar a quantidade de uma substância no momento do consumo.

- de risco: menor capacidade em controlar a quantidade de uma substância no momento do consumo, aumentando os riscos prejudiciais à saúde.

- Nocivo: mínima capacidade em controlar a quantidade de uma substância no momento do consumo, causando dano à saúde.

Trabalhar com a prevenção ao uso nocivo de drogas é assumir que o aspecto fundamental deste fenômeno é a complexa relação do homem com a droga e não a droga em si mesma. O conceito de vulnerabilidade, designa em sua origem - da área da advocacia internacional pelos Direitos Humanos do Homem - grupos ou indivíduos fragilizados jurídica ou politicamente, na promoção ou garantia de seus direitos de cidadania. (Sodelli, 2013; Ayres e colaboradores, 2003). Este conceito aplicado à saúde pode ser considerado como resultado de intercessões entre o ativismo diante da epidemia da AIDS e o movimento dos Direitos Humanos. (Ayres e Colaboradores, 2003)

É assim, uma alternativa que vai além da tradicional abordagem das estratégias de redução de risco que originou outras categorias tais como a ideia de “grupo de risco” e “comportamento de risco”, que se tornaram centro de contradições e conflitos no campo da epidemiologia e incitantes de profundos preconceitos e iniquidades (Sodelli, 2013; Ayres e colaboradores, 2003). Essa noção de grupo de risco se difundiu amplamente, principalmente nas grandes mídias, como base de estratégias de prevenção preconizadas pelas políticas de saúde no início dos anos 1980 no combate a AIDS. Esta prevenção teve como enfoque determinados grupos, tais como os chamados quatro Hs (homossexuais, hemophiliacs, haitians e heroin-addicts) e em torno do tema da abstinência e do isolamento destes grupos, assim eles não deveriam ter relações sexuais, doar sangue ou usar drogas injetáveis. Posteriormente, essas estratégias de prevenção, após franco processo de crítica foi substituída primeiro por estratégias chamadas de redução do risco, baseadas na divulgação de informação, controles de banco de sangue, estímulo para o uso de preservativos e outras práticas de sexo seguro, e por fim em estratégias de redução de danos com a introdução de práticas de distribuição ou troca de seringas e agulhas para usuários de drogas injetáveis (Ayres e Colaboradores, 2003)

Ayres e Colaboradores (2003) irão afirmar que:

É neste contexto que o conceito de vulnerabilidade se desenvolve. Ele pode ser resumido justamente como um movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (p.123).

Assim seguindo esta lógica, Sodelli (2013) se baseará no quadro da vulnerabilidade, proposta por Ayres e colaboradores (2003) para explicar o fenômeno do uso de drogas e ampliar a perspectiva da intervenção, já que a ocorrência não depende somente de componentes individuais, mas também de componentes sociais e programáticos:

Tabela 8 – Quadro da vulnerabilidade

Noção de vulnerabilidade e prevenção ao uso nocivo de drogas	
Componente individual:	a maior vulnerabilidade não deve ser entendida como uma decorrência imediata da ação voluntária dos indivíduos, grupos populacionais ou nações, mas sim, relacionada a condições objetivas do meio natural e

social em que os comportamentos acontecem, ao grau de consciência que os indivíduos, grupos populacionais ou nações têm sobre esses comportamentos e ao poder de transformação que possuem, com base nessa consciência;

Componente social: diz respeito a aspectos de como se dá o acesso à informação pelos sujeitos ou grupos populacionais, bem como o acesso aos serviços de saúde e educação; a aspectos sociopolíticos e culturais relacionados a determinados segmentos populacionais, a saber, as mulheres, as crianças, os idosos, as populações indígenas, entre outros; o grau de liberdade de pensamento e expressão dos diferentes sujeitos;

Componente programático(político-institucional): diz respeito a aspectos como financiamentos previstos para programas preventivos, a presença ou não de planejamento das ações, a possibilidade de formação de redes ou coalizão interinstitucional para atuação, além do compromisso expresso das autoridades para tal;

Fonte: Sodelli (2013)

No campo da AIDS, a emergência desse conceito de vulnerabilidade representou um importante passo para um conhecimento efetivamente interdisciplinar e de construção de intervenções dinâmicas e produtivas. Através desse conceito diferentes ações poderão se repetir em outras frentes de trabalho em saúde. Ayres e Colaboradores (2003) escreverão ainda que:

O conceito de vulnerabilidade é, simultaneamente, construto e construtor dessa percepção ampliada e reflexiva, que identifica as razões últimas da epidemia e seus impactos em totalidades dinâmicas formadas por aspectos que vão de suscetibilidades orgânicas à forma de estruturação de programas de saúde, passando por aspectos comportamentais, culturais, econômicos e políticos (p. 117).

Para desenvolver um trabalho de ações redutoras de vulnerabilidade devemos pensar em instrumentos técnicos e estratégias preventivas que objetivem reduzir a vulnerabilidade, sendo esta compreendida por determinadas condições e circunstâncias, que podem em qualquer tempo serem revertidas ou minimizadas. Assim, esta compreensão irá afirmar que as pessoas não são vulneráveis e sim estão vulneráveis num certo ponto do tempo e espaço, desconstruindo situação inerente a algumas pessoas ou grupos como no conceito de “grupo ou comportamento de risco”.(Sodelli, 2013)

As experiências dos usuários de drogas nem sempre serão solitárias ou voluntárias, mas realizadas no interior de uma história, de um contexto socioeconômico, imerso em momentos socioculturais e vinculados a sistemas familiares e sociais. Este uso, portanto, não poderá ser entendido como decorrente da mera vontade e sim na inter-relação e interdependência existente entre o usuário e o contexto social.(Sodelli, 2013)

No que se refere à prevenção ao uso nocivo de drogas, ao utilizarmos a noção de vulnerabilidade ampliamos significativamente o modo de compreender e intervir nesta questão, além de ganhar maior relevância ao resgatarmos suas origens, no campo dos direitos humanos, conferindo ao Modelo de redução de danos argumentos éticos e possíveis. Deste modo, a aproximação do Modelo da redução de danos e da noção da vulnerabilidade se dará no plano da ética, da cidadania e dos direitos humanos. Nesta perspectiva o autor irá propor uma Redução de Danos Libertadora que irá proporcionar medidas amplas para prevenção e tratamento do consumo nocivo de drogas, a não perseguição do usuário e formas de regulação que sejam social e culturalmente aceitas pelos diferentes segmentos sociais (Sodelli, 2013).

Ao pensarmos no trabalho desenvolvido pelo CAPSad, não só como serviço substitutivo para tratamento e reabilitação psicossocial à pessoas que fazem um uso prejudicial de álcool e outras drogas, mas também como uma instituição que possibilita prevenção, intervenções precoces e reinserção social, devemos buscar como estratégia ações redutoras de vulnerabilidade. Tais ações deverão considerar os componentes individuais, sociais e programáticos para que possamos melhor compreender o fenômeno deste uso.

Assim, será no campo dos direitos humanos que as intervenções do CAPS promoverão ações mais éticas e comprometidas não só com a pessoa em

tratamento, mas para com sua família e comunidade, promovendo autonomia, cidadania e emancipação social, limitando o estigma associado ao uso álcool e outras drogas e a exclusão social.

CAPÍTULO 2

AS DROGAS NA HISTÓRIA: BREVE INCURSÃO

A droga como um objeto claro e definido nunca existiu. Sob a sombra desse conceito polimorfo esconde-se na verdade, uma diversidade de substâncias e de usos distintos. O denominador comum que centraliza essa noção ambivalente é o discurso normatizador proferido pelas instâncias oficiais da ordem cultural.[...] A droga sempre foi um conceito antes de tudo moral. Os costumes e os hábitos é que determinam o que é e o que foi essa noção, cujo sentido contemporâneo é carregado de um conteúdo ilícito e mesmo criminal; e que há alguns séculos possuía um conteúdo muito mais amplo, generalizante e, de certa forma, desde a Renascença até o século XVI, mais inocente do que no período anterior do proibicionismo medieval. Assim como do período de criminalização contemporâneo do século XX (CARNEIRO, 1994, p.157)

A história das bebidas alcoólicas e das substâncias psicoativas é uma parte fundamental dos estudos sobre os produtos da cultura material na época moderna. A emergência do tráfico de mercadorias e em especial as bebidas e alimento-drogas tais como o café, vinho, aguardente, tabaco, ópio, chá, chocolate e açúcar delineiam a base fiscal dos estados e a forma de articulação centro-periférica do mercado mundial. A importância desses produtos só poderá ser compreendida a partir da compreensão dos sentidos atribuídos aos seus efeitos psicoativos que muitas vezes podem ser medicinais, religiosos e constitutivos de simbolismo (Carneiro, 2010)

As drogas e em especial o álcool pode ser caracterizado como um fenômeno no âmbito da história social, contribuindo com a constituição de identidades e marcando classes, gêneros e idades, além de um objeto da história cultural do corpo, como se representa a embriaguez na história do cotidiano e da vida privada, sendo deste modo um objeto de estudos assim como a alimentação e sexualidade e exigindo um enfoque necessariamente interdisciplinar para sua descrição e compreensão. Ao estudar a história da embriaguez, não bastaria termos somente na magnitude dos problemas de saúde ou volumes de circulação financeira ao longo de séries históricas em diferentes países e regiões. A história da embriaguez será também uma história de como as pessoas podem transformar suas consciências por meio de ingestões e como esses estados vão adquirir significados culturais partilhados e formas de gestão coletivas de sua condição alterada em momentos que podem ser tanto de embriaguez como nas cronicidades dos comportamentos de ingestão alcoólica. (Carneiro, 2010)

As drogas, como utensílio de feitiçaria, cultos de mistérios ou matéria prima da magia natural e da herbarização são onipresentes na cultura e nas antigas religiões. No mundo antigo, o saber herbário estava ligado a certos estratos sociais. As artes de “Emônia”, com era chamada na antiguidade latina, eram caracterizadas pelo uso de ervas como um saber iniciático, feminino, das artes de transe, possessão além de curandeirismo mágico considerado pátria de feiticeiras. Na idade média vão se desenvolvendo práticas do uso popular de plantas como um saber alquímico, chamado de filosofia natural, espagiria, arte de Hermes, nigromancia, magia ou alquimia. Esses saberes que remetiam a tradições antigas sobre o poder das plantas começaram a sofrer duras perseguições. (Carneiro, 1994)

O uso sagrado de certas drogas e em especial as chamadas alucinógenas, eram usadas desde o xamanismo siberiano, que percorreu toda a cultura indo-ariana – num arco que atingia a Índia até a Europa -, a cultura malaia e indonésia a leste até o extremo insular polinésio e a oeste com xamanismo americano. Já no paganismo greco-romano, o consumo das drogas foi submetido aos mesmos preceitos morais que o sexo e a comida, com o predomínio da religião olímpica do Estado sobre os cultos populares de êxtase e de embriaguez dionisiaca. Nesta, proibiram-se o excesso e exigia-se o domínio de si de modo a regular a intensidade dos prazeres. Podemos encontrar este pressuposto de moderação e temperança, para evitar o grande perigo do excesso, que exige o triplo domínio dos prazeres do vinho, amor e da mesa, prescritos tanto em Platão quanto em Aristóteles. Apesar da moderação e temperança, não havia proibição do uso de nenhuma droga. Nos textos gregos o estado de embriaguez, por exemplo, recebe inúmeras recomendações de moderação, tais como a diluição em água do vinho grego que continha especiarias, contudo não registram proibições, com exceção às mulheres e crianças que justificavam por razões de saúde. (Carneiro, 1994)

O vinho, como um fermentado de uvas, é originário da Ásia, provavelmente na região em torno do monte Zagros no Irã onde foram encontrados os vestígios mais antigos, há cerca de três mil anos a.C., da vinificação e sua expansão entre civilizações da Antiguidade oriental. No Egito, também foram encontrados vestígios muito antigos de produção de vinho e a partilha de atributos dionisiacos na figura de Osíris. (Carneiro, 2010)

No mundo antigo, pelo menos desde o século X a.C. o consumo de vinho foi muito importante e passou a fazer parte de rituais da realeza assíria. Em quase

todas as cidades-estado da Grécia o vinho passou a ter um caráter cerimonial no banquete, os chamados *symposion* imbuído de altos valores formadores da identidade cultural grega que sintetizavam a noção de controle diante do excesso, como emblema de sua civilização. Já no Império Romano o uso do vinho foi menos formal e adquiriu uma condição mais popular, passando a ser consumido diariamente como alimento e como psicoativo, sua importância comercial aumentou e passou a se tornar um dos produtos mais importantes da economia da Antiguidade. As tavernas romanas era um dos locais mais importantes na vida social, conjugando a venda de bebidas e outros serviços, tais como hospedagem e prostituição (Carneiro, 2010)

Sobre a abstinência e a embriaguez na Grécia antiga Carneiro (2010) escreve que:

Se o excesso no consumo era um sinal de um caráter bárbaro e descontrolado, a abstinência também era malvista na Grécia Antiga (à exceção de Esparta), assim como em Roma, havendo pouca enofobia. Tanto no mundo helênico como no romano, a bebida alcoólica e seus efeitos ofereciam uma espécie de medidor das capacidades de cada um se controlar [...] reconhecia na embriaguez uma prática social legítima, cujos excessos abusivos não poderiam comprometer usos positivos e benéficos, sabedoria que ficou perpetuada num provérbio jurídico e moral latino: *Abusus non tollit usum* (O abuso não impede o uso). Sua virtude de poder exatamente medir, nos seres humanos, essa fronteira do uso e do abuso, fazia da embriaguez um indicador moral, um instrumento de aferição da prudência e da temperança em cada indivíduo. E constituía também uma fronteira cultural entre a civilização e a barbárie [...] (p.43)

Entre os romanos, o uso do vinho era exclusivamente masculino. Incorria em pecado mortal a mulher que cometesse adultério ou bebesse vinho, sendo muitas vezes castigadas com a morte. Era considerada lícita sua execução pelo próprio marido. (Carneiro, 2010)

Como analgésico e eutanásico, o ópio foi uma das drogas mais usadas no mundo antigo. Ele fazia parte das receitas egípcias, gregas e romanas. Outras plantas psicoativas, tais como a vinha ou a papoula tinham prestígio na Grécia, além de referências ao uso de flores de canábis, daturas e cantáridas na antiguidade. Carneiro (1994) afirma que apesar de todas as recomendações filosóficas e religiosas para a contenção dos prazeres e em particular as drogas, a antiguidade clássica não implementou um regime de normatização proscritivo ou proibicionista, sendo esta tarefa realizada posteriormente pelo cristianismo.

Carneiro (2010) escreve que a ideia de abstinência não era comum entre os povos primitivos - pois a embriaguez tinha para eles um caráter sagrado. Nesses

povos o estado de embriaguez ardente causadas por bebidas espirituosas tais como o álcool, a kava e o soma não era separado da religião. Ela vai aparecer de fato somente com as religiões mais evoluídas como o islamismo e o budismo.

O estabelecimento de regimes de normatização não se fez sem tensões e ambiguidades. No judaísmo, por exemplo, a contenção de todos os prazeres da carne estabeleceu uma moral milenar. A luxúria, gula e volúpia, reunidas na tríade maldita do sexo, comida e droga foram condenadas desde os dez mandamentos mosaicos devendo ser combatidas pelo espírito contra o orgulho que sempre levava ao pecado original da curiosidade originado pelas árvores do saber e seus frutos proibidos. Já em *Cântico dos cânticos*, além da sexualidade e do vinho, podemos observar a exaltação de drogas tais como a mandrágora e a mirra que no *Novo Testamento* cristão fará parte dos presentes dos reis magos a Jesus. Nos *Cânticos* de Salomão essas drogas serão apresentadas como substâncias preciosas e afrodisíacas, porém conforme versão moralista do século XVIII, esses conhecimentos herbários de Salomão serão amaldiçoados pelos profetas que mandaram queimar seus livros. Na tradição judaica também estarão presentes o incenso e o azeite, descritos por Moisés no *Livro do Êxodo*. A composição do incenso santo – feito de estoraque, onicha e gálbano – e do azeite da santa unção – feito de mirra, canela, cássia e cálamo terá importância no cristianismo e fará parte do sacramento crismático onde os cristãos serão untados por estes óleos santos. (Carneiro, 1994)

No *Antigo Testamento* a referência ao álcool é ambígua e relacionada ao tema do incesto. Em Gênesis, as filhas de Ló, que haviam escapado de Sodoma por permissão divina, embriagaram seu pai e dele engravidaram, a fim de suscitarem a descendência do mesmo. (Carneiro 1994 e 2010). Em outro exemplo, a vinha foi à primeira planta cultivada por Noé e depois a árvore a dar motivo à maldição e exclusão. Após beber vinho e ficar desacordado Noé é visto por um de seus filhos nu. Seu filho e descendência por ter visto sua nudez embriagada é amaldiçoado e condenado a servir seus irmãos. No *Novo Testamento* o vinho foi sacramentado como única droga admitida pelo cristianismo, que se consubstanciava o próprio Deus, numa encarnação divina da droga. Carneiro (1994) afirma que essa relação do álcool com o sangue, sexo, fertilidade e nutrição é muito mais antiga que o cristianismo e judaísmo, sendo típicas em cultos que utilizavam fármacos desde os astecas até o shivaísmo hindu, o dionisismo grego ou xamanismo siberiano.

As “plantas diabólicas” são perseguidas como sinônimo de feitiçaria desde a ascensão do cristianismo, a religião de Estado. A Lei Sálica, no ano de 424, prevê o extermínio de bruxas e “preparadores de filtros”, em 506, o Concílio de Agde excomunga “feiticeiras, vampiros e seus consulentes” e em 511, o Concílio de Orleans reitera o anterior aos que se confeccionarem “beberagens prejudiciais”. Em 800, o ópio é chamado em uma capitular de Carlos Magno de “obra de satã” e indica que quem tocá-lo irá incorrer no crime de bruxo e envenenador. Assim, seja curando, embriagando, alucinando ou anestesiando a droga será sempre um desafio à moral cristã. A própria cura por meio de drogas é condenada e para as enfermidades da alma ou corpo o único recurso legítimo é recorrer à piedade do autor de todas as doenças. Para intermediar a relação entre os que sofrem e o onipotente será popularizado um santo para cada doença. (Carneiro, 1994)

O cristianismo afogará a ciência médica antiga, assim como toda a possibilidade de experimentalismo. Apenas nas culturas islâmica e judaica é que despontam os Razis, Avicena, Averróis, Maimônides e outros que continuam a desenvolver o saber herbário e a química médica. (CARNEIRO, 1994, p. 30)

Assim enquanto os árabes inventam a destilação, usando açúcar, o cristianismo se enterra em superstição, crença em talismãs, simpatias e relíquias santas, além de perseguir uso de plantas e o saber herbário como um desafio à religião. Apesar do Clero tolerar e utilizar plantas cultivadas nos mosteiros, o recurso à terapia vegetal era estigmatizado como medicina profana. O autor ao citar o manual de novenas *Botica Preciosa* escreve que a crença que permaneceu até o século XVIII era que “a verdadeira farmácia é a Virgem Maria”. (Carneiro, 1994)

Durante a Idade Média na Europa, a acusação de feitiçaria era baseada muitas vezes na suposta utilização de “filtros”, essas poções ou elixires buscavam o amor, a imortalidade e a ressurreição e entre outras plantas verificou a ocorrência do uso da “Datura” e da “Canabis” usadas quase sempre no forma de unguentos e pomadas. O uso de filtros de amor, além de fins eróticos e afrodisíacos, eram também praticados em todos os âmbitos da medicina feminina. Esse papel erótico-farmacológico cumprido pelas mulheres fizeram com que elas fossem perseguidas como bruxas pela Igreja. A alquimia também teve nesses elixires de cura e revelação um de seus principais objetivos lendários, como a “pedra filosofal” ou “dissolvedor universal” e obcecou os alquimistas que muitas vezes pela manutenção do poder das plantas pagaram o preço cobrado pela Inquisição. (Carneiro, 1994)

Na América o consumo religioso de alucinógenos era amplamente difundido, tais como o cogumelo teonanacatl, sementes ololiuqui, cacto peyote, flores de datura e cipó de ayahuasca. Como principal pretexto para o ataque às religiões americanas e seus ritos realizados com plantas sagradas, os jesuítas diabolizavam os ritos indígenas durante a colonização das Américas. Eles passaram a atacar duramente as plantas sagradas e impor o álcool destilado como grande instrumento aculturador. (Carneiro, 1994)

Sobre o consumo religioso americano Carneiro (2010), afirma ainda que:

Os indígenas da maior parte das regiões americanas produziam bebidas fermentadas de cereais, leguminosas, tubérculos, cogumelos e frutas em geral[...] buscaram-se fabricar bebidas alcoólicas de quase todos os alimentos disponíveis na natureza, que misturados com água e fermentados, se transformavam em bebidas-alimentos.(p.138-139)

Carneiro (2010) escreve que a perseguição a este tipo específico de embriaguez em momentos de ritos de convívio, devoção e hospitalidade, foi uma das grandes obsessões dos colonizadores das Américas e a resistência desses em abandonar seus padrões de normatização tradicional do consumo de bebidas e drogas, assim como de alimentos e vestimentas foi uma marca característica dos povos indígenas americanos. Com a introdução da cachaça dos brancos aos povos indígenas os mesmos adotaram formas de beber que eram consideradas excessivas o que levou ao longo do século XVII diversos setores do clero a interceder junto à coroa o impedimento da venda de aguardente aos índios. O autor afirma ainda que teria sido o álcool o responsável na África pelo prolongamento do tráfico de escravos, por a aguardente ser a moeda de troca.

É no bojo da Renascença, com a retomada farmacológica e reintrodução do ópio que ocorre o enfraquecimento do regime cristão de normatização. Isso ocorre a partir das novas rotas marítimas para terras de especiarias e plantas americanas e orientais. Há aí um momento de relaxamento do código proscritivo das plantas em dois níveis, sendo eles na cultura popular e no saber erudito, em ambos, a experiência com as plantas como saber herbário, alquímico e terapêutico é o eixo central. Seu auge ocorre no início do século XVI. Ocorre neste momento a difusão ampliada de informações possibilitada pela imprensa de livros sobre botânica compreendida como um ramo da medicina. Carneiro (1994) afirma que na Renascença os eixos de normalização cristã são abalados, mas não em seu fundamento. Assim os alucinógenos são mantidos como drogas proibidas por

representarem acesso a mundos diferentes e tipificados como obra de forças demoníacas.

O novo regime é o da retomada do ordenamento moral. Paralelamente à centralização dos Estados Modernos, as Igrejas passam a implementar certas técnicas sociais, que têm nos hospitais e prisões lugares privilegiados para uma empreitada disciplinadora que se estenderá por toda a sociedade. É nesse momento que a ortodoxia religiosa se reforça, tanto na Europa católica, através da Contra-Reforma, como na Europa protestante. A Inquisição e a caça às bruxas são as expressões mais exemplares dessa empreitada de normatização social, que manifesta uma profunda reação anti-renascentista e que ataca tanto a cultura popular como a cultura judaica e árabe na Europa e na cultura indígena nas Américas. (CARNEIRO, 1994, p. 41)

Novas plantas estimulantes começam a fazer sua entrada no comércio e nos hábitos cotidianos no mundo. O café, o chá, o tabaco e o chocolate após uma resistência inicial da Igreja, passam a ser consumidos e traficados por ela.

A palavra “droga” provavelmente deriva do termo holandês *droog*, que significa produtos secos e servia para designar, dos séculos XVI ao XVIII, um conjunto de substâncias naturais utilizadas, sobretudo, na alimentação e na medicina. Mas o termo também foi usado na tinturaria ou como substância que poderia ser consumida por mero prazer [...] Antes, portanto, de designarem os produtos vegetais, animais ou minerais usados como remédios, a palavra droga representou, no contexto colonial, um conjunto de riquezas exóticas, produtos de luxo destinados ao consumo, ao uso médico e também como “adubo” da alimentação, termo pelo qual se definiam o que hoje chamamos especiarias. (CARNEIRO, 2005, p.11)

A discriminação das drogas e seus usos distintos sendo eles terapêuticos mágicos ou especiarias são contemporâneos. A separação de funções claras de remédios, analgésicos, afrodisíacos, perfumes entre outros só acontece com o ordenamento das farmacopeias oficiais e o uso canônico das substâncias. Em Portugal, por exemplo, a primeira farmacopeia oficial datará no ano de 1794.(Carneiro, 1994)

O ópio se torna a panaceia do século XVII e disseminação medicamentosa se espalha por toda Europa, tanto por suas virtudes específicas de antitussígeno, antidiarreico e analgésico como para todos os outros fins. Uma crença curiosa, que se propagou no século XVIII, é que se o ópio fosse tomado com qualquer tipo de óleo este se tornaria um terrível veneno. (Carneiro, 1994)

O café, desde seu próprio nome, que significa vigor, no século XVII passa a ser tratado como mezinha num livro publicado na França por um mercador. O chá preto, cuja origem é milenar no Oriente, passa também a compor o hábito europeu e assim como o café, fica conhecido como aquele que vence o sono, aumentando, portanto o autocontrole. A erva mate, assim como o café e o chá preto possui

caféina, sendo, portanto estimulante. O mate foi proibido em 1596, por Hernandárias, governador da Província do Paraguai, mas não impediu a propagação do vício. Com a instalação da Província da Companhia de Jesus do Paraguai, os jesuítas apossaram de toda a produção de mate, recebendo a licença oficial para comércio em 1645. Este monopólio perdurou até o ano de 1767 (Carneiro, 1994).

A coca, no Peru em 1560, também foi inicialmente combatida sob o pretexto de demonização de quem fazia o uso de sua folha. Assim expediam ordenanças cominatórias de excomunhão a todos aqueles que comiam a folha de coca, pois acreditavam que embriagados delas falavam em demônios ou enlouqueciam. O seu efeito excitante, embora inicialmente considerado como imaginação e superstição indígena, foi reconhecida como tônico e estimulante por observadores mais atentos. (Carneiro, 1994)

A cocaína foi extraída das folhas de coca por um químico em meados do século XIX, em 1860, pelo alemão Niemann que conseguiu isolar entre seus números alcaloides o alcaloide principal que chamou de cocaína. O jovem Sigmund Freud contribuiu decisivamente com a divulgação da droga. Em 1884 ele descreveu detalhadamente seus efeitos positivos observados nele e em outros se referindo ao uso medicinal (Bucher, 1992).

*As grandes escavações pré-colombianas dos Andes já conheciam a coca e utilizavam as suas folhas, como testemunham as escavações arqueológicas do Equador, do Peru e da Bolívia. Os vestígios mais antigos remontam a mais de 4500 anos e demonstram o valor cultural, religioso e também alimentício da planta. Numerosas lendas se referem a ela, seja à sua origem como dádiva dos deuses, seja à sua vinculação com os mistérios sagrados da fertilidade, da sobrevivência além da morte e de práticas curativas [...] Para os Incas, a coca na realidade era uma planta sagrada. Planta maravilhosa ou mágica, ela foi considerada como recompensa divina para fortalecer os pobres mortais. Frequentemente era comparada com uma figura feminina. Assim, em uma lenda ela é descrita como “uma mulher muito bonita, mas que tinha o diabo no corpo”, razão pela qual ela tinha que ser sacrificada. Porém, no lugar onde foi sepultada, nasceu uma planta da qual se comia as folhas, e que os indígenas chamavam de *Mama coca*[...] Existe pois uma nítida associação entre a coca, a sensualidade (da mulher) ou ainda a fertilidade, o que se deixa relacionar com o potencial afrodisíaco detectado pelos consumidores das folhas ou dos seus sucedâneos. (BUCHER, 1992, p.122, 123)*

O uso do álcool e demais drogas sempre esteve relacionado a um assunto médico, porém será na época moderna que surgirá uma nosologia do vício, uma descrição de práticas consideradas como abusivas devido à insistência, repetitividade e compulsão. Tal inserção do consumo de drogas no âmbito da nosografia e terapêutica serão realizadas a partir da relação com outras

perturbações psíquicas na patologização da loucura. Será no início da era da medicina e psiquiatria moderna que a visão moralista da loucura irá se manifestar. Podemos identificar tal visão em autores tais como Philippe Pinel em *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou mania* em 1801 e Samuel A.D. Tissot em *O onanismo* em 1764, que afirmará que a causa da loucura é a imoralidade, entendida como excesso ou exagero. Por isso que a terapia será chamada de tratamento moral de “afecções morais” ou “paixões morais”. Assim ao lado das causas morais, a loucura poderia ser causada pelo abuso de prazeres sexuais, da menopausa, golpes na cabeça ou embriaguez. Esta política médica foi nomeada na época como “polícia médica” que marcou a complementaridade entre a medicina e o Estado na constituição de um *corpus* teórico de controle social. Assim as campanhas contra o álcool tornou um dos principais veículos de exigência de medidas estatais de controle de comportamento na Europa. (Carneiro, 2010)

Foi no século XIX que ocorreu a construção da *doença do vício* como doença estrita. Thomas Trotter foi quem conceituou a embriaguez como doença em 1804 em sua tese *Essay Medical Philosophical and Chemical on Drunkenness*, considerada um marco na “descoberta” de uma nova entidade nosológica na medicina. Em 1849 o médico sueco Magnus Huss ficou conhecido pelo reconhecimento do alcoolismo como doença autônoma que identificou duas formas de envenenamento alcoólico sendo elas a aguda e a crônica e descreveu sistematicamente os danos físicos que ambas provocavam. Porém, embora identificasse o alcoolismo como uma endemia na Suécia, o médico diferenciava o uso de bebidas “espirituosas” que eram a causa da doença, das bebidas “higiênicas” tais como a cerveja. Assim o termo do alcoolismo foi traduzido do sueco para o alemão em 1852, para o francês em 1853 e para o italiano em 1855. Neste período o alcoolismo passou a ser visto em toda a Europa, ao lado da sífilis e tuberculose como uma das três pragas que ameaçavam a sociedade. A novidade do século XIX não será os conceitos de vício, dependência ou embriaguez, mas a conjunção de forças políticas, culturais e sociais que deu hegemonia a esses conceitos (Carneiro, 2010)

A adoção de uma teoria orgânica da doença, para explicar os comportamentos de uso imoderado de drogas, correspondeu ao clima geral de uma época em que “as teorias da doença foram colocadas dentro da tradição clínica e individualista da medicina como parte da revolução bacteriológica, e em contraste com a abordagem do ambientalismo e da reforma social e sanitária da saúde pública”. A ontologização do mal, a construção da nosologia como um jardim das espécies e a busca filatelista de coleções nosográficas levaram à construção de mais uma entidade: a

adição e suas vítimas, os aditos. Tal modelo orgânico e hereditário que identificou e circunscreveu as fronteiras do vício. (CARNEIRO, 2010, p. 189-190)

Assim nos séculos XVI e XVIII em que as teorias da natureza dos hábitos e dos vícios e as repercussões políticas e morais das posturas médicas diante dos desafios colocados pelo problema decorrente do consumo de álcool puderam se relacionar com os fundamentos das concepções médicas sobre o álcool e demais drogas que se estabeleceram nos séculos XIX e XX. Recentemente a ciência médica passou a utilizar os conceitos de tolerância e síndrome de abstinência para caracterizar um quadro nosográfico, distinguindo o uso não nocivo, o abuso eventual e o uso crônico ou “síndrome de dependência”. (Carneiro, 2010)

2.1 Breve histórico das drogas no Brasil

A cana de açúcar, originária do Oriente, foi processada pelos árabes de modo a produzir um suco conhecido como garapa, que após fervido e tratado se transformaria em açúcar, que se tornou onipresente na rotina das pessoas e surgiu como uma rara droga. No Brasil, a civilização do açúcar atingiu sua expansão máxima entre os séculos XVI e XVII, época esta da “sacarocracia” dos senhores de engenhos do Nordeste brasileiro, onde a grande plantação voltada para a exportação introduziu a exploração extensiva de sua mão de obra escrava. O açúcar se tornou mais do que um alimento, era luxo químico, droga doce, que entrou no preparo de várias mesinhas características da *mesinha caseira nordestina*. Além do açúcar, outro subproduto da cana de extrema importância foi a aguardente ou cachaça, esta foi o primeiro destilado que a maior parte dos povos da América, África, Ásia e Oceania conheceram. A cachaça teve sua fabricação proibida no Brasil em 1649 por uma Carta Real para evitar sua concorrência com as bebidas portuguesas. Esta proibição durou até o ano de 1690. Mais tarde, em 1817, a cachaça foi exaltada pelos revolucionários em Pernambuco como bebida da terra e símbolo nacionalista brasileiro em oposição ao vinho do Reino. (Carneiro, 1994)

A introdução do chá, no Brasil, em 1812 teve seu cultivo estimulado por D. João VI, porém com pouca difusão. A cultura do chá permaneceu marginal à do tabaco que crescia, principalmente na Bahia, num movimento paralelo ao das colônias da Virgínia na América do Norte. Outra erva importante na formação

colonial no Brasil e região pampa foi a erva mate. O maior consumo do mate amargo quente - chimarrão no sul do Brasil, Uruguai e Argentina – e o mate frio – tererê no Paraguai- remonta o século XVII como o principal cultivo das povoações jesuítas. O café, de origem árabe, teve sua introdução no Brasil no ano de 1727 no estado do Pará, trazido pelo famoso Palheta que obteve em Caiena na Guiana francesa. (Carneiro, 1994).

O tabaco, consumido no Brasil pelos índios, foi chamada “erva santa” e foi a droga de uso psicoquímico mais difundida da América, usada como bebida, rapé ou fumado em diversas tribos. Como instrumento religioso, foi encontrado dos Andes ao Canadá, e sua antiguidade é de pelo menos sete mil anos. O tabaco foi durante os séculos XVI ao XVIII o segundo gênero na economia colonial brasileira e seu comércio à África foi um dos principais produtos de escambo para aquisição de escravos. O brasão do Brasil independente, que permaneceu na bandeira até 1889 e ainda vigente no escudo de armas da República, tem entrelaçado o ramo florido de fumo e o ramo frutificado do café, sendo essas duas drogas o *símbolo nacional*.

Em contraposição ao tabaco chamada de “erva santa” Carneiro (1994) afirma a maconha foi intitulada como “erva maldita” e chegou a ser acusada por autores como a vingança negra contra os brancos que roubaram a liberdade dos africanos trazidos para o Brasil como escravos. Uma característica comum entre as várias regiões americanas de colonização foi em relação ao emprego do trabalhador que durava apenas uma parte do ano, ficando o restante do tempo em ócio, facilitando assim a cultura de entorpecentes de gozo favoráveis aquele ócio. Assim cultuavam tabaco aos senhores e maconha, que nem sempre plantada clandestinamente perto dos canaviais, para os trabalhadores, negros, esclarecendo talvez um aspecto da patologia social da monocultura.

Sobre a maconha Carneiro, 1994 escreve ainda que:

O banguê da Índia penetrou no Brasil provavelmente através da África e sua difusão foi feita no interior da cultura negra. Isto se comprova através da etimologia africana da palavra maconha, principal vocábulo brasileiro, entre dezenas de outros, para designar a planta. Essa palavra, de origem no quimbumbo, e outras como Fumo-de-Angola, testemunham a via de entrada da maconha no Brasil que, aparentemente, aqui nunca existiu em estado selvagem.(p.143)

Bucher (1992) escreve que ao falarmos da origem da maconha no Brasil podemos encontrar diferentes argumentos, pois não só o início de seu consumo é duvidoso como a própria tese da importação da África. Assim, existem sociólogos

que argumentam que o “canabismo” foi introduzido pelo negro escravo especificamente em 1549 coincidindo com um alvará de D. João III autorizando a importação de escravos para os engenhos de açúcar. Há ainda a suspeita de ter havido uma *Cannabis Americana* como subespécie da *Cannabis Sativa Indica*, porém somente a paleobotânica poderia decidir se era de fato originária das Américas.

[...] o sociólogo ADIALA se refere a este tipo de argumentação para sustentar a sua tese da *criação do mito da origem africana da maconha brasileira*, ou seja, a eleição da maconha como o *entorpecente nacional por excelência*, seria expressão de *preconceitos racistas* e visaria a implantação de um sistema punitivo aplicável a grupos sociais que, pela sua composição étnica, foram considerados perigosos para a sociedade dominante, isto é, branca [...] (BUCHER, 1992, p.93)

A Ayahuasca, conhecida também como Daime ou Vegetal e o seu uso como chá psicoativo é o elemento central em diferentes cultos religiosos surgidos na Amazônia desde a década de 1930, que passam a ser chamados de religiões ayahuasca ou ayahusqueiras. A primeira delas, criada por Raimundo Irineu Serra, conhecido como Mestre Irineu, em Rio Branco no Acre, ficou conhecida como Santo Daime. Este termo Daime, serve tanto ao culto quanto a bebida utilizada e se relaciona com as invocações feitas ao ser espiritual que habita o chá. Assim o pedido feito por quem consome ao próprio chá como “dái-me saúde, dái-me amor, dái-me luz”. A criação deste culto expressava inicialmente, aprofundamento nas relações de trabalho entre o Mestre Irineu e seus vizinhos, estimulando práticas regionais de solidariedade econômica. Não havia nesta época condições de sanar as necessidades da população migrante com serviços de habitação, saneamento e saúde. Pode-se dizer que o culto do Santo Daime tem sua configuração inicial como um culto de cura. Era através de rituais de cura com o Daime, chamados de sessões ou trabalhos, que o Mestre Irineu se tornou conhecido em Rio Branco. O Daime é visto ou como um remédio em si ou uma espécie de oráculo por meio de qual se tem uma “revelação” do tratamento necessário para um determinado caso.(Goulart, 2008).

A recorrência ao Daime aparecia, deste modo, como uma alternativa ao tratamento médico convencional, seja em função de uma infra-estrutura precária deste ou de uma inadequação entre a demanda dos doentes e a lógica e a linguagem terapêuticas da medicina oficial.(GOULART, 2008, p.259)

Outro culto religioso, criado pelo Mestre Daniel, tem como característica marcante do culto ayahuasqueiroa sua aproximação com práticas e crenças de

religiões afro-brasileiras tais como a Umbanda. Conhecidos como grupos da Barquinha, muitas entidades cultuadas provém do panteão umbandista e do Candomblé. Estes seres expressam sua presença através de uma manifestação mediúnica, se dando inclusive através de um tipo de transe ou possessão. Em alguns destes rituais ocorre uma dança, chamada de bailado ou brincadeira, muito similar a “gira” de cultos afro-brasileiros. (Goulart, 2008)

Neste período de seu surgimento e organização, o culto daimista passa a ser associado ao uso do chá para efeitos de cura e sofre acusações de “curandeirismo” e “charlatanismo”, como em outras religiões brasileiras tais como a Umbanda e começam a sofrer perseguições e estigmatizações. Muitas destas acusações tornam-se mais frequentes depois da criação do Código Penal brasileiro em 1890 o qual proibia explicitamente o exercício ilegal da medicina, o espiritismo, a magia e o curandeirismo, institucionalizando a repressão a essas práticas (Goulart, 2008).

[...] por um lado, o estigma de raça que levava a acusações como as de “macumba” e “feitiço” contra os primeiros cultos ayahuasqueiros, e em especial contra o Santo Daime. Por outro lado, as práticas destas religiões diretamente ligadas a questões de saúde e doença, que podiam envolver o uso do próprio Daime como remédio, conduziam a acusações de “curandeirismo” ou “charlatanismo”. Esse conjunto de acusações e estigmas, por sua vez, se mostrava relacionado a uma desconfiança de setores dominantes ou representantes das autoridades locais [...] em relação a uma camada da população bastante carente, na sua maioria de negros e que se organizava por meio da ação de líderes religiosos carismáticos e também negros. (GOULART, 2008, p.262)

As principais alterações nos tipos de acusações sofridas pelas religiões ayahuasqueiras brasileiras começam a se manifestar de maneira mais evidente por volta de 1970, por influência principalmente da conjuntura política num período de governo da ditadura militar, fortalecida por mecanismos de repressão. Neste contexto, vai se delineando com mais precisão no país a figura de um novo tipo de desviante: “o drogado”. (Goulart, 2008)

As relações entre os cultos ayahuasqueiros e instituições governamentais são afetadas por esses esforços iniciais do governo brasileiro no que se refere à repressão às drogas ilícitas na região amazônica. Um ano depois de se instalar no Acre, em 1974, a Polícia Federal já manifesta interesse em investigar os grupos religiosos ayahuasqueiros locais, convocando os dirigentes de vários destes grupos para depoimentos informais. (GOULART, 2008, p. 264)

Estas novas investidas da Polícia Federal se distinguem das repressões do passado, pois não objetivavam reprimir as crenças na “macumba” ou feitiçaria”, mas em controlar o chá enquanto substância ou droga, seus efeitos, sua composição e

consequências após a ingestão. Fica evidente que a investigação sobre os cultos ayahuasqueiros passou a se concentrar numa pesquisa e num controle sobre o chá e o sobre a suspeita de que o chá fosse “tóxico” no sentido de droga que causa dependência e por isso associada a ilegalidade (Goulart, 2008).

Somente a partir de 1976 que os centros de cultos afro-índio-brasileiros foram liberados de se cadastrarem e se submeterem à fiscalização das delegacias. Como dito anteriormente o Código Penal de 1890 passou a criminalizar a “feitiçaria”, como era concebida a religiosidade negra, associando as práticas religiosas a práticas indevidas da medicina. A partir de 1934 uma lei passou a exigir que os centros de culto afro-brasileiros se registrassem no Departamento de Polícia, o que na ausência de um mecanismo jurídico que legalizasse a vida nos terreiros os deixava a mercê de arbitrariedades policiais. Assim tentando contrabalancear essa imposição e se libertar do estigma, os terreiros passaram a buscar registros como sociedades civis e posteriormente a formar entidades que os congregassem. Em 1934 e 1937 ocorreram dois Congressos Afro-brasileiros contando com a participação de médicos e antropólogos, com objetivo de difundir novas ideias e promover uma visão mais tolerante do Candomblé (MacRae, 2008).

Os cultos ayahuasqueros também sofreram ameaças similares à liberdade de culto, também de origem popular e com fortes elementos de origem indígena e africana, ocorreu um imbrincamento de argumentos de ordem policial e médica e a participação de cientistas de diferentes áreas, empenhados em servir como mediadores adeptos das religiões e dos órgãos encarregados da repressão. (MacRae, 2008)

2.2 Surgimento do modelo proibicionista

Consumir drogas corresponde a uma prática milenar e universal. Através do estudo deste consumo poderemos tirar conclusões sobre a organização de uma determinada sociedade, seus sistemas, crenças e mitos, além de suas representações existenciais e religiosas. (Bucher, 1992)

[...] o consumo de algumas substâncias psicoativas chamadas, então, de drogas tornou-se, do ponto de vista do Estado e, de maneira mais geral, da sociedade uma questão relevante ao mundo ocidental apenas a partir da metade final do século XIX. (FIORE, 2005, p. 258)

Mundialmente, o termo das drogas é conhecido como algo perigoso, nocivo e que carrega um sentido político de exclusão. Assim as campanhas de prevenção sempre tiveram o foco em informar à população sobre os efeitos danosos do uso de drogas e em especial as ilícitas. A relação em que o homem vem lidando com as drogas em diferentes épocas vêm se modificando revelando que este fenômeno além de não ser hegemônico, seus aspectos quanto a serem consideradas legais ou ilegais irão influenciar sua produção, comercialização e consumo. (Sodelli, 2013)

Há períodos onde, em consequência de mudança no estilo da convivência de uma população, há cada vez menos espaço participativo para a droga, onde sua inserção em rituais compartilhados pela comunidade se enfraquece, onde o único espaço no qual consegue ainda penetrar, se situa no “vazio cultural interno” de indivíduos isolados. Por conseguinte, estes se tornam os marginalizados daquelas sociedades cujas expressões culturais, em crise, perdem a sua coesão integradora. (BUCHER, 1992, p.27)

A embriaguez além de um fato social, também é uma realidade econômica, tanto em relação aos seus benefícios quanto aos seus prejuízos, para o próprio consumidor como também para o empregador. A importância na Antiguidade e na Idade Média da produção e comércio de fermentados e em especial o vinho só foi superado no século XVII com o tráfico das bebidas destiladas que se tornou um dos mais importantes mercantis. Assim, desde então as disputas dos Estados europeus foram marcadas por políticas protecionistas e monopolistas com o objetivo de obter o controle do comércio do vinho e posteriormente dos destilados. (Carneiro, 2010)

Não é possível isolar um entre os diversos fatores envolvidos na transformação do uso de drogas em questão social, sejam eles religiosos, políticos, econômicos ou morais. [...] esse processo ganhou mais força e se institucionalizou primeiramente no EUA [...] a profunda antipatia cristã por algumas substâncias antigas e os estados alterados de consciência, agravada diretamente pelo puritanismo asceta da sociedade norte-americana, a preocupação de elites econômicas e políticas com os “excessos” das classes ou raças vistas como inferiores ou “perigosas”; o estímulo a determinados psicoativos, em detrimento de outros, como decorrência de interesses nacionais e econômicos. (FIORE, 2005, p.259)

O protestantismo de Lutero, apesar de condenar o luxo e o consumo opulento que caracterizava a Igreja da época, não condenou o uso do vinho ou da cerveja, além de fabricá-la, como era comum na época. A visão cristã de temperança era comum entre os católicos e os protestantes no início da época moderna e dava sequência a noções presentes na ética clássica das virtudes, possuindo o sentido de moderação e equilíbrio. Contudo, o protestantismo na sua evolução posterior passou a condenar os prazeres da carne, ou seja, o sexo, a bebida e a comida. Assim no momento da Revolução Industrial, os protestantes franceses saem em guerra contra

o alcoolismo. Em 1890 é criado pelo pastor Bianquis a primeira sociedade de abstinência, a Cruz Azul francesa.(Carneiro, 2010)

A conjugação de um fenômeno objetivo e inédito de expansão na fabricação e distribuição de bebidas destiladas, no final do século XIX, criou um tipo de embriaguez em massa denunciada e combatida pelos clérigos – que censuravam moralmente o excesso- e pelos empregadores – que culpavam a bebida pela baixa produtividade dos trabalhadores. A ideia de proibição e erradicação total das bebidas alcoólicas na cultura como algo viável e desejável irá aparecer no início do século XX principalmente nos Estados Unidos. Neste cenário, o movimento metodista, sob a bandeira da proibição das bebidas alcoólicas, passa a chefiar uma coligação de grupos religiosos puritanos e políticos conservadores. Desenvolvido na Inglaterra e Estados Unidos, como síntese de uma atitude moral e religiosa esse amplo movimento ideológico torna-se a maior fonte de propostas de temperança, vegetarianismo e castidade e posteriormente são apropriadas pela medicina higienista com a justificativa em pressupostos morais e de saúde. (Carneiro, 2010)

Entre os metodistas proibiu-se o uso e a venda de bebidas alcoólicas em 1784 (com a exceção que estipulava “salvo em casos de extrema necessidade”, que foi suprimida cinco anos depois). Os presbiterianos adotaram a mesma posição e, na passagem para o século XIX, os batistas, os universalistas e outros também aderiram à causa antialcoólica sob a bandeira da “temperança”. Durante um século declararam uma “guerra contra as bebidas” e, finalmente, no início século XX parecia que tinham vencido. Uma ampla coligação religiosa e laica conseguiu em 1919 a aprovação da proibição federal do álcool nos Estados Unidos.(CARNEIRO, 2010, p.199)

Parte do movimento proibicionista possuía traços extremamente conservadores, xenofóbicos e racistas e parte se via como um movimento mundial por reformas sociais progressistas que incluíam campanhas antiescravistas, sufragistas e higienistas. Outro componente marcado entre os proibicionistas foi um componente feminino e feminista que acreditava que devido ao consumo de bebidas ser predominantemente masculino e visto como causador de muitos males - tais como a violência conjugal e doméstica - havia o pressuposto que era o álcool que alimentava a violência patriarcal. Assim organização de mulheres tais como a União Cristã de Mulheres pela Temperança, nascida em 1874, desempenharam um importante papel na definição de uma propaganda antialcoólica como parte de reformas de emancipação social. Nos Estados Unidos, de modo geral, o movimento

proibicionista teve como base social a população interiorana e rural de classe média e origem Branca, Anglo-saxã e Protestante. (Carneiro, 2010)

Às vésperas da Primeira Guerra Mundial cresceu o antigermanismo nos Estados Unidos, o que facilitou movimentos proibicionistas a relacionarem os nomes alemães dos fabricantes de cerveja às intenções de enfraquecimento moral da população contribuindo assim à intolerância de bebidas até mesmo de baixo teor alcoólico. Em 1909 surgiu a Confederação Internacional da Proibição que se tornou a Federação Mundial da Proibição em 1919. Neste mesmo ano foi aprovada a 18ª emenda à constituição norte-americana proibindo a fabricação e o comércio de bebidas alcoólicas. A Primeira Grande Guerra acarretou mais um motivo a campanha proibicionista, pois havia a necessidade de sobriedade e racionamento na atual situação de emergência. (Carneiro, 2010)

O trânsito que levou o mercado de drogas da legalidade à ilegalidade foi relativamente rápido e violento, como exemplifica o movimento que vai das Guerras do Ópio, no século XIX, à Lei Seca, de 1919. A resistência do governo imperial chinês ao livre mercado de ópio em seu território levou, entre 1839-42 e 1856-60, a confrontos com forças inglesas que, apoiadas por outras potências coloniais europeias, exigiam a reabertura dos portos e do mercado chinês à droga produzida por companhias ocidentais. (RODRIGUES, 2008, p.91)

Influências como a assinatura de acordos internacionais como o de Xangai e o de Haia na Holanda, em 1912, serviram como base para adequar as leis domésticas norte-americanas em relação aos seus compromissos externos no controle de drogas. Era o álcool, um dos principais alvos das cruzadas puritanas e talvez uma das drogas mais atacadas durante a construção do proibicionismo. É a lei *VolsteadAct*, conhecida como Lei Seca, promulgada em 1919, que merece a posição de primeira lei proibicionista contemporânea. Foi por meio de uma emenda à Constituição, após acalorados debates, que foi editada uma norma que visava, em todo do território estadunidense, proibir a produção, circulação, armazenagem, venda, importação, exportação e consumo de álcool, estimulando posteriormente a proibição de outros psicoativos não regulamentados ou proibidos até o momento. (Rodrigues, 2008) O resultado imediato desta Lei não foi a supressão do álcool, mas sim a criação de um mercado ilícito, inventando assim um crime e novos criminosos.

O moralismo dos movimentos puritanos não se restringiu em atacar as substâncias consideradas indutoras de comportamentos desviantes. Eles passaram a vincular o uso de substâncias consideradas venenosas a grupos sociais tidos como perigosos e ameaçadores. Assim era recorrente, nos Estados Unidos, nas

primeiras décadas do século XX na mídia, nos discursos governamentais e entre grupos proibicionistas a associação do uso de cocaína aos negros, da maconha aos hispânicos, do ópio aos chineses e do álcool aos irlandeses. Deste modo, com a justificativa de aplicar a lei, o aparato estatal coercitivo se volta contra estas pessoas ao associar o crime a determinados grupos. O autor destaca que o “novo crime” do tráfico e consumo de drogas é imediatamente conectado a camadas crescentes da população urbana, que representavam à classe dominante uma ameaça ao Estado. (Rodrigues, 2008)

Nessa confluência entre coerção e assistência, entre reprimir e oferecer é que se pode entender o despontar de uma política como a proibicionista. O controle e regulamentação do uso de drogas foi parte fundamental da consolidação da autoridade médica no século XIX e princípio do XX, período em que se cristaliza no Ocidente quais são os usos legítimos (pois baseados na ciência médica ocidental) e quais são ilegítimos (práticas tradicionais ou que escapassem, de algum modo, aos cânones médicos). Quando o Estado entra nesse debate, a fixação de leis define o “cientificamente legítimo” como legal e o “cientificamente ilegítimo” como ilegal. (RODRIGUES, 2008, p.97)

No âmbito da ONU, a partir de 1945, foi realizado um considerável esforço de padronização de tratados internacionais sobre o tema das drogas, levando a reestruturação do sistema de controle instituído na Liga das Nações entre 1919 e 1939. Após a Convenção Única da ONU sobre drogas, ocorrida em 1961, o mundo passa a consagrar o proibicionismo como forma de tratar o tema das drogas psicoativas. Em 1972, nos Estados Unidos, o então presidente Richard Nixon declara as drogas como inimigo número um do país, declarando assim uma “guerra às drogas”, entendendo a necessidade de combater em solo norte-americano e exterior os traficantes e consumidores de psicoativos. (Rodrigues, 2008)

Encontros patrocinados pela Organização das Nações Unidas passaram a organizar, a partir de 1960, um conjunto de regras sistematizadas para padronizar o tratamento aos psicoativos dando parâmetros e estipulando exigências aos Estados. O resultado visível deste esforço foi o proibicionismo, pois apesar das particularidades locais, podemos atualmente identificar uma coerência e identidade na lei sobre drogas. O proibicionismo antes de ser uma doutrina legal para tratar as drogas é uma prática moral e política que defende o Estado e objetiva através de leis próprias proibir determinadas substâncias, além de reprimir seu consumo e comercialização. (Rodrigues, 2008)

A *guerra às drogas* pode ser pensada, então, nos marcos desse fortalecimento de um Estado que deixou de ser “de bem-estar” e passa a

ser “penal”, criminalizando explicitamente a miséria [...] Para os pequenos e médios traficantes, em grande parte provenientes de classe pobre e sempre “perigosas”, a eles, “refugos humanos”, cabe a prisão ou a morte no enfrentamento com a polícia ou entre os grupos narcotraficantes [...] A conquista de favelas, morros ou bairros periféricos é uma necessidade operacional de primeira ordem para um grupo traficante. Possuir um território representa para fornecedores (atacadistas nacionais e internacionais) segurança na receptação, armazenamento e venda, o que garante a remuneração do negócio, e para os consumidores, relativa proteção para a compra e o uso.[...] A proibição, estatuto mundial no tratamento do tema das drogas psicoativas, é um fracasso vitorioso: na impossibilidade de chegar ao fim, a guerra às drogas se renova constantemente. Psicoativos novos e antigos continuam sendo produzidos, comercializados e usados, dando provas da mobilidade dos grupos dedicados ao tráfico que escapam ou se readéquam às sempre reeditadas políticas repressivas. (RODRIGUES, 2008, p.101 e 102)

Com o fim da Primeira Guerra mundial e na década seguinte o proibicionismo venceu e o consumo de álcool havia sido instinto na maior parte do mundo via autoridade estatal. Assim, havia a Lei Seca nos Estados Unidos, na URSS também haviam fortes medidas que restringiam o consumo de álcool, na Alemanha, o nazismo condenava o alcoolismo, assim como na Itália, onde Mussolini mandava fechar milhares de pontos de vendas de bebidas. Gandhi na Índia e Cárdenas no México ecoavam propostas de proibição de álcool. O Brasil nesta época foi considerado a exceção, pois o proibicionismo alcoólico teve um eco menor. (Marras, 2008)

Quanto mais proíbe, mais cresce o consumo do proibido [...] “o século XX foi o momento em que esse consumo [de drogas] alcançou a sua maior extensão mercantil, por um lado, e o maior proibicionismo oficial por outro”. Ou seja, temos aí a indicação de que à medida que determinadas substâncias se tornam *drogas* (no seu sentido negativo), elas se expandem e se tornam ilícitas – objeto de sansão oficial e social. (MARRAS, 2008, p.169)

O controle da produção, distribuição e uso de drogas está hoje com a ONU por meio da OMS. Este controle é feito pela Convenção Única sobre entorpecentes em 1961 e pelo Protocolo de Emendas à Convenção Única sobre Entorpecente em 1972 e pela Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas em 1988. Tais normas estabeleceram definições absolutas sobre bases culturalmente ambíguas sem respeitar os interesses das coletividades consumidoras dos Estados-membros da ONU. A própria criação da ONU foi pautada para servir a interesses americanos. Possui seis entidades controladoras sendo elas o Conselho de Segurança, a Assembleia Geral, o Conselho de Tutela, o Conselho Econômico e Social, e a Corte Internacional da Justiça. Além de entidades subsidiárias criadas por essas seis entidades controladoras tais como a Organização

Internacional do Trabalho (OIT), o Fundo Monetário Internacional (FMI) e a Organização Mundial de Saúde (OMS). (Modesto, 1997)

A sequência de conferências internacionais realizadas no âmbito da Liga das Nações até os anos 1930 e, depois da Segunda Grande Guerra, abrigadas nos foros especiais da Organização das Nações Unidas, produziu documentos que expressam unanimidade na ênfase proibicionista. O tratado-síntese desse movimento de normatização internacional é a Convenção Única da ONU, celebrada em 1961, que estabelece listas de substâncias psicoativas com uso controlado, assim como a relação daquelas que devem ser completamente banidas. (RODRIGUES, 2005, p.295)

A ONU por suas entidades controladoras e subsidiárias ainda hoje é um instrumento nas mãos dos americanos de acordo com o propósito em que foi criada. São reiterados com insistência o desprezo por meios democráticos de ação, desconsideração pelas minorias coletivas e seus hábitos de consumo e prazer, de modo a cumprir com propósitos de instrumentação da ONU e OMS para fins particularizados aos interesses do mercado da coletividade-Estado dos Estados Unidos (Modesto, 1997).

No Brasil, não havia, até o final do século XIX, preocupação direta do Estado e nem a existência de um debate sobre o controle do uso de alguma substância psicoativa. Pode-se apontar, é verdade, a proibição do uso de maconha ainda no Primeiro Império, na década de 1830, como a primeira forma de controle legal sobre alguma droga no Brasil. No entanto, a bibliografia aponta para a importância, naquele momento, de um controle sobre as práticas tradicionais de um crescente contingente de população negra e miscigenada, escrava ou liberta, na capital do Império, do que o controle sobre o uso de drogas propriamente dito[...] Evidentemente, a associação entre o uso da maconha e a cultura negra pode ser interpretada como um dos motivos que levaram, depois de quase um século, à proibição definitiva dessa planta no Brasil. (FIORE, 2005, p. 262)

Gil e Ferreira (2008) escreve que fomos juridicamente orientados pela International Narcotics Control Board, fruto da Convenção da ONU de 1971. Estes princípios desconsideraram algumas especificidades culturais das nações latino-americanas, não reconhecendo as tradições culturais da população indígena e afro descendentes, sobretudo no uso ritualístico de substâncias psicoativas. Assim o Estado intervém e determina uma política sobre drogas utilizando de duas atribuições, sendo elas a regularização, sancionada por mecanismos legislativos e a fiscalização que obedece a normas penais previamente determinadas.

A lei nº 11343/06 que regulamenta as políticas brasileiras sobre drogas, diretamente influenciadas pela convenção da ONU, não reconhece os usos culturais ritualísticos de drogas, além de não conter classificações e penalizações diferenciadas aos usos tradicionais. Tal lei também não estabeleceu uma

diferenciação entre o consumo próprio e o tráfico de drogas, acarretando um tratamento de desconfiança moral, política e legal frente aos usuários, independente de hábitos e contextos culturais (Gil e Ferreira, 2008).

[...] o uso desse tipo de substância em contextos culturais e históricos diversos indicam que, longe de se limitar a uma vínculo com o problema da violência ou da criminalidade social, o consumo de “drogas”, desde sempre, remeteu a várias esferas da vida humana, ligando-se a fenômenos religiosos, movimentos de construção (ou reconstrução) de identidades de minorias sociais, étnicas, geracionais, de gênero, ou ainda a produções estéticas. (Gil e Ferreira, 2008, p.11)

As drogas não são somente dotadas de propriedades farmacológicas, mas sim questões complexas que envolvem liberdade e disciplina, sofrimento e prazer, devoção e aventura, transcendência e conhecimento, sociabilidade e crime, moralidade e violência, comércio e guerra (Simões, 2008).

Na contemporaneidade a preocupação com o uso de drogas passa a assumir proporções no debate público, principalmente no que se refere ao perigo para a saúde pessoal e coletiva e por associação quase imediata a criminalidade e a violência urbana. Ela confina a discussão em âmbito da patologia da drogadição, em consequência, a própria existência da droga passa a ser vista como um perigo em si, uma ameaça à sociedade. Assim o cenário familiar da “guerra às drogas” será composto pela sequela da estigmatização, violência, cinismo e estreiteza intelectual, que naturaliza a ilegalidade e potencializa a repressão (Simões, 2008).

Não é incomum vermos cientistas sociais respeitáveis, que apesar de dedicados a estudar em profundidade os problemas de criminalidade e violência envolvendo as drogas, deixam de dar o devido peso a ilegalidade, como se essa fosse óbvia, não-problemática e inquestionável. Assim, continuam sendo descartadas e depreciadas as manifestações a favor da descriminalização ou legalização das drogas, ao invés de serem seriamente contempladas como medidas cruciais de redução de danos. (Simões, 2008)

Pessoas sempre utilizaram “drogas”, pelos motivos mais diversos, nas circunstâncias mais variadas, e não há razões para supor que deixarão de fazê-lo. É crucial, portanto, compreender a interpretação que os sujeitos dão à experiência com as “drogas”, de seu estado, da motivação que os impele a um consumo repetido de determinada substância, dos sentidos e razões pelas quais a consideram importante ou indispensável para satisfação de determinadas metas e necessidades. (SIMÕES, 2008, p. 16)

A história da proibição de algumas drogas tais como a maconha, o ópio e a cocaína demonstram o quanto processos de estigmatização de populações e conflitos geopolíticos estão relacionados a formas de controle internacional

compulsório destinado a erradicar todas as substâncias psicoativas que não são consideradas para fins médicos ou científicos(Simões, 2008). É possível observarmos impressionante uniformidade nas políticas oficiais em diversos países onde é marcada a distinção entre drogas e fármacos, além de repressão a todas as formas de uso não médico de praticamente todas as drogas rotuladas como psicoativas, com exceção do álcool e tabaco(Vargas, 2008).

Praticamente todos os países do mundo viriam a implantar políticas repressivas em torno do uso de certas drogas. Há cerca de um século praticamente nenhuma droga era objeto de controle e criminalização. Tais políticas repressivas se caracterizam pela criminalização da produção, tráfico e uso de drogas com propósitos não terapêuticos. Assim, não é à toa que a criminalização de um conjunto de substâncias se deu com a invasão farmacêutica e com o crescimento da importância social das atividades biomédicas e as políticas de repressão que se tornam hegemônicas em torno das drogas consideradas ilícitas e tiveram seu fundamento nos âmbitos médico e jurídico. (Vargas, 2008)

Muito do conteúdo produzido sobre o uso de drogas estava relacionado ao enfrentamento e combate a um mal. Como objeto de estudo científico, as drogas e seu consumo foi prioritariamente estudada como problema de saúde pública, o que acarretou consequências importantes, sendo a principal delas o predomínio das ciências biomédicas nos debates acadêmicos e em caráter mais público.(Labate, Fiore e Goulart, 2008)

Ao longo do século XX, mais precisamente a partir de 1940, a produção de drogas medicamentosas aumentou, principalmente com início de produção de novos fármacos introduzidos na terapêutica. Embora, muitas vezes esses fármacos quimicamente produzidos apresentassem efeitos danosos ou inesperados desde sua introdução no século XIX, foi apenas recentemente que começou a haver uma preocupação com a segurança dos medicamentos (Vargas, 2008).

No segundo pós-guerra, em meados do século XX, a invenção de fármacos chamados de “anti-depressivos” representou um curioso contraponto à proibição dos fármacos psicodélicos, também sintetizados na mesma década. Ambos agem sobre certos neurotransmissores – serotonina, dopamina, noradrenalina -, cuja identificação e início de compreensão de suas funções e atividades vêm sendo descobertas em concomitância com as criações e usos dessas novas moléculas psicoativas. A diferença é que os antidepressivos agem em doses regulares num longo tempo e tem um efeito discreto e pouco notável enquanto os psicodélicos agem em doses únicas e possuem um efeito intenso e extraordinariamente notável (CARNEIRO 2008, p.79)

Marras (2008) irá afirmar que as drogas ilícitas, ou seja, tornada insociais tanto pela medicina quanto pela sociedade são vistas como potencialmente instáveis frente ao mundo equilibrado do estável. Nesta lógica, cria-se uma clivagem onde o mundo de fora – sociedade- deve ser estável enquanto o mundo da subjetividade pode permanecer instável, desde que não contradiga as regras. Para ele a ilegalidade pode oferecer um caráter produtivo, principalmente para quem proíbe, pois a proibição irá distinguir aquilo que é social daquilo que é marginal. Deste modo, a vida social dependeria das substâncias ilícitas, modificadoras de consciência, para se caracterizar como estável. Sintetizando, a proibição parece mais um entorpecente político e epistemológico que impede a sociedade de refletir por si própria.

[...] o suposto é que a regeneração do adicto é uma regeneração social, ou melhor, do social e para o social – desse social ritualmente estável. De fato, a passagem do privado para o público, do viciado para o adicto, do marginal para o medicinal, é entendida e praticada como um momento fundamental para a repatriação do desgarrado à sociedade – único lugar onde ele pode ser um indivíduo pleno. (MARRAS, 2008, p.181)

Na evolução recente do uso de drogas podemos notar o consumo crescente de medicamentos incentivados pela mídia e pela indústria dos psicofármacos. Essas substâncias perfeitamente lícitas criam dependências, em parte iatrogênicas, tão intensas quanto o abuso de drogas ilícitas. Deste modo notamos as contradições da sociedade moderna, pois a legalidade ou não de um produto num determinado contexto sociocultural não se dá por meio da gravidade dos problemas sociais ou de saúde que suscita e sim por critérios econômicos e políticos. Assim serão declaradas como ilegais aquelas drogas que serão produzidas em países pobres e incentivadas e perfeitamente legalizadas aquelas fabricadas em países ricos (Bucher, 1992).

Bucher (1992) escreve ainda que tanto os pacientes quanto os médicos têm sido submetidos a um processo inerente à ideologia consumista que atualmente define as relações sociais, levando a população ao consumo exagerado de medicamentos na ilusão de obter a cura para todos os seus males. O autor escreve que acreditar nisso é acreditar na existência de uma poção mágica apta a erradicar os males que ameaçam a saúde do ser humano.

Se neste conjunto se reúnem misticismo, fatalismo e resignação diante dos fatos da vida, como marcas da religiosidade da “alma brasileira”, não é raro de se ver explorada, comercialmente e ideologicamente, a inclinação a esta credulidade passiva e submissa – e a crença no remédio milagroso se encaixa perfeitamente neste hábito cultural [...] (BUCHER, 1992, p.43)

Desde a Segunda Guerra Mundial que as concepções “constitutivas de um senso comum” evoluíram a respeito da eficácia dos medicamentos, sua cientificidade e a inevitabilidade de seu uso. É nesse senso comum que passam a moldar as práticas que visam a preservação ou restituição da saúde provocando no Brasil um consumo exacerbado e indiscriminado de medicamentos. Muitos fatores tem influenciado isto, tais como a ausência ou omissão no controle da produção e comercialização de drogas por parte do Estado, persuasão realizada pelos fabricantes farmacêuticos, alto custo de serviços médicos, baixo nível educacional da população brasileira e alto grau de sugestibilidade e credulidade de amplos segmentos populacionais reforçando a crença em soluções mágicas(Bucher, 1992).

Essa grande quantidade de especialidade medicamentosa existentes no Brasil contrasta com recomendações da OMS que irá afirmar que a partir de diversos estudos em vários países foi constatado que quase todas as doenças poderiam ser tratadas com um número reduzido de medicamentos, além de observar-se que a variabilidade de preferência na prescrição estaria fundamentalmente ligada a costumes locais e pela forma promocional das indústrias farmacêuticas.

As práticas comerciais que vinculam a indústria de drogas aos aparelhos de vendas estão totalmente vinculadas à mediação da prática médica e das instituições de saúde. As grandes empresas multinacionais de fármacos desenvolvem estratégias sofisticadas a nível econômico, político e ideológico visando o controle do mercado de medicamentos. Assim a pesquisa básica para o desenvolvimento de novos fármacos, tanto na identificação, purificação e síntese de novas substâncias ativas levando a sua produção industrial ocorre fora do Brasil. Segundo a expressão da indústria farmacêutica tanto os médicos quanto as farmácias serão considerados como alvos lógicos das campanhas de promoção. Nesta lógica as farmácias e drogarias não serão apenas pontos de vendas, mas também divulgadoras privilegiadas das qualidades dos produtos com acesso direto às camadas populares.(Bucher, 1992)

Perante esta situação, o governo, sobretudo o Ministério da Saúde, continua em débito com a sociedade brasileira por não tomar amplas providências a respeito deste consumo. As publicidades por bebidas alcoólicas, marcas de cigarro e medicamentos representam as maiores receitas dos intervalos comerciais de televisão brasileira; se em outros países “civilizados”, estas propagandas foram banidas dos meios de comunicação, o Brasil, interditando-as, poderia conquistar mais uma alforria e passar da selvageria

do seu mercado de medicamentos (e de outros *lobbys*) a práticas mais civilizadas, respeitando mais a saúde da população. Mas enquanto a mídia brasileira, no setor de medicamentos, deve ser considerada “basicamente como uma imprensa de ‘sangue’”, esta situação não vai mudar, pelo fato também da sociedade brasileira ser “altamente influenciada por uma imprensa que não é livre no sentido amplo da palavra, mas hoje subordinada aos interesses e acordos dos seus donos. (BUCHER, 1992, p. 48)

Os medicamentos psicotrópicos, segundo dados epidemiológicos mundiais, são o grupo terapêutico mais consumido atualmente. Após a criação dos benzodiazepínicos e sua rápida divulgação, os outros tranquilizantes e hipnóticos foram deixados em segundo plano. Antes de seu uso médico psicoestimulante ser controlado e posteriormente proscrito, as anfetaminas foram utilizadas por todos os países participantes na segunda guerra mundial trazendo inúmeras consequências em decorrência de seu uso crônico. Também foram amplamente utilizadas por atletas como *doping*. Essas substâncias quando usadas de maneira abusiva, além de causar hiperatividade e insônia, também causam nervosismo e tendências agressivas, podendo acarretar paranoias, delírios e agitação psicomotora. Para compensar tais sintomas colaterais usuários costumeiros passaram a associar ansiolíticos, sedativos ou neurolépticos para cortar a excitação excessiva. Não é raro a absorção oral ou endovenosa de coquetéis medicamentosos para se proporcionar sensações intensas de prazer, conhecidas como “flash”.(Bucher, 1992)

Todos somos drogados. Mas existe, entretanto, uma dicotomia ideológica básica entre drogas e fármaco, a primeira é vista como veneno e o segundo, como remédio, que fundamenta a definição de drogas ilícitas e lícitas. O divisor de águas, a matriz constituidora de todos os problemas decorrentes do uso de drogas ilícitas é o sistema da proibição. Ao compararmos drogas e alimentos, o que as diferencia é o regime jurídico e político que regula o direito à livre escolha. Não nos referimos aos obesos como viciados em comida, nem aos açougueiros ou às doceiras como traficantes de colesterol ou de açúcar. Não ocorrem tampouco proibições da propaganda desses alimentos ou a imagem de obesos e diabéticos nos pacotes de açúcar. (CARNEIRO, 2005, p. 20)

Na sua vertente mais moderna, os “problemas de droga” não são inerentes nas drogas em si mesma e sim decorrente de seu abuso ou uso indevido. Ao afirmar a neutralidade da substância é frisada a responsabilidade da sociedade pelo padrão de uso proposto ou incentivado seja através da publicidade consumista ou indiretamente na forma de contestação, rebeldia ou escapismo.(Bucher, 1992)

Embora a proibição ao uso de determinadas drogas tenha sido influenciada por diversos fatores é possível identificar a busca do controle como o objetivo em comum. No aspecto religioso há a tentativa em sobrepor uma determinada crença à

outra, buscando exercer o controle sobre as pessoas que se opõe a crença dominante. No aspecto econômico o conceito de controle esta ligado a uma lição primária no mundo da economia, assim quem controla o cenário econômico consegue aumentar a garantia de seus interesses. Nesta perspectiva, fica evidente que os argumentos divulgados publicamente nos momentos históricos da proibição como estratégia para garantir a saúde do seu usuário extrapola os limites da saúde pública, pois o objetivo principal sempre estará ligado a busca pelo poder. Deste modo, é pela medicina, os valores morais e religiosos e os mecanismos de controle político que irão influenciar a relação do homem com as drogas. (Sodelli, 2013)

2.3 Política sobre drogas, tráfico e crime organizado

A droga, através do tráfico internacional, tornou-se a segunda maior indústria econômica do mundo, capaz de destruir a imagem de países e redesenhar mapas políticos. Poder sem rosto, a drogas está na origem de inúmeras guerras internacionais que se desdobram em guerrilhas urbanas e vem cada vez mais incorporando-se ao cotidiano das cidades dos cinco continentes. (MAGALHÃES, 1997, p. 13)

Enquanto houver pessoas dispostas a comprar drogas haverá pessoas dispostas a vender, não perdendo assim o argumento da economia onde determinadas substâncias no campo da ilicitude eleva o preço de modo com que se torna rentável a produção e ao comércio. Sob esse enfoque, a legalização teria a vantagem em tornar essas substâncias baratas e desatraentes a quem pensa em enriquecer. (Toron, 1997)

Escohotado (1997) ao falar sobre as drogas dirá que essa não poderá ser determinada apenas num certo corpo químico e sim num rótulo ideológico e a condições de acesso ao seu consumo. Ao exemplificar esta afirmação o autor trará o uso de opiáceos, sendo este usado até 1910 nos Estados Unidos, por pessoas da segunda e terceira idade, quase todas bem integradas ao meio familiar e profissional, alheias a atividades delituosas. Porém em 1980 grande parte desses usuários passou a ser adolescentes, que muitas vezes deixam de cumprir todas as expectativas familiares e profissionais, justificando o vício como causador de práticas delituosas. O autor irá questionar se os opiáceos mudaram ou mudaram os sistemas de acesso a essas substâncias. Deste modo irá afirmar que a realidade sociológica será uma consequência em matéria de drogas e não uma premissa.

O autor ainda escreve que na história, através da propaganda, fomos bombardeados com clichês tais como “espiral do entorpecente” que traz como premissa que assim que alguém se aproxima de um fármaco proibido o mesmo irá cair no vício e no crime. Porém, se tomarmos a cocaína como exemplo de um destes fármacos, podemos observar que a proporção de mortes por overdose de verdadeira cocaína será no mínimo cem vezes menor do que mortes em decorrência de tiroteios relacionados ao seu tráfico. No caso da maconha e seus derivados não se conhecem casos de internações em hospitais em busca de tratamento de desintoxicação.

A droga não deve ser demonizada, o usuário de drogas não deve ser demonizado, mas existe um tráfico de drogas, um mundo do crime associado ao mundo da droga que deve ser entendido e combatido, não simplesmente prendendo pequenos vendedores, mas efetivamente identificando os grandes grupos ou investidores nesse mercado, o que é muito difícil porque implica entrar em choque com interesses poderosos, com interesses estabelecidos em todos os níveis. (VELHO, 1997, p.68)

Labrousse (1997) irá afirmar que os conflitos armados e as drogas são tão antigas quanto o seu uso pelos homens. As guerras do ópio, no século XIX, foram o primeiro grande confronto econômico e geopolítico sobre drogas. Na segunda metade do século XX o uso de drogas pelos combatentes continua sendo um fenômeno extremamente disseminado e é sobretudo no plano econômico que se situa a ligação entre guerra e drogas. As drogas financiaram inúmeros conflitos e dentre eles a Guerra da Coca e do Triângulo de Ouro. Até os anos de 1970 estes conflitos se desenvolveram em larga escala, a revolução chinesa ou as guerras da Indochina e do Vietnã tiveram como responsáveis pelo tráfico oficiais superiores ou agentes de grande potência como os Estados Unidos e a França.

A droga financia, estimula e até gera conflitos, porém paralelamente cria contatos e conivências entre várias organizações armadas de características diferentes ou opostas. Neste aspecto, a existência de redes de abastecimento não faz distinção entre a droga e o conflito, já que esta supostamente o financia.(Labrousse, 1997)

A tese defendida pelos grandes países produtores de drogas, a Birmânia, a Colômbia, o Peru ou o Marrocos, é que as atividades ilícitas se desenvolvem em territórios de florestas e de montanhas, de difícil acesso, povoados por minorias alógenas e sobre os quais o Estado central não exerce nenhum tipo de controle ou o faz de maneira muito restrita. Os países desenvolvidos e os organismos internacionais, na maioria das vezes, fingem acreditar nessa explicação, a fim de evitar conflitos abertos com os governos desses países e reservar-se uma possibilidade de se manterem presentes. Na realidade, os governos centrais desses países produtores

firmaram acordos com os grupos que controlam a produção e o tráfico e cobram sua quota-parte dos lucros. (LABROUSSE, 1997, p.56)

Podemos notar atualmente segundo Passetti (1997) que a democracia midiática utiliza as políticas de combate ao tráfico de drogas com suas estatísticas, imagens editadas, discursos humanitaristas para reiterar de maneira melodramática a constatação de um fato ocorrido. Frequentemente irá trazer a distinção entre o traficante e o consumidor num discurso especialista em drogas nos campos militar, farmacológico, psiquiátrico, jurídico, sociológico, econômico e político. Há ainda a associação do uso ou tráfico de drogas com violência desmesurada. Assim para o combate ao traficante legitima-se o uso de aparatos militares e para o consumidor ações policiais de rotina apontando para uma causalidade determinista da droga explicada pelo discurso médico, farmacológico e sociológico legitimando a dicotomia usuário-traficante.

Criminalizar um comportamento é colocar este comportamento na esfera da influência do Estado e reconhecer que o Estado é competente na matéria. Quando se aceita considerar o uso de drogas como infração, porque ele se compromete a saúde do usuário, reconhece-se, em princípio, que o Estado tem o direito a exigir do cidadão que ele viva de maneira mais sã possível e de proibir-lhe o que é ruim para sua saúde, como comer muito, alimentar-se com muita gordura, ou dormir pouco (ou muito). Além disso, não nos damos conta, suficientemente, quando reconhecemos a competência do Estado nesta matéria, a quem se está transferindo, na realidade, o direito de decidir. (PASSETTI, 1997, p. 83)

Ao falarmos de mercado ilegal de drogas devemos acrescentar o capital derivado do contrabando de armas, tecnologia nuclear sofisticada, lixo industrial, além de mercado de carne humana para servir em trabalhos semiescravos e para prostituição. Estima-se nos últimos quinze anos que a reciclagem do dinheiro advinda somente do mercado de drogas introduziu na economia legal um valor de em média dois trilhões de dólares. Ao falarmos da cocaína por exemplo, o valor da venda no varejo em uma capital de um país industrializado será de cem vezes mais do que a realizada pelo produtor da matéria prima da drogas quebrando assim a afirmação que o Terceiro Mundo é quem lucra com a droga. (Roio, 1997)

O campo dos estudos da geopolítica desde o fim do século XX se transformou após importantes mudanças pelas quais passaram os conflitos internacionais. Dentre esses novos conflitos destaca-se o tráfico internacional de drogas ilícitas. O processo histórico pelo qual as drogas passaram a ser controladas e depois proibidas não conseguiu realizar a utopia proibicionista de banir algumas drogas e hábitos associados a ela, ao contrário produziu um grande mercado ilegal ao longo

do século XX que cresceu em potência e violência. O crescimento deste mercado ilícito, acompanhado por problemas políticos colocados pela experimentação de estados alterados de consciência consolidou a percepção para os Estados Unidos da ONU que as drogas seriam um problema ao mesmo tempo moral, sanitário, político e de segurança. (Labrousse, 2010)

Em 1972 o presidente norte-americano Richard Nixon declara as drogas como inimigas dos Estados Unidos por ameaçar a saúde e a ordem política e por isso declara guerra às drogas. A partir da metade dos anos 1970 os EUA passaram a defender a militarização do combate ao narcotráfico, apoiando formação de grupos de elite antidrogas em forças armadas latino-americanas com a justificativa de combater a produção e o tráfico de drogas. Assim nas décadas finais do século XX os conflitos nas Américas passaram a ser identificados ao tráfico de drogas tanto pelos EUA quanto por governos da região. Em tempos do arrefecimento da Guerra Fria o narcoterrorismo surge como uma nova ameaça percebida pelos EUA, classificada pela associação entre guerrilhas de esquerda e o narcotráfico. Esta tese sempre foi negada oficialmente pelas guerrilhas. (Labrousse, 2010)

Em outras partes do planeta aconteceu algo similar, nas quais grupos armados lutavam em guerras civis, em novas organizações terroristas e em nome de governos ditatoriais já estabelecidos que passaram a se envolver com esse mercado rentável sustentado pelo proibicionismo. Neste conjunto podemos encontrar desde a Al Qaeda de Osama Bin Laden até as Farc-EP. Deste modo o conceito de narcoterrorismo cunhado nos anos 1980 se ampliou ao incluir grupos ilegais que supostamente financiavam suas atividades com recursos vindos do tráfico de drogas. Em países latinos americanos este novo conceito tornou viável a ampliação de repressão militarizada adotada por muitos governos desde a década de 1980. O ápice deles foi a celebração do Plano Colômbia em 1999 centrado no combate ao tráfico de drogas fortemente militar e o plano Iniciativa Mérida no México à partir de 2007. (Labrousse, 2010)

No Brasil, a antiga e imprecisa imagem de país de trânsito para a cocaína destinada a Europa e EUA cedeu diante do aumento do consumo e produção de drogas ilícitas, da utilização do sistema financeiro para lavagem de dinheiro e do incremento do número de grupos narcotraficantes. Facções, milícias, comandos e partidos do crime cresceram no espaço contínuo formado pelo sistema penitenciário e as favelas/periferias. Dentro das prisões, organizações como o Primeiro Comando da Capital (PCC), originário de São Paulo e o Comando Vermelho (CV), no Rio de Janeiro, instituíram uma forma de governo que disciplinou a massa carcerária, transformando-a em obedientes soldados/funcionários. Operando como

empresas, esses grupos agenciam não apenas o tráfico de drogas, mas também outras ilegalidades, em contato próximo com policiais, autoridades públicas, juízes e advogados. (LABROUSSE, 2010, p. 11 e 12)

A guerra às drogas envolve não somente grupos estatais como também se fixam em favelas, becos, morros e selvas. Há, portanto, soldados de colarinho branco e computadores, e soldados de chinelo e metralhadora. Esta guerra em torno das drogas ilícitas não é apenas uma guerra, pois acontece em diversos planos sobrepostos e simultâneos. Assim conecta interesses políticos, econômicos e geopolíticos, articuladas e acionadas pela proibição que sustenta este vigoroso mercado ilícito. Não há, assim, uma geopolítica das drogas sem interesse da indústria bélica e dos bancos, sem diplomacia e acordos internacionais, sem estratégias de políticas externas e sem um proibicionismo que em nome da saúde e segurança visam conter, controlar e eliminar minorias étnicas e hábitos milenares. (Labrousse, 2010)

Uma das definições clássicas da geopolítica está ligada aos conflitos de poder para controle de territórios e riquezas que estes possuem e dos homens que o produzem. Os derivados da folha de coca, a *Cannabise* o ópio, são elaborados a partir de produções agrícolas que se estendem em regiões podendo chegar a 150 mil hectares. Os laboratórios que produzem a heroína e a cocaína geralmente ficam próximos às produções das plantas para drogas. As drogas sintéticas por sua vez não precisam de território de cultura de plantas já que sua matéria prima é puramente química sendo fabricadas nos países ricos nos próprios lugares de consumo. (Labrousse, 2010)

Ao falarmos de produção e tráfico de drogas geralmente estas atividades estarão ligadas a outras atividades criminosas tais como as máfias que não se limitam a realizar um único tipo de tráfico. Com frequência ocorrerá os chamados politráficos utilizados pelos traficantes através da rota de drogas para transitar armas, pedras preciosas ou seres humanos. (Labrousse, 2010)

O número de grandes nações produtoras de coca, papoula e *Cannabisé* relativamente limitado, sendo a coca produzida na Bolívia, Peru e Colômbia, a papoula em Mianmar e Afeganistão e a *Cannabis* na forma de haxixe no Marrocos, Afeganistão e Paquistão. Contudo por muito tempo estas plantas de onde são extraídas as drogas fizeram parte do patrimônio cultural de diversas populações minoritárias, socialmente marginalizadas e culturalmente discriminadas por grupos

dominantes que como dito anteriormente consideravam seu uso arcaico ou mesmo demoníaco. A explosão de demanda por drogas em países ricos conferiu a essas plantas um valor monetário que até então não existia e não tardaram a despertar cobiça dos senhores da guerra, máfias ou guerrilhas bem como as forças da repressão que deveriam combatê-lo. Muitos países foram obrigados a renunciar tarifas impostas aos produtos agrícolas importados que concorriam com suas produções levando os camponeses a se dedicar à cultura de plantas para drogas.(Labrousse, 2010)

A história irá nos ensinar que nenhuma droga desapareceu ou deixou de ser consumida, porém a proibição tende a estimular muito mais um consumo irracional, criando conflitos sociais e individuais. Ao se ilegalizarem os opiáceos naturais e a cocaína o seu consumo se manteve baixo enquanto houve a oferta em farmácias, mas explodiu ao restringí-las sendo disponibilizadas apenas através do tráfico ilegal. (Escohotado, 1997)

As drogas não reduziram com a proibição, ao contrário, sua oferta através do mercado negro, elevaram os riscos higiênicos para os cidadãos e o lucro para certas “máfias”. É sabido que o grupo de países mais ricos está profundamente comprometido com a lavagem de dinheiro proveniente do narcotráfico e os Estados Unidos da América, principal país controlador de drogas ilícitas, controlam através da CIA parte da cocaína americana e da heroína vinda do Sudoeste asiático, por motivos de maior fluidez na venda de seu armamento e facilidade de pagamento da conta mundial da “contra-insurgência”. Neste mesmo país, a produção de maconha, basicamente de interiores ou hidropônica, foi convertido como o primeiro produtor mundial para abastecer um gigantesco mercado interno, superando o valor monetário de toda a safra de cereais norte-americana, além de existirem dezenas de milhares de laboratórios clandestinos conhecidos como “cozinhas” caseiras para fabricação de drogas estimulantes e psicodélicas.(Escohotado, 1997)

No momento em que algumas drogas tais como a maconha ou a cocaína entram no mercado e passam a ser objeto de especulação, a situação de grupos considerados relativamente estáveis inseridos numa sociedade complexa, que antes consumiam dentro de certas regras e convenções, se alteram porque passam a ser um produto mercado escasso, ligado a situação de perigo e risco. A substância tornada ilegal passa a valer cada vez mais e se torna fonte de disputa, se tornando valiosa e o seu consumo passa a ser alterado. Deste modo, aquele consumo que

era mais localizado em certos grupos culturais, em certas minorias, passa a não mais ser feito pela lógica das tradições e sim pela lógica de mercado. (Velho, 1997)

CAPÍTULO 3

PERCURSOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

3.1 Metodologia de Análise

À luz da teoria interacionista do desvio esta pesquisa tem como objetivo estudar as representações de psicóloga(o)s que trabalham em CAPSad em relação ao uso de drogas.

Partimos da hipótese de que a(o)s psicóloga(o)s contratada(o)s na instituição teriam como representação o uso abusivo de drogas como comportamento desviante e o usuário como doente, deste modo não apresentando um comportamento considerado “normal”. Estas representações são marcadas pelo modo com que o uso de drogas está atualmente inserido na nossa sociedade, a ascensão do proibicionismo, a influência da “guerra contra as drogas”, promulgada principalmente pelos Estados Unidos, e a visão médico-jurídica de seu uso, que ora criminaliza, ora coloca o usuário como doente.

Apesar de tal hipótese, devemos considerar que tal afirmação sobre as representações da(o)s participantes pode ser considerada superficial, pois segundo Becker (1994):

Quase por definição, o pesquisador não tem um conhecimento de primeira mão da esfera da vida social que se propõe a estudar. Raramente é um participante nessa esfera e em geral não está em contato estreito com as ações e experiências das pessoas nela envolvidas. Sua posição é quase sempre a de um intruso; como tal, ele está evidentemente limitado no conhecimento simples do que se passa na esfera da vida em questão (s/p).

Neste mesmo texto o autor afirma que a operação básica ao se estudar a sociedade é a produção e o refinamento de uma imagem da coisa a qual está estudando, assim começa-se com uma imagem e termina-se com ela. Com base no que se aprende sobre o fenômeno em que está interessado, é construída uma história bastante complexa. O autor afirma ainda que apesar da falta de conhecimento inicial do pesquisador, ele formará sem se dar conta, algum tipo de quadro da vida que se propõe estudar. O pesquisador irá por em jogo crenças e imagens que já possui para formar uma visão mais ou menos inteligível da área.

Ainda diz:

Podemos não ter nenhum conhecimento de primeira mão da vida entre grupos delinquentes, ou em sindicatos, ou em comitês legislativos, ou num culto religioso, contudo, graças a algumas pistas, formamos prontamente imagens úteis dessa vida. É nesse ponto, como todos sabemos, que imagens estereotipadas entram em cena e assumem o controle. Todos nós, como estudiosos, temos nossa cota de estereótipos, que usamos para ver uma esfera da vida social empírica que não conhecemos(s/p).

Para Becker (1994), as nossas representações determinam a direção de nossa pesquisa, quais ideias iniciais orientarão a pesquisa, as perguntas a serem feitas para verificá-las e as respostas plausíveis e fazemos tudo isso sem pensarmos muito a respeito.

O método escolhido para a realização da presente pesquisa foi de cunho qualitativo, sendo realizadas entrevistas semiestruturadas com participantes de quatro instituições diferentes.

As categorias de análise foram construídas a partir dos dados coletados, criando-se assim categorias próprias de análise.

Quando colhemos dados – em entrevistas, pela observação ou lendo documentos gerados pelas pessoas e organizações que estudamos - frequentemente ouvimos ou lemos palavras que traçam uma linha, separando coisas em categorias (BECKER, 1994, s/p).

O questionário foi organizado de modo que as representações pudessem ser identificadas através de relatos de casos considerados pela (o) participante como emblemáticos, malsucedidos e sem possibilidades de atendimento. Outro aspecto que consideramos importante foi em relação à escolha da(o)s participantes em assumirem o cargo na instituição, sua trajetória e o interesse em trabalhar com a temática das drogas, além do que é para ela(e) o papel da psicóloga(o) na instituição.

As categorias de análise estão divididas em:

- Trajetória da(o) psicóloga(o) que atua no CAPSad;
- Dificuldades/obstáculos na atuação no CAPSad;
- Atuação da(o) psicóloga(o) no CAPSad;
- As representações da(o) psicóloga(o) em relação a pessoa usuária de álcool e outras drogas

Para estudarmos as representações sociais das (o) psicólogas (o) que trabalham em CAPSAD em relação ao uso de drogas utilizamos a metodologia *interacionista do desvio*, entendendo o uso de drogas como um *comportamento desviante*.

Becker (2008) ao estudar o desvio, afirma que para que ocorra um episódio de comportamento potencialmente desviante é necessário que consideremos todas as pessoas e organizações envolvidas. É para ele, um drama complexo de modo com que o traço central é a acusação de transgressões. O desvio, nesta perspectiva, é considerado como uma ação coletiva.

Em “Outsiders”, Becker trará contribuições para o estudo do desvio efetuando deslocamentos importantes de foco, em especial da ideia de crime para o termo desvio, supondo uma relação social. O autor deslocará ainda o foco do indivíduo para o foco nas relações, relações estas que produzem regras e exigem seu cumprimento, além da naturalização das regras para a produção social das mesmas e os processos de imposição de rótulos sobre os que são designados como desviantes (Moura, 2009).

As regras sociais serão definidas a partir de situações e tipos de comportamentos a ela apropriados, especificando algumas como certas ou erradas. Ao ser imposta, a pessoa que presumivelmente infringiu a regra, poderá ser vista como um tipo especial, sendo nomeada pelo autor como “outsider”. Porém, esta pessoa rotulada poderá ter uma opinião diferente sobre a questão.

Regras sociais são criação de grupos sociais específicos. As sociedades modernas não constituem organizações simples em que todos concordam quanto ao que são as regras e como elas devem ser aplicadas em situações específicas. São, ao contrário, altamente diferenciadas ao longo de linhas de classe social, linhas étnicas, linhas ocupacionais e linhas culturais (BECKER, 2008, s/p)

Outro aspecto importante a ser destacado pelo autor é que as regras poderão ser formalmente promulgadas na forma da lei ou em acordos informais recém-estabelecidos ou sedimentados com a sanção da idade e da tradição, porém o julgamento será realizado a partir dos valores do grupo. Deste modo, diferentes grupos considerarão diferentes coisas desviantes (Becker, 2008)

Podemos tomar como o exemplo a legislação sobre substâncias psicoativas. A quantidade permitida para porte e uso pessoal, de maconha, por exemplo, irá variar de acordo com a legislação de cada país. Além disso, a aceitação a determinados tipo de substâncias irá variar de acordo com cada cultura. Um bom exemplo disso foi o álcool, hoje fortemente disseminado nas culturas ocidentais, teve na década de 1920 sua comercialização fortemente proibida através da Lei Seca, nos Estados Unidos e em outros países.

Estudar o desvio ou comportamento desviante é estudar o empreendedorismo moral e as formas de poder na sociedade. Regras, desvio e rótulos sempre serão construídos em processos políticos, de modo com que alguns conseguirão impor seus pontos de vista como mais legítimos que outros. Nesta perspectiva, o desvio não será inerente aos atos ou aos indivíduos que o praticam e sim ao longo de processos de julgamento que envolverá disputas em torno de objetivos de grupo específicos. Assim as sociedades terão grupos dominantes e grupos desviantes, além de diferentes tipos de desvio (Moura, 2009).

Becker (2008) afirma que:

A questão de qual é o objetivo ou meta (função) de um grupo – e, conseqüentemente, de que as coisas vão ajudar ou atrapalhar a realização desse objetivo – é muitas vezes política. As questões de quais regras devem ser impostas, que comportamentos vistos como desviantes e que pessoas rotuladas como outsiders devem também ser encaradas como políticas (s/p).

Afirma ainda que o processo de rotulação poderá não ser infalível, pois não se pode supor que a categoria daqueles considerados rotulados conterá todos os que realmente infringiram uma regra, pois muitos infratores podem escapar à detecção, ou algumas pessoas rotuladas de desviantes podem não ter de fato infringido uma regra (Becker, 2008). “O grau em que um ato será tratado como desviante depende também de quem o comete e de quem se sente prejudicado por ele. Regras tendem a ser aplicadas mais a algumas pessoas que a outras.” (Becker, 2008)

Para Becker (2008), o desvio não é uma qualidade que reside no próprio comportamento e sim na interação entre a pessoa que comete o ato e as que reagem a ele, assim o ato só será categorizado desviante quando houver a reação de outras pessoas em relação ao ocorrido.

Os valores serão contidos em regras específicas em situações problemáticas. A pessoa ao perceber alguma área de sua existência problemática ou difícil, irá exigir uma ação. Após considerar vários valores, elas escolhem um ou mais como pertinentes a suas dificuldades e deduzem uma regra específica. Formulada a regra coerente com o valor, irá enunciar com relativa precisão quais ações são aprovadas ou proibidas, quais as situações onde a regra é aplicável e as sanções associadas à infração. Assim, “o tipo ideal de uma regra específica é uma lei cuidadosamente formulada, bem apoiada na interpretação jurídica.” Naturalmente, as regras legais

têm maior probabilidade de serem precisas e claras, já as informais são mais vagas e passíveis de várias interpretações em grandes áreas (Becker, 2008).

Essas pessoas que apresentam iniciativa de criar novas classes de outsiders serão nomeadas por Becker de empreendedores morais. Pare ele, esses “reformadores cruzados” acreditaram em sua missão mesmo não estando em concordância com os que ele pretende “salvar”. Assim, irão recorrer a especialistas, tais como psiquiatras e advogados, para que sua cruzada seja bem-sucedida, tendo como consequências a criação de um conjunto de regras e agências que institucionalizaram o empreendimento para que assim possam agir por meio de força policial. (Moura, 2009)

Os impositores profissionais, por sua vez, estão menos interessados na justificativa da regra do que na manutenção de sua profissão, o que gera um ciclo paradoxal: ao mesmo tempo em que devem mostrar a sua eficácia, o fim do problema significaria o fim de sua razão de existência. Assim, profissionais escolhem em quais casos deverão agir, exercendo suas próprias escolhas. (MOURA, 2009, s/p)

Em resumo, vemos que impositores de lei e da moralidade muitas vezes contemporizam, permitindo que alguns atos passem despercebidos ou livres de punição porque seria muito difícil averiguá-los; porque possuem recursos limitados e não poderiam perseguir todo o mundo; porque o infrator tem poder suficiente para se proteger contra suas incursões; porque foram pagos para fazer vista grossa.

Encarregados e agências de imposição tendem a formar uma visão pessimista da natureza humana, enfatizando as dificuldades em que as pessoas tem em cumprir regras e as características naturais que as levam para o mal, deste modo são céticos em relação a tentativas de reformar infratores. (Becker, 2008)

Seguindo esse pensamento, não podemos perder de vista que as representações sobre o uso de drogas serão sempre marcadas pelo modo em que as drogas, principalmente as ilícitas, estão e estiveram inseridas na sociedade, com aspectos marcantes tais como o proibicionismo e a influência da “guerra contra as drogas” como vimos anteriormente.

Ao utilizarmos a teoria do *interacionismo do desvio* notamos que as regras sociais serão definidas a partir de situações e tipos de comportamentos que serão considerados como certos ou errados. Muitas vezes este conjunto de regras terão como base o discurso de especialistas principalmente na área da medicina, e no caso do uso de drogas, a psiquiatria, e na área jurídica que no Brasil ainda

considera o usuário de substâncias ilícitas como criminoso, por mais que prevê intervenções nas áreas de prevenção e reabilitação da pessoa usuária.

Ao considerarmos neste trabalho o uso de drogas como *comportamento desviante* - até porque será este uso, considerado *abusivo ou dependente*, que será tratado nas instituições do CAPSad- defenderemos a ideia que este *desvio* foi sendo definido ao longo da história através de processos político e econômico como forma de poder, seja pela religião em dado momento, seja pelos meios de produção e circulação de mercado em outro, provocando processos de desagregação e estigmatizarão de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

Devemos considerar ainda o contexto em que a(o) psicóloga(o) vai se inserir nos equipamentos de saúde mental – especificamente o CAPSad- levando em consideração a proposta que está prevista pelo MS e qual o modelo de atendimento e tratamento que as atuais Políticas sobre Drogas irão propiciar. As considerações apontadas por Sodelli (2010) sobre os modelos do proibicionismo e da “prevenção que convive com as diferenças” nos ajudou a compreender melhor como atualmente esses profissionais estão atuando, pois ainda que esteja prevista na Política de Atenção a redução de danos notaremos que em muitos momentos tanto a prevenção quanto o tratamento terão como propósito a abstinência.

3.2 A escolha do tema

Estudar as drogas e seu uso é um tema que há muito tempo me desperta interesse. Já na graduação, por exemplo, tal tema foi uma das possibilidades para o trabalho de conclusão de curso, porém naquele momento, por algumas intercorrências, não foi possível me debruçar sobre o assunto. Posteriormente, após a conclusão da graduação e ingresso no curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade, no ano de 2011, comecei a ter maior contato com as Políticas Públicas de Saúde e em especial as de Saúde Mental e percebi que o tema das drogas se fazia presente. Foi então que naquele momento aproveitei a oportunidade e escolhi como tema de monografia “A dependência química na perspectiva do Sistema Único de Saúde”. O objetivo era realizar um levantamento das políticas públicas referentes à questão das drogas no âmbito da saúde no Brasil e os atuais serviços que tratam o usuário, especificamente o CAPSad. No decorrer

do trabalho tal nomenclatura será problematizada e modificada para uso de drogas e não mais dependência química.

Após estudar as políticas sobre drogas e em especial o trabalho desenvolvido pelo CAPSad comecei a pensar na possibilidade de estudar a atuação da(o) psicóloga(o) neste equipamento, entendendo a importância desta categoria para o melhor atendimento do usuário, além do interesse pessoal, já que minha formação na graduação havia sido em Psicologia. Assim me inscrevi no processo seletivo para o programa de pós-graduação no Departamento de Psicologia Social e do Trabalho e percebi que o mestrado seria uma oportunidade para me debruçar sobre este tema.

O projeto inicial para estudar a atuação da(o) psicóloga(o) no CAPSad tinha como método além da realização de entrevistas com a categoria “psi”, a escolha de um equipamento do CAPSad para observar etnograficamente e assim poder ter maior contato com o ambiente de trabalho, com a(o)s psicóloga(o)s demais profissionais da equipe, além de melhor compreender os atendimentos realizados ao usuário e a sua família.

Porém, após o ingresso no curso, em 2014, alguns eventos ocorreram em minha vida profissional que fizeram com que eu mudasse o método de pesquisa inicial. Até aquele momento eu trabalhava em consultório alguns dias na semana, e o método das entrevistas e etnografia escolhido inicialmente era compatível com meu horário de trabalho. Todavia, no andamento do curso, especificamente em janeiro de 2015, recebi convocação para trabalhar como Psicóloga na Prefeitura da cidade de Santo André no Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS). Aceitei o trabalho, em grande medida, por sempre ter tido o desejo de trabalhar na área da Psicologia Social e Comunitária e até aquele momento não havia tido a oportunidade. Passaria, porém, a trabalhar em jornada de 40 horas semanais. Por estar em pleno andamento do curso de mestrado e prestes a iniciar a pesquisa de campo, após conversa com meu orientador, decidimos modificar a metodologia da pesquisa. Ao invés de realizarmos entrevistas e etnografia, realizaríamos entrevistas em ao menos dois equipamentos do CAPSad.

Percebi que por mais que a jornada de trabalho no CREAS fosse um obstáculo para a realização da pesquisa, tal atuação me auxiliaria em dois aspectos: teria maior contato com o CAPSad daquela cidade, já que uma das atribuições do

CREAS é a articulação com a rede de saúde mental, além de ter maior contato com os usuários que frequentavam o CAPSad.

No mês de abril de 2015 agendei uma reunião com a coordenadora do CAPSad do município. Naquele momento já estava com o projeto aprovado no Comitê de Ética da Universidade e resolvi apresentar minha proposta de pesquisa e realizar as entrevistas naquele equipamento, levando em consideração a proximidade de ambos os serviços (CREAS/CAPS) e a disponibilidade de tempo para realizá-las.

Apresentei a proposta de pesquisa à coordenadora e ela se mostrou bastante solícita. Apresentou-me o equipamento, além de explicar o funcionamento do serviço, a equipe, as categorias presentes e as atividades realizadas.

Posteriormente, a coordenadora sugeriu que eu participasse de uma reunião de equipe para apresentar o projeto de pesquisa e entrar em contato com a(o)s interessada(o)s em participar das entrevistas.

Em maio de 2015, participei de uma reunião de equipe e naquele momento notei que a minha presença gerou incômodo entre os profissionais da equipe. Duas hipóteses surgiram naquele momento: ou a equipe havia se incomodado em ter uma pessoa que não era da instituição participando de uma reunião interna ou o fato de a pesquisa ter sido apresentada pela coordenação havia gerado resistência por parte dos profissionais. Evidentemente, por minha participação ter sido pontual, não poderia afirmar o que de fato havia acontecido. Porém, o que pude notar foi resistência de algumas(uns) da(o)s psicóloga(o)s em participar da pesquisa. Este equipamento na época contava com sete profissionais da psicologia e na ocasião da reunião havia seis profissionais, já que um se encontrava em férias. Destes seis, três pessoas se mostraram interessadas em realizar a pesquisa, após a apresentação do projeto.

Hoje percebo que participar de uma reunião de equipe logo no início não foi uma escolha muito adequada, pois notei (ainda que superficialmente, já que foram apenas uma hora e meia de reunião) que não só eu, como todos os técnicos da equipe ficaram constrangidos com a situação. Mas ainda assim houve pessoas que se interessaram e se mostraram solícitas em participar.

No término da reunião, agendei entrevistas com a(o)s três técnica(o)s que aceitaram participar do projeto. Destes três participantes, consegui realizar apenas duas entrevistas, já que com um deles houve incompatibilidade de horários.

Após as duas entrevistas realizadas ainda naquele mês de maio e posterior análise dos dados parciais, realizei em dezembro de 2015 o exame qualificação. Conteí um pouco da trajetória da pesquisa e a proposta de realizar a pesquisa no CAPS em consonância com a minha atuação no CREAS, considerando a interface destes dois serviços. Alguns pontos foram levantados pela banca tais como a possibilidade de mudar alguns aspectos no questionário das entrevistas e da não realização da pesquisa em dois serviços diferentes, já que o trabalho se tornaria muito amplo e não contemplaria o objetivo principal que era estudar a atuação da(o) psicóloga(o) em relação ao uso de álcool e outras drogas.

Após conversas com meu orientador, decidimos então que seguiríamos com o objetivo inicial da pesquisa, que era o de realizar as entrevistas com psicóloga(o)s que trabalhavam em CAPSad, porém, a fim de contemplarmos as sugestões da banca de qualificação, iríamos buscar equipamentos de outros municípios, considerando que por eu trabalhar no município e ter contato com os profissionais da rede, seria evidente que as pessoas não iriam se sentir à vontade em realizar as entrevistas - além do fato de aquele município contar com apenas um equipamento do CAPSad, não contemplando o número de participantes suficientes.

As duas entrevistas anteriores realizadas naquele equipamento foram mantidas como entrevistas-piloto no presente trabalho.

Após a indicação de uma gerentede um CAPS situado na região Sudeste de São Paulo e posterior contato com a mesma, fui orientada a entrar em contato com a coordenadoria de saúde da região a fim de enviar o projeto de pesquisa para avaliação e posterior aprovação de início no trabalho de campo.

Deste modo enviei o projeto em maio de 2016 e em junho deste mesmo ano fui informada que o projeto havia sido aprovado e alguns equipamentos da região haviam aceitado participar da pesquisa. A região conta com sete equipamentos do CAPSad, dentre estas, quatro aceitaram participar da realização das entrevistas.

Durante o percurso na realização da pesquisa na região não foi possível entrevistar psicóloga(o)s em um dos CAPS que inicialmente havia aceitado participar, por falta de respostas dos contatos realizados com a gerência a fim de agendarmos as entrevistas. Nos demais, realizamos cinco entrevistas, sendo duas em dois CAPS (ambos contavam com apenas dois profissionais da Psicologia) e uma entrevista no terceiro. Neste havia três profissionais dispostos a realizar as entrevistas, porém na data agendada, dois deles precisaram se ausentar por

problemas institucionais. Realizamos novos contatos, porém não foi possível a realização das entrevistas por incompatibilidade de horário.

Em cada um dos CAPS conversei previamente com o gestor do equipamento que me apresentou a instituição, além de explicar o funcionamento do serviço, a equipe profissional e as atividades realizadas com os usuários.

Sobre o questionário das entrevistas, após a realização das entrevistas piloto decidimos readaptá-lo, já que o anterior não contemplava questões que nos ajudasse a levantar as representações da(o)s psicóloga(o)s em relação à pessoa que faz uso de álcool e outras drogas.

Deste modo, na segunda parte do projeto incluímos questões que pediam para que cada participante relatasse casos emblemáticos, malsucedidos e àqueles que não seriam possíveis intervir.

3.3 Caracterização dos CAPSad

Por motivo ético, não será identificado neste trabalho quais os CAPS foram realizadas as entrevistas. Tal decisão foi tomada devido ao número reduzido de profissionais da área da Psicologia em cada CAPS e fácil identificação dos participantes, que durante a pesquisa serão nomeados com nome fictício escolhido por cada um deles.

Para melhor compreensão por parte do leitor, designaremos os quatro CAPS por nomes fictícios, contando o primeiro CAPS, onde foi realizado as entrevistas piloto no ano de 2015 e os demais equipamentos, visitados em 2016.

Tabela 9 – CAPS Tulipa - Piloto

CAPS Tulipa – Piloto¹	
Participantes: Ana e Léo	
Tipo: III – 24 horas (conta com sete leitos)	
Composição da equipe de trabalho:	<ul style="list-style-type: none"> - 7 psicólogas(o); - 1 Terapeuta Ocupacional; - 5 enfermeiras (o);

¹Este equipamento conta com duas Unidades de Acolhimento (UA) caracterizadas por uma adulto e uma infanto-juvenil.

	<ul style="list-style-type: none"> - 2 assistentes sociais; - 1 médico psiquiatra; - 2 médicos clínicos; - 5 oficinas (o); - 1 gerente;
Atividades desenvolvidas no equipamento:	<ul style="list-style-type: none"> - Grupo de acolhida (grupo inicial); - Grupo Terapêutico (realizado por no mínimos uma psicóloga(o)); - Acolhimento; - Atendimento Individual; - Visita domiciliar; - Reunião de Equipe; - Reunião de rede; - Passagem diária de Plantão; - Hospital Dia (HD); - Internação (máxima de 14 dias);

Tabela 10 – CAPS Lírio

CAPS Lírio Participantes: Lívia e Rebeca Tipo: II	
Características do equipamento	<ul style="list-style-type: none"> - Em média 200 usuários atendidos no mês de referência; - 8 UBS de referência;
Características do usuário:	<p>Gênero: em média 80% masculino e 20% feminino.</p> <p>Faixa etária: maior incidência entre 30 e 45 anos – em média 60% de alcoolistas e 40% de múltiplas drogas.</p>
Composição da equipe de trabalho:	<ul style="list-style-type: none"> - 2 psicólogas; - 3 terapeutas ocupacionais; - 2 enfermeiras (o); - 2 psiquiatras; - 4 auxiliar de enfermagem; - 1 técnico em farmácia; - 1 clínico homeopata;

	<ul style="list-style-type: none"> - 1 farmacêutico; - 2icineiras (o); - 1 gerente;
Atividades desenvolvidas no equipamento:	<ul style="list-style-type: none"> - acolhimento; - atendimento individual; - grupo terapêutico; - grupo de família; - visita domiciliar; - matriciamento; - oficinas;

Tabela 11 – CAPS Bromélia

CAPS Bromélia Participantes: Antônio Conselheiro e Sandra Tipo: II	
Características do equipamento	<ul style="list-style-type: none"> - não informado o número de atendidos por mês; - 8 UBS de referência;
Características do usuário:	<ul style="list-style-type: none"> - Gênero: não informado. - Faixa etária: não informado
Composição da equipe de trabalho:	<ul style="list-style-type: none"> - 2 psicólogos; - 1 terapeuta ocupacional; - 1 assistente social; - 2 enfermeiras (o); - 1 psiquiatra; - 4 auxiliar de enfermagem; - 1 técnico em farmácia; - 1 farmacêutico; - 1 gerente;

Atividades desenvolvidas no equipamento:	<ul style="list-style-type: none"> - acolhimento; - atendimento individual; - grupo terapêutico; - grupo de família; - oficinas; - visita domiciliar; - matriciamento;
---	---

Tabela 12 – CAPS Angélica

CAPS Angélica Participante: Joana Tipo: II	
Características do equipamento	<ul style="list-style-type: none"> - não informado o número de atendidos por mês; - 8 UBS de referência;
Características do usuário:	<ul style="list-style-type: none"> - Gênero: não informado. - Faixa etária: não informado
Composição da equipe de trabalho:	<ul style="list-style-type: none"> - 3 psicólogas; - 2 assistentes sociais; - 2 terapeutas ocupacionais; - 1 educador físico; - 2 psiquiatras; - 4 enfermeiras; - 4 auxiliar de enfermagem; - 1 técnico em farmácia; - 1 farmacêutico; - 2 oficineiras (o); - 1 gerente;
Atividades desenvolvidas no equipamento:	<ul style="list-style-type: none"> - acolhimento;

-
- atendimento individual;
 - grupo terapêutico;
 - grupo de família;
 - oficinas;
 - visita domiciliar;
 - matriciamento;
 - projeto CAPS na rua;
-

3.4 Caracterização da(o)s Participantes

Abaixo estão as tabelas com as características de cada uma da(o)s participantes de acordo com o CAPS visitado.

Tabela 13 – CAPS Tulipa - Participantes

CAPS Tulipa		
	Ana	Léo
Idade	66 anos	55 anos
Sexo	feminino	masculino;
Estado Civil	casada	Separado
Auto Classificação Racial conforme tabela do IBGE:	branca	Pardo
Universidade de Formação/Ano	Universidade OMEC/ 1974	Universidade Anhanguera / 2014
Escolaridade Atual	Especialização em Dependência Química	Especialização em Dependência Química e Hipnólogo/Hipnotista
Tempo de atuação no equipamento	17 anos	17 anos
Tempo no cargo atual	17 anos	6 meses
Tipo de vínculo empregatício	estatutário	estatutário

(estadual)

Tabela 14 – CAPS Lório - Participantes

CAPS Lório		
	Lívia	Rebeca
Idade	58 anos	29 anos
Sexo	Feminino	Feminino
Estado Civil	Solteira	Solteira
Auto Classificação Racial conforme tabela do IBGE:	Branca	Branca
Naturalidade	São Paulo	Jales – SP
Município de moradia	São Paulo	São Paulo
Universidade de Formação/Ano	Universidade Metodista/ 1983	Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto/ 2010
Escolaridade Atual	Especialização em Álcool e Outras Drogas UNIFESP	Especialização em Neuropsicologia
Tempo de atuação no equipamento	7 anos	3 anos
Tempo no cargo atual	7 anos	3 anos
Tipo de vínculo empregatício	CLT	CLT

Tabela 15 – CAPS Bromélia - Participantes

CAPS Bromélia		
	Antônio	Sandra
	Conselheiro	
Idade	38 anos	54 anos
Sexo	Masculino	Feminino
Estado Civil	Solteiro	Divorciada
Auto Classificação Racial conforme tabela do	Branco	Branca

IBGE:			
Naturalidade	São Paulo	São Paulo	
Município de moradia	São Paulo	São Paulo	
Universidade de Formação/Ano	Universidade São Marcos/ 2008	Universidade Marcos/ 1984	São
Escolaridade Atual	Especialização em Dependência Química	Especialização em Psicologia Educacional e Capacitação em Álcool e outras drogas (SEDES/UNIFESP)	
Tempo de atuação no equipamento	3 anos	7 anos	
Tempo no cargo atual	3 anos	7 anos	
Tipo de vínculo empregatício	CLT	CLT	

Tabela 16 – CAPS Angélica - Participantes

CAPS Angélica	
Joana	
Idade	26 anos
Sexo	Feminino
Estado Civil	Solteira
Auto Classificação Racial conforme tabela do IBGE:	Branca
Naturalidade	São Paulo
Município de moradia	São Paulo
Universidade de Formação/Ano	Universidade São Judas Tadeu/ 2012
Escolaridade Atual	Formação em Psicanálise
Tempo de atuação no equipamento	4 meses

Tempo no cargo atual	4 meses
Tipo de vínculo empregatício	CLT

CAPÍTULO 4

TRAJETÓRIA DA PSICÓLOGA(O) QUE ATUA NO CAPSAD

Para levantarmos as representações da(o)s participantes primeiramente levantamos a trajetória profissional na psicologia de cada uma delas, pois é a partir de experiências anteriores que poderemos começar a entender o modo com que foi se construindo o interesse na área de drogas e até mesmo a postura na intervenção e tratamento com o usuário. É importante destacarmos que a inserção da(o) psicóloga(o) nas políticas de saúde e saúde mental são recentes e estão marcadas por diversas influências não só da reforma sanitária e psiquiátrica mas também política e econômica.

Dimenstein (1998) dirá que será no final da década de 1970 que um grande número de profissionais convergirão à assistência pública, havendo antes disso algumas experiências isoladas de alguns psicólogos a desenvolver atividades no campo da saúde. Neste período, o peso da ditadura recaía sobre todos, e em especial sobre docentes e estudantes universitários. Neste contexto, houve movimentos e rearticulações em favor da luta pela democracia, e os psicólogos começaram a questionar seu fazer e suas contribuições diante das injustiças sociais. Em 1979, em vários estados brasileiros, os psicólogos criaram sindicatos e conselhos representativos, alguns ocupados por grupos mais progressistas que lutavam para uma Psicologia a serviço das necessidades da maioria da população (Araújo, 2014).

Inicialmente, essas novas modalidades de intervenção se deram na saúde e depois em áreas como a educação, a Assistência Social e o trabalho. Temas como lutas antimanicomial e inserção social eram iniciado. Estas intervenções contribuíram para o reconhecimento da sociedade e dos órgãos governamentais sobre as contribuições sociais da Psicologia, favorecendo a abertura do campo de trabalho nos serviços públicos (Botarelli, 1998; Andery, 1999; Bock, 2009; Lane, 1999; Araújo, 2014).

A inserção do psicólogo na saúde pública ocorreu para obter reconhecimento social e como estratégia para escapar do declínio social da categoria. Esse declínio intensificou-se na recessão da classe média nos anos 1980, que até o momento era a grande consumidora das práticas psicológicas. Deste modo, a Psicologia, à

medida que não dava respostas satisfatórias às questões sociais cotidianas, foi perdendo sua legitimidade social e fez os profissionais buscarem novas formas de inserção no mercado de trabalho (Dimenstein, Macedo, 2012).

O movimento da Reforma Sanitária e Psiquiátrica ocorrido no Brasil em meados dos anos 1970 também influenciou a entrada dos psicólogos no campo da saúde pública (Dimenstein, Macedo, 2012). Estes movimentos se instauraram, com o engajamento de intelectuais progressistas, profissionais de saúde e da sociedade civil (Sales, Dimenstein, 2009), e buscavam a democratização e a instituição de um novo sistema nacional de saúde, além de criticar o projeto privatista de cuidados em saúde, cuja ênfase recaía a aspectos curativos e individuais, orientados para o lucro e para privilegio do produtor privado desses serviços, (Dimenstein, 1998; Dimenstein, Macedo, 2012)

Na segunda metade da década de 1980, ocorreram dois eventos que marcaram o processo de transformação da assistência psiquiátrica brasileira. Foram eles a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, que representa um marco na luta pela melhoria do sistema de atenção de saúde no Brasil (Dimenstein, 1998; Dimenstein, 2001), e a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, representada pela implantação das equipes multiprofissionais na rede básica e a visão integral do sujeito, além de práticas preventivas e educativas na saúde mental. (Dimenstein, 1998; Figueiredo e Rodrigues, 2004).

Foi na saúde mental que se fez mais vigorosamente a entrada dos psicólogos no setor público. A partir de movimentos de serviços substitutivos ao manicômio e a contratação de pessoal capacitado para operar no novo modelo de assistência em saúde mental, abriu-se um vasto campo para o psicólogo, que atribuía às equipes multiprofissionais um papel fundamental de transformação das velhas estruturas (Dimenstein, 1998; Dimenstein, Macedo, 2012).

Com os avanços no processo de desinstitucionalização, no fim da década de 1980 foi possível observar o desenvolvimento de práticas inovadoras de cuidado e assistência em função do conceito ampliado em saúde mental, o que exigiu modelos transdisciplinares de integração de saberes. A Psicologia passou a fazer parte deste conjunto de saberes, e buscava romper com os limites da concepção de saúde mental tradicional e com as práticas assistenciais asilares no setor secundário e primário de saúde (Dimenstein, 1998; Dimenstein, Macedo, 2012).

As participações dos psicólogos nos movimentos sociais ampliaram o espectro de preocupações, debates, responsabilizações e engajamentos da profissão, além de possibilitar articulações entre psicólogos e setores progressistas da saúde e grupos de militâncias voltados para a proteção da criança e adolescente, mulher e idoso, direitos humanos e movimento sindical (Dimenstein, Macedo, 2012; Araújo, 2014).

Com a aprovação da Constituição de 1988, os movimentos sociais em conjunto com outros setores da sociedade, exigiram a regulamentação dos direitos previstos na constituição e isto teve como resultado a efetivação do Estatuto da Criança e do Adolescente e o Sistema Único de Saúde em 1990, além da Lei Orgânica da Assistência Social em 1993. A institucionalização desses direitos proporcionou a abertura de vários serviços e programas, especialmente na saúde e saúde mental, ampliando assim o ingresso dos psicólogos no campo das políticas públicas. (Dimenstein, 1998; Dantas, Oliveira, Yamamoto, 2010; Dimenstein, Macedo, 2012; Araújo, 2014).

Devido ao surgimento de possibilidades no serviço público de saúde, a psicologia passa a verificar limitações teórico-metodológicas diante das novas demandas da população. População esta que os psicólogos não estavam habituados a trabalhar. Neste período, ocorrem debates de entidades de representação da Psicologia, além de discussões e críticas sobre os rumos da profissão e meios que favoreçam a inserção do psicólogo nestes serviços (Bock, 1999; Araújo, 2014).

Em 1998, o III Congresso Nacional de Psicologia chamado “Psicologia e Interfaces: Políticas Públicas e Globalização”, procurou refletir sobre a inserção do psicólogo nos serviços públicos, especialmente na saúde mental, além de incentivar a participação dos psicólogos na luta pelo fortalecimento das políticas públicas. O V CNP, ocorrido em 2004, foi chamado de “Protagonismo Social da Psicologia: as urgências brasileiras e a Construção de respostas da Psicologia às Necessidades Sociais”. Dentre os eixos havia Políticas Públicas e Inclusão Social e Direitos Humanos e Exercício Profissional e apresentou como tema à práxis direcionada às demandas da realidade social brasileira. (Araújo, 2014)

.1 Experiências anteriores após a formação em Psicologia

- experiência na psicanálise aplicada à instituição:

[...] e aí, logo que eu me formei, eu fui fazer um curso de especialização no Sedes.... e lá fiz um curso de... primeiro foi psicodiagnóstico infantil e de adolescente, depois foi psicanálise, mais uma psicanálise aplicada à instituição pública, institucional... e no Sedes como a gente fazia clínica então atendi muitos filhos de prisioneiros políticos, ou exilados políticos, então a diretora do Sedes era a Madre Cristina... e ela tinha uma força, dava muita força e teve uma importância muito grande aí que a PUC se tornou um símbolo porque lá foi importante na época [...] ANA -Entrevista Piloto

- experiência em hospitais psiquiátricos:

[...] e eu comecei trabalhando nos hospitais psiquiátricos, então quando a gente começou a reforma da psiquiatria, essa reforma eu a vivenciei e nas ações mesmo do nosso trabalho, estava todo pelas mudanças já, assim uma forma já de ter uma outra abordagem terapêutica, mais de sociabilização, mais humanitária, e eu sempre participei de movimentos, sempre estava nas passeatas, nas reformas, dentro dos hospitais, assim, sempre participei de muita luta fui, encabecei muitas das lutas, fazia muitas reuniões, assembleias com usuárias e a força dessas assembleias é que a gente conseguia mudanças [...] então eu comecei trabalhando em hospital psiquiátrico particular o que tinha o propósito de se formar uma comunidade terapêutica, já um modelo...já diferenciado da psiquiatria e isso foi bastante importante porque na fase onde, quando eu comecei anterior a essa comunidade terapêutica que eu fiz um estágio que eu comecei em 1973, 74, 75 no hospital psiquiátrico Borda do Campo e lá ela me deu uma formação muito importante lá, eu tive assim, comecei o trabalho com [...] a gente já fazia um trabalho com familiares dos internados, de alcoolistas, trabalhei bastante na ala sempre feminina, na ala feminina a gente já fez reformas, nós fazíamos atividades bem diferenciadas e isso foi importante [...] até que depois eu comecei a prestar concursos públicos e aí eu entrei... o primeiro concurso público foi um contrato de estágio onde nós deveríamos... as pessoas que foram classificadas, elas foram selecionadas pra fazer um estágio onde elas tinham um período em cada hospital psiquiátrico, então eu conheci vários hospitais psiquiátricos... então eu passei pelo hospital psiquiátrico da Vila Mariana, na época existia uma experiência com eletrochoques, eles usavam eletrochoques assim de uma forma abusiva, sem critérios, de uma forma muito violenta... fui pro hospital psiquiátrico Pinel, lá trabalhamos já em forma de comunidade dentro do próprio hospital tinham assim, as unidades cada unidade era um tipo de usuário, então aqueles usuários que já estavam crônicos a gente já começou a fazer um trabalho com famílias, reabilitá-las, já dar alta, muitas pessoas que estavam perdidas que não encontravam as suas famílias há anos, aí foi feito com os que já estavam no hospital psiquiátrico anos e anos, sem contato com as famílias, trabalhando sempre em equipe com grupo de psicólogos, psiquiatras e assistente social, nutricionista, sempre com uma equipe já numa proposta bem diferenciada...e aí eu prestei um concurso público depois desse estágio, durante esse período de estágio, eu passei um período em Franco da Rocha, então eu conheci todas as unidades de Franco da Rocha e em Franco da Rocha eu vi crianças que tinham assim problemas de desnutrições graves, crianças que eram acorrentadas... então assim coisas que você conta que passam nos filmes, isso eu vivenciei na prática eu vi, eu estive lá, e outras colônias que dentro de Franco da Rocha existiam vários ciclos de colônias então tinha aquelas colônias mais

evoluídas onde eles, pacientes com habilidades, com talento ou pacientes psicóticos ai eles utilizaram esses usuários pra desenvolverem trabalhos artesanais, tinham industrias que levavam, as vezes... muito paciente que é psicótico gosta muito de aparelhos eletrônicos e essas coisas muito digitais, essas coisas meio acessivas... assim que é bem, ele faziam peças, montagens desses aparelhos. Tinha uma outra colônia que eles faziam bolas, costuravam as bolas de jogo de futebol com as de vôlei uma coisa assim impressionante o trabalho deles e eles eram usados... porque o dinheiro não sei como que era né, então tinha essas colônias mais avançadas, colônias da agricultura... então tinha os opostos, dentro daqueles que estavam totalmente alienados, abandonados mesmo, só mantinha com medicamentos e até com penúrias, assisti enfermeiros com borracha, violentava paciente, agredir, na ocasião eu estava numa sala simples dentro de uma enfermaria do hospital psiquiátrico e ai ouvi uns gritos... de repente veio um paciente, ele entrou, tirou todas as coisas dos armários começou a trancar a porta, desesperado e ai até alguém entender foi que ele estava com muito medo porque estava no banho e ele não queria, estava com medo e ai ele tinha...eles levavam borracha, davam com borracha neles, nessa situação de apavoramento, eu entrei em desespero fui procurar proteção então eu enfrentei coisas assim que na época me causou um trauma, um problema psicológico muito grande, porque exige muito preparo ... pra que você visualize estar ali diante das situações, então com isso eu tinha assim ... comecei a desenvolver alguns medos, fobias e ai eu fiz tratamento psicológico, fiz psicodrama também, fiz por 7 anos pra poder ter um recurso, uma condição pra me manter, tratar, ficar dentro desses hospitais, convivi com esses horrores da psiquiatria... ai quando eu prestei concurso público em 76, outro concurso ai eu prestei pra hospital psiquiátrico da Água Funda. Naquela ocasião de 76 existia o primeiro ambulatório de saúde mental que era, ainda existe, ele era, ele foi por muito tempo o primeiro, então era referência e por ali passavam profissionais de grande capacitação, com grande formação, que deram formação pra nós profissionais que... estávamos desenvolvendo esse trabalho, e ai na Água Funda eu fiquei um ano e meio lá, também foram assim situações de horror porque lá o local era um depósito, era hospital psiquiátrico só masculino e lá era assim: todas as pessoas que eram encontradas na rua, então independente do que fosse, fosse louco ou alcoolizado ou fosse travesti, prostituta, eles eram levados e lá era feita uma triagem... então aqueles que ficavam durante aquele período de serem avaliados eles ficavam tudo junto, tumultuados todos misturados e ai havia muitos conflitos, guerras, máfias de cigarro e muita violência...na ocasião aquele hospital, houve também mortes assim assassinos de um matar o outro, e ai depois de Água Funda eu fiquei esse período, foi um período em que marcou muito porque a gente começou a constatar muitas irregularidades, coordenadores e diretores da saúde em geral usufruíam assim... a Água Funda ela é feita em um local que é maravilhoso, a localização ...e lá dentro existiam várias casas e depois o hospital psiquiátrico... e essas casas eram moradias dos diretores e coordenadores, eles tinham o direito de moradia, tinham um carro e ai iam quantidades imensas de alimentos e materiais pra lá, porque como eu falei era um depósito todos os pacientes iam pra lá pra depois serem avaliados e ai aquele que dependendo dos transtornos ai eles iam pra internações de longo prazo, ou em hospitais no interior, iam pra Franco da Rocha iam até pro manicômio judiciário e lá moravam né, então tinham, os próprios usuários eram usados como... pra trabalhar no serviço dessas casas, eram essas pessoas que trabalhavam, pessoas que cuidavam do jardim, eles mesmos se organizavam, mas eles eram explorados pra... de trabalho, e essa quantidade de alimento, de material que ia pra lá, ele ficava armazenado num depósito só que assim, o que tinha pros usuários era sempre precário, sempre aquele problema da falta de lençol, falta.... não que houvesse, naquela época havia muita abundancia desses materiais e

recursos, mas eles eram desviados, muitos desses diretores e coordenadores formaram seus hospitais particulares roubando as coisas do estado, isso a gente descobriu. E aí a gente começou a ver uma forma, que tinha um psiquiatra que tinha força e conhecia, ele começava a abrir sindicâncias e através dessas sindicâncias que foram feito... as pessoas tinham que apurar, e aí foram contratadas realmente e aí começaram a rolar cabeças, a mudar o sistema... e aí caiu muitas dessas mordomias [...] ANA - Entrevista Piloto

- **experiência em ambulatório de saúde mental:**

[...] depois desse, do hospital psiquiátrico, esse foi o último hospital que eu permanecia e eu fui trabalhar na, estava sendo criado os primeiros ambulatórios de saúde mental aí não mais a hospitalização, mas primeiro começar a formar esses ambulatórios. Aí o primeiro ambulatório do ABC que foi em São Bernardo do Campo... aí eu comecei a trabalhar lá, mas isso os profissionais que iam pra avaliar a Ana Pitta que é uma das ideias da divisão e a criação desse ambulatório que eram referência, e a partir desse se viu que era por aí mesmo, que era uma forma de começar a luta antimanicomial era criar outros espaços com outros modelos de tratamento que não fosse mais a hospitalização e nesse processo...eu participei desses grupos de construção, tive oportunidade de ter supervisão com esses profissionais que foram contratados mesmo pra dar formação ou eles mesmos se propuseram a fazer esse trabalho e aí eu tive a oportunidade de conhecer e na minha formação felizmente tive excelentes profissionais... e aí fiz vários cursos e capacitações pra gente poder estar trabalhando e que modelo que seguimos nos ambulatórios de saúde mental... a gente sabia que seria um modelo que era temporário mas era necessário começar, de alguma forma, e aí foi através, e por um tempo, e ainda existem nos ambulatórios de saúde mental e a partir daí começou a se desenvolver e a criar-se novas técnicas, quando eu fui pra, trabalhar no ambulatório de saúde mental como psicóloga ainda, a gente não tinha o direito de fazer um diagnóstico, de ter uma conduta de terapêutica, não podia fazer intervenções terapêuticas, eu tinha formação pra fazer, porque fiz cursos e não podia praticar, mas eu praticava aí junto com a equipe a gente sempre assim, um psiquiatra encaminhava e passava por ele, fazia tudo lá, mas a gente fazia uns casos, discutíamos os casos [...] ANA- Entrevista Piloto

- **experiência em Unidade Básica de Saúde:**

[...]aí trabalhei também com periferia, como na época era importante os programas que a gente fazia com a enfermeira, com ginecologista, com enfim, assistente social, com todas as da área porque aí a gente compunha um trabalho mais em grupo, aí chegou a oportunidade depois desse programa da AIDS de trabalhar em outro projeto que foi de implantação do programa de saúde mental nas unidades básicas de saúde...aí eu coordenei um grupo de psicólogas aonde a gente fez o projeto de que forma a gente ia trabalhar, como nós íamos entrar nas unidades, nos outros programas, que na época o programa SUS que atendia universalidade, e a todos, era o programa da saúde da criança, o programa da saúde do trabalhador, o programa da saúde da mulher...aí também a gente recebeu formação em capacitação da implantação do programa dos adolescentes, e o programa saúde bucal e o programa da saúde mental... e pra isso um trabalho que eles não sabiam como trabalhar em grupo nessas equipes multi e interdisciplinares, e como a saúde mental pode entrar nas outras áreas de uma forma mais... e ações tanto preventivas quanto curativas, ou de redução de danos...e aí eu criei um projeto de treinamento que foi pra treinar todos profissionais de saúde que estariam envolvidos nesse programa de saúde mental pra aprender a trabalhar em equipe e em grupo,

ai esse treinamento foi com quase 600 profissionais que passaram a maioria teve aqui, achou muito bom, que deveria ter continuidade pra outros, que foi importante e ai se aprender a trabalhar, e nas equipes e em grupos, e ai eles encheram todos os programas das unidades básicas de saúde, com a comunidade, trabalhos com a comunidade, trabalhos abertos, profissional saía também, com a comunidade também vinha e participava dos programas, e ai a gente teve na saúde mental programas importantíssimos, trabalhei com programa de desnutrição, pra crianças desnutridas, trabalhei num projeto de programa de adolescentes, no programa de planejamento familiar que na época a gente tinha principalmente pra AIDS a gente intensificava muito, e aprender a utilizar todos os métodos, qual método seria mais pra um ou pra outro, então foi uma coisa muito importante, trabalhei com as mulheres, com a família, e isso tudo foi trazendo uma visão mais ampla de saúde né, então foi um trabalho muito rico, foi uma experiência muito boa [...]a gente na verdade, no programa de desnutridos veio uma nutricionista pra unidade porque lá era considerada uma região com um índice muito alto né, e ela trouxe um programa de aproveitamento de alimentos e a gente conseguiu uma EMEI, uma escola infantil que tinha um espaço imenso ali pra alimentos no horário, então a gente levava as pessoas de comunidades, eles mesmos, e ai ensinava como aproveitar os alimentos, e fazíamos os alimentos e degustavam, e só na experiência delas levarem as crianças, começarem as crianças mudavam assim né, nossa, melhoravam fantasticamente...numa época lá nessa unidade deu uma epidemia de crianças que eram retiradas da sala de aula, sofriam né discriminação por terem piolho, e ai elas viam pra unidade pra fazer o tratamento pra poder voltar pra sala de aula, ai nisso descobriram que a região onde estas crianças moravam, muito próximo tinha um local onde se criava porco em condições precaríssimas e ali estava disseminando piolho, e algumas doenças que foram descobertas ali... realmente a causa, porque precisava tanto antibiótico pra criança, porque que incidi e reincidi e nunca melhoram né, então alguma coisa está errada, e ai a gente ia nos locais, como se trabalhava com comunidade a gente poderia perceber e trabalhar com as causas, melhoria de esgoto de calçamento, de coleta de lixo de orientações básicas que se refletiam enormemente na saúde e que eram os usuários que iam lá para as unidades básicas de saúde e eram casos de muita reincidência e ai se não tratasse a causa eles permaneciam, então também foi um trabalho muito rico[...] ANA - Entrevista Piloto

- experiência com grupo de sanitaristas:

[...] mas ai eu não fiquei ai, daí eu fui viajar pra São Caetano. São Caetano era outra situação, porque lá eles não, por exemplo, eles entendem que a maioria da população não necessita de atendimento público, então eu fui trabalhar em uma unidade junto com sanitaristas, nas doenças infectocontagiosas, como essa experiência, já tinha participado do programa de AIDS então lá iam muitos casos ainda com AIDS, ai eu comecei a trabalhar com esse grupo e com esses familiares, com as pessoas que desenvolveram AIDS...então foi um trabalho assim de revisão de valores, tive que acompanhar o sofrimento e o paciente no processo de morte...e eu tinha um paciente que ele é um exemplo de superação ele veio até um dia anterior a ele morrer, ele era trazido, vinha de ambulância que trazia e era uma unidade que tinha escada e ai no corredor, ele saía da cadeira de rodas e vinha rastejando como ele conseguisse até a sala de terapia, até chegar até mim, e ele foi ter todo esse processo assim até ele morrer, então foi um exemplo assim que no final da vida você ainda vê superação...e famílias destroçadas pela AIDS né, e ai apareciam casos e com problemas assim, então apareciam casos assim que vinha à tona né o homossexualismo, pessoas que tinham família construída e tinham também

seus parceiros, então tem que trabalhar muito com o preconceito, com os direitos, deles criarem seus direitos e eles criaram, tiveram uma força porque criaram ... eles que criaram serviços importantes deles se ajudarem, deles uma forma de comunicar pra sociedade de forma diferente, eles faziam eventos, com esses eventos eles arrecadavam fundos pra dar cesta básica pros outros que não tinham condições de, pros que estavam desempregados, os que não tinham condições de trabalhar mais então foi assim exemplos que eles deram de superação e de criação de movimentos sociais e principalmente da discriminação que, o preconceito da AIDS...pessoas que vinham aterrorizadas, em pânico, síndrome de pânico, ou depressões graves com medo, com a fobia de ter AIDS, ou tinha o vírus e tinha o maior desespero, e muitos deles morriam por depressão, então casos bastante complexos de trabalhar tanto com os usuários como nos familiares era depressão, então foi um trabalho que também me trouxe bastante experiência [...] ANA - Entrevista Piloto

Neste subtema a participante Ana relata em detalhes sua trajetória na Psicologia após sua formação. É interessante que a trajetória é marcada pelo processo de formação da atual política de saúde mental. Ela relata não só as dificuldades na atuação nos hospitais psiquiátricos, que para ela foi uma experiência traumática, mas as influências da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica durante esse processo de transição do hospital para os serviços substitutivos de saúde mental.

- experiência na Assistência Social:

[...] e aí quando eu terminei, eu não sabia se eu ficava aqui em São Paulo, se eu voltava pro interior, e aí eu consegui um trabalho que na época chamava Moradias Assistidas, não sei se você já ouviu falar, é como as unidades de acolhimento, hoje, mas tinha um outro viés, de uma outra categoria assim, não era da saúde, era mais da assistência, era um contrato de um ano, e aí encerrou [...] REBECA

[...] Ah eu trabalhei, logo depois que eu me formei eu trabalhei com medida socioeducativa em meio aberto, mas ou menos um ano, aí depois trabalhei na, também na área social né, na verdade você é do CREAS, eu trabalhei na medida socioeducativa que é CREAS né, depois eu trabalhei num programa do CRAS que na época acho que hoje é SASF, na época era, puxa esqueci o nome, de como que chamava, mas atendia famílias né de situação de vulnerabilidade social [...] e foi isso e de lá eu levei mais ou menos... foi a área social, depois aí na dependência química mesmo [...] ANTONIO CONSELHEIRO

- experiência na área clínica e organizacional:

[...] eu não atuei muito em serviço público, pra falar a verdade é a primeira vez nesses dez anos, mas eu era mais de consultório, então pra mim foi uma experiência em todos os sentidos, consultório e empresa que eu acho que é totalmente diferente do perfil, e como eu estou desde o começo [...]claro que quando se faz psicologia você tem várias formações, eu tenho outras especificações na minha área [...] LÍVIA

- experiência na Saúde Coletiva (SUS):

[...] Eu acho que eu, a minha escolha ela vem muito de uma história de luta pelo SUS, assim que desde a graduação isso me motivava bastante era uma coisa que, que fazia muito sentido pra mim, a atuação do psicólogo dentro desse contexto de SUS... e aí acho que tem um pouco da minha trajetória que foi muito na linha do social, do comunitário [...] JOANA

- experiência em outras áreas fora da Psicologia:

[...] Na época eu também fazia terapia já há muitos anos e a pessoa com quem eu fazia terapia, sempre me pontuava que eu tinha deixado alguma coisa para traz, que é a psicologia, e aquilo me fazia falta, porque de uma certa maneira não poderia levar alguma coisa em paralelo, continuar na área que eu estava e sei lá fazer cursos assim na área de psicologia, que me desse satisfação [...] SANDRA

Notamos neste subtema que a(o)s participantes possuem experiência em diferentes áreas e que a maior parte delas estarão ligadas a questões sociais tais como serviços da Assistência Social e Saúde Coletiva, a participante que declara que possui experiência na área clínica, apesar de afirmar que são perfis totalmente diferentes, declarará que tal vivência clínica a ajudará no atendimento do CAPS, conforme categoria posterior. Apenas uma das participantes não terá experiência anterior ligada à área social.

É importante destacar que em todas as áreas citadas pelas participantes seja ela na Assistência Social, na saúde coletiva ou clínica terão algum tipo de interface, mesmo que em contextos e propostas diferentes, com a área de drogas. Estes contextos e propostas poderão marcar a atuação no CAPS de cada uma das psicólogas.

Neste trabalho não focamos na abordagem teórica escolhida por cada uma das participantes, até porque esta não é a proposta, e sim identificarmos se as representações em relação ao uso de drogas estarão mais voltadas ao proibicionismo e ou a redução de danos.

4.2 Trajetória no tema de álcool e outras drogas

É evidente que cada profissional tenha uma trajetória em relação à escolha por trabalhar com determinado seguimento ou temática e com a área de drogas não é diferente. Deste modo, buscamos levantar o interesse de cada participante pelo tema das drogas, até porque será a partir daí que poderemos levantar possíveis representações sobre o uso de drogas.

- início no ambulatório de saúde mental:

[...] eu comecei o atendimento individual de psicoterapia, depois de grupo, até que começou a surgir a necessidade e aí eu comecei a me interessar pelas dependências [...] e aí em São Bernardo do Campo, junto lá com o secretário que formou o programa, ele contratou uma pessoa de nome que foi pra dar nome pro programa, pra poder instituir que era um programa mais na linha, primeiro assim programa de prevenção em termos de drogas, dependência química e foi exatamente nessa ocasião que começou os primeiros casos de AIDS, e aí os nossos usuários de álcool e drogas, principalmente com drogas injetáveis que naquela época o consumo problema eram as drogas injetáveis...os jovens consumiam muito drogas injetáveis e aí a gente teve sérios problemas com as drogas injetáveis, um deles foi a AIDS... e nessa ocasião a proliferação da doença foi assim geométrica, uma coisa impressionante esses casos que aí estava com AIDS, com quem você transou, com a namoradinha, mas não está namorando mais, transou com outro, o outro com outro e foi uma coisa assim, que até o secretário de saúde ele teve essa visão e assim percebeu a importância de se começar a desenvolver um trabalho nessa linha preventiva, e aí eu tive a oportunidade de fazer parte dessa equipe pra trabalhar na equipe e aí foi assim [...] fiz um curso de formação de trabalhar e nessa época vinham muitas pessoas do exterior, então quem veio era Stein, a França...da argentina, veio dos estados unidos, então dos cinco continentes eles mandavam representantes e os profissionais pra virem capacitar os profissionais que trabalhavam na rede pública e que trabalhavam com drogas e aí eu tive a oportunidade de ser capacitada por profissionais e conhecer essa formação, então tive uma formação bem ampla [...]uma visão bem ampla e aí foi esse trabalho de prevenção foi riquíssimo porque quando tem interesse político eles se dedicam, querem que a coisa aconteça aí acontece, aí foi um trabalho que ele envolveu todos os órgãos das instituições importantes do município envolvendo todos desde industrias, desde profissionais que trabalhavam em industrias, escolas, pra uma forma da gente tentar controlar o problema das drogas injetáveis e da AIDS, e com isso a gente fez um curso de capacitação breve pra esses profissionais, cada profissional que a gente criava um projeto e aí a gente acompanhava, assessorava na medida do possível...mas teve uma capacitação que foi uniformizada pra todos e aí cada membro da instituição, cada grupo começou a desenvolver os seus trabalhos, e essa foi uma experiência assim fantástica né, então uma coisa assim que a gente conseguiu, coisas assim que você não imagina que seja capaz enquanto profissional [...] então os trabalhos que foram realizados nessas escolas, eu lembro que só nas escolas a gente capacitou da rede estadual eram 32 escolas, pelo menos dois professores que tinham mais forma de lidar com adolescentes com jovens e eles faziam uma abordagem de como trabalhar com a dependência com a questão da, não só a questão das drogas, mas drogas e AIDS, eram dois programas que tinham que caminhar junto e com isso veio o governo da redução de danos, então a redução de danos nesse aspecto nesse período ele foi importantíssimo, mas não nos termos assim foi no termo de realmente, vir mais em conscientização, de poder... eu acho que esse contato mais junto, onde as pessoas estavam porque aí, começou os primeiros trabalhos de campo, aqueles profissionais que iam ...você encontrava seringas pelas ruas, eram agulhas, seringas, numa unidade que eu trabalhei, que eu ia lá pra fazer supervisão ... trabalho também com uma escola daquela região de periferia de São Bernardo, tinha favela, então tinha uma farmácia na frente da unidade, eles iam pegavam as drogas compravam as seringas e muitas vezes eles iam se drogar lá no banheiro da unidade que eles sentiam que era um local seguro, só que depois ...às vezes você ia entrar, tinha sangue, tinha seringa, tinha agulha, então tinha, esse foi um trabalho bastante complexo mas que a redução de danos, ela

foi muito importante que foi a única forma que se encontrou de se controlar a extensão e a proliferação da AIDS [...] ANA – Entrevista Piloto

- início na graduação:

Rebeca: “[...] Acho que eu tenho uma trajetória de formação, no final da minha graduação eu fui me envolvendo com a temática de AD, estagiei em CAPS AD, e aí eu fui fazer meu aprimoramento no CRATOD¹[...]”

- início no tema através de cursos de formação por interesse pessoal:

[...] Eu fui estudar álcool e drogas, porque eu gostava do tema, por curiosidade, na época eu fazia outras coisas trabalhava em outra área, mas tinha curiosidade em conhecer álcool e drogas [...] inclusive ela na época falou para mim: "olha tem um curso na Unifesp, de transtornos alimentares e tem um do PROAD³ que é de dependência, tal", aí eu acabei indo fazer inscrição, entrei no PROAD pra fazer o curso sem muita pretensão, comecei a gostar, comecei a conhecer pessoas dentro do PROAD, comecei a estagiar dentro do PROAD, e aquilo foi me envolvendo cada vez mais, participando de aulas, de supervisões, e aí acabei ficando dentro do PROAD um ano e meio e fiquei mais um ano e meio dentro da Unifesp participando de grupo de estudo relativo a álcool e drogas [...] SANDRA

- interesse com o que ele chama de fenômeno de dependência:

[...] Como foi a escolha? Bom na verdade eu acho que foi mais pelo gerenciamento de carreira mesmo, na verdade já queria trabalhar sempre, trabalhando um pouco na área social mas queria trabalhar já com álcool e

²O CRATOD (Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas) é uma unidade criada pelo Governo do Estado de São Paulo, em 2002, pelo Decreto 46.860, com algumas finalidades em âmbito estadual tais como: referência para definição de políticas públicas no tratamento de transtornos recorrentes do uso indevido de álcool, tabaco e outras drogas; desenvolver conhecimento e tecnologia voltados ao seu enfrentamento; prestar assistência médica intensiva e não intensiva a pacientes com transtornos decorrentes de álcool, tabaco e outras drogas; elaborar, promover e coordenar programas, cursos e projetos de capacitação e treinamento ou aperfeiçoamento em consonância com a especificidade do CRATOD entre outros (Secretaria de Estado da Saúde).Disponível em:<http://www.saude.sp.gov.br/cratod-centro-de-referencia-de-alcool-tabaco-e-outras-drogas/institucional/historico-do-cratod>

³O PROAD - (Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes) é um serviço ligado ao Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Destinado à dependentes de substâncias ilícitas e lícitas, atua também na área de dependências comportamentais, como jogo patológico, sexo compulsivo, dependência de compras e de internet, além de compulsão por esportes.[...]Fruto de uma parceria com o Hospital Geral de Diadema (administrado pela SPDM), desde 2001 o **PROAD** conta com uma enfermaria de 10 leitos para internação especializada em fármaco dependências a qual é coordenada por membros de sua equipe. A partir de 2009, foi iniciada uma parceria com o programa de pós-graduação em Neurofisiologia e com o Laboratório de Neurobiologia dos Transtornos Mentais. Desde então, o PROAD colocou em funcionamento seu Núcleo de Neurociências, que desenvolve pesquisa básica, utilizando modelos animais, para maior aprofundamento na compreensão do fenômeno da dependência química (Psiquiatria Unifesp). Disponível em: <http://www.psiquiatria.unifesp.br/d/proad/proad/>

drogas ne, com fenômeno de dependência, uma coisa assim [...] ANTONIO CONSELHEIRO

- início em serviço voluntário em instituição religiosa:

[...] Como foi minha escolha? Na realidade eu trabalhava já com a psicologia em consultório e fora do consultório, e aí eu fui ser voluntária num serviço de uma igreja e eu comecei a observar que tinham muitas pessoas dependentes e que estava sendo difícil o manejo com elas [...]Então, e também participei, assim do projeto, não sei se posso falar, eu fui não só tutora como supervisora do Supera⁴, não se você já ouviu falar. O Supera é um trabalho que foi desenvolvido em parceria com a SENAD e a Universidade Federal de São Paulo no Departamento de Psicobiologia, e ele treina profissionais da área da saúde sobre a dependência química [...]
LÍVIA

Neste subtema notamos diferentes interesses em relação à temática das drogas e que irão marcar diferentemente a trajetória de cada uma das psicólogas.

Ana relata neste trecho o início de sua atuação no atendimento à pessoas que faziam uso abusivo de drogas. Descreve algumas ações que foram realizadas nestes ambulatorios ligados à redução de danos no que se refere principalmente a prevenção da AIDS entre os usuários de drogas injetáveis, tais como a troca de seringas, além de trabalhos preventivos em escolas.

Rebeca que declarou o interesse desde a graduação traçará toda a sua experiência na área de drogas e em especial no CAPS. Dos seis anos de formação em psicologia, três deles estarão vinculados ao atual CAPSad em que trabalha e os três anteriores em formações e atuações ligadas ao atendimento de usuários de álcool e outras drogas.

Destaco que além das finalidades do CRATOD descritas anteriormente, esta unidade se tornou em 2013 o serviço de articulação e formação inicial da Rede Recomeço, ligadas ao Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack, denominado Programa Recomeço, que foi duramente criticado, acusado de se tratar de um programa higienista e conservador, conveniado principalmente a Comunidades Terapêuticas, fugindo totalmente da lógica de redução de danos e de desinstitucionalização.

⁴ Em 2009 foi realizado o curso SUPERA (Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento) para profissionais da Atenção Primária e para profissionais da rede de saúde mental, promovido em parceria com a SENAD e UNIFESP, com o apoio do Ministério da Saúde.

Sandra que declara que foi estudar a temática de álcool e outras drogas por gostar do tema, apesar de não possuir experiências anteriores no atendimento a usuários de drogas, ou mesmo na Psicologia, está nesta unidade do CAPSad há mais de sete anos.

Destaco que uma de suas primeiras formações, que foi citada pela participante, PROAD, conforme descrito anteriormente, está ligada à psiquiatria e a dependentes substâncias ilícitas e lícitas, como são mencionadas no programa.

Antônio Conselheiro declara que escolheu trabalhar com a temática de álcool e outras drogas pelo gerenciamento de carreira, além do interesse em trabalhar na área social. Este participante, que possui experiências anteriores na Assistência Social e está no CAPSad há cerca de três anos, denominará neste trecho a temática como *fenômeno de dependência*.

Lívia, que declara anteriormente, que possui experiências anteriores na área clínica e organizacional, afirmará que iniciou sua atuação na temática sobre drogas após perceber o difícil manejo de pessoas com dependência química em trabalho voluntário que realizou em instituição religiosa. A participante está a cerca de oito anos no CAPSad como psicóloga.

4.3 Trajetória na atuação no CAPSAD

- Experiência com formação dos CAPSad:

[...] ai depois de São Caetano que eu vim pra Santo André... ai que vem pra trabalhar já com o outro programa que não vai nos ambulatórios, mas pra trabalhar mais já na formação dos CAPS, mas antes, em São Bernardo do Campo, antes de vir com essa equipe a gente já tinha formalizado e deixado pronto um modelo de tratamento, modelos de programas que eram modelo de CAPS, que seriam os CAPS ideais, e que foi uma coisa assim muito na época rejeitada e infelizmente ficou engavetada, em São Bernardo foi um dos últimos municípios a aderirem ao CAPS, a ter, a criarem esses CAPS ...então teve muita resistência dos municípios pra criação dos CAPS, Santo André foi um dos primeiros a, fora São Paulo né, a criar ...e aí eu tive a sorte de vir nesse momento pra criação dos CAPS, e eu já vinha com essa experiência, então já tinha uma visão mais ampla e pra mim foi muito fácil começar esse trabalho, foi um trabalho que vem em encontro com um projeto que já tinha sido negado, ocultado então assim na pratica é aquele processo que demora, e a lentidão das coisas acontecerem, elas vão acontecendo mas em um outro ritmo de uma outra forma, mas foi muito bom e eu lembro que assim primeiro, atividades dias ,que passava o dia, de HD, foi um grupo de mulheres que eu tinha e ai elas vinham, permaneciam o dia, então a gente fez uma programação pro diaestrutura pra de manhã fazer culinária, almoçávamos, depois a tarde tinha um grupo de música, outro de artesanato, grupo de canto, e aí a gente conseguiu profissionais muito bons que se voluntariaram, então esses profissionais trouxeram

grande contribuição porque eles traziam aquilo que era melhor deles, da arte que eles sabiam eles passavam, e os usuários pegavam assim isso com uma facilidade entendiam isso e aí passavam a criar, a desenvolver, e a gente vê as mudanças, de outras formas de você tratar, sem precisar ficar falando o tempo todo de drogas...e também aí começou com outras dependências que não fosse só o álcool, que só ele então só se desenvolvia trabalho com, pra alcoolistas pra familiares e começamos a trabalhar com múltiplas drogas eu já tinha experiência, eu já tinha trabalhado com os usuários de drogas injetáveis e drogas voláteis também que é da época que, do auge dessas drogas né e aí estava começando assim a era do crack, e aí quando eu vim pra Santo André, começou o meu trabalho com os primeiros casos de crack... crack, cocaína, usuários de maconha, jovens já com transtornos sérios, com psicoses... e aí um outro desafio, eu acho que ainda o modelo de CAPS...nós que desenvolvemos e ficamos com esse primeiro trabalho acho que assim aquela coisa do novo e as pessoas vieram com muita motivação por se ter uma coisa assim [...]
ANA – Entrevista Piloto

Neste trecho Ana descreve sua inserção no CAPS na sua formação, ela relata as primeiras ações neste equipamento relacionadas ao atendimento de pessoas que faziam uso problemático de drogas, os modos de uso e alguns problemas decorrentes do uso abusivo.

- Criação do CAPSad III:

[...] onde se criou apesar de um momento a gente ter achado que atingiu o máximo que foi o projeto de Santo André de CAPS e foi, depois tornou-se 24horas, nós fomos pioneiros, pra tentar esse terceiro momento que era a composição da rede do trabalho mais de reabilitação psicossocial, por ser o primeiro a fazer essas tentativas de trabalho nesses três níveis, tanto que pelo, foi considerado modelo nacional, então por muito tempo a gente foi modelo, foi o primeiro a ser 24 horas e esse modelo foi criado também pela prática, foi dos profissionais, também teve interesse pelos coordenadores enfim do envolvimento de todos e aí foi..por ter ganho o projeto nacional aí foi competir com os programas mundiais, aí ficou entre os primeiros, entre os trinta e poucos, depois entre os doze, depois entre os seis e depois ganhou o primeiro, acredite se quiser! Um dia nós fomos os primeiros mundial, e teve até todo um programa assim aonde profissionais foram, passaram para esses, todos os cursos de formação, capacitação e conheceu um o programa do outro, e passar por esses cinco que ganharam, os cinco primeiros teve esse intercambio, tanto que a ideia do intercambio começou aí, claro que isto já existia [...] ANA – Entrevista Piloto

A participante descreve o ganho na instituição ao ser transformada em unidade III, ou seja, com funcionamento 24 horas.

- Início da atuação no CAPSad:

[...] mais ou menos o que eu fiz agora... bom pra escolher cargo de psicólogo aqui, sinceramente eu não escolhi, eu praticamente fui escolhido, foram me buscar, me trouxeram, eu comecei a fazer co-terapia em grupo, eu gostei, agora eu faço grupo sozinho...onze grupos que eu faço sozinho...eu comecei a atender grupo de acolhida, montei um outro que é reabi...reabilitação, é um grupo de 83, 84 pacientes...eu comecei a fazer...é

um grupo grande...minha escolha foi essa...trabalhando com eles...debatendo com eles....foi surgindo muita coisa boa, aqui você aprende muita coisa...aqui você aprende mais com o paciente do que você aprende na faculdade ...então foi isso, foi isso, porque eu....fui escolhido....e eu gosto [...] LÉO– Entrevista Piloto

Léo neste trecho relata que iniciou sua atuação no CAPS após convite da instituição, devido sua experiência em trabalhos anteriores com grupos de pessoas que faziam uso de drogas.

- Trajetória na formação do grupo reabi:

[...] isso, outro CAPS....Quando eu montei o reabi foi isso, eu montei o reabi no ano de 2000 aqui...era na Rua Lauraporque o que que acontecia...esse pessoal aparecia na rede...no centro hospitalar, aparecia em outro CAPS , fizeram uma espécie de levantamento para saber o que estava acontecendo e por coincidência esse cara era de AD também..então o que eles falavam...vamos mandar pro AD.. e então agente descobriu que esses caras não queriam parar de usar ou não conseguiam parar de usar e a gente não sabia o que fazer com eles naquela época...aí eu falei, gente vamos fazer o seguinte, eu sou psicólogo...a gente perde tempo com eles...a gente não pode ficar perdendo tempo, perde serviço e os caras não ouve...aí mandaram pra mim... mas era um grupo de 10 ou 12 pessoas, eu não lembro, mas era pouco ...aí eu falei então deixa esse pessoal comigo então, pelo menos eu falo a língua deles e está lá ..eu estava a pouco tempo... estou sem usar já faz 26 anos...eu estava a pouco tempo na época..... e ...eu estava a 8 anos, sem usar....então eu ia colocar um nome no grupo...curva de rio, sei lá...eu falei, vocês inventam um nome... e deu certo o grupo, ele começou a andar [...] LÉO– Entrevista Piloto

O participante conta que sua atuação como psicólogo na instituição se iniciou após a formação deste grupo, denominado por ele como reabi, devido a problemas com a rede de atenção no atendimento de usuários abusivos de drogas. Léo explica durante a entrevista que por ser dependente químico participou por muitos anos de grupos de reabilitação se tornando co-terapeuta e que ao trabalhar no CAPSad, inicialmente como auxiliar de almoxarifado, foi convidado a coordenar estes grupos dentro da instituição. Veremos posteriormente que apesar de Léo ter graduação em Psicologia o participante continua registrado na instituição como auxiliar de almoxarifado, mesmo desenvolvendo atividades como psicólogo, tais como atendimentos individuais e em grupo.

- Formação na área de álcool e outras drogas:

[...]Agora essa minha atuação aqui no município foi que aqui eu fiz o curso de especialização, fiz o CRATOD, fiz pelo modelo do Inca, pra tabagismo e ai vem sem plantão pro programa de tabagismo em Santo André e ai na ocasião a gente estava eu, o Dr. J. e uma enfermeira) a gente fez a capacitação e a gente desenvolveu e conversando a gente já desenvolvia

isso, voluntariamente antes disso, um trabalho pra tabagistas, eu e (dr. J.) a gente já fazia e aí a gente fez a capacitação aí a gente começou a trabalhar pra implantação, houve bastante entraves...a gente tem grande dificuldade e ainda temos [...] ANA– Entrevista Piloto

[...] tem que ouvir todo mundo, porque isso sim, foi uma ação...essa que teve do hospital das clínicas foi ótima, o curso que teve no Bezerra...a gente foi pra lá, era uma turma que não aceita Redução de Danos ...mas eles tem um conhecimento técnico enorme, muito bom, você tem que usar aquilo ...Hospital das Clínicas que a gente fez, pra mim foi o melhor, porque eu aprendi muito... depois foi feito um pela Interne....então a gente tinha uma formação muito boa, mas mesmo assim foi um aprendizado, sempre foi...a gente sempre perde alguma coisa [...] LÉO– Entrevista Piloto

Notamos que o início na atuação de Ana e Léo se deu por motivos diferentes. Ana devido a trajetória na área de saúde mental e principalmente em decorrência de experiências ligadas às ações de redução de danos na prevenção à AIDS e Léo pela experiência na vida pessoal, por ter participado de grupos de reabilitação por muitos anos devido a fazer uso abusivo de drogas e posterior formação em psicologia.

- Realização de processo seletivo:

[...] Aí uma amiga minha estava estudando, fazendo uma especialização, aí fui conversando com ela e fui fazer a especialização e a partir daí surgiu uma oportunidade de trabalhar no CAPS, fui fazer a prova né, fui fazer todo o processo seletivo e comecei num CAPS mais no centro, mais central. Fiquei um ano e pouco lá e depois vim para esse outro CAPS também, então na realidade no serviço CAPS são mais ou menos oito anos, mas com a dependência química entre a formação e o tempo de pós formação foram então aí uns dez anos, mais ou menos trabalhando na área [...] LÍVIA

[...] eu gosto muito da saúde mental, e da questão específica de álcool e drogas, e aí eu fiz o processo seletivo para trabalhar aqui, e aí quando veio o convite, eu acabei aceitando, então era por uma identificação com o tema, eu [...] REBECA

[...] Ai eu soube que estavam selecionando profissionais pro CAPS, que eram um CAPS álcool e drogas, em São Matheus, aí eu fui pra fazer entrevista acabei entrando e aí fiquei lá por um tempo, fiquei acho que um ano trabalhando lá, depois a SPDM estava recrutando profissionais pra trabalhar na SPDM, aí passei pra SPDM e acabei vindo para esse CAPS [...] SANDRA

[...] ao mesmo tempo quase no final dessa atuação desse lugar eu comecei a, eu comecei a fazer um...entrei num programa de capacitação do instituto de psiquiatria da USP, lá do HC, que aí era o pacote dentro do IP que eu estava lá no CREAS, Instituto de Álcool e drogas, e aí o pacote era atuar na internação dela na dependência química, no laboratório de psicologia, pra múltiplas substâncias, grupos de álcool e família e no papel também a gente tinha que escrever um artigo científico, e aí quando eu estava atuando lá, esse programa lá no IPQ e aí participei do processo da SPDM pra entrar na área de acolhimento, na época era uma residência

terapêutica especial na área de acolhimento, era desse tipo ai mudou o nome, e ai eu fiquei um ano que também é a SPDM, fiquei um ano lá, nessa unidade de acolhimento e depois vim pra cá, fui transferido pro CAPS mesmo né, dentro da unidade de acolhimento, faz trabalho junto com o CAPS [...] ANTONIO CONSELHEIRO

Neste subtema, os participantes, apesar de estarem em três CAPSad diferentes, todos são funcionários da mesma Organização Social, e deste modo foram contratados de modos semelhantes, ou seja, através de processo seletivo. Pelos relatos alguns participaram aleatoriamente da seleção e outros por identificação e desejo em trabalhar com o público específico de álcool e outras drogas. Note que alguns participantes referem atuar com dependência química e outros já nomeiam como questão de álcool e outras drogas.

4.4 Interesse na atuação no CAPSad

Um dado importante para compreendermos as representações sociais da(o)s psicólogas(o) está ligada ao interesse em atuar no CAPSad, pois a partir daí começaremos a compreender as implicações desta atuação.

Esta categoria foi dividida em subtemas que marcarão o modo com que cada participante irá definir seu interesse na atuação no CAPS, todos estarão ligados a interesses pessoais, seja em relação as atividades desenvolvidas ou a proposta de atendimento.

- compaixão e vontade em ajudar a pessoa atendida:

[...] é um exercício todos os dias, é um exercício acho que de compaixão, um exercício de vontade de ajudar, um exercício de exercer o que você aprendeu enquanto profissional da psicologia, e eu acho que principalmente pra mim [...] LÍVIA

- Interesse na área de álcool e outras drogas:

Sandra: *"...Eu gosto da área, eu gosto dos pacientes, paciente de outras drogas até mais do que de álcool [...]"*

[...] o que me agrada, bomna verdade assim eu... você está perguntando na atuação no CAPS né? Eu sempre gostei de trabalhar com dependência química, então assim vou tentar te responder, sempre gostei de trabalhar nessa área, acho uma área [...] ANTONIO CONSELHEIRO

- Proximidade do trabalho com o local de moradia:

[...] Esse CAPS é bem mais perto da minha casa, do que era o CAPS São Mateus, aqui uma das coisas que me segura quando eu penso às vezes em sair é isso, é a proximidade, é quinze minutos da minha casa, vinte minutos, muito perto [...] SANDRA

- **Atuação como um desafio:**

[...] então o que me agrada é isso, é o desafio, é sempre o desafio, é sempre, eu sempre me vejo como alguém importante no processo de mudanças [...] meu trabalho é uma coisa que me dá muito prazer, sempre me deu, senão eu não estaria a quarenta anos trabalhando e ativa como eu estou, e porque eu sempre entendo que o trabalho é um desafio, cheio de mudanças e ate novas experiências, e basicamente eu sempre me coloquei no meu trabalho eu acho que meus acessos e a experiência que eu tive desde a minha formação que ai você ou luta pra sobreviver, ou você morre. ...e eu sempre continuo na luta e continuo persistindo tanto [...] mas tem muita coisa que ainda, porque eu fui assim muito idealista, sonhei em fazer isso e sempre fui em busca e sempre lutei, acreditei nas mudanças eu acho que é possível sim, tem muitas coisas da política é boa, estão construindo, outas que a gente sabe que na pratica pode não resultar.....do que se espera, mas é assim mesmo né [...] Então tem que se seguir, não adianta querer impor isso, faz parte de um processo de mudanças que tem que se persistir ali dia a dia, nas conquistas diárias. Então hoje eu fico muito feliz pela minha conquista do dia, hoje eu pude ajudar, pude fazer uma coisa diferente [...] ANA- Entrevista Piloto

- **Os resultados no acompanhamento:**

[...] mesmo sendo resultado bem pouquinho é um resultado, é o que me agrada mesmo, não é nem a trajetória para o resultado é o que a gente vê depois, que é muito legal, saber que você montou um projeto e o projeto deu certo...o paciente some...quando o paciente desaparece eu dou graças a Deus...esse cara está bem...entendeu? não é que ele some porque morreu...porque passa...dali uns 5 anos você encontra com ele, e aí...beleza? Beleza...lembra de mim?,,eu não...o cara todo transformado e tal...eu acho que os resultados, no mínimo que seja vale a pena.... falar deu certo...é muito legal...é o que me agrada [...] LÉO – Entrevista Piloto

- **Interesse na proposta do CAPS:**

Antonio Conselheiro.“[...] eu queria trabalhar no CAPS, pela proposta de CAPS enfim, acreditar na proposta e bom aí fui, e direcionando já a carreira para trabalhar em CAPS mesmo, aí fiz esse processo ne e estamos aqui[...]

[...]e eu desejava muito ter essa experiência de CAPS desse trabalho mais comunitário, desse trabalho de redução de danos né, essa ampliação da vida do sujeito, essa reinserção dele na sociedade, então foi uma escolha que veio a partir daí, desses princípios que eu tenho, quanto profissional que eu acho que acaba se misturando também com uma coisa do pessoal pra mim [...] JOANA

- **Interesse na estratégia de redução de danos:**

[...] a gente faz muito trabalho de AT, acho que a própria lógica da redução de danos que é essa ampliação das possibilidades de vida do sujeito, está ligado a uma clínica que é mais pé na rua, tudo isso eu acho que me encanta muito, acho que é ao mesmo tempo o grande desafio da clínica

mas também é uma coisa que traz pra gente uma possibilidade de um pensar é esse sujeito de um modo que eu não sei se as outras clínicas tem [...] JOANA

- trabalho em equipe:

[...] gosto muito de trabalhar em equipe, então sempre procurei trabalhos onde eu não trabalhasse sozinha, mas tivesse uma equipe multiprofissional, então a escolha foi um pouco por aí [...] Acho que a principal questão que acho que me identifico no trabalho, é a questão de poder trabalhar com uma equipe multiprofissional, multidisciplinar, de poder pensar o caso como um todo, de olhar para a pessoa e poder pensar além do trabalho do psicólogo em si, mas poder ter esse olhar amplo, de pensar essa pessoa como um todo [...] REBECA

Antonio Conselheiro: *“[...] mas o que me agrada é essa relação com o paciente, trabalhar em equipe, um pouco isso [...]”*

- oferecer cuidado:

[...] Num CAPS AD, como a gente atende muitos casos de graves a moderados, as pessoas já tiveram muitas perdas quando chegam aqui, então acho que poder cuidar, oferecer um cuidado, com essa amplitude, de olhar, acho que é isso que me seduz, de poder discutir, de ter essa disponibilidade de não trabalhar sozinha, mas olhar para o outro, para o paciente como um todo, acho que é isso que me seduz, que me estimula aqui no trabalho [...] REBECA

- trabalhar com grupos:

[...] que é o que eu amo fazer, acho que sou apaixonada, quando você perguntou também do que eu gosto muito, eu gosto muito de grupo de trabalhar com grupo e acho que no CAPS isso funciona muito, esse espelhamento. Eu gosto muito de fazer grupo [...] REBECA

Antonio Conselheiro: *“[...] assim, fazer grupos, poder sair e fazer grupal, também me agrada [...]”*

Nesta categoria poderemos identificar que os primeiros três subtemas – *compaixão e vontade de ajudar a pessoa atendida, interesse na área de álcool e outras drogas, proximidade do trabalho com local de moradia* – estarão ligadas a interesses pessoais em relação a pessoa atendida e os sete posteriores – *atuação como um desafio, os resultados no acompanhamento, interesse da proposta do CAPS, interesse na estratégia de redução de danos, trabalho em equipe, oferecer cuidado e trabalhar com grupos* - estarão ligadas a interesses pessoais em relação ao trabalho desenvolvido na instituição.

A participante Livia associa seu interesse em trabalhar no CAPS com o que ela denominou de compaixão e ajuda ao outro, a inferência aqui é que talvez tal interesse esteja ligado ao início de seu contato com pessoas que faziam uso de drogas na instituição religiosa como voluntária, conforme categoria anterior e que fez com que ela fosse se especializar e atuar na área de álcool e outras drogas.

Sobre o subtema do interesse na área de álcool e outras drogas Sandra e Antônio Conselheiro trarão seus interesses na pessoa atendida caracterizada pelo uso. É interessante que apesar da similaridade do interesse Sandra nomeará a pessoa atendida como paciente de outras drogas e álcool e Antônio Conselheiro se referirá a área de dependência química.

Sandra trará ainda como interesse além da área de atuação a sua proximidade de seu local de moradia. Ela chega a relatar num momento da entrevista que já pensou em mudar de trabalho, mas não o faz devido a proximidade, sendo este um fator motivador.

Ana destaca os desafios na atuação e destaca tal motivação que a faz continuar trabalhando na área por muitos anos, Léo por outro lado conta o quanto pequenas mudanças ou resultados são importantes no atendimento a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

Antonio Conselheiro e Joana trarão como interesse pessoal a proposta do CAPS, o que poderemos entender aqui como a proposta que está prevista na política de saúde mental. Sandra trará maiores detalhes desta proposta tais como o trabalho comunitário, o trabalho com vistas a reduzir os danos e a ampliação da vida da pessoa e sua reinserção na sociedade. Ao retomarmos o que está previsto no Ministério da Saúde , sendo veremos que os CAPS serão instituições destinadas ao acolhimento, integração social e familiar, busca de autonomia.

Joana ao declarar como um de seus interesses na atuação no CAPS a estratégia de redução de danos a irá definir como *“ampliação das possibilidades de vida do sujeito, está ligado a uma clínica que é mais pé na rua”*. É interessante a definição da participante em relação à RD já que se trata não de uma metodologia definida de como tratar a pessoa usuária de álcool e outras drogas e sim como uma possibilidade ampliada, que estará muito próxima a que Sodelli (2010) definiu como redução de danos libertadora, em contraponto a redução de danos tradicional, que prevê a abstinência. O autor irá de afirmar que tal estratégia não terá como objetivo

fazer com que o usuário interrompa o uso de drogas e sim como este consumo é realizado, priorizando os possíveis danos à saúde.

Sobre o subtema do interesse na atuação no CAPS ligado ao trabalho em equipe que serão citados tanto por Rebeca como por Antonio Conselheiro estarão presentes os interesses pessoais ligados ao modo em que o trabalho é executado pelos profissionais, sendo esta uma competência de diversas categorias, tais como psicólogas, enfermeiras, psiquiatras, terapeuta ocupacional entre outros. Ambos participantes também citarão o interesse em trabalhar com grupos, caracterizada com uma das atividades realizadas na atuação do CAPS, conforme previsto pelo Ministério da saúde descrito no primeiro capítulo.

Rebeca ao falar do interesse em oferecer o cuidado no atendimento no CAPS às pessoas usuárias de álcool e outras drogas justificará as perdas sofridas durante o processo de tratamento e reabilitação, sendo este para ela uma atribuição da psicóloga no CAPS. Este cuidado definido pela amplitude das intervenções sempre com a participação da pessoa atendida. Acredito que neste subtema encontraremos, mesmo que superficialmente, algumas características da estratégia de redução de danos, neste sentido da ampliação das possibilidades conforme citado por Joana.

Para levantarmos as representações das (o) participantes primeiramente levantamos a trajetória profissional na psicologia de cada uma delas, pois é a partir de experiências anteriores que poderemos entender o modo com que foi se construindo o interesse na área de drogas e até mesmo a postura na intervenção e tratamento com o usuário. É importante destacarmos que a inserção da(o) psicóloga(o) nas políticas de saúde e saúde mental são recentes e estão marcadas por diversas influências não só da reforma sanitária e psiquiátrica mas também política e econômica.

De maneira geral, esta categoria denominada como *trajetória de atuação na psicologia*, começa já a apresentar indícios não só de interesses e motivações das participantes em atuar no CAPSad, mas também o percurso em que cada uma vai tomando até chegar a atual instituição. Além de entendermos, mesmo que resumidamente, a trajetória da Psicologia como profissão nas políticas públicas, especialmente em saúde e saúde mental, devemos nos debruçar nas formações no que aqui nos interessa que é a temática de álcool e outras drogas e o quanto ela varia em diretriz, direcionamento, tipo de intervenção e até mesmo em

nomenclatura, tais como citado anteriormente, como *dependência química, questão de álcool e outras drogas ou fenômeno da dependência*.

Apesar do CAPSad estar previsto dentro da política de saúde mental e também na política de atenção, conforme descrito no primeiro capítulo, com princípios e diretrizes, notamos que a atuação vai sendo marcada por diferentes estratégias e intervenções.

CAPÍTULO 5

DIFICULDADES/OBSTÁCULOS NA ATUAÇÃO NO CAPSAD

Esta categoria ajuda a compreendermos de modo mais abrangente a atuação de cada participante no CAPS, já que os obstáculos e dificuldades poderão interferir diretamente na atuação e mesmo na percepção que cada psicóloga(o) possui em relação a pessoa atendida.

Alguns dos obstáculos apontados foram:

5.1 Obstáculos ligados à equipe de trabalho

- Despreparo da equipe no CAPS:

[...] só que as vezes assim você prefere que, por exemplo, foi dada a largada ...uns saem muito na frente, outros ficam atrás...então você tem que regular ... não dá pra ficar correndo sozinha na frente, porque quem está na frente o sofrimento é maior... está correndo sozinho, então você tem que tomar um cuidado em função disso [...]de que o que existia não é bom, mas o que fazem de novo, como experienciar o novo pra saber se é bom... então fica alguns profissionais muito inseguros, muitos que vem pra cá sem uma capacitação, formação de dependência... muitos até coordenadores que estão na coordenação, aqueles que são abertos, se propõe a entender, mas as vezes tomam medidas.... ou condutas que você vê que na prática assim não dá pra funcionar, você tem que considerar, querendo ou não dá pra você negar uma pratica, não dá pra você negar aquilo que você visualiza e que os usuários te trazem, aquilo que é necessidade do outro, entender a real necessidade do outro...e então fica assim as vezes num descompasso nesse sentido, uns entendem e tem uma formação mais solidificada, que tiveram uma formação, tem uma experiência e tem que abranger pessoas que não tem, e as vezes não tem nem humildade de querer aprender, vão tendo que aprender com a pratica. E aí vão em busca da formação [...]
ANA- Entrevista Piloto

[...]sem contar que às vezes você é boa em fazer concurso no papel você é ótima, agora na hora da atuação ...não consegue...e tem mesmo...na teoria você é boa, tem um discurso bonito...como uma pessoa que veio pra cá...no discurso era lindo, mas na atuação [...]o reabi é muito parado...é um grupo que pesa e ninguém consegue trabalhar comigo nele, ninguém...e aí como ele é estressante, o pessoal não percebe [...] é o que eu mais ouço aqui...tinha muito estagiário de enfermagem que vinha e montava um projeto muito bom pro camarada e quando você chegava tava a estagiária dando dinheiro pro cara...levando o cara pro bar, tomando cerveja junto...eu já vi até psicólogo fazendo isso[...] inclusive a pessoa que me falou da redução de danos sugeriu que eu podia voltar a beber que não tinha problemas...moça eu me conheço, você está falando com o cara errado...essa pessoa foi a primeira a me falar sobre a redução de danos... pelo amor de Deus, isso é assassinato... se uma pessoa dessas vai dar aula por aí...é vai formar, pior tem muita gente que acredita nele porque... porque está lá na frente dando aulatem um monte de psicóticos aqui que

acredita em você...que nem esta redução de danos que eu te falei, porque de repente muda o sujeito, aquilo que vem pra ajudar é uma ótima ferramenta, mas como é que você fala pro camarada que ele poder voltar a usar...eu quero parar... não, não precisa, é só maconha...como não precisa, o que você quer é o que importa e não...se você não quer parar tudo bem, então vamos conversar sobre isso então, mas já focando em parar...você segura ele, você manda ele pra um grupo, não deixa ele vir intoxicado [...]eu já conheci um pessoal que eu não mandaria um paciente meu... mesmo quando não tinha formação... sabe aquele famoso nota 10 ...até porque tem o famoso e tem o bom,..eu não sou muito do famoso, eu quero o bom.... o cara que é bom, esse eu quero....o famoso eu não quero [...] LÉO-Entrevista Piloto

[...] Despreparo de equipe, devia ter uma equipe mais preparada pra gente poder estar conversando de igual pra igual...eu queria mais cobrança da minha empresa, do meu gerente, dos responsáveis nesse sentido, de não manter funcionário aqui desse jeito que está aqui procurando um serviço, não um trabalho que seja prazeroso [...] sem ter conhecimento da área então chegam para trabalhar no CAPS, caem de paraquedas, a última que chegou por exemplo, a última funcionária que chegou aqui agora ela entrou, gerente nos apresentou, e aí ela falou: " ai gente nossa estou super contente porque eu pensei que aqui dentro vocês internavam os pacientes" então é muito decepcionante, e está aqui foi contratada, passou pela experiência e está aqui e continua e assim vai [...] SANDRA

Neste trecho Ana, Léo e Sandra contam algumas dificuldades com colegas dentro da instituição que para eles não foram preparados para atender pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Ana vai enfatizar despreparo não só dos colegas, mas também de coordenadores que muitas vezes não estão alinhados à realidade nos atendimentos. Léo traz um pouco de algumas vivências com profissionais que tiveram condutas inadequadas com as pessoas atendidas tais como levar a pessoa para *tomar cerveja* ou sugerir que a pessoa continue fazendo o uso mesmo com desejo em interpor. Sandra irá apontar para os profissionais que não recebem qualquer tipo de treinamento ou formação para trabalhar no CAPS. Ela cita o exemplo de uma técnica em que desconhecia a política de saúde mental a ponto de confundir o CAPS a um hospital psiquiátrico. Ela não só critica o despreparo do profissional, como também a falta de preocupação da empresa para fornecer formação e/ou capacitação. Sendo estas exigências previstas na Política de Saúde Mental conforme vimos anteriormente.

- Dificuldade no trabalho em equipe:

[...] eu acho que eu tenho menos trabalho com usuário do que com a equipe, é sério. Dá mais trabalho alguns da equipe....alguns da equipe eu tenho mais encrenca do que com usuário... pra mim é ótimo, eu adoro trabalhar com eles...agora tem um no consultório aí fora que fala "eu não quero trabalhar com", mas aparece, não tem jeito...aí eu estou mandando

um usuário pra você e eu falo está bom... a maioria aqui encara, o pessoal que não estuda aqui é só [...] LÉO – Entrevista Piloto

[...] Olha, a gente sabe que quando se trabalha em equipe, a gente vai dizer que agrada gregos e troianos é mentira, já tiveram uns que não reconheceram [...] Mas teve, já teve sim de interferir, de julgar, claro todo lugar tem, aqui não é diferente, de achar que você tinha que fazer de tal jeito, e eu trabalho muito com o que eu acredito, claro respeitando meus colegas, não acho que eu tenha problema com ninguém aqui, mas eu não posso dizer que isso não acontece, eu seria tola de dizer “ah não, não acontece, imagina isso aqui é um paraíso”, não é [...] mas para mim que estou desde o começo desse serviço já vi momentos assim de questionamentos, que chegam a ser pessoais, sabe da sua vida pessoal, como se tivesse que misturar tudo e aí foi muito desagradável, mas já foi lá traz [...] LÍVIA

[...] e outra coisa acho também me perturba um pouco pelo meu trabalho não ser melhor, é os relacionamentos que é aqui dentro, é muita confusão, não sei se por acaso porque é muito pequena, então a gente fica ali se debatendo, toda hora, se encontra muita proximidade aqui, minhas relações são bem conturbadas, as pessoas vão tentando puxar o tapete uma da outra uma tenta aparecer mais que a outra muita gente sem terapia trabalhando aqui [...] então isso aí eu acho que mexe com o modo como eu trabalho porque é com essas pessoas que eu tenho que dividir o dia a dia, e com essa pessoas que as vezes são minha dupla, dentro de um grupo, então as vezes você fica mais para estar concertando as vezes coisas né...tem pessoas as vezes que você é afinada, a outra pessoa que você fez a entrevista aqui agora é uma pessoa também participativa, que estuda que lê e tal, eu faço até grupo com ele e aí nós temos uma afinidade, uma proximidade, tem sintonia, sincronia no que que a gente vai falar, agora as vezes com alguns fica muito destoante mas eu acho minha participação boa, não é ótima, acho que por tudo isso [...] Eu acho que desperta uma certa inveja, acho que parte da equipe sim, uma parte, uma pequena parte, talvez pessoas mais próximas, mas desperta uma certa inveja, uma certa raiva as vezes parece um exibicionismo, se você vai citar o autor, por exemplo é que é coisa que não se faz aqui dentro, e aí você já começa a ouvir comentários depois fora e as pessoas vem te falar “tal não sei quem falou”, não sei o que, parece que você é um e.t, porque você está citando os autores [...] SANDRA

Léo conta que muitas vezes teve mais problemas com a equipe do que com a pessoa atendida, Livia trará problemas nas relações de trabalho entre os profissionais da equipe. Ela cita problemas que ocorreram no passado momentos em que foi questionada ou julgada por um colega de trabalho. Sandra além de citar problemas nas relações com a equipe irá narrar situações envolvendo competitividade com os colegas, o que ela associa ao fato de estudar e se especializar – ela dá o exemplo de quando cita autores relacionados à área – enquanto alguns dos profissionais, conforme dito anteriormente são despreparados.

- Resistência de alguns profissionais da equipe:

[...] olha a gente teve vários momentos, tem uma equipe que ela se solidificou mais enquanto equipe, é claro que quando a equipe ela está

solidificada de uma forma quando entra novos na equipe sempre tem uma resistência, então dos dois lados [...] está bem devagar né, a gente teve momentos onde a gente conseguiu mais envolvimento, nos empreendíamos mais, acreditávamos mais nesse trabalho, isso quando ele foi começado, no início, hoje ele está meio que sendo carregado..." vamos fazer porque é obrigatório", então está difícil de sensibilizar, motivar, ter usuários, lideranças entre eles, que possam daí sair e fazerem as conquistas, as mudanças [...] ANA – Entrevista Piloto

- **Desinteresse de alguns profissionais da equipe:**

[...] você cansa as vezes de se ouvir falar "ah eu estou aqui porque enquanto não aparecer outra coisa, mas eu não gosto disso, poderia estar trabalhando em outra coisa", isso é muito chato, muito desgastante, acho que isso tira um pouco de gás, tira o gás da gente [...] SANDRA

Ana e Sandra traz a dificuldade em relação a resistência e desinteresse de alguns profissionais na equipe, que segundo elas não gostam do que fazem ou fazem porque é obrigatório e muitas vezes estão na instituição por falta de opção.

5.2 Obstáculos ligados à gestão

- **Interferência política na atuação no CAPS:**

[...] ai eu trabalhei 19 anos em São Bernardo e depois eu fui, por outro momento político, a gente sofre e para aderir a essas mudanças e isso infelizmente atrapalha porque você está em um processo, entra outro, interrompe aquele processo, continua ou não dá continuidade então isso mais atrasa, leva anos pra construir uma coisa e depois rapidamente muda todo curso da coisa e as vezes é pra não criar nada então isso eu também sofri na minha prática [...] Mas eu não fiquei ali, pelo menos assim, deu uma mudança, foi um, acho que, puxa que bom, você construir algo bom que não é pra, infelizmente às vezes as coisas não ficam porque não tem interesse... que não dê continuidade, são interrompidas, depois retiradas, os profissionais de saúde mental que acabaram ficou tudo uma coisa, cada um faz o que seu trabalho separadamente, a gente criou até assim, prontuários clínicos onde cada profissional tinha uma cor e todas acima ali do lado e viam e tinha anotações e era uma coisa, um prontuário é uma coisa que dava gosto de você ver, tinha dados, e os dados que eram colocados ali eram utilizados estatisticamente, eu vi que o programa foi efetivo na redução, pra desnutridos [...] mas as coisas não caminham no ritmo que a gente quer, então a gente tem que aceitar e de uma certa forma se adequar mas não desistir, persistir e acreditar que realmente, sempre vale a pena né, qualquer que seja a pequena mudança ela pode ter grandes reflexos, então eu sou aberta as essas coisas assim, tem coisas assim que você assim, as vezes na prática você vê muitos movimentos, muito idealismo que infelizmente as vezes não, na nossa realidade, na nossa prática, ou esse processo é muito lento, não se faz do dia pra noite não é, em tema de saúde você tem que e acho que em tudo, não dá pra você criar grandes coisas quando você faz uma coisa muito revolucionaria de um dia pra outro ele tende a se desenvolver muita resistência e ai se findar.... As vezes não tem um bom resultado, e as vezes são coisas boas né, importantes [...] ANA – Entrevista Piloto

[...] Acho que tem, tem algumas coisas, acho que política é sempre um obstáculo, porque coisas vêm de cima e a gente tem que responder a isso,

e tecnicamente às vezes não tem função, não tem justificativa nenhuma, isso incomoda, isso é uma das coisas que acho que é mais difícil de lidar, esse obstáculo que não é da sua atuação, não é da relação com o paciente, não é do seu trabalho, é algo que vem de cima e é determinação, acho que isso é o mais difícil, "cumpra-se assim, faça assim" mas se você diz que não, tecnicamente não é para fazer assim, mas é para fazer assim, então isso é o que é mais difícil e o que desmotiva muitas vezes o trabalho [...] Isso de produtividade, essas coisas. Então de obstáculo eu acho que são esses, mas que a gente lida, acho que o mais difícil mesmo é a questão política, em relação às pacientes acho que nenhuma das demandas que eles trazem por mais difícil as vezes que se depare não é o obstáculo em si para a atuação [...] Algumas coisas são, outras acho que não, acho que pelo trabalho que cada um tem o que fazer e precisa mesmo cobrar o outro, a questão política acho que [...] a do CAPS sim, na maioria das vezes acho que sim, tenta segurar para que as coisas sejam mais tranquilas para os profissionais, mas quando vem em cima, é mais de cima do que a administração do CAPS [...] REBECA

Joana: “ [...] eu acho que assim a O.S a gente consegue ter um bom dialogo assim, eu acho que com a supervisão técnica que depende muito, porque aí a gente está falando de questões políticas [...]”

Ana descreve o quanto interferências políticas atrapalham o processo no acompanhamento às pessoas atendidas nos CAPS. Ela irá destacar que um dos problemas está ligado à falta de conhecimento da gestão em relação à realidade no atendimento, que muitas vezes, são prejudicados por medidas tomadas pela gestão que não condizem com as reais necessidades da pessoa atendida. Rebeca destaca ainda a postura muitas vezes autoritária da gestão que ignora as questões técnicas para determinar situações tais como as burocráticas que neste trecho ela usa o exemplo de exigência de produtividade. Joana traz a supervisão técnica como àquela que muitas vezes traz interferência no trabalho técnico e no diálogo com a gestão.

- Falta de interesse em investir no CAPS:

[...] a palavra política já me assustaestá entendendo? então quando você coloca....você vê interesse por traz ...então na minha visão é muito ruim...eu não tenho visão boa em cima disto..... eu acho que quando entra um interesse político verdadeiro, não só política de tratamento...tudo isso...tudo é política...quando você vai comprar uma roupa, você está usando política... mas o pessoal investe muito pouco, por não dar voto... entendeu?[...]por isso que a política pode ser melhorada... ela está engatinhando ainda...mas como eu disse, não tem interesse, não dá voto...a não ser que eles descobrissem que dá voto...aí eles vão começar a mandar coisa boa...tem tanta gente boa, interessada, mas que não pode fazer nada [...] LÉO – Entrevista Piloto

- Implantação inadequada do matriciamento:

[...] o matriciamento é uma ótima coisa como tudo que envolve política no papel é bonito. [...]...: matriciamento seria assim por exemplo nós...estamos nós aqui...AD...o único AD pra 700.000 habitantes... então a gente vai lá na sua unidade de saúde e vocês vão aprender com a gente como é que precisa dar encaminhamento...te ensina como é que tem que atender, pra eles atenderem lá e o paciente não vir parar aqui ...é bonito, depois de acontecer...é como está no papel ... eu achava muito legal...ter um técnico aqui pra treinar isto, só que como é matriciamento alguém vai ganhar pra isso, então alguém do partido...que assim que o prefeito sair, vai embora com ele...que vai falar besteira muitas vezes, porque nunca trabalhou com isto... entendeu? Eu acho que você tem gente o suficiente pra te dar uma apostila, pra você ler e decorar e então você fazer uma apresentação pra gente aqui, sem nunca ter visto um dependente químico na vida [...] acaba não saindo uma pessoa pra fazer matriciamento aqui ...e gente está falando, falando.... eu estou indo, agora umas duas ou três vezes ...estou... sair aí fora pra discutir caso de paciente..não tem matriciamento...eu pensei que a gente ia começar a fazer matriciamento... mas não, é discutir caso...e aí você fala, que o paciente não é daqui, que vocês podem lidar com ele...eles não entendem...é do AD...você entendeu? Lá fora eles não entendem....é pro AD...e aí por mais que você diga que dá pra tratar aqui, eles não entendem, no outro dia de manhã o cara está aqui [...] Léo – Entrevista Piloto

Léo faz uma crítica ao modelo em que está sendo implantado o matriciamento no município. Segundo ele, as pessoas que estão executando o serviço, além de não fazer parte da equipe do CAPSad, ainda desconhecem a área e estão no cargo por indicação da gestão.

- Falta de flexibilidade da gestão:

[...] Sim, acho que sim, de forma geral a gente recebe o auxílio, mas recebe a cobrança também, do que tem que ser feito, tem que ser feito, aí a gente pode discutir, entrar em consenso, mas não tem uma flexibilidade de não fazer, de fazer de outro jeito, mas tem uma conversa, então acho que é acessível [...] REBECA

Rebeca traz como obstáculo a falta de flexibilidade da gestão, que não abre diálogo para discutir quando a equipe avalia que a determinação é inadequada.

- Desconhecimento dos gestores:

[...] Do tempo todo que eu estou aqui à administração seria a gerencia? De modo geral, acima do gerente a gente pouco tem contato, dono da empresa da SPDM, eu não sei nem quem é, quem é dono da SPDM? Não sei nem quem é, eu não tenho nem acesso a empresa, a gente não tem acesso aos donos, não sabe quem é, a hierarquia eu também não sei quem é a gente ouve falar de nome alguma coisa [...] SANDRA

- Crítica em relação à supervisão oferecida e a insegurança dos funcionários:

[...] tem uma supervisora, e um supervisor as vezes que vem aqui para conversar, às vezes se tem algum problema ou o outro, mas é um supervisor da SPDM, então não tem viés, não é qualquer coisa que dá para ir falando para ele, meio complicado [...] Dessa pessoa? Que fica meses às vezes sem vir aqui, meses, às vezes a gente chama, se está acontecendo algum caso mais complicado, pra gente poder estar falando com ele mas mesmo assim tem esse viés, porque é da empresa, fica complicado, todo mundo foge no dia, tenta que arrumar desculpas pra não estar participando, porque as vezes não quer se expor, porque essa pessoa, esse supervisor, ele as vezes te convoca a estar falando, ele vê que as pessoas não falam então ele provoca, o fulano diz aqui o que você acha, então as pessoas fogem porque ai vão ter que dar um parecer e ai como é que vai parecer se você né, está mais por fora do que não sei o que, então as pessoas tentam fugir um pouco dessa supervisão, e tem uma supervisora que vem também de vez em quando, cola aqui mas que é de álcool e drogas tem pouca formação ... Na verdade, é até complicado [...] SANDRA

[...] É que assim na OS. a gente tem o supervisor técnico que é da unidade que trabalha nas questões mais coletivas, não é uma questão muito pessoal, minha, sei lá estou precisando de supervisão, não é ...do gerente sim, do suporte sim e agora da, assim a OS também tem um supervisor meio clinico, supervisor clinico institucional... que também dá o apoio isso é importante [...] Não, não tem uma... agora está sendo mensal, mas não tem uma previsão estabelecida [...] ANTONIO CONSELHEIRO

- Tempo gasto desnecessariamente com questões burocráticas:

[...] Outros obstáculos, ah acho que RH, questões burocráticas que a gente precisa fazer, acaba a gente tendo que se dedicar algumas coisas e deixa outra que a gente gostaria de cuidar melhor, e que não dá para fazer por conta do tempo e demanda e acho que isso [...] então acho que é isso né, a burocracia eu já falei, que vem muita coisa que a gente perde tempo preenchendo, tendo que responder [...] REBECA

- Insegurança em relação à permanência na Organização Social:

[...] Obstáculos sempre têm, quais obstáculos? Não sei às vezes o...não veria obstáculo, eu veria que quando você trabalha em uma OS você tem algumas restrições, se fosse um servidor público ...eu acho que você trabalhando em uma OS o sensor é maior, eu acho pra [...] Eu acho que você quando está dentro de uma OS você tem um...você acaba as vezes filtrando mais umas coisas, eu acho isso porque... é uma relação diferente até... ao mesmo tempo que eu acho que o paciente tem quea gente tem que garantir ...a garantia de direito, essa dimensão política...o funcionário também então como que você vai aí observar aí, abordar algumas questões então é um pouco isso, é de bate pronto talvez o único obstáculo seria esse [...] ANTONIO CONSELHEIRO

. Sandra traz como obstáculo o desconhecimento dos gestores acima da gerência, que hierarquicamente é seu superior direto. Posteriormente, trará como obstáculo a supervisão oferecida pela organização, que segundo ela, por o supervisor fazer parte do quadro da organização gera insegurança entre as trabalhadoras, que além de não se sentirem à vontade para se expressar, se sentem expostas, por muitas vezes se sentirem pressionadas a falar sobre algum caso, o

que faz com que as pessoas evitem participar da supervisões que ocorrem esporadicamente. Já Antonio Conselheiro, ao citar essas mesmas supervisões trará como dificuldade a periodicidade em que ocorrem, que segundo ele não são estabelecidas.

Outra dificuldade relacionada à gestão é em relação ao tempo gasto com questões burocráticas citadas por Rebeca, que considera como desnecessário e prejudica no atendimento com as pessoas que fazem uso do serviço, ela dará como exemplo a quantidade de formulários que são preenchidos mensalmente.

Antônio Conselheiro trará como outro dificultador a insegurança quanto à permanência na OS. Ele fará um comparativo entre o celetista, que é seu caso, com um servidor público. Afirmará ainda que tal insegurança irá prejudicar no processo de trabalho, já que muitas vezes não consegue se posicionar perante as divergências e inadequações da instituição, por medo de ser demitido.

5.3 Obstáculos ligados à infraestrutura

Ao ser perguntado a(o)s participantes sobre os obstáculos enfrentados na atuação nos CAPS uma grande parte foi relacionada à infraestrutura, seja em espaço físico inadequado, sejam em formações e capacitações, condições de trabalho entre outros, o que irá interferir diretamente no atendimento as pessoas que realizam atendimento no CAPS.

É de suma importância reconhecer tais obstáculos, pois é a partir daí que poderemos compreender não só a atuação das psicólogas, mas reconhecer que antes da categoria, esta(e)s são trabalhadora(e)s e necessitam de condições mínimas para exercer sua função dentro da instituição.

- Falta de capacitação no CAPS :

[...] também, um determinado momento se decide o importante entender os significados pra que ela pudesse mudar, pudesse desenvolver mais as suas partes saudáveis, então é isso, não da pra gente ficar esperando muito de uma coisa que a gente sabe que o processo é bem lento é outro.....não dá pra você...é pôr isso como motivo-desculpa pra você não fazer nada, então assim é claro que aqui funcionário público não vem motivado pelo salário, não vem motivado pela condição de status, não vem motivado por uma condição de, hoje quem quer ser, desenvolver e aprimorar-se tem que batalhar, ir atrás dos recursos, ir atrás pra fazer essa capacitação, essa formação, teve um momento em que o estado era muito preocupado, ele capacitava as profissionais e contratava excelentes pessoas que vinham pra

capacitação, vinham atrás, pra desenvolver, criar junto projetos que era mais na horizontalidade, isso cria... eu acredito muito mais do que projetos impostos, não adianta você vir com um projeto e falar "é esse tem que ser feito dessa forma" não é assim, não funciona, já tentei, já trabalhei com projetos que foram assim e não funciona, então tem que ser mesmo criada ali né, construído na relação ...mas na horizontalidade das ações...ai o resultado é melhor [...] ANA – Entrevista Piloto

[...] é muito pouco investimento...aliás você não tem investimento nem em Educação, como eu poderia dizer...na orientação do pessoal que chega aqui...então chega o pessoal novo...agora está com esse negócio de falar de matriciamento...está muito bonito no papel, na caneta...entendeu, quem faz esse matriciamento...então na minha opinião isto está engatinhando ainda, é uma coisa que ainda tem muito pra amadurecer...e tem que tirar da mão dos políticos, porque os políticos não entendem...é bastante complicado...o pessoal deveria passar por um treinamento primeiro para depois começar a trabalhar...e eles não fazem isso...o cara faz uma prova pra psicólogo...o cara faz o concurso público, às vezes é para uma vaga lá pra Mauá, mas lá não tem vaga e aí é mandado pra cá...nem quer trabalhar aqui...acaba atrapalhando tudo [...] então não tem uma preparaçãose você chegar aqui pra trabalhar amanhã, vai atender em grupo terapêutico..quantos grupos você já atendeu? Quantos dependentes químicos você já atendeu?...então você vai atender num grupo terapêutico sem saber ...então a atuação é capenga...é lógico que com o tempo você vai pegar... você estudou pra isso...mas este pouco tempo que você vai pegar você está trabalhando em CAPS...em pouco tempo quantos vezes você vai dizer algo que não devia...a gente tem muita coisa pra se embasar [...] eu mesmo acho que eu to muito desatualizado, a maioria aqui, porque ninguém investe nisso, está aparecendo cursos novos e a gente [...] na prática sim, conhecimento dado...mas é o que eu falei, exatamente é o que pega,o maior pecado é exatamente esse...porque você vir pra cá, você acaba desaprendendo um monte de coisa.... quando que você precisava era aprender mais [...] e aí por exemplo, eu fui pra faculdade, fui com o meu dinheiro...não que eles tinham que pagar minha faculdade, não é nada disso, mas lá no hospital das clínicas, esse foi o melhor investimento deles.... a equipe toda foi pra lá, até quem já tinha muita experiência de vários anos aqui foi.. você não acha que deveria ter mais isso...porque a gente tem que aprender coisa nova, ideias novas, quanto mais gente batalhando que queria estar lá...aqui você não vem pra ensinar, você está aqui pra aprender...chega um momento que foi feito um processo novo, tem gente nova começando, coisas novas acontecendo, a gente não vai mais por motivos políticos [...] então acho que é nisso que pega...você quer uma equipe boa, invista na equipe, não trazer mais psicólogos...pegar ...esse psicólogo, trazer ele pra cá aí sim ele vai ser treinado, ele vai ... de repente ate vem com uma ideia que a gente nunca viu...mas cadê...o cara chega aqui e já...toma esta é sua pasta, esse paciente é teu e o coitado já senta aqui... já pega um terapeuta que não bate com a linha dele [...] contribuiu sim...foi ...não foi uma formação daquelas, a maioria a gente foi aprendendo aqui...sabe..... e o que a gente aprende no grupo, como eu já falei que agente aprende mais do que na faculdade, é muito entãoa gente aprendeu mais aqui na porrada... mas a gente correu atrásque fui saber que tinha usuário, abusador e dependente químico aqui, pra mim todo mundo era dependente, até que se provou o contrário, entendeu? Mas eu aprendi praticamente no grupo, ninguém me falou...não a graduação ..a graduação você precisa..... mas pra preencher papelporque tem muito neguinho graduado que não sabe nem andar ...eu conheço muita gente que [...] LÉO– Entrevista Piloto

[...] Sim, não, mas aí é via, da OS... tem também, mas tem da própria secretaria, então nós temos uma grande capacitação no município de São Paulo, saúde mental, que é a rede sampa, acho que é uma verba federal, do ministério, do município, que dizem que a última capacitação do ministério do município de saúde mental de São Paulo foi na época da Erundina...que dizem aí, então aí é uma capacitação da rede sampa que é, tem vários eixos, mas eu inclusive fiz algumas, alguns cursos aí desse Sampa [...] ANTONIO CONSELHEIRO

[...] Eu acho que, que a psicologia dentro de CAPS não é uma psicologia que a gente aprende na universidade né, e isso é um baita problema assim, na verdade eu tenho um, eu nunca tive histórico de consultório nada disso e tal, mas eu acho que a gente pensar o quanto é estar em um CAPS é muito mais essa clínica que eu acho que compartilha muito das ideias do AD mesmo assim, é uma clínica de você estar na vida do sujeito que é muito diferente daquilo que a gente vê na graduação principalmente [...] JOANA

Sobre este obstáculo, notaremos que a(o)s participantes trarão a dificuldade na atuação por falta de investimentos da instituição em formações continuadas, conforme previsto na Política de Saúde Mental. Notaremos que em diversos momentos das entrevistas a(o)s participantes irão descrever cursos de capacitação e formação realizados por meios próprios e não através da oferta do serviço.

- Carga horária da jornada de trabalho:

[...] acho que o número de horas que eu trabalho que tem também pra mim é muito difícil, eu chego há ficar nove horas, porque trabalho oito e mais um de almoço, nove ,mais o tempo que você vem pra cá e o tempo que você volta, você já vem se preparando também para o trabalho [...] então é muito tempo, não só pra...muito tempo pra outras coisas que eu queria fazer, fisioterapia por exemplo, eu tenho um problema gravíssimo no joelho, desgaste de cartilagem nível 4, bate osso com osso, já a muito tempo, o que eu posso ter de fisioterapia que eu fiquei sabendo agora por ano são dez sessões, o resto eu tenho fazer banco de horas pra poder fazer fisioterapia, você sente que você não tem amparo nenhum na sua empresa, tanto faz como tanto fez, se você tiver formação, se você não tiver, aí é indiferente, se você estiver bem fisicamente, ou não estar, acho que essas dificuldades [...] não pude fazer mais nenhum curso de especialização durante o período que eu entrei no CAPS porque eu entro aqui dez horas da manhã e saio as sete da noite, então mata meu dia completamente, eu tenho que sair de casa uma hora antes e voltar uma hora depois, ou mais até, então eu não pude mais fazer, estudar , especialização, aperfeiçoamento, mestrado, nada , porque não dá [...] Cheguei até a falar com o supervisor da SPDM que eu me sinto assim emburrecendo, desde que eu entrei na SPDM, porque você não tem como, não tem como estar estudando, a não ser essas coisas que eu consigo fazer às vezes de sábado, uma palestra a noite, ler alguma coisa, mas tirando isso, então eu acho isso que a minha participação não é melhor por isso [...] SANDRA

Neste subtema Sandra abordará um problema enfrentado pelas(o) psicólogas (o) a nível nacional, que está ligado a carga horária de jornada de trabalho. Esta é uma luta da categoria que até o momento não conseguiu a aprovação da diminuição da carga horária semanal de 40 para 30 horas semanais, tais como a categoria do

Serviço Social, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia entre outras. Há desde 2008 a apresentação da PL 3338 para jornada de 30 horas para Psicologia, o projeto foi vetado pela Presidência da República em 2014 e reapresentada outra proposta em 2015, porém o veto foi mantido pelo Congresso em março deste mesmo ano.

- Falta de tempo para realizar o trabalho de maneira adequada:

[...] é que quase que às vezes a gente sempre espera, que a gente tenha mais tempo para fazer as coisas, que a gente possa fazer outros tipos de atividades, nem sempre isso é possível...pelo RH ou pela leitura dos outros colegas, mas de forma geral sim [...] REBECA

Aqui Rebeca irá apontar a dificuldade de ter tempo hábil para realizar seu trabalho de maneira adequada. Conforme exposto anteriormente como obstáculo ela irá apontar o tempo gasto com atividades que nomeou como burocráticas, o que aqui ela descreve como outras atividades.

- Salário abaixo do que considera adequado pra categoria:

[...] Ah eu outra coisa é o salário também, claro. O salário nem se fala ne, por exemplo tem uma assistente social aqui que trabalha seis horas e que ganha mais do que eu [...] É um assistente social ganha mais, aqui está mais ou menos com tempo...7 anos... e tem uma assistente social, que trabalha comigo as duas acho, a seis anos mais ou menos, elas ganham mil reais a mais trabalhando bem menos horas, a gente trabalha quarenta [...] SANDRA

- Horário de trabalho não equânime entre as categorias:

[...] quem trabalha trinta na verdade acaba nem fazendo trinta, porque tem um dia dasemana que é o matriciamento e o matriciamento, são duas, três horas mais ou menos, então a pessoa não precisa vir pra cá do horário por exemplo as sete horas quem trabalha das sete as quatro, num vem pra cá as sete, a pessoa já entra no matriciamento as nove ou as dez e sai a uma..... Agora quem faz quarenta tem que vir para cá e depois ir para o matriciamento, então até nisso a gente acaba tendo desvantagem, eles trabalham na verdade vinte e sete horas, vinte e seis horas, e agente trabalha [...] SANDRA

Nestes dois subtemas Sandra irá apontar novamente a falta de equidade entre as categorias, não só em relação a jornada de trabalho, como também salarial.

- Precarização da saúde:

[...] Somos em 3 psicólogos, 2 assistentes sociais duas T.O's, educador físico, 4 enfermeiras, 4 auxiliares, tem em torno de 15, 16 pessoas. A gente tinha mais profissionais, mas a gente meio que por uma situação de precarização da saúde, precarização de tudo no nosso país na verdade, e aí deu uma diminuída, deu uma enxugada na equipe assim, não peguei essa época mas disseram o CAPS AD chegou a ter 5 ou 6 psicólogos, aí foi

para 4, agora 3... Por essa redução que foi tendo mesmo na saúde...que não foi só aqui, em vários territórios isso está acontecendo, tem território que está funcionando com equipe mínima, menos psicólogo e menos a galera toda assim [...] que aí entra na coisa da equipe que eu estava te falando, de como a gente acaba ficando com uma equipe reduzida [...]
JOANA

Joana aponta aqui a diminuição do quadro de profissionais no CAPS, o que ela denomina de precarização da saúde, que provavelmente foi realizado devido a corte de recurso e diminuição de gastos.

- Falta de supervisão adequada:

[...] acho que não é melhor também porque eu não tenho supervisão, eu acho imprescindível ter supervisão, a gente fica aqui com os casos, você discute com uma pessoa ou outra, ou discute em reunião, mas eu acho muito pouco, eu acho que a gente tinha que ter uma supervisão e a gente não tem supervisão [...] SANDRA

[...] então essa é uma questão muito importante assim, porque eu penso que nesse serviço de saúde tem que ter supervisão, a nossa O.S não paga supervisão e aí a gente tem pensado de levar isso até via o conselho gestor, eu sou do conselho de gestores de supervisão, de fala disso quantos trabalhadores precisam e sentem falta disso acaba sendo até um contexto às vezes adoecedor se você poder pensar seu trabalho, sem você poder ter uma supervisão [...] JOANA

A falta da supervisão apontada por ambas as participantes marcará um problema central na atuação da(o) psicóloga(o) no CAPS, pois além de formações e educação permanente é de suma importância supervisões periódicas, não só para as psicólogas mas para todos os integrantes da equipe.

- estrutura física inadequada

[...] acho que sim, se esforça né, tem um esforço, tem tido empenho mas falta muito recurso, muita infraestrutura, então pra você ver aqui, quantos anos nos estamos nessa unidade que se você olhar pra ela toda, não tem condições, pra quem trabalha, tem alguns profissionais que ficam alguns dias 12 horas aqui dentro né, a equipe da enfermagem que fica 12 horas, são as que ficam, você vê assim é um negócio que, e pro usuário também se está vendo que você não está oferecendo um espaço de saúde, um espaço acolhedor você tenta né fazer o máximo possível pra que se transforme... totalmente, a área física não tem a ver com o modelo de CAPS, eu acho que o problema daqui de Santo André basicamente é isso nunca se ter preocupado em formar espaço [...] todos os equipamentos, alugados em péssimas condições, e se gastam horrores nesses alugueis, ao contrário de São Bernardo, sempre construiu em modelos que se adaptassem as condições hoje o CAPS de lá tem quadra de jogos, tem espaços de lazer, tem espaço adequados pras oficinas... os espaços de atendimento são áreas de saúde, você vê janelas vê ... tem muito espaço pra convivência... isso porque tem convivência, você fala que é espaço convivente ... um monte de gente numa sala que mal ventila que um não

aguenta o cheiro do outro, você abre, quando termina um grupo, você abre a sala e o odor que vem, fica, "como é que você aguentou ficar duas horas aqui nessa sala?", você se adapta e nem percebe [...] mas na mudança com os usuários de lá da, quando a gente não teve ...e eu contrai tuberculose, e eu achava que não... fiz exame no começo, mas não melhorava...era uma tosse persistente, aí comecei a me sentir mal e aí eu tinha lesionado uma parte do pulmão, e até tem hoje tenho sequelas, marcou muito a minha vida, antes e depois da tuberculose... das mudanças ... trouxe muitos... problemas de saúde e nem por isso eu desisti ... continuo aqui na mesma situação [...]hoje por exemplo né, olha só a situação, eu tenho grupo... o grupo de mulheres e grupos que por exemplo é são importantes, foi criado, tem uma história, tem um trabalho e aí sabe que eu tenho um horário e tudo mas aí eles não tem, aqui é um roubo de cadeiras, então aquele que chega primeiro senta na mesa, quem não tem fica fora digamos assim, porque aqui pega as cadeiras e fechou a porta e desenvolveu o trabalho e aí você não pode mais, que respeitar criou o setting dele fechou foi fazer o trabalho só que o outro ficou sem, não tinha cadeira, tinha tanto usuário na casa que as cadeiras não comportavam, e as cadeiras que foram quebradas não foram repostas, e aí falei "bom o que que nós vamos fazer", então vamos lá, aqui em frente tem ... museu histórico da cidade... que tem espaço e a gente foi lá, passeamos no museu depois a gente conversou e aí se fez um grupo lá dentro na pracinha do museu. Então assim as vezes tem que ter essa flexibilidade para poder criar, porque diz "olha meu filho, tem que remarcar porque não tem cadeira aqui, o que eu vou poder fazer?" Ou vamos fazer o grupo em pé, o grupo fazer outra coisa que não seja trabalho, não tão habitual para quem está acostumado a fazer. Aí carregamos o pessoal pra lá, os que chegaram atrasados e não foram informados e ficaram aqui, mas no fim deu certo... então esses obstáculos você vai encontrar, então são coisas que você tem que ficar flexível pra trabalhar na hora...agora se você vê isso como um motivo olha não eu vou fazer meu trabalho, como que eu vou trabalhar, com uma unidade que nem tem cadeiras, paredes estão todas sujas, não tem quase, não viria trabalhar aqui, viria? Não, mas você não olha o bolor da parede, você não olha ...você olha, ainda bem que hoje a gente teve uma cadeira pra sentar, tem dia que não tem. ...tem que enfrentar essas condições, tem gente que tem água, tem gente que não tem, tem que comprar água pros pacientes e pra você ...tem gente que tem papel higiênico sobrando, se desperdiçando outros que não tem, quantas vezes se precisa lavar a mão com, e não ter produto pra se lavar a mão? É complicado, mas essas coisas que assim, você tem que ter abertura pra conviver e enfrentar esses problemas, isso faz parte da nossa saúde atual... é, então aqui é assim, você sonha mas assim teu sonho tem que ceder fiz conquistas, implantei a minha parte eu tenho certeza que eu fiz, e fiz bem feito, eu estou tranquila em relação a isso, e é muito bom construir né com as pessoas, criar condições pra que ele se desenvolva e [...] ANA- Entrevista Piloto

[...] então sabe...olha esta casa como está...dá uma olhada nesse lugar...pelo amor de Deus...esse lugar era para estar ótimo...não só aqui como em outros lugares...acaba você sendo a própria ferramenta [...]o equipamento casa você já sabe, como é que está...eu acho que capenga...isso se não fosse da prefeitura estava fechado ..fechado porque...iam derrubar...não é arejado, merecia uma coisa melhor [...] a prefeitura tem condição, aliás o governo, a prefeitura de Santo André já tem...imagina o dinheiro que vem do Federal para cá... tanto é que quando montaram a República, alugaram aquela casa linda, enorme ... pro técnico e pro paciente... a gente deveria ter um negócio bom, aqui era pra ser bem melhor ... salas mais arejadas, mais amplas...mais psicólogos...aqui não adianta vir mais psicólogo, não tem onde trabalhar [...] tem dia que a gente tem que ficar caçando sala...hoje ainda está legal....mas normalmente é isso

que você sai procurando sala pra atender alguém...as vezes você pega um paciente Boderline mesmo ...ele vem buscar você às vezes na hora que você está sem sala...não histérico, histérico você não pode atender...se eles vierem você tem que negar....mas o Boderlinevocê tem que atender e e aí cadê sala...tem hora que a gente vai lá pro outro lado da rua, mas e quando está chovendo? Eu já atendi na cozinha aqui, eu levei pra cozinha, não tinha outro lugar pra levar a moça.....mas é isso, se você tem um equipamento grande, uma casa legal, bem arejada, medico todos os dias, iam ter muito mais ofertas, muito mais a ter a oferecer pro paciente...aquilo que você viu, o rapaz deitado lá no chão...até o SAMU chegar, não poderia ter um carro disponível aqui, uma ambulância...seria muito mais fácil fazer um encaminhamento...era só fazer o encaminhamento e pronto o carro já leva, mas não vai ficar ali deitado no chão até o SAMU chegar ...entendeu? então no equipamento... deveriam ter coisas novas, tem como fazer, no equipamento era pra ter, a gente trabalha mesmo com os cacos [...] então a gente até, olha eu acho que no limite de cada um deu, porque sabe é aquela coisa assim a gente tenta a Política de Atenção, entendeu, mas na hora, Você entendeu? Se chega lá embaixo hoje na tinha Haldol, volta e meia não tem papel higiênico, então pra tratar do paciente você precisa ter recurso...Você vai atender...escreve tudo aí o que eu falar, aí não tem caneta....você vai escrever tudo que eu falar, cadê a caneta....entendeu? Então eu acho que na medida do possível sim, até demais, agente faz até demais do que devia ...eu acho que a gente consegue..seter equipamento correto, sabe preparação, sabe? [...] LÉO – Entrevista Piloto

[...] o nosso espaço físico aqui, é muito pequeno, para gente poder fazer então, por exemplo, se eu for pensar em uma psicoterapia pro paciente, aqui eu atendo ele na hora que dá, não tem às vezes o horário, as salas estão todas ocupadas, ele vai ter que esperar, então a coisa do setting terapêutico ela fica muito bagunçada, às vezes você vai ter que atender lá fora, às vezes você atende aqui e está tendo oficina, então cada vez é em um espaço, então isso acaba ficando um pouco complicado, pra fazer grupos as salas são pequenas, então acho que não tem um espaço onde a gente possa fazer coisas lúdicas, e aí acaba tendo que a gente pensar em recursos externos pra gente usar, o que é bacana também, mas seria bacana não por um empecilho da instituição, mas por fazer parte, então acho que o espaço é uma outra questão [...] Alguns grupos são grandes, outros nem tanto, mas a gente tem dois espaços, bom três né, tem aqui fora, tem uma sala da equipe, que é onde a gente faz reunião de equipe, e uma sala menor aqui, são três espaços, mas pra fazer grupo mesmo, aqui fora não dá, se o grupo é grande só lá em cima, mas aí acaba sendo um grupo, se tem duas coisas acontecendo ao mesmo tempo, não dá pra fazer, então acho que é isso uma unidade que tem bastante demanda, que tem bastante paciente, tem isso, a nossa enfermagem é pequena, então se você tem dois casos que chegam juntos que estão de alguma forma em alguma crise, seja por intoxicação ou por qualquer outra questão, aí imagina né, dois pacientes ali, não sei se você conhece o espaço, mas é uma salinha menor que essa, então onde você vai fazer a medicação, desintoxicar, e dar conta do manejo, então dependendo do horário, se chega alguns pacientes juntos com essa necessidade fica um pouco confuso e a equipe toda acaba tendo que rebolar pra dar conta disso [...] REBECA

[...] às vezes quando eu respondo... acho que pode ser muito, acho que no CAPS é muito dentro da caixa as vezes... você tem que... a pessoa de relações também né, principalmente com adolescente, principalmente, adolescente acho que os adolescente que eu já atendi aqui tem que sair um pouco daquele... porque o setting terapêutico é muito pra

adulto, o ambiente, o formato então é meio complicado [...] ANTONIO CONSELHEIRO

Neste subtema Ana, Léo, Rebeca e Antônio Conselheiro contam com detalhes os problemas relacionados à estrutura física do CAPSad, que além de ser inadequado, tais como a falta de uma recepção amplas, salas de grupo e de atendimento arejadas e ampliadas e espaço de convivência, a instituição possui poucos recursos tais como cadeiras, materiais gráficos entre outros. Esses locais não permitem espaço acolhedor e comunitário conforme prevê a Política de Saúde Mental. Na ocasião da entrevista realizada com Léo ao chegar no CAPS nos deparamos com uma pessoa desmaiada na recepção do CAPS há cerca de uma hora. Os funcionários contaram que a pessoa havia tido uma convulsão e a deitaram no chão. Os funcionários aguardaram mais de duas horas a chegada do SAMU, e a pessoa permaneceu deitada no chão, por falta de espaço na instituição para acolhê-la. Antonio Conselheiro fará um apontamento importante quanto a *frieza* do ambiente que se torna inadequado no atendimento de jovens por exemplo, mas só eles como todas as pessoas atendidas.

- Sobrecarga de trabalho:

[...] às vezes a gente se sente um pouco sobrecarregado pelo tanto de função que precisa fazer, e principalmente pelo tipo de trabalho, trabalhar com dependência química em uma região onde tem muitos pacientes em vulnerabilidade social te traz uma frustração e impotência muito grande, então o tempo todo tem que rever isso, o que é que a gente dá conta, o que é que não dá [...] REBECA

[...] mas eu sei também que agora com esse projeto do CAPS na rua que a gente começou faz pouco tempo, começamos em maio, realmente a aplicar esse projeto, a nossa demanda cresce bastante, então acho que é isso, você se “virar nos 30” aí pra dar conta de tudo isso [...] JOANA

Rebeca e Joana trarão como obstáculo o aumento da demanda de trabalho, que pode estar associada ao diminuição da equipe, conforme apontado por Joana anteriormente.

- Dificuldade por o CAPS não ser tipo III:

[...] não, o nosso é CAPS AD II, não é 24 horas, não tem leito e não tem previsão de ter leito na região, o mais próximo seria ou Sé ou outro na região próxima aqui, não tão próxima, mas que caberia, que aí a gente já não pode enviar, porque foge do território, e tudo mais [...] LÍVIA

*[...] a gente vai fazendo de tudo assim, o CAPS AD ele tem um território bastante vasto assim, a gente tem que dar conta de 20 UBS's então é bastante coisa, era até pra ele ser III, mas por uma coisa de, porque ainda não saiu verba de uma organização ainda da nossa supervisão técnica ele ainda não virou III, mas realmente nesse território cabe um CAPSIII, então a gente faz muita coisa aqui, pensando nesse território com tanta demanda e com o CAPSII [...] É uma grande dificuldade não ser III, é uma p*** dificuldade, hoje mesmo a gente está, a gente fez a assembleia de manhã e eles estavam dizendo disso, porque eles percebem que quem chega aqui em maior vulnerabilidade no primeiro momento de tratamento que não tem nem condição de buscar outros espaços é muito difícil sair daqui as seis e meia, que é a hora que fecha a nossa ambiência e ficar onde, e essa questão do estigma de ser o drogado morador de rua, então fica aí que horror, e a gente tem casos muito graves aqui [...]* JOANA

Conforme prevê a política de saúde mental os CAPS tipo II, funcionam de segunda à sexta-feira das 08:00 às 18:00, o que torna um dificultador no atendimento aos casos considerados mais graves e com maiores vulnerabilidade, conforme apontado pelas participantes o que melhor contemplaria às necessidades deste casos se o CAPS se tornasse tipo III que funciona diariamente e 24 horas.

- Falta de recurso financeiro:

[...] foi uma experiência e a gente tinha acompanhado, mas infelizmente eles barram, barram um pouco os recursos, dá a dificuldade de se tornar de fato já que não funcionamos e trabalhamos com o nível III, mas a gente não tem a infraestrutura, não é credenciado como nível III [...] ANA – Entrevista Piloto

[...]Pois é, não sabemos, a gente está esperando para ver o que vai acontecer, e se acontecer como que a gente vai lidar. Isso foi posto pouco tempo para nós e até em decorrência do momento que nós estamos vivendo, da falta de verba, de não vir verba do governo federal, enfim né. Isso que acho que está em todas as regiões, não é só na nossa [...] LÍVIA

[...] a gente não tem a opção de usar como gostaria, por até uma questão de organização de carros, é isso que eu estou te falando é um território grande, grande demanda, mas a gente faz visita sim ...de como a organização do nosso dinheiro público hoje com a crise que a gente está vivendo impede de certas coisas também, de por exemplo, de ter um carro, de pôr exemplo a gente virar CAPS III [...] JOANA

Novamente as participantes apontarão a falta de recurso para realizar o trabalho com maior qualidade, Joana aponta a falta de veículos para realizar visita domiciliar, além do CAPS não se tornar tipo III.

- Privatização da saúde:

[...] Olha existem imensos obstáculos, acho que o que mais tem é obstáculo, já começa a gente pensar na saúde pública que está sendo privatizada essa coisa toda da OS e com essa coisa da OS a gente acaba

perdendo um pouco da visão de SUS, isso atravessa muito o nosso trabalho porque aí a gente recebe um papel com metas de atendimento, a gente tem uma questão nesse território com a nossa OS que eles tem pro CAPS metas de atendimento individual, e é uma coisa de incoerência absoluta assim, você está falando de um serviço de uma lógica de comunidade, de pé pra fora de articulação de rede e você me coloca uma meta de atendimento individual, é uma coisa que a gente tem discutido, do que que é que a gente está chamando o atendimento individual no CAPS porque não é o espaço eu vou clinicar, como psicólogo eu vou clinicar no CAPS, a gente vai pensar outras coisas, então eu acho que isso é um obstáculo importante dessa limitação [...] JOANA

Joana aponta aqui o obstáculo por o CAPS ser gerenciado por uma OS e não pela execução direta, o que muitas vezes torna a atuação voltada para uma lógica empresarial, como o exemplo em que ela cita sobre metas de atendimento.

5.4 Obstáculos ligados à rede de serviços

- Dificuldade na articulação com outros serviços da rede:

[...] Aonde começa o trabalho de rede, de composição, então o município de Santo André batalhou tentou sempre lutar para fazer e criar trabalhos assim, montar uma rede, mas a rede ainda continua nessa batalha [...] alguns problemas aqui que a gente está tendo que trabalhar com esses obstáculos né pra não dificultar, pra que realmente o trabalho possa atingir o objetivo deles que é essa ampliação, esse trabalho mais com a rede ...estamos aí né, estamos no início... enfrentando [...] ANA –Entrevista Piloto

[...] então apesar de nós termos um CAPS adulto, na região, fica muito difícil, a gente ainda tem muita dificuldade de compartilhar casos que existe a droga no meio, porque assim qualquer coisa foi a droga, a dificuldade talvez de olhar, que não era a droga, que já existia uma predisposição interna, uma comorbidade, e que a droga só exacerbou enfim, então essa linha tênue [...] Às vezes a rede, como nesse momento, não ter leito hospitalar para enviar paciente dependente químico grave, acho que é mais isso, acho que os obstáculos não são só para mim, acho que é para todos os profissionais, principalmente para os médicos [...] a gente já teve casos aqui, e é duro porque você fica trabalhando e fazendo papel de um serviço que não é o nosso, porque o nosso é AD, é álcool e drogas, e a gente fica fazendo papel de adulto, de CAPS adulto, cuidando como se fosse CAPS adulto, e não é, e você vê que a droga já não é mais, a droga é secundária, o grave é o psíquico mesmo, e precisa ser cuidado pelo serviço especializado, eu acho que é uma das maiores dificuldades [...] e a discussão melhorou muito esse quadro, porque assim de você mandar o paciente com ambulância, dali quinze minutos o paciente está de volta aqui, sem a gente saber o que fazer, tipo assim final de tarde sabe o serviço fechando, e você não saber o que fazer com o paciente, porque o hospital diz que não é dele, daí você fala é seu, não é nosso, nosso é tratamento, não é internação, então eu acho que a maior dificuldade é essa [...] LÍVIA

[...] a rede não funciona nada bem, por isso que esse caso que eu te contei que considero sucesso, acho que foi onde funcionou, mas tanto outros que a gente tenta, tenta, tenta, e não funcionam [...] uma porque a gente não conhece a rede que tem, não existe essa articulação feita, é tudo muito segmentado ainda, apesar de todos os esforços para que isso não aconteça

é muito segmentado, nenhum serviço sabe o que o outro faz direito, não se reconhece como espaço de utilização pro outro, então você sempre tem que estar fazendo contato, sempre tem que, e nem sempre o contato é bem-vindo, e quando é também você não sabe muito como fazer isso, não existe essa ligação, é tudo muito segmentado, muito rompido e a gente vai tendo que ir costurando [...] REBECA

[...] aí é um caso meio complexo então ele está, agora está um pouco, como ele tinha o .. tratamento lá da UA... e eu entrei de férias na verdade isso já faz um ano, a gente teve um pouco de dificuldade de se afinar com as equipes lá, porque é difícil né, por que a equipe não é, a UA não é nossa, é de outro CAPS, então ele teve um desligamento nas minhas férias, o caso meio que deslizou um pouco, e estamos atendendo ainda, eu considero um caso emblemático esse aí [...] ANTONIO CONSELHEIRO

- **Despreparo de profissionais na saúde:**

[...] não precisa nem usar drogas, basta morar em cima de um boteco, ele é alcoolista....é incrível...você vê o tanto de casos que estão aqui, que não eram daqui e dizem: vai ficar...esse grupo meu do reabi...83 pacientes, eu acho que desses 83, 80 não deveriam estar no AD mais...psicose, síndrome de Korsakoff, demenciação alcoólica, Alzheimer, esquizofrenia paranoide, transtorno afetivo bipolar [...] só que como a maioria das pessoas que não conseguem parar de usar mesmo, é muito difícil pra eles, eles continuavam comigo...dos que não conseguiam parar a maioria tinham alguma comorbidade ou já eram esquizofrênico e bebeu, eu e aí eles iam e jogavam lá...é muito comum você vê pessoas que tem transtorno bipolar...aí o cara entrava em mania e usava cocaína, ia parar lá... entendeu? ...é borderline...é muito comum eles abusarem de drogas sem ser dependente químico, ia pra lá também..... você entendeu? E aí o cara chega lá no CAPS...esquizofrênico que chegava alcoolizado....mandavam proAD...tudo isso ... vai para o CASM , chegava no CASM alcoolizado, vai pra o AD, aí você vai ver ele não é alcoolista, é usuário ou abusador, porque tem usuário, abusador e dependente...dependente é AD...usuário e abusador aí sim você teria que pensar em uma prevenção [...] LÉO – Entrevista Piloto

[...] e até de saúde mental também, porque a gente vê pessoas com formações de muito tempo que ainda se assustam com uma pessoa que é portadora de alguma deficiência, de algum problema mental grave, que se assusta quando vê, que sai correndo, e você fala e aí, como é isso? Já presenciei isso diversas vezes, “ah não dou conta de atender isso, não dou conta” [...] mas eu vejo que a gente está caminhando passos assim de formiguinha, é um trabalho que a gente está plantando uma semente, que eu espero que um dia vingue, e eu acho que vinga, eu sou otimista, eu acho que sempre tudo é possível de mudança, e acho que é possível você olhar o outro também né, como é que essas pessoas trabalhavam, como é que elas foram educadas para isso, como é que é a formação delas para isso, e a gente corre um erro grave, quem teve formação em dependência química? Estou formada a trinta e dois anos e não tive, e hoje eu não sei se tem nas faculdades, eu sei que a UNIFESP por ela ter três segmentos que trabalham com dependência, que seriam da medicina a parte do segundo ano, mas eu não ouvi falar de outro lugar que fez isso, eu conheço de lá talvez porque eu esteja mais próxima desse serviço né, dessa universidade, mas que serviços, que faculdades inserem isso? E aí você pega um médico, e fala de dependência química e ele diz que não cuida, como assim não cuida você é médico, as reações você tem que ter estudado, você tem que saber, como você vai cuidar? Você não vai ensinar para um médico como ele cuida da parte clínica, não sou médica, então eu não tenho que fazer

esse papel, eu não estou dizendo aqui, estou dizendo nos serviços em uso, seja de atenção básica, então acho que isso é nosso maior desafio, mas acho que deveria mudar a grade curricular de todas as faculdades que lidam com saúde, não especifico só psicologia, ou medicina, todas, seja enfermagem, todas, devia ter obrigatoriamente essa parte da dependência química, eu acho que é fundamental [...] LÍVIA

- Dificuldade na interface com judiciário:

[...] É limita você conseguir pensar um projeto né, e aí é de novo um momento que você tem que pensar para fora, pensar com essa rede, conseguir um diálogo com a justiça eu acho muito difícil assim, com fórum, com a defensoria, não é uma facilidade, pelo menos não nesse território, eu já ouvi de histórias de territórios que tem isso assim, mas eu acho que a gente também tem que lutar por esse espaço... a gente não tem tempo com o judiciário, mas é uma coisa que a gente tem pensado em se aproximar... Sim, porque tem muito encaminhamentos equivocados [...] JOANA

Neste subtema Ana relata sobre alguns problemas com a articulação na rede e Léo sobre os encaminhamentos inadequados ao CAPSad que para ele não deveriam ser atendidos neste serviço. Ele comenta que muitas vezes por a pessoa fazer um uso, mesmo que pontual de alguma droga ela é encaminhada ao CAPSadou devido a comorbidade de outros transtornos psiquiátricos esta pessoa deveria ser atendida em outro serviço que não o CAPSad.

Sobre a articulação com outros serviços da rede os participantes irão relatar ainda a dificuldade do atendimento das pessoas atendidas dos CAPS em outros serviços da rede, ligados ao estigma do uso de drogas, a ausência de alguns serviços necessários, como a falta de leitos em hospitais, ou a segmentação dos serviços que dificulta um atendimento integral da pessoa que necessita de cuidados em saúde.

Lívia irá apontar o despreparo de profissionais na área da saúde em relação a pessoas que sofrem algum tipo de transtorno mental, o que ela associa a falta de formação dos profissionais na graduação em dependência química.

Joana irá descrever ainda a dificuldade de diálogo com o sistema de justiça, o que ela aponta como um problema daquele território. Ela aponta a grande quantidade de encaminhamentos do judiciário ao CAPSad que são equivocados.

5.5 Obstáculos relacionados à pessoa atendida no CAPSad

- episódio em que a pessoa atendida agrediu profissional:

[...] era uma equipe melhor ainda, porque a gente tinha até uma pessoa pra atender criança, filho de dependente químico....mas aí um paciente agrediu ela e aí ela foi embora, agrediu porque o cara tinha entendido uma coisa errado [...] LÉO – Entrevista Piloto

- dificuldade no atendimento com pacientes com comorbidades:

[...] tem gente que está no reabi comigo desde 2000...fazquinze anos que ele está no grupo...é transtorno de personalidade, entre outras coisas, mas tem muitos aqui que não eram pra estar no reabi, eu mesmo não tenho cacife pra trabalhar com eles...porque trabalhar com psicótico num grupo com mais de oito pessoas não dá ...é humanamente impossível...você põem 8 pessoas no grupo você demora uma hora, uma hora e meia pra você conseguir atender todo mundo... último grupo [...]não....psicóticos...o reabi é isso...o reabi os 83 tem comorbidade...a maioria com esquizofrenia paranoide...mas são 83 psicóticos...então é muito duro...tem dia aqui que aquela sala grande toda lota e ainda precisa sair pra pegar mais cadeira...um cheiro horrível, sabe...o cheiro é ruim, outros que não lembram de mim...tem um que está quatro anos comigo e fala que meu nome é Roberto...eu escrevo reabi 2 no grupo, reabi 2 no cartão dele, o Il aquele romano, então ele acha que aquilo é Roberto...não adianta ele me chama de Roberto...seu nome é Roberto, está escrito aqui...eu escrevi Alécio e ele leu Roberto [...] no reabi o cara não sai daqui, sem medicação...é avaliar, é saber o que está fazendo mal... é sempre assim, ele não sabe que dia é hoje, já está confundindo, a maioria não sabe que dia é, alguém traz e deixa aqui perto...tem um cara que entra dentro do armário todo o dia...toda semana ele entra dentro do armário e está medicado, entendeu?...então é um grupo que é muito estressante...você não vê ele sair e a maioria do pessoal que vai trabalhar comigo acha que...e adivinha, eles põem os mais novos junto comigo no grupo...(risos) [...] LÉO – Entrevista Piloto

Lívia: “ [...] Ah existe porque a gente tem um problema grave, a gente trabalha com uma linha tênue entre o paciente que tinha uma comorbidade e exacerbou por conta do uso, ou que adquiriu comorbidade por conta do uso, é uma linha tênue [...]”

Neste trecho Léo relata algumas dificuldades enfrentadas no atendimento a pessoas que além do uso abusivo de drogas possuem outras comorbidades tais como psicoses. Lívia trará a questão da comorbidade como algo que pode se desenvolver após o uso indevido de drogas, como também pode ser o causador do uso abusivo.

- Questão da dependência:

Rebeca: “ [...] às vezes me sinto impotente, diante das situações, tanto do que a gente pode fazer enquanto instituição, quanto individualmente, pela questão da dependência, não sei se ficou claro, se é isso [...]”

[...]mas a gente não pode dizer mal sucedido, eu acho que a dependência química não dá pra dizer mal sucedido, porque ele é tão assim, uma curva

de Gauss, então é difícil você falar que foi mal sucedido, eu acho que assim era o momento dele que não estava preparado para dar seguimento ao tratamento, talvez um outro momento ele consiga, naquele momento ele não deu conta, acho que eu avaliaria mais dessa forma, mas não como mal sucedido, respeitando o momento do paciente, naquele momento ele não estava preparado pros cuidados que a gente oferecia, talvez um outro momento ele consiga [...] Eu acho que é mais ou menos isso, é o momento de cada um, como nós na vida, tem coisas que a gente até quer fazer, mas a gente não faz, pensa, não decide, deixa para amanhã, passa o tempo, e aí com a dependência é difícil mesmo né, porque as vezes a droga se torna [...] então é isso, não sei se são mal sucedidos, eu acho que é o momento do paciente, eu vejo muito isso na dependência química, não é o nosso momento, é o momento dele e a gente tem que estar aqui para acolher, só isso, e respeitar quando eles estiverem prontos pra receber o que a gente pode dar, os cuidados que a gente pode dar, não negligenciando, claro, por isso tem as V.D's, os apoios matriciais, as discussões de casos nas UBS, mas respeitando o que o paciente decidir, não dá para decidir por ele [...]
LÍVIA

- Resistência do paciente:

Lívia: “ [...]tirando esse caso específico do óbito, mas acho que é isso que eu avalio, que são pessoas mesmo que ficam em situação de vulnerabilidade, de rua, em uso e não conseguem [...]”

[...] Vários repetem isso né, e ficam aí, "juiz já pediu um relatório, quando é que, o que que você vai escrever? Isso que eu estou te falando vai sair no relatório? " tem muito isso[...] não tinha como, nesse período surgiu um CAPS AD, eu tentei fazer a transferência dela pra lá, de que forma, ela poderia continuar vindo aqui, a gente ia fazer um atendimento compartilhado, alguma coisa assim até que ela fica lá, ela não gostou ela frequentou por um período não quis ir mais, quis voltar aqui, porque a gente sempre quis intensificar o projeto dela aqui, quando ela ficava mais grave a gente queria intensificar só que não dava por conta da distância [...] É mais difícil quando o paciente vem por uma determinação... a minha experiência que é de alguns casos, eles chegam já ou mostrando "eu estou aqui por conta do juiz e não quero estar" ou tentando fingir que "super quero estar aqui para que você coloque logo no meu papel que está tudo bem, que eu estou fazendo tudo direitinho". Então das duas formas eu entendo como uma resistência ao tratamento e que a gente vai cuidando disso, tentando sensibilizar para o problema, sensibilizar para a situação, e às vezes dá certo e grande parte das vezes não dá [...] REBECA

[...] teve épocas aqui que as pessoas vinham armadas aqui na porta, fechavam a rua com a arma na mão, como é que alguém pode se tratar desse jeito né? Que tratamento é esse? [...] agora tem paciente que vem pra cá pra “passar um pano”, como eles mesmos falam... passar um pano em casa, pra ficar bem com a mulher, ficar bem com a mãe, ficar bem a família, encaminhamentos, tem alguns lugares pra cá, então com esses as vezes a gente não se sente valorizada e sabe que eles também não tão aqui por isso [...] Alguns né, porque nem todo mundo vem pra cá porque quer se tratar, então os que realmente às vezes quer, ou até que não quer e no decorrer passam a querer [...] SANDRA

[...] que tinha baixa contratualidade com a gente aqui, caso difícil de, tinha que fazer várias vd's porque ele não aderiu e aí foi, tinha problemas clínicos

também por conta do álcool e aí foi [...] fizemos várias intervenções, acho que todas as possíveis, chegou a ficar internado [...] ANTONIO CONSELHEIRO

Neste subtema a(o)s participantes irão associar a resistência da pessoa atendida em aderir ao atendimento ou por conta da vulnerabilidade em que esta pessoa está exposta, seja por estar em situação de rua ou envia em atividades ilícitas, como no exemplo em que Sandra descreveu pessoas que iam armada ao CAPS, ou por procurarem o tratamento por determinação judicial, ou seja, involuntariamente.

- Dependência da pessoa atendida à instituição:

[...]e aí eu fiquei pensando será que isso é bom ou isso é ruim? porque a gente não consegue deslocar o paciente pro território dele, para um cuidado mais próximo, porque eles consideram que a gente e dá conta aqui que é legal, que é bacana, então tem o lado positivo e negativo [...] LÍVIA

[...] E aí a gente falou: “ah você poderia ir mais perto da sua casa tal”, na época não existia nem CAPS AD Sapopemba o mais próximo era ou São Matheus, ou ir pra Mooca, que era longe também, aí ela acabou ficando na época, o gerente daqui foi logo na fundação do CAPS, bom então deixa ela ficar, se ela quer ficar, e o marido também queria, porque ela já tinha passado por vários lugares e nunca aderiu a nada e aqui ela estava querendo voltar, ela estava querendo vir [...] SANDRA

[...]é uma coisa muito fora, não está aqui, se bem que não na pratica né, as vezes tem muito paciente que, enfim aí acaba ficando muito... se acomodando muito no CAPS, mas eu acho que deveria ser uma coisa mais...a desconstrução dessa relação assim muito próxima com o CAPS eu não acho bom [...] ANTONIO CONSELHEIRO

Aqui é apontada a dependência de usuários ao serviço, seja pela resistência em ser transferido para um CAPS mais próximo da região de moradia, ou pelo que Antonio Conselheiro destacou como uma acomodação da pessoa ao CAPS, ou seja uma relação muito próxima à instituição, o que ele considera como inadequada.

Notamos que toda(o)s a(o)s participantes trarão inúmeros obstáculos e dificuldades na atuação dentro do CAPS e que muitas delas irão interferir diretamente não só na execução das atividades desenvolvidas dentro da instituição como também na formação das representações sociais não só das pessoas atendidas mas também no uso de álcool e outras drogas.

Os obstáculos ligados a infraestrutura além de não oferecer um espaço adequado a(o)s trabalhadora(e)s, não irão proporcionar espaço acolhedor e

comunitário à pessoa atendida, prejudicando assim sua inserção e integração social e familiar, conforme as diretrizes da Política de Saúde Mental e de Atenção Integral ao usuário de álcool e outras drogas. Há ainda, nestes equipamentos visitados, a ausência de locais para repouso e desintoxicação ambulatorial, não só por não serem do tipo III – apenas um dos quatro visitados ofertam serviço 24 horas – mas por não terem espaços físicos adequados.

Outra dificuldade apontada por muita(o)s da(o)s participantes que considero como fundamental na atuação no CAPS está ligada a falta de formação, capacitação e supervisão adequada. Muitos dos relatos estão ligados a pessoas contratadas que são despreparadas e que desconhecem não só as diretrizes em saúde mental, mas também as questões ligadas ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

O Ministério da Saúde, em 2004, apresentou a Educação Permanente em Saúde *“como uma ação estratégica, capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde, para organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre os sistemas de saúde e suas várias esferas de gestão e as instituições formadoras”* (BRASIL, 2004), e considerou o campo da Saúde Mental como prioritário na política de educação permanente, porém a maior parte dos municípios não incluiu em seus projetos as equipes de saúde mental como público alvo deste processo de educação. (CFP, 2013)

A educação permanente está muito além de treinamentos centrados em teorias e técnicas para o desenvolvimento de habilidades específicas. Ela objetiva o desenvolvimento do profissional como um todo, com a finalidade de ajudá-lo a atuar de modo efetivo e eficaz no cotidiano de seu trabalho. Instrumentos como participação em supervisões, discussão e construção de casos clínicos, realização de assembleias com os usuários, criação de fóruns de discussão, rodas de conversas, reuniões de equipes são ferramentas importantes que contribuem para desenvolvimento profissional. Estratégias que se efetivam como democratização das relações entre os trabalhadores, conferindo a todos eles, independente de sua formação profissional, o direito de voz e voto, produzem maior responsabilidade do profissional diante do usuário e do projeto de trabalho e, nessa medida, contribuem para a sua qualificação profissional. (CFP, 2013, p.115 e 116)

Deste modo, notamos que os CAPS e em especial os CAPSad no que se refere a formação e capacitação profissional tem muito ainda no que avançar, sendo esta uma responsabilidade não só da(o) profissional, mas também, e principalmente, dos gestores.

CAPÍTULO 6

A ATUAÇÃO DA(O) PSICÓLOGA(O) NO CAPSAD

6.1 Descrição das atividades realizadas no CAPSAd

Nesta categoria a(o)s participantes irão descrever quais as atividades que cada uma desenvolve dentro do CAPSAd. Algumas atividades, conforme será apontada, serão desenvolvidas exclusivamente pela categoria da Psicologia e algumas que serão de competência de toda(o)s a(o)s profissionais da equipe.

[...] eu tenho, eu sempre trabalhei com várias coisas, agora eu trabalho... aqui eu fiz um programa que é um projeto das mulheres um trabalho pra trabalhar mais com a rede, e outros programas e violência, programa de, tem programas políticos, também hoje tem mulheres que passaram por aqui e hoje são pessoas que estão trabalhando nesses projetos estão bem e que começaram... estimo muito assim a participação de por exemplo, participaram de assembleias, participaram principalmente da... de levar a fé, de ter um trabalho bom quando se trata de conselho municipal de saúde...do conselho da unidade de saúde [...] ANA – Entrevista Piloto

[...] Eu faço, atendo plantão, grupo terapêutico, faço um...quatro grupo de relaxamento, que é hipnose e relaxamento físico né, relaxamento muscular e relaxamento mental, interrupção é de relaxamento muscular aqui...eu faço grupo com relaxamento...a maioria é pra tabagista...é legal, é muito legal...então o Dr. Jeferson e eu estamos num grupo...e a gente tenta trabalhar o desmame...tirar o remédio...e aí pra tirar o remédio o melhor é o relaxamento...quinze minutos de relaxamento equivalem a duas horas de sono... então a gente vai diminuindo o Diazepan do cara ele manda para o relaxamento...que nem hoje eu fiz um grupo..amanhã eu faço mais um [...] LÉO – Entrevista Piloto

[...] Bom, grupos né, atendimentos individuais; grupos, eu participo do núcleo que trata da prevenção à violência seja de qualquer gênero, trabalhar com território, trabalhar ampliando a rede de cuidados do território que a gente trabalha [...] Então é isso, é trabalhar em grupo, família, visitas domiciliares, trabalhar no território, poder ser inserida na comunidade, fazer trabalhos de sensibilização, de prevenção para jovens, para adolescentes, para crianças, é ampliar esse repertório aí dentro da comunidade que você atua [...]Então, eu já fiz em empresas aqui perto, eu já fiz, independente do meu serviço, em hospitais, palestras para as pessoas que frequentam hospitais, que nunca ouviram falar, não sabem nem como lidar com dependente químico, já até prevenção, por exemplo, da saúde bucal, o quanto o tabaco afeta, podendo ser em um câncer de boca e tal, então no território, foi nas UBS's e empresas que atuam no território, e a gente amplia também para escolas, se pedem, enfim, para vários lugares que solicitam que a gente possa estar junto [...] LÍVIA

[...]No CAPS a gente faz acolhimento, então a pessoa chega, você vai oferecer o atendimento, então faço acolhimento, faço atendimentos individuais como referência dos pacientes, faço atendimento psicoterápico quando há necessidade, tem essa especificidade, faço atendimentos nucleares, com os familiares dos pacientes junto com o paciente, ou só da

família, orientação familiar, a gente faz muito grupo [...]então faço grupos terapêuticos, ajudo em oficinas quando precisa, então eu faço grupo de álcool, grupo específico de drogas, mas isso é como a gente chama, mas são terapêuticos, a gente faz atividades externas com os pacientes, tem um grupo no albergue que a gente faz aqui, que é para oferecer[...] que a rede saiba que existe esse trabalho pra chamar os pacientes, tanto pra tratamento, quanto para discutir temas com eles, de saúde, de cuidado, em geral, abordagem de rua, não é uma coisa que atualmente eu faço, mas é algo que já fiz e quando precisa a gente faz, visita domiciliar, matriciamento⁵, apoio matricial, nas UBS's, discussões com a rede, acho que é isso que eu faço aqui no CAPS as minhas funções, fora as reuniões de equipe e de rede, mas com os pacientes é isso [...] REBECA

[...] Que eu faço aqui? Eu faço grupo, grupos né, variados, psicoterapêuticos, grupo com mulheres, grupo de álcool, masculino, grupo de outras drogas, fazia oficina de música, a gente acabou fechando agora porque nós estamos com muito pouco pacientes aqui, faço matriciamento, participo de reuniões externas, visita domiciliar, faço relatórios, acho que é isso, que eu me lembro é isso, atendimento individual, acolhimento de pacientes que chega, avaliação [...] SANDRA

[...]Então né, o acolhimento, hoje em dia né você fala? Eu já fiz grupo de família, mas hoje eu não faço mais, enfim, acolhimento, os grupos terapêuticos, faço oficina, uma oficina também, e os atendimentos individuais né, psicoterapia individual, tem que ser breve, mas também, o matriciamento, logico, o que mais... Sim visita também [...] ANTONIO CONSELHEIRO

*[...] eu faço grupos no CAPS que não são grupos que eu poderia dizer como grupos específicos da psicologia né? Eu acho que aqui a gente consegue ter um consenso de que as coisas, elas são feitas por técnicos de saúde mental, então faço grupos com a T.O, faço com o educador físico... então eu tenho feito grupo de prevenção de recaída [...] eu faço grupos de saídas, faço grupos de famílias, eu faço alguns acompanhamentos terapêuticos, faço matriciamento em UBS que é bastante interessante, que é você pensar na saúde mental dentro da atenção básica, eu faço um projeto que se chama CAPS na rua, que a gente faz abordagem de rua para as pessoas em situação de rua aqui no território, na verdade a gente faz muita coisa [...]*Fazemos visita domiciliar, a visita domiciliar eu acho que é uma ferramenta bastante interessante assim [...] Sim esse projeto que eu te disse do CAPS na rua a gente faz com a assistência social, com o SEAS que aquele equipamento ele faz serviço de abordagem de rua a gente tem feito junto com eles, a gente faz reuniões com eles, tem sido bastante interessante, a gente faz reunião com o centro de acolhida, porque os nossos usuários que causam lá também, porque é o cara que vai chegar alcoolizado, que vai chegar cheirado lá no centro de acolhida e como é que

⁵ O matriciamento ou apoio matricial é um dispositivo de um conjunto de estratégias fundamentais no processo de construção e de transformação na Assistência em Saúde Mental, incorporado pelo Ministério da Saúde como estratégia de gestão para construção de uma rede ampla de cuidados em saúde mental, modificando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para a lógica de coresponsabilização. O apoio matricial se constitui em uma proposta de articulação da rede de saúde mental com as unidades básica de saúde, facilitando o direcionamento dos fluxos de rede e diversidade de ofertas terapêuticas através de um profissional de saúde mental que acompanhe sistematicamente as UBS (Ministério da saúde, 2007)

eles lidam com isso, e é o tempo todo, a gente ouvindo coisas do tipo, “ah porque esses usuários aí de vocês”, aí a gente “não, é nosso né”, que é os nossos usuários que dão problemas [...] JOANA

De modo geral, as atividades desenvolvidas nos CAPS serão atendimento grupal e individual, visitas domiciliares, apoio matricial, assembleias, oficinas, reuniões de equipe e de rede, atividades externas, algumas relatam fazer abordagem de rua e atividades preventivas.

6.2 Critérios para realizar o trabalho no CAPSad

Separamos uma categoria de critérios das atividades realizadas nos CAPS, pois apesar de não enfatizarmos sobre esta temática nas entrevistas, em alguns momentos as participantes descreveram como escolhem um tipo ou outro de atividade com cada pessoa, ou mesmo em que momento deverá realizar o encaminhamento para outro serviço ou articulação com a rede.

- critério para formação de grupo:

[...] e aí o grupo foi aumentando, tive que pegar o reabi e dividir em quatro, o único jeito de trabalhar com eles é a cada quinze dias....então o pessoal vem hoje pra dar o das 13:30 às 14:30 e o outro vem das 14:30 às 15:30 e na outra semana eu tenho outros dois, não é aqueles, fazer a cada 15 dias...e aí foi crescendo...queriam criar mais um reabi...não faz isso...porque se fizerem vão ficar sabendo lá fora e cada grupo vai ter 83, você pode ter certeza...e quando começou a dar trégua, alguns eu consegui mandar pra terapêutica mesmo com uma comorbidade, então o cara ia melhorando, parava de usar, então já conseguia manejar...vai pra terapêutica...ou então... aí quando o cara melhorou a gente manda pra terapêutica...melhorou, ele está estabilizado e aí ele vai pra terapêutica, caiu, aconteceu alguma coisa, volta pro reabi... então ...o reabi é isso [...] LÉO – Entrevista Piloto

[...]mas não tem assim uma regra, tem que ser dessa forma, por exemplo tabagismo, quem fez o curso de tabaco, aí não tem como, quem fez pelo INCA tal, aí são essas pessoas específicas, no caso aqui a gente tem a T.O, tinha uma psicóloga, que foi a que saiu, tem a farmacêutica que participa, tem um médico, então né, mas sempre entra os médicos, todos participam de algum grupo aqui, e os grupos sempre são parcerias, ou com oficineiro, ou com um técnico que não seja só o psicólogo, as formas, com exceção dos educadores físicos, né que são mais específicos para práticas físicas, mesmo assim por exemplo, eu faço meu grupo com uma educadora física, e é muito legal né, porque as vezes ela entra com a parte dela, que é a parte física, e a gente está trabalhando uma questão psicológica mas dá pra lidar com o físico, “ah vamos fazer um relaxamento, vamos fazer um alongamento, vamos melhorar isso”, e aí acho que dá pra compor bacana dessa forma, não sei se eu respondi, né mas acho que é legal, então as escolhas são assim, é pela identificação que as pessoas vão tendo [...] LÍVIA

[...] a gente faz um grupo que chama grupo de referência, que é onde a gente faz o, é a mini equipe, que é a responsável por uma parte do território aqui da gente, e essa mini equipe, a gente recebe os pacientes que estão aí vinculados a esse território e faz um monitoramento de como está o projeto terapêutico deles, como é que está o andamento disso, com a equipe inteira [...] JOANA

- critérios para atendimento no grupo:

[...] porque é isso que eu faço no meu grupo...você entrou, primeiro as regras do grupo....não pode vir intoxicado no grupo, não pode trazer drogas aqui pra dentro, se trouxer guarda lá fora, quando sair, pega, não vou proibir de usar nunca...mas se tiver intoxicado vai para intervenção médica...se estiver aqui vai ter que respeitar, esse é meu lema...agora tem gente que se eu falo que eu tiro o cara que está chapado do grupo ele quase me bate aqui dentro, mas eu tiro, no meu grupo não fica e é contrato deles e ele vê, ele já conversou com o grupo, eu não faço isso porque eu não gosto do cara...eu faço exatamente porque eu gosto dele... você me abandonou...eu não te abandono, mas aqui no grupo você não vai ficar, vai se desintoxicar e semana que vem a gente vai conversar de novo sobre isso [...] LÉO – Entrevista Piloto

- Critérios de definição para referenciar o paciente em um ou outro serviço da rede (Matriciamento):

[...]eu acho que o maior trabalho é nas unidades básicas de saúde, quando você entra para fazer o que a gente chama de apoio matricial, a onde você vai trabalhar com eles e vai fazê-los entender que, por exemplo, que um usuário que ele é um abusador de álcool, ele pode ser tratado na unidade básica, não precisa vir para um serviço especializado, que dá para dar esse cuidado, que dá pra ter esse olhar. É também você poder ajudar os outros colegas de profissão que você vê da área da saúde que tem muita dificuldade de lidar com a dependência química [...] LÍVIA

[...]Eu não acho que tenha alguma situação que não é possível de ser atendida aqui, mas eu acho que tem certos casos que a gente tem que pensar pra além do CAPS, se não a gente fica muito centralizado no CAPS como se o CAPS fosse resolver os problemas e esquece que se tem uma rede de saúde, que se precisa pensar essas pessoas em integralidade, eu tenho um caso que eu compartilho com uma UBS aqui do território, que é um caso que eu não acho que é adequado ele estar aqui [...] e vai sempre lá que é uma UBS integrada com o AMA, pediu diazepam e o caso ninguém está aberto a escutar porque ele é o bêbado, ele é uma alcoólatra então não acho que é um caso pra estar em um CAPS num grupo de prevenção a recaída, não é esse um caso, então a gente vai com o cara no território dele [...] JOANA

- Critérios na equipe para realizar o apoio matricial:

[...]então pra você ter uma ideia, a gente tem conversas com nosso hospital de referência todas as quintas feiras, que vai uma profissional daqui, provavelmente uma enfermeira, às vezes vai a médica ou um outro técnico, mas normalmente vai uma enfermeira, cada um fica pra uma função, por exemplo eu participo do núcleo de prevenção a violência, então algumas reuniões a gente circula, por exemplo para saúde mental, cada vez vai um, mas algumas reuniões são alguns profissionais [...] LÍVIA

- Critérios para realizar a visita domiciliar:

[...]Casos assim, como é que o CAPS funciona, a gente acompanha, cada técnico ele tem um número de pacientes que ele acompanha, quando esses pacientes, principalmente os mais graves, eles começam a faltar, não vir, a gente tenta uma sensibilização por telefone, se a família diz: “olha não está, está em uso e tal” a gente marca uma V.D e vai visitar, vai ver como está, e a gente vê que isso as vezes ajuda muito, ele fala: Nossa, você veio até aqui, Nossa você veio saber como eu estou, e isso faz toda diferença. E há casos que às vezes são por demandas judiciais, nem chegaram para nós, e já tem que fazer V.D, há casos que a gente tem que ir em outra cidade, porque ele está em uma comunidade, mas quando sair vai vir para cá, por que é de um território, enfim é nos mais diversos casos, aí depende da situação [...] LÍVIA

[...] Acho que depende muito né, tem muitos casos, por exemplo, paciente que a família vem mas o paciente não vem, então a gente faz uma visita para conhecer essa pessoa e sensibilizar pro tratamento, a gente faz visita quando o judiciário pede, que aí a gente tem que dizer pra o que que a gente está lá, a gente faz visita em apoio matricial pra conhecer a realidade do paciente e acrescentar isso ao seu tratamento, então para se apropriar mais do caso, conhecer a dinâmica da família, a gente faz visita quando a gente quer pensar o que mais que a gente pode fazer por esse caso e se aproximar, então depende, tem várias razões aí, pelas quais as visitas são feitas [...] REBECA

[...] Às vezes pacientes que deixam de frequentar o CAPS aí a agente tenta ir na casa, saber o que aconteceu, porque as vezes a gente não consegue falar com o paciente por telefone aí a gente vai na casa pra saber o que que aconteceu, pra tentar conversar pra tentar voltar para o tratamento, as vezes eu faço visita pelo matriciamento, que eles fazem algum caso na UBS, que eles querem que a gente visite também pra ter uma outra visão, então a gente vai também para a UBS fazer visita, acho que é isso [...] SANDRA

[...] Assim a gente acaba fazendo visita para a busca ativa, também né, assim caso o paciente que por algum motivo não está vindo ao serviço, ele está, o paciente preenche os critérios para estar aqui, ele foi acolhido tem, foi avaliado, e tem um projeto Terapêutico, um momento ele por algum problema ele, alguma questão, ele não aderiu, alguma coisa assim, e aí a gente faz, pelo menos, uma busca ativa por conta disso. E também por outros motivos né, ou prabusca ativa, ou pra se entender melhor, um contexto que ele vive e as relações, compreendendo a isso, é essa questão [...] ANTONIO CONSELHEIRO

- Critérios para quantidade de caso por técnico:

[...] mas a gente tenta pelo menos manter essa média pra poder dar um atendimento legal, ele não ficar com tantas referências que ele possa lidar, possa conversar, possa acompanhar, porque você ter muitos pacientes fica complicado para você fazer isso [...] LÍVIA

- Critérios para o técnico coordenar grupo:

[...] Não, tem o técnico base, que coordena e que conhece o que vai ser dado e um técnico que acompanha para ajudar, por exemplo, se falta para

saber que alguém vai cobrir, mas isso é sempre resolvido assim, mesmo que falte, ah eu entro, eu faço, então existe essa colaboração bem bacana aqui [...] LÍVIA

- Critério para referenciamento dos casos:

[...]Não tem referência, é pelo acolhimento, se eu acolher essas dez hoje eu fico com essas dez referências [...] Não, o paciente chegou, o CAPS é porta aberta, ele entrou aqui ele é acolhido, quem acolher fica como referência dele, mas compartilha-se com toda a equipe, não é, a gente fala referência dele mas não é do técnico, é do CAPS, só que o técnico acaba acompanhando mais próximo, porque é a primeira pessoa que teve contato com quem ele contou a história, com quem ele teve mais afinidade, a gente chama de referência pra poder ter uma referência mesmo a quem ele busca, quando ele está né, mas se ele chegar aqui se você tiver acolhimento, eu não estou e você está, você vai acolher, vai conversar ele é meu mas você pode acolher normalmente e conversar e dar suporte ajudar isso não tem uma regra fixa pra isso[...]Tem, cada dia um tem, mas tem a escalinha, e aí cada dia é um que fica responsável, mas tem, normalmente como nós trabalhamos muito damos um pouquinho esse modelo, ficam dois, porque se um falta, se tem alguma coisa, a gente sabe que tem um outro que cobre, então fica um principal que fica com acolhimento inicial e o outro fica no re-acolhimento de pacientes que estão voltando, mas procura-se ter dois para cobrir as possíveis faltas, enfim né, as adversidades que acontecem aí [...]que assim, me parece que, a gente teve a pouco tempo uma colega que veio cobrir uma outra de licença, e ela falou assim, nossa vocês reclamam daqui, vocês não viram na minha região, que a minha região é o contrário, porque ela era de um CAPS adulto e ela tinha que compartilhar com o AD, assim tentar atender, e assim totalmente não, não, e AD é AD, adulto é adulto, e vamos conversar, fiquei nossa gente o que é isso, coisa louca, ela falou, não vocês estão no céu aqui, porque tem lugares piores, falei meu Deus né, enfim [...] LÍVIA

[...] Então, é difícil falar né, porque aqui no SUSa gente atende tudo, o que tem AD e tem a, preenche critérios pra dependência química alguma coisa, a gente já teve tudo né, as questões, tem as questões do ECA tudo mas, a gente atende tudo né, que não tem que pensar assim restrição, não tem restrição, vamos dizer assim então tem todas as idades, sexo, com comorbidade [...] É, as vezes tem, o que é comum é adolescente, que vem com Medida Socioeducativa,e aí vem com essa demanda aí que é uma demanda própria do adolescente se tratar, é uma demanda familiar uma demanda judicial, tem alguns casos que tem, quando entra a descrição as vezes do, aí quando entra o conselho, quando entra vara da juventude, alguma coisa assim realmente também vem [...] ANTONIO CONSELHEIRO

[...]Não, não é nem um pouco rígido na verdade, mas a gente só lança como uma proposta às vezes quando a gente percebe que ou é melhor ou é mais perto, mas uma vez que o paciente diz que ele prefere fazer o tratamento aqui ele fica aqui [...] REBECA

- Critério para realizar o acolhimento:

[...]Não, normalmente não, assim todos os técnicos, todos fazem, só não fazem os auxiliares técnicos que são os oficineiros, os auxiliarem de farmácia, e os médicos, mas os outros técnicos, todos fazem acolhimento, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, psicólogo, T.O, educador físico, todos fazem [...] LÍVIA

- Critério para enviar o paciente para internação:

[...] Isso, e foram reduzidos, agora os pacientes só podem ser levados se forem casos clínicos, ele pode até ser usuário, mas ele tem que estar gravemente no ponto de vista clínico, não do ponto de vista psiquiátrico [...]
LÍVIA

Notamos que nem toda(o)s a(o)s participantes definiram estratégias ou modos de executar as atividades desenvolvidas, mas a critério de organização ou mesmo melhor compreensão algumas delas detalharam os modos atendimento ou escolha da atividade ou encaminhamento da pessoa a outro serviço.

6.3 O papel da(o) psicóloga(o) na atuação no CAPSad

Nesta categoria veremos como cada participante vai definindo seu papel na atuação no CAPS, seja através de estratégias adotadas nos atendimentos, seja na descrição da atuação. Aqui já começarão a se delinear os modelos de atendimentos que cada psicóloga(o) adota na intervenção com as pessoas usuárias de álcool e outras drogas nos CAPS.

6.3.1 Descrição da própria atuação

- Atuação considerada adequada:

[...] eu acho, eles até tentam, eles entendem as necessidades, eles colaboram, eles estão juntos, de modo geral a gente segura as coisas, a gente funciona, pensa e age como uma equipe, isso é uma coisa importante ...não sou uma coisa que sou, separada isolada da equipe não... né, é um trabalho que eu sempre quis concretizar, fazer parte dos programas, todos envolvidos, todos saber... O porquê, da importância, de como se trabalha, sempre tive muito aberta para isso [...] eles até acham, eu acho demais por que eles me endeusam sim, eles atribuem a mim uma coisa que não foi minha, então eles atribuem a sua recuperação, sua melhoria, claro que eles percebem meu esforço, que tem um empenho, um esforço, porque é diferente quando se trabalha com objetivo, quando se trabalha consciente do que você está trabalhando e quando se trabalha naquilo que você sente prazer em fazer, e realmente Psicologia é uma coisa [...] ANA – Entrevista Piloto

[...] como eu percebo minha atuação? Ah eu não percebo muito não, é que na verdade eu nem penso entendeu? Assim, eu acho que é uma coisa individual, eu tenho a minha e a dos outros...é muito gratificante, é legal...eu sou...como te disse como psicólogo eu estou engatinhando ainda...eu trabalho com terapêutica há muito tempo, mas eu acho que a atuação é boa...é que infelizmente a gente não tem muitos[...] eu acho que a equipe que devia responder, mas eu acho que eles confiaram em mim, quando eu vim pra cá, eu não sei ao certo o tempo...mas eu já cheguei me apresentando como dependente químico, e quando eu cheguei...aí começaram a ...mas aí sei lá, eu vim muito.... tipo ninguém faz o

diagnostico, como médico, mas eu fazia e o doutor assinava embaixo..... o único cara que chegou...eu estou como auxiliar de almoxarifado na folha de ponto, mas o médico chegar e perguntar pra mim, saber o que eu acho, eu achei muito bom...eu montei um grupo aqui só de Benzo, dependentes de Benzodiazepínicos ...ele já começou lá do outro lado, manda o Alécio para lá.... ele tem um certo respeito...o que é mais raro acontecer nas equipes é alguém te ouvir né, mas ele te ouve, o que eu falo ele escuta, eu acho que é bem legal...entrei como aluno dele e saí dando pancada, foi bom...eu acho que ninguém é melhor que ele...quando foram contratar os dois psicólogos para cá a chefia veio me perguntar se eu conhecia alguém, eu tive indicar e eles me deixaram encarregados de entrevistar-los e eu não era psicólogo e eu que entrevistei, eu que falei o que eu achava que era importante...foi muito bom...eu achei o máximo entrevistá-los. não tinha nem começado a faculdade ainda ... e na verdade não tinha começado nem a faculdade e fui eu que assinei o estágio do Almir e da Bete...fizeram estágio comigo, na sala comigo [...] aquela pergunta... essa não existe mais...você pode falar o que quiser, mas isso nunca..mas muitos, muitos me procuram aqui por conta disso...muitos preferem procurar por mim do que alguns técnicos...pelo menos o meu papel...eu não gosto de falar muito ... quem fala aqui ...ai paciente meu...nunca mais esse cara vai pra outro grupo....mas eu sou...eu tenho muitos, nossa...eu atendia 44 grupos aqui, agora é bem menos, agora chega ...mas eu já cheguei a atender 44 grupos...agora não, agora eu estou numa boa...desde quando eu cheguei [...] LÉO – Entrevista Piloto

Sandra: “[...] Eu acho minha atuação boa, poderia ser melhor, é uma boa atuação, eu sou uma pessoa que gosto da área, procuro estudar, em palestras sempre que possível [...]”

[...] acho que eu contribuo com a equipe, e é logico tento saber se há uma relação, uma boa relação com a equipe, são várias categorias, uma relação complementar, é uma relação horizontalizada [...] sempre que vê que elas tem um pouco da categoria então vai as vezes os técnicos não psicólogos encaminham ne pra, alguns pacientes pra mim, por conta ai da questão da psicoterapia individual então acabam encaminhando, se as vezes eles encaminham também, não é que eles não confiam, não é uma condição mas, de certa forma tem uma certa confiança porque se não confiasse no meu trabalho não encaminhariam tanto né, sei lá, ou nem encaminharia direto [...] ANTONIO CONSELHEIRO

Ana atribui sua atuação como adequada associando a melhora dos pacientes, Léo associa a sua atuação à relação de confiança que os colegas depositam nele, pois conforme dito anteriormente ele possui cargo de auxiliar de almoxarifado mesmo atendendo como psicólogo nos grupos e individualmente. Sandra justifica a sua atuação como sendo boa por gostar da área e estudar sempre que possível. Antonio Conselheiro atribui sua atuação como boa por acreditar contribuir com a equipe, além de como Léo, possui relação de confiança com os colegas.

- Atuação ampliada para além da Psicologia:

[...] enfim, acho que é muito amplo né, acho que se você buscasse teria muitas coisas para fazer, não dá pra você ficar só no: " ah eu sou psicóloga e só vou fazer isso" , acho que é poder ampliar e trocar com outras pessoas, com seus saberes, com suas vivências, e até com o próprio paciente [...] LÍVIA

[...] então contando rápido assim, passei uma vez com um adolescente de uns 15, 16 anos porque ele com o pai de bicicleta, eu olhei fui e conversei um pouco com o pai e com o filho "ah vamos dar uma volta de bicicleta", peguei montei na bicicleta do pai e fui dar uma volta com o adolescente por aqui, é interessante porque é uma coisa que foi surgindo algumas coisas nado espaço, então você não precisa nem perguntar, e eu acho que tinha que ser um pouco assim, mas eu achei isso né lógico que tem os seus limites né, mas não para ser muito formal, não dá para ser muito formal, na minha opinião [...] Acho que é para todos né, acho que o pessoal espera que as pessoas comentem um pouco, tem que ser criativo às vezes nos atendimentos [...] ANTONIO CONSELHEIRO

[...] Eu acho que a atuação de CAPS AD, ela tem uma coisa muito específica do AD, que é essa coisa da clínica do espontâneo, você tem que ter, saber muito lidar com o imprevisto não dá pra fazer grandes planejamentos e achar que isso vai dar conta da necessidade desse sujeito, e essa coisa de você lidar com o espontâneo, de você ter que ser criativo e poder ver o sujeito também desenvolvendo isso né [...] então eu acho que a nossa atuação como psicóloga é muito pensando em ressignificações as vezes muito, tanto quando um fazer, um concreto mesmo de ir e fazer com o cara, de ir ver outro território com o cara, poder estar com ele nesses espaços de pensar esses sentidos da vida com uma maior amplitude né, vou colocar um cara sentado aqui na mesa pra conversar que é uma grande maioria das vezes isso não faz sentido, então eu acho que é uma clínica mais ampla que você tem que conversar muito, dar uma interface muito maior mesmo com as outras especialidades e eu acho isso bem interessante no CAPS assim o quanto a psicologia ela é muito entrelaçada com as outras especialidades e isso vai tendo uma linha bonita assim , mas acho que o profissional tem que estar aberto a isso[...] JOANA

Neste subtema podemos notar o modo com que cada participante foi descrevendo sua atuação, o modo com que cada uma vai significando o seu papel dentro do CAPSad no atendimento a pessoa usuária de álcool e outras drogas. Sobre a atuação ampliada, cada participante descreverá as estratégias escolhidas de acordo com a demanda que cada pessoa trará para o atendimento. Aqui podemos destacar as contribuições da estratégia de redução de danos que permite com que a profissional possa ampliar o cuidado de acordo com a necessidade de cada pessoa que buscará o atendimento em decorrência do uso abusivo de drogas, não sendo assim determinado um modo único de atendimento e tratamento no CAPS, respeitando a singularidade e história de vida de cada pessoa atendida.

Nesta perspectiva, de acordo com as contribuições de Sodelli (2013), devemos lembrar que ao trabalharmos com a redução de danos devemos considerar

que as experiências dos usuários de drogas nem sempre serão solitárias ou voluntárias, mas realizadas no interior de uma história, de um contexto socioeconômico, imerso em momentos socioculturais e vinculados a sistemas familiares e sociais. Assim, este uso não poderá ser entendido como decorrente da mera vontade e sim na inter-relação e interdependência existente entre o usuário e o contexto social.

6.3.2 Estratégias no atendimento a paciente

- promover conscientização:

[...] que é da conscientização, da gravidade que é o tabagismo, e de incluir o tabagismo dentro dos modelos e tratamentos como o de outras drogas, e a expansão desses programas estava sendo bastante difícil, sempre...a princípio as ideias assustam, "mais um trabalho pra gente fazer", profissionais.... tem essa defesa, "não dou conta disso como é que vocês querem que se faça mais isso", e é um trabalho árduo porque é de toda situação que exigem um processo de mudança, e de uma conscientização e ampliação, abertura de modelos novos de se, formas novas de se atuar, mas com o tabagismo eu aprendi com o tabagistas, também foi uma experiência [...] ANA – Entrevista Piloto

- caminhar junto com o paciente:

[...] eu, eu tenho para mim assim, que você dê ferramentas pra que o paciente encontre o problema dele, se encontre com o problema dele e juntos ele possa resolver, seria isso...por que a gente faz o quê?...você dá a bicicleta e o cara tem que andar, só que as vezes você dá a bicicleta e o cara não sabe andar, então você tem que andar junto com ele um tempo, ou seja, é como na teoria do objeto do Winnicott...é mais ou menos isso...vai caminhando com ele e depois você desmama ...eu acho que o papel do psicólogo é esse, é caminhar junto até determinado ponto e liberar ele [...] LÉO – Entrevista Piloto

Ana trará o exemplo de tabagistas para falar sobre o processo de conscientização que para ela faz parte do papel da(o) psicóloga para que ocorra processos de mudança em relação a pessoa atendida. Léo trará como um dos papéis da(o) psicóloga(o) a atuação próxima a pessoa atendida, o que ele se refere como o caminhar junto com o paciente até que ele possa seguir sozinho, ou seja, alcance a autonomia.

- Tratar a pessoa utilizando a estratégia da redução de danos:

[...] mas acho que havendo um desejo, sendo possível imprimir um desejo, acho que qualquer caso é passível de tratamento quando a gente entende que tratamento é esse, tratamento na redução de danos, acho que o cuidado com o outro seja em qual esfera for, não é oferecer que ele pare de

beber, pare de usar drogas, mas é oferecer uma qualidade nas relações, uma qualidade na vida, então acho que quando a gente olha o tratamento desta forma eu acho que sempre é possível [...] REBECA

[...] primeiro de entender a lógica de vida dessas pessoas, a gente atende aqui muita gente de situação de rua que é uma outra logica um outro modo de vida e de lidar com as suas expectativas só que você acha que seria bom ou não, então não é, e acho que trabalhar com a redução de danos é isso, é você entender que o cara, beleza ele escolheu beber e a vida é mais que isso, vamos apenas então beber e o que mais que ele vai fazer, mas as vezes também te dá um nó na garganta porque você sabe que beber está fazendo mal pra saúde dele, e como é que você lida com isso, então acho que deve ter mais [...] JOANA

[...] mas é essa proposta aí de redução de danos, Reinserção Social, a questão da restauração da autonomia do paciente, eu acho que apostando muita dessa questão do protagonismo do paciente como sendo o eixo central dessa participação ativa do eixo central da vida dele no tratamento e essa coisa muito da rede, de tentar estimular ele, estimular o paciente a melhorar as conexões dele com as pessoas, com a rede [...] ANTONIO CONSELHEIRO

É interessante as contribuições de Rebeca, Joana e Antonio Conselheiro sobre a redução de danos. Rebeca trará como premissa a compreensão do tipo de tratamento que se deve oferecer no CAPS, não com foco na abstinência e sim na qualidade nas relações e na vida desta pessoa, ou seja, nas possibilidades. Joana vai focar na compreensão da lógica de vida de cada pessoa, ela vai trazer como exemplo as pessoas em situação de rua que para ela vivem em uma outra lógica, outro modo de vida, apesar trazer a preocupação em relação ao uso abusivo e os danos à saúde. Ela afirmará que tentando entender aquela pessoa, será um modo de lidar com as próprias expectativas quanto ao tratamento e as intervenções propostas.

Antonio Conselheiro definirá como proposta a redução de danos e a reinserção social como modo de restaurar a autonomia da pessoa atendida, apostando no protagonismo e na participação ativa da vida dele no tratamento e melhorar suas conexões.

Há nestes relatos uma aproximação com o modelo que Sodelli (2013) propôs como uma Redução de Danos Libertadora que irá proporcionar medidas amplas para prevenção e tratamento do consumo nocivo de drogas, direcionada a promover maior conhecimento de si, priorizando em última análise redução dos níveis de vulnerabilidade em relação ao uso nocivo de drogas.

- Atuação com olhar específico da Psicologia:

[...]mas é claro que a gente da psicologia vai ter o olhar da psicologia, mas esse é, é sempre buscando para esse sujeito a melhora dele na vida [...]Sim, a gente tem critério, mas não é uma coisa que eu possa te dizer de uma norma, a gente vai pensando muito na singularidade desse sujeito, aqui a gente preza muito por isso sabe? Da gente bancar e sustentar essa singularidade, que é uma coisa que acaba sendo bastante difícil na realidade, mas a gente tenta sempre pensar nesse sujeito, para ele o que que faz sentido dentro do CAPS, será que se nenhum grupo fizer sentido para esse sujeito então como é que vai esse projeto dele? É um projeto fora do CAPS, então vamos articular a rede, vamos ver que outros espaços esse sujeito está inserido, será que faz realmente sentido para ele uma psicoterapia? Um atendimento com psicologia? Ou algum profissional pode ter um ganho maior. Eu tenho alguns atendimentos de psicoterapia aqui, mas acho que vai muito do momento do perfil desse paciente [...] JOANA

[...]entendeu que ele precisava de uma psicoterapia e acabei ficando nesse papel de psicoterapeuta por aqui, por várias questões num foi, eu vou ser sincero, não foi algo muito comum não, pro SUS vamos dizer assim, mas a gente fez enfim [...] ANTONIO CONSELHEIRO

Joana irá definir a atuação específica da Psicologia como o *olhar que busca o sujeito*, a singularidade, de modo pensar no que faz sentido para ele no CAPS e fora dele. Ela e Antonio Conselheiro declararão que para algumas das pessoas atendidas é necessária a psicoterapia, o que eles irão definir a partir da necessidade e perfil de cada um.

- Realização de grupos de orientação familiar:

[...]Grupo de orientação familiar. No começo havia muita resistência, as famílias tinham muito a cultura da internação, e a gente aos poucos foi desmistificando o quanto o CAPS não tinha essa proposta, a proposta aí de poder ir e vir, não sair do convívio familiar, não sair do território, conseguir dar conta dentro das possibilidades [...] Mas poder sensibilizar, e a gente, para você ter uma ideia, a gente tinha grupos que começou com quatro, cinco familiares e hoje a gente tem em média nos grupos familiares quinze a vinte pessoas e temos dois grupos, então a gente tem em média mais ou menos quarenta famílias participando desse projeto. E é sazonal né, tem horas que aumenta, tem horas que diminui, mas em média vamos dizer que você teria isso aí durante um período, que acho bem bacana. E faz compreender e ajudar o paciente [...] LÍVIA

Lívia vai trazer o grupo de orientação familiar como uma estratégia no acompanhamento da pessoa atendida no CAPS, proporcionando além da sensibilização da família a convivência familiar.

- Promover debates sobre o tema de álcool e outras drogas:

[...] e acho que também o nosso papel promover esses debates da gente pensar isso porque a gente está falando de um problema que tem muita a ver com o social, a sociedade cria os bodes expiatórios depois fica

querendo enfim eliminar eles e a gente acho que todos esses essas são grandes questões do AD [...] JOANA

Neste subtema a ideia de desvio de Becker (2008) poderá nos ajudar a compreender porque os usuários de drogas se tornam como definiu Joana um dos bodes expiatórios da sociedade que os cria e depois os elimina. Conforme vimos anteriormente, o autor afirma que para que um episódio de comportamento seja considerado desviante é necessário considerarmos as pessoas e organizações envolvidas, assim o desvio sempre será considerado como uma ação coletiva. As relações produzirão regras e exigirão seu cumprimento, além de processos de imposição de rótulos sobre os que são denominados desviantes. Deste modo, por todo processo histórico de proibição de algumas drogas e controle do uso, mesmo das consideradas lícitas, tornarão àquele que faz seu uso de modo abusivo ou prejudicial um desviante.

- Atendimento individual:

[...]quando eu percebo que ele não vai aderir ao grupo, que ele pode fugir, eu passo a atender individual, eu vou dando essa assistência até que ele possa ir pro grupo, e aí fomos trabalhando, aí ele foi pro grupo e tal, e aí dei alta, com oito meses [...] LÍVIA

- Atendimento com a rede no CAPS:

[...] e aí o cuidado foi com ela, o cuidado foi todo com ela até a ponto da gente pedir pra médico atender aqui, nem ir para a UBS, para gente poder cuidar dela, e acho que isso fez toda a diferença, pra nós, pra ela, ela fala pra gente assim “meu filho não quis mudar, meu filho quis isso para ele, vocês fizeram tudo que vocês podiam, ele que não quis [...] LÍVIA

- Encaminhamento para a unidade de acolhimento:

[...] mas quando isso aconteceu a gente também já tinha tirado ele da casa e colocado ele na unidade de acolhimento⁶, e aí ele voltou ter a autonomia de vida, conseguir fazer as coisas, então ele estava todo endividado, porque ele não tinha responsabilidade mais de nada, ele não tinha quase mobilidade, passou aí por uma síndrome de abstinência super importante, e ele conseguiu parar com o uso de álcool, depois retomou o uso que a gente foi cuidando com uma redução de danos, hoje ele está totalmente abstinente [...] tentamos novamente a unidade de acolhimento, pensamos em várias ações de cuidado de projeto intensivo, mas que cada vez ele vem apresentando uma piora, e de um vazio, de uma falta de sentido e de um desejo, não um desejo claro de suicídio, mas de um não desejar viver e que tem um vínculo, então quando precisa de cuidado vem aqui [...] REBECA

⁶ Unidade de Acolhimento estão ligadas ao CAPSad e foram definidas anteriormente como Casa de Acolhimento que são voltadas para os usuários de álcool e outras drogas, inseridos na rede de atenção e que se encontram em extrema vulnerabilidade e risco.

Gostaria de destacar neste trecho que Rebeca conta que após o encaminhamento para unidade de acolhimento e o cuidado com a redução de danos a pessoa atendida se torna atualmente abstinente. Não ficou claro aqui se tal condição foi em decorrência da escolha da pessoa em se tornar abstinente ou se foi a estratégia utilizada no tratamento.

- Superar o estigma do dependente químico:

[...] e aí a gente foi traçando um caminho junto de tentar encontrar o lugar dele no mundo, na família, nos espaços, ele podendo ser além pra coisa do dependente químico, porque toda essa trajetória que eles vão tendo de tratamentos e de recaídas vai sendo muito marcada, até marcada corporalmente, que eu acho que a dependência química tem muito a ver com essa coisa do corpo e eles vão assumindo um papel de ser dependente químico, não é à toa que eles chegam no grupo falando eu sou João dependente químico, e aí a gente foi pensando quem era ele pra além do dependente químico que se apresentava nos grupos, e a partir disso poder entender os sentidos das próprias falhas, os sentidos das próprias repetições, o significado disso na vida [...] JOANA

Neste subtema, utilizaremos o conceito de estigma de Goffman (2008), que afirma que este termo criado pelos gregos era utilizado para se referir a sinais corporais procurando evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mal sobre o status moral de quem apresentava. O autor afirma que o termo, atualmente, é amplamente usado semelhante ao original, mas aplicado ao que ele refere “*à própria desgraça do que à sua evidência corporal*”. Deste modo a sociedade estabelecerá meios para categorizar as pessoas e seus atributos. As características será um estigma quando seu efeito de descrédito é muito grande, considerado como defeito, fraqueza ou desvantagem.

Aqui o estigma é o que Joana nomeou de dependência química, que segundo ela sempre vem marcada corporalmente ou pela trajetória de tratamentos e recaídas.

- intervir em relação ao estigma que outros profissionais possuem do usuário:

[...]eu trabalho na UBS essa coisa do estigma com esse usuário, a gente conversa com o médico antes de marcar consulta, tenta né, diluir um pouco dessa coisa, dessa marca, pensar nesse de desmame do diazepam, pensar na família, apoiar essa família pra uma organização melhor, pra que ele tenha minimamente as condições pra se fortalecer fisicamente, pra poder fazer essa cirurgia, no momento vamos conversar com o hospital também,

então é um caso não seria aqui, mas o CAPS está junto de uma outra forma [...] JOANA

Joana aqui declara que realiza intervenções com os profissionais de saúde da UBS, que segundo ela também estigmatizam o usuário de drogas.

- Necessidade em ajudar o outro:

[...]mas é muito prazeroso, acho que é muito rico, a gente aprende muito, desenvolve a cada dia uma capacidade de compreender né e saber como você ajudar [...] Eu vou por esse caminho, saber que bom que posso pensar, contribuir, mudar, colaborar ou não, enfim, fazer a vida de alguém um pouco melhor né, com meu trabalho, com meu conhecimento, apostando no outro, apostando no crescimento, apostando que ele pode sair disso [...]nós podemos ajudar o paciente ele também sendo ajudado pela família, desmistificando a cultura de internação, de que ele precisa estar internado para ele ficar bem, sair de uma internação e ir em outra; não, dá para ele ir para o CAPS, dá para ele ser tratado, dá para ele volta para casa, dá para ele ir trabalhar, então dá para ele fazer isso e cuidar da dependência, do abuso, enfim, do que for que estiver acontecendo com ele [...] LÍVIA

É interessante que não somente aqui, mais em outros trechos Livia vai trazer como atuação a ajuda ao outro. Note que fica evidente as expectativas da profissional na *melhora* da pessoa atendida, a possibilidade de retorno para a casa, para o trabalho e para *cuidar* da dependência.

- Trabalhar com mudança de comportamento:

[...] que é o que eu acredito, eu acho que eu vou muito pelo o que eu acredito, eu acredito que o ser humano tem a capacidade de mudar, até porque minha formação é cognitiva comportamental, então é a mudança do comportamento, ele não nasceu usando drogas, ele pode mudar esse comportamento e ter um comportamento novo que é o não uso ou se focar em outras coisas que sejam mais prazerosas que não a droga, então é o prazer de poder fazer isso [...] LÍVIA

Neste trecho a evidência quanto a expectativa de Livia na atuação no CAPSad fica mais clara. Ela enfatiza sua crença na capacidade de *mudança do ser humano*. Ela espera mudar o comportamento da pessoa atendida que usa drogas para que ela não use mais, ou seja, ela utiliza de um modelo que Sodelli (2010) caracteriza como modelo proibicionista que além de enxergar o uso de drogas como problemático, pretende erradicá-lo, o que vai na contramão do que ele denominou de redução de danos libertadora.

- Psicóloga(o) como categoria exclusiva nos grupos terapêuticos:

[...]Mas tirando os grupos terapêuticos né, que aí psicólogo, é psicólogo e aí vai exercer a profissão como psicólogo mesmo, mas via de regra sempre são compartilhados, os psicoterapêuticos não, só o psicólogo que é o coordenador, pode ter um segundo técnico, mas ele fica mais como um apoio, mas a intervenção é mais feita pelo psicólogo, não que o colega não intervenha, muito pelo ao contrário, é super legal, super bem-vindo, mas com o foco terapêutico a gente que acaba atuando mais [...] LÍVIA

Lívia neste subtema caracterizará os grupos terapêuticos como atividade exclusiva da(o) psicóloga(o).

- Empatia e identificação com o paciente:

[...] e aí como eu disse no início a gente acaba aprendendo com o camarada...a gente aprende a conviver com o processo do luto ... é muito bom...você esquecer às vezes que você é psicólogo quando está no grupo é bom...porque você caminha junto com ele...se coloca no lugar dele...é até mais que empatia...é muito bom...como eu te disse os outros vão responder diferente...e bem melhor [...] LÉO – Entrevista Piloto

[...] enfim e com os pacientes também eu acho que é aquela coisa, com os pacientes é um pouco diferente lógico, porque eu acho que é logico que ao mesmo tempo a gente tem que ter um distanciamento crítico né, é logico que você não pode se identificar com o paciente né, logico que, ai é um pouco muito da linha né, você é psicóloga né, é um pouco da linha também de cada um, assim mas pensando em ter movimento transferencial e contratransferencial, tem que ter um afastamento crítico mas ao mesmo tempo tentar empatizar, então aquele envolvimento de ...pra utilizar as técnicas né, teoria, as ideologias nesse sentido, um pouco da relação com o paciente é isso acho que é um espaço[...] e mais com os pacientes a relação é muito tranquila né, eu sou, acho que eu não sou distanciado, não exponho o paciente por questões pessoais dele, mas também depende muito de quem é, do contexto [...] ANTONIO CONSELHEIRO

- Lidar com as próprias expectativas:

Rebeca: “[...] quando a gente tem a clareza de com o que a gente lida, a gente não toma para a gente quando algo dá errado [...]

[...] essa coisa que eu estava te dizendo da frustração que não é só minha, acho que de todo profissional que trabalha no AD, eu acho que a gente nunca escuta uma história sozinho né, a gente escuta né, a gente escuta com as nossas expectativas, a gente escuta com tudo aquilo que a gente sente enquanto a gente tem que lidar com isso de uma outra forma [...] JOANA

Ambas as participantes irão enfatizar que uma das estratégias necessárias no atendimento com a pessoa usuária de álcool e outras drogas é aprender a lidar com a frustração e entender que as expectativas delas enquanto profissionais, não necessariamente serão as expectativas da pessoa atendida.

- Saber o nome de todos os pacientes:

[...] e a gente tem um diferencial que eu acho bacana, a gente sabe o nome de todos, ele não é tratado por um número, é pelo nome, então a gente sabe o nome de quase todos os nossos pacientes e a gente encontra e conversa, "oi fulano, bom dia, como está" sempre falando pelo nome, eu brinco que a gente, quem assistiu aquele filme daquele médico, um que faleceu a pouco tempo, quem assistiu viu o quanto é importante o paciente ser chamado pelo nome, eu falo que aqui todo mundo fez a mesma escola do Path Adams, porque todo mundo trabalha com isso, e acho que é bacana [...] LÍVIA

- Trabalhar em equipe:

[...] mas eu acredito que sim, ele só teceu um comentário sobre todos nós, muito bacana, muito importante, desde a recepção, a pessoa que serve o café, do guarda, das moças da limpeza, então acho que o mérito não é só meu é de toda equipe, eu não me vejo assim, como atuando sozinha, acho que a equipe tem que estar presente junto se não a gente não é ninguém, acho que isso é na vida né, a gente não é uma ilha que vive sozinha, a gente está sempre, rodeado de pessoas [...] LÍVIA

- trabalhar conjuntamente com a rede:

[...]então a integralidade das ações... que é isso que é formação dessa rede eu acho que agora tem esse projeto de...é bem complexo a forma como ele foi, mas eu acho que vai ter que caminhar para poder ampliar e criar formas (de atenção) também da unidade básica, mas os trabalhos institucionais e também poder usuários ter ... ideia e agora onde que ele vai estudar? E agora onde ele vai trabalhar? E agora onde ele vai morar? ... é, então isso é uma coisa lenta... é dividir por regiões, pra trabalhar com regiões, mas [...] ANA – Entrevista Piloto

[...] e ai foi que eles vieram aqui, e ai a gente fez um trabalho de equipe e de rede, acho que é por isso que é um caso que eu acho bem bacana, que a gente conseguiu envolver outro CAPS, o adulto, e a UBS da região para fazer visita a essa casa, a casa estava toda destruída, sem condições de moradia, e ai a primeira discussão era como que a gente ia cuidar dele e cuidar dela, e cuidar dessa família, então a família precisou frequentar os grupos de família aqui do CAPS, a gente conseguiu o tratamento dessa esposa dele, ela teve uma internação breve, por uma questão clínica e depois a gente conseguiu fazer ela ter o cuidado psiquiátrico e iniciar o tratamento no CAPS adulto, a gente tirou ela de lá [...] REBECA

[...] tanto que a gente tem um projeto de mapeamento das gestantes no território pra gente poder pensar em rede, um cuidado pra elas assim porque esta tem sido a grande questão assim né na interface com a justiça aqui [...] Quando não são casos que tem critério pra ir pro III, a gente tem um a boa interlocução com o CAPS III de Itaquera, então aí a gente encaminha pra lá, a gente tem uma U.A também, não sei se você sabe, a gente uma U.A que fica ali na rua de baixo, e aí a gente em alguns casos que dentro do PTS⁷, dentro do que a gente entende que vai ser terapêutico

⁷ PTS: Projeto Terapêutico Singular – conforme definido anteriormente este trata do projeto que é realizado com cada pessoa atendida no CAPS desde o seu primeiro atendimento no acolhimento,

eles são encaminhados pra u.a, que é um trabalho bem legal também, a gente consegue ter um desenvolvimento bem bacana desse sujeito que entra no CAPS, dá uma organizada e vai pra u.a pra ter aquele impulso de ser reinserido novamente assim na sociedade [...] JOANA

As participantes enfatizarão a importância do trabalho em rede com outros serviços e o quanto isto irá contribuir no atendimento da pessoa usuária do CAPS.

- vincular com a pessoa atendida:

[...] Eu acho que sim, talvez por eu estar aqui desde o começo, e a gente tem uma coisa muito bacana que eu vi assim[...] então acho que meu vínculo com eles, então desde 2010, que eu conheço quase todos os pacientes, eu posso dizer que a vinculação existe, salvo aqueles que eram mais do período da tarde que eu as vezes atendia pra um colega no final da tarde que eu já não estava aqui, mas via de regra eu conheço quase todos os pacientes [...] Agora eu sinto que sim, eu acho que pelo tempo que eu estou aqui eu acho que eu conheço quase todos os pacientes desde 2010, então dificilmente eles não têm alguma vinculação, porque sabem que eu estou aqui desde o começo, acompanhei quase todos eles desde o começo, seja em grupo seja no acolhimento e tal, então eles me conhecem. Eu acredito que sim, acredito que tem um bom vínculo sim [...] LÍVIA

- realizar o matriciamento:

[...] Isso é o trabalho que a gente vem fazendo desde que a gente começou o apoio matricial na região, a gente conseguiu mudar muito esse quadro [...] mas mudou muito, hoje a gente consegue manter mais o paciente que, por exemplo, faz um uso, do baseado mas não é aquele uso, até na UBS, o psiquiatra da UBS atender, isso a gente tem conseguido com o apoio matricial, isso mudou muito [...] LÍVIA

Lívia neste trecho vai relatar sobre as melhorias e contribuições dos atendimentos na UBS após o início do apoio matricial.

Notamos que nesta categoria percebemos que cada participante adotará um tipo de modelo de atendimento e intervenção em relação à questão das drogas, além de diferentes perspectivas quanto a estratégia de redução de danos, algumas marcadas pela influência do *modelo proibicionista*, e outras marcadas por modelos mais emancipatórios e até mesmo libertadores como descritos anteriormente.

Sobre a atuação da(o) psicóloga(o) na área de álcool e outras drogas o texto do CFP (2013) afirmará que:

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

que definirão as intervenções realizadas durante o processo de acompanhamento e que será construído conjuntamente com a pessoa atendida.

uso abusivo de álcool e outras drogas no atual momento social, superando visões reducionistas centradas no indivíduo, que acabam por estigmatizar, patologizar e judicializar o usuário e sua família, desconsiderando os determinantes sociais e culturais da questão [...] (p. 65)

Assim a(o) psicóloga(o) deverá focar o cuidado psicológico enquanto prática emancipatória, prática esta alicerçada na superação da exclusão e do estigma que cercam usuário de álcool e outras drogas, o fortalecimento de formas de cuidado que resgatem a dimensão subjetiva deste fenômeno complexo, partindo do social para compreender o sujeito, porém sem perder seu caráter ativo e constituinte (CFP, 2013).

Ao utilizarmos a noção de vulnerabilidade na sua aproximação com a redução de danos, esta se dará no plano da ética, da cidadania e dos direitos humanos. Assim, no que se refere ao uso nocivo de drogas poderemos ampliar significativamente o modo de compreender e intervir nesta questão, resgatando suas origens, principalmente no campo dos direitos humanos, conferindo ao modelo de redução de danos argumentos éticos e possíveis (Sodelli, 2013).

CAPÍTULO 7

AS REPRESENTAÇÕES DA(O) PSICÓLOGA(O) EM RELAÇÃO A PESSOA USUÁRIA DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

- Pessoa como dependente química/doente:

[...] comecei a observar que tinham muitas pessoas dependentes e que estava sendo difícil o manejo com elas [...] acho que é afeto por pessoas que usaram e entendem que a droga é a única saída pra vida né, e a gente sabe que não é, que existem outras saídas, então é isso, acho que é trabalhar com o afeto e com a compreensão do que é a dependência química, mas sem o julgamento, sem estigma, é ver como uma pessoa doente que precisa de ajuda, e esquecer todos os estigmas, todos os preconceitos que sempre teve [...] É lidar com essa população, eu não me vejo hoje fazendo outra coisa. É muito interessante, porque eu relutei muito pra entrar nessa especificidade da dependência, mas hoje eu não consigo me ver não trabalhando com dependente químico né, assim não consigo me ver trabalhando de outra maneira[...] É também você poder ajudar os outros colegas de profissão que você vê da área da saúde que tem muita dificuldade de lidar com a dependência química [...] Eu acho que é mais ou menos isso, é o momento de cada um, como nós na vida, tem coisas que a gente até quer fazer, mas a gente não faz, pensa, não decide, deixa para amanhã, passa o tempo, e aí com a dependência é difícil mesmo né, porque às vezes a droga se torna [...] e que se a gente pensar a gente também tem porque quando a gente está cuidando, a gente começa a ver o quanto algumas vezes a gente foi preconceituoso com um amigo, com um conhecido, um familiar, que faz o uso abusivo ou tem uma dependência e aí você começa a ter essa compreensão de que são pessoas que precisam de cuidado, precisam de uma atenção e que tem uma dependência química e que isso é clínico né, não tem como, está aí, tem o cid¹⁰⁸ pra provar que é uma doença e precisa ser cuidada, não sei se isso respondeu a sua dúvida, a sua pergunta [...] eu falo que ele é a maior escola que tem, porque por exemplo eu não sou usuária, assim de álcool, tabaco, nada, então ele é a pessoa que pode me ensinar como lidar com isso né, acho que a gente tem que ter a humildade de aprender com eles, o quanto eles podem te trazer esse conhecimento que é a dependência, porque você estudar é uma coisa, quem vivencia é outra. A percepção dele da droga é diferente da minha que estudei, então acho que é poder ter essa troca até com o paciente que ele pode te ensinar também como lidar com outros pacientes e com ele, acho que isso é muito bacana [...] então é isso, não sei se são mal sucedidos, eu acho que é o momento do paciente, eu vejo muito isso na dependência química, não é o nosso momento, é o momento dele e a gente tem que estar aqui para acolher, só isso, e respeitar quando eles estiverem prontos pra receber o que a gente pode dar, os cuidados que a gente pode dar, não negligenciando, claro, por isso tem as V.D's, os apoios matriciais, as discussões de casos nas UBS, mas respeitando o que o paciente decidir, não dá para decidir por ele [...] Às vezes a rede, como nesse momento, não ter leito hospitalar para enviar paciente dependente químico grave [...] LÍVIA

⁸ Síndrome de dependência (F10.2) é descrita na CID-10 como um “conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após repetido consumo de uma substância psicoativa”, caracterizado pelo aumento da tolerância pela drogas e a um estado de abstinência física. (OMS, 1997)

[...] às vezes a gente se sente um pouco sobrecarregado pelo tanto de função que precisa fazer, e principalmente pelo tipo de trabalho, trabalhar com dependência química em uma região onde tem muitos pacientes em vulnerabilidade social te traz uma frustração e impotência muito grande, então o tempo todo tem que rever isso, o que é que a gente dá conta, o que é que não dá [...] às vezes me sinto impotente, diante das situações, tanto do que a gente pode fazer enquanto instituição, quanto individualmente, pela questão da dependência, não sei se ficou claro, se é isso [...] REBECA

[...] mas queria trabalhar já com álcool e drogas ne, com fenômeno de dependência, uma coisa assim [...] na verdade assim a gente vai separando ne, na verdade é tudo saúde mental, da cabeça, dependência química, CAPS adulto, na verdade engloba tudo na área da saúde mental [...] ANTONIO CONSELHEIRO

A pessoa usuária de drogas para Livia é vista como doente e que portanto necessita de ajuda. A definição de doença será justificada à luz da CID-10 que define a dependência química como *síndrome de dependência*. Considera ainda que será a *pessoa dependente* àquele mais adequada a ensina-la a lidar com a *questão da dependência*, já que a mesma se declara como não usuária.

Rebeca utiliza do termo de *questão da dependência* e Antonio Conselheiro como *fenômeno de dependência* e *dependência química*. Os dois, contudo não deixaram claro neste trecho se sua percepção da pessoa atendida é a de pessoa doente.

- Pessoa caracterizada pelo tipo de droga que usa:

Sandra:” [...] *Eu gosto da área, eu gosto dos pacientes, paciente de outras drogas até mais do que de álcool [...]*”

[...] por exemplo, eu desde o começo faço grupos terapêuticos de dependentes de álcool, e o pessoal fala que eu tenho um pé ali né, porque eu adoro dependente de álcool, acho bacana, eu consigo lidar bem, então a gente vai meio que pelas afinidades... eu adoro trabalhar com dependente de álcool sim, acho que é muito bacana, é uma coisa que me estimula a pensar, a fazer, a programar o grupo tal, e tem gente que já prefere trabalhar com outras drogas, que são pacientes mais acelerados, às vezes mais comprometidos até do que do álcool, então as pessoas vão meio pelas afinidades, pelas coisas que elas se identificam [...] LÍVIA

Interessante que aqui Sandra se refere às pessoas atendidas por paciente de outras drogas e pacientes de álcool, caracterizando-a pelo tipo de droga utilizada. Livia fará a mesma menção, mas em relação aos grupos.

- Pessoa transgressora:

Sandra: “[...] são pacientes assim que não aceitam muito a realidade como ela é, eles desafiam, eles querem transgredir, eles querem atravessar a linha [...]”

- Pessoas que frequentam Narcóticos Anônimos:

Joana: “[...] acho que a galera que tem muito tempo de N.A eles têm um discurso bastante marcado aí do N.A, do só hoje, aquela rigidez e tal do ser dependente químico e sempre uma questão que eu vejo bastante em todos [...]”

- Pessoa estigmatizada:

[...] como seria o necessário, eu acho que tem a questão que a gente lida com aqueles pacientes que ninguém, quer então, sempre em matricialmento, sempre reunião a gente já é tão estigmatizado quanto o nosso usuário, chegou a galera do CAPS AD pra falar desses pacientes pé no saco, é tipo isso, “ah vai falar do alcoolista que vem aqui pedir diazepam”, então é lidar com o estigma eu acho que é a coisa mais que pesa assim na nossa clínica, porque aqui a gente tem um problema com a vizinhança, a gente mora em um bairro que tem uma questão aí de passagem de militar, então você imagina né, nossa que absurdo esses caras, com a barrigudinha aqui, e tal, e toda vez que tem um assalto, “ah é por causa do CAPS AD assim” [...] Sim, você é marginalizado junto assim, eu acho que sinto isso no CAPS de uma forma bem importante eu sentia muito mais com a abordagem de rua assim, que é uma coisa mais, você estar ali representando o cara que está na rua, mas como esse CAPS tem muito disso assim, da gente trabalhar com a galera que está em estação de rua a gente é sempre muito estigmatizado [...] JOANA

Joana novamente utilizará o termo do estigma para falar das pessoas atendidas e o mais interessante é que ela terá a percepção de que os profissionais que trabalham no CAPSad também serão estigmatizados por atender pessoas usuárias de álcool e outras drogas.

- Concepção pessoal das drogas no Brasil e no mundo:

[...] por que eu acredito que nós estamos vivendo um dos momentos mais difíceis, eu acho né, não é só aqui, acho que é no mundo inteiro, que é o uso de drogas né, acho que é uma coisa mundial, não afeta só o Brasil né, eu tenho pessoas conhecidas no exterior e a gente vai trocando figurinhas, e acho que é o mal que tem assolado a humanidade nesse momento né, então acho que é um momento bacana, estou até participando de uma existência humana, de cuidar disso que neste momento eu acho que é o mal que mais assola no Brasil e no mundo, então acho que é bacana poder pensar nisso [...] LÍVIA

Citando novamente Sodelli (2010) ele irá afirmar que o modelo proibicionista definirá o uso de drogas como problemático e por isso que o pressuposto fundamental do trabalho preventivo é fazer com que as pessoas não usem drogas.

Neste trecho as drogas definidas como “*mal que tem assolado a humanidade*” será marcado pelo discurso da proibição.

7.1 Descrição da pessoa na chegada ao CAPSad

Nesta categoria veremos como cada participantes vai descrevendo a pessoa atendida no CAPS na chegada na instituição.

[...] um que foi um usuário de álcool, como sempre, mas assim muito difícil, muito difícil, passou por vários profissionais aqui, eu não vou dizer que foi comigo, porque assim eu já era a última esperança, tipo assim, agora vai pra psicóloga, porque vamos ver o que acontece [...] O outro, um rapaz novo, uns vinte e cinco anos, usuário de cocaína, que veio com o pai e o pai falou assim “eu não vou desistir do meu filho” e aí começou a vir [...] ele é motoboy e trabalhava com pizzeria, a gente sabe que eles usam muita cocaína a noite e tal, mas ele era só álcool, não tinha outras drogas [...] chegou aqui, cadeirante, já praticamente cego, sem andar, por conta do uso [...] eu lembro de um paciente no primeiro grupo, um dos primeiros pacientes que a gente teve aqui, inclusive o sobrenome dele era coca, e ele falou assim “eu levo coca até no nome, de tanto que eu gosto [...] LÍVIA

Lívia vai caracterizando as pessoas que chegam no CAPS pelo tipo de drogas utilizada.

[...] é um senhor alcoolista, que ele chegou aqui no CAPS em 2014, e ele tinha perdido, ele chegou aqui trazido pela filha, chegou bastante intoxicado, bastante grave, por uso de álcool [...] ele tem setenta anos, trazido pela filha e pelo genro, e aí na época a gente descobriu que ele tinha tido um filho já falecido por overdose de crack, a esposa tinha esquizofrenia, estava em surto a mais de vinte anos, e nunca tinha sido tratada ou cuidada, essa filha tinha se afastado totalmente dessa “família doida” como ela chamava, pra tentar sobreviver e aí quando o irmão faleceu ela viu o pai chegar na mesma situação e resolveu cuidar [...] que quando chegou aqui, ele já trabalhou em banco, já teve uma vida com condições boas e quem buscou ajuda foi o irmão dele trouxe, e a esposa, porque a esposa estava querendo se separar, então a esposa tinha dois filhos com ele e já não aguentava mais o uso de álcool, e aí o paciente também aceitou vir [...] REBECA

No primeiro caso Rebeca caracteriza a pessoa na chegada aos CAPS como alcoolista, no segundo caso ela traz outros dados tais como a idade, as pessoas que o levaram, algumas características da família, que também apresentam uso de drogas e transtornos mentais e no terceiro caso dados como a profissão e algumas outras características aparecem na descrição.

[...] então uma paciente estava aqui a muitos anos, ela tem hoje trinta e sete anos, essa paciente entrou no CAPS em 2009 um pouquinho depois que entrei, meses depois que eu entrei no CAPS ela veio pro CAPS era uma usuária de álcool, usuária de crack, na época ela ainda trabalhava em um

laboratório de análises clínicas, ela é homossexual e ela tinha um filho na época que tinha acho que uns dois, três anos [...] ela veio para cá porque a criança dela não estava mais com ela, a mãe dela denunciou pro Conselho Tutelar, que uma noite ela saiu e deixou a criança em casa e a criança começou a gritar, a mãe dela morava próximo, vizinha, viu a criança lá gritando, de madrugada acho que duas, três horas da manhã tirou a criança de lá e depois fez a denúncia pro conselho tutelar...ela não podia ver a criança, a criança ficou com o irmão dela, que era vizinho da casa dela, e ela estava proibida de ver a criança, aí ela começou a vir aqui...começou a se tratar, vir em grupo, grupo de mulheres, ela fazia, começou tratamento psiquiátrico tal [...] mas ela foi piorando, ela era filha adotiva, a pessoa que a pegou para adoção que é a mãe dela tinha três filhos homens e queria uma menina e acabou adotando a paciente, Valeria ela chama, acabou adotando a Valeria, e a Valeira desde pequena se sentia, homossexual, e a mãe queria tanto uma menina, e ela era homossexual, a mãe não aceitava aquilo de jeito nenhum, o pai morreu, quando ela veio aqui o pai já era falecido, também não aceitava muito bem isso, ela até tentou namorar com menino pra ver o que eu dava mas disse que era um horror[...] Ela era usuária de crack, de álcool, estava trabalhando quando ela chegou aqui com os trinta e um anos, mais ou menos, essa criança ela tinha filho não sabe muito bem como, falou que foi um cara que ela viu uma vez só, não sei te dizer se foi em troco de droga, sei que ela estava muito louca e acabou transando, sei que não se sabe nem quem é essa pessoa ela nunca citou nem o nome, da pessoa, não sabe nem onde está. Aí nasceu o menino, quando ela estava aqui esperando ela foi piorando, ela tinha um comportamento meio exibicionista em grupo, ela cantava a mulherada [...] Magline é o nome dela, hoje ela tem 51 anos, ela fez aniversário dia 9 agora, fez 52 anos ela fez, ela também é uma paciente que chegou aqui em 2009, já tinha passado por vários lugares de tratamento, não gostava de nenhum, ela chegou aqui extremamente depressiva chorava, quem a trouxe foi o marido na época, muito mal, tinha força para nada, não queria sair de casa, não queria sair da cama, nada. E ela morava na Avenida do Oratório no final, não sei se é Sapopemba, não sei o que é ali, acho que é a av. industrial se não me engano, é muito longe daqui, é três conduções daqui [...] SANDRA

Sandra descreve o primeiro caso primeiramente pela idade, o ano de chegada ao CAPS, o tipo de droga utilizada, profissão e sexualidade. Posteriormente explica o motivo do encaminhamento da pessoa ao CAPS e a história de vida e alguns comportamentos no CAPS. O segundo caso a pessoa é identificada pelo nome, idade, a data do aniversário, o ano de chegada, trajetória em relação a tratamentos anteriores e algumas condições de saúde.

[...] Na verdade não tem um desfecho porque está aqui, diga se assim um caso complexo, ele veio via matriciamento eu estava de férias, tinha uma questão de droga então encaminharam para esse CAPS aqui porque era o CAPS mais próximo da UBS que ele estava e aí ele chegou com uma questão de saúde mental, no matriciamento, no atendimento da UBS, com uma demanda, depressão, reação suicida alguma, coisa assim, uso de substância aí encaminharam para cá, como eu estava de férias então eu entrei no caso porque era um matriciador de AD da UBS, para encaminhar eles fizeram [...] [...] meio empobrecido assim culturalmente, pouca crítica, também da mobilidade dele, aderiu, mas não aderiu muito [...] .chega por conta dessa, como ela fala, ou você se trata ou você para de, chega sempre intoxicado, vinha com aquelas barriguinha, aquelas pingas corotinho, aí bebia um pouco amassava e andava com ela no bolso, então o uso

importante de pinga mesmo, jovem assim ficava por aí , embora morasse bem próximo daqui, e aí enfim ele vinha intoxicado fazer uso aqui no serviço, no banheiro [...] ANTONIO CONSELHEIRO

Antonio Conselheiro conta o motivo pela qual se fez o encaminhamento ao CAPS, as condições de saúde, breve trajetória da pessoa e alguns comportamentos no CAPS.

[...]e ele chega no CAPS com uso de droga bastante importante uso de múltiplas, mas principalmente álcool, cocaína e crack, e ele vem muita dessa vivência da rua, muita dessa vivência do tráfico e vai dando uma melhora no sentido de entender outras possibilidades de vida outro lugar no mundo aí ele consegue parar por um tempo [...]É um caso aqui desse CAPS que, um menino super jovem assim, eu acho que ele tinha uns 20 anos, essa faixa etária, e ele chegou super engrenou o tratamento estava indo bem assim, a minha expectativa pessoal é que ele nem ficasse tanto tempo no CAPS porque logo ele estava já abstenho, logo ele estava falando de desejo de vida, logo ele estava procurando trabalho e voltou a estudar e estava bem com a família falei “caramba né acho que está indo super bem”[...].ele é o elitista crônico, tem 65 anos, nessa faixa etária assim, está bem debilitado fisicamente precisa fazer uma cirurgia de quadril, precisa se fortalecer da parte clínica pra gente poder pensar outras coisas, já bastante estigmatizado no território e pela família e na UBS, porque ele é aquele cara que chega na UBS pra pedir diazepam que é um grande questão do alcoolista dessa substituição que você faz com o diazepam e se cria um problema [...] JOANA

Joana descreve a pessoa primeiramente pelas drogas utilizadas e o comprometimento com atividades ilícitas. No outro caso, ela inicia descrevendo a idade e um pouco da trajetória no início do acompanhamento. O terceiro caso ela descreveu como elitista, a idade, as condições de saúde e um pouco de sua trajetória na família e comunidade.

Notamos que alguns participantes irão se referir à pessoa como àquela que faz uso de alguma droga específica ao chegar, outros trechos notaremos a referência a condições de saúde - físicas ou mentais - e em outros se referirão a pessoas por suas características tais como idade, nome, profissão entre outros. Alguns contarão um pouco da trajetória de vida da pessoa e o que fez chegar ao CAPS.

Todas as descrições descritas acima estão ligadas ao relato de cada um dos casos que solicitamos ao participante que considera emblemático, malsucedido e sem possibilidades de atendimento.

7.2 Relato de um caso atendido pela(o) psicóloga(o) que considera emblemático

[...] e na realidade não fui eu, estava chegando uma T.O, e a gente estava com tudo pronto para interna-lo, porque aquela época ainda podia fazer internação, porque hoje está mais difícil, e ele não queria, e ele causava, era uma pessoa muito difícil, e falei, espera um pouquinho, aí levei pro lugar onde essa T.O havia trabalhado, aí eu chamei e falei “olha conta pra ele como é lá”, ela falou “ah é assim, assim e assim”, aí ele falou “ó eu vou, mas se não for aquilo que você falou eu volto aqui”, ela falou “pode voltar e aí a gente vai sentar e conversar”, e ele estava meio bravo, estava um pouco alcoolizado e tal, ele foi... foi uma experiência super bacana e o que foi mais legal é que no nosso projeto a gente, quando se faz o acolhimento, tem uma parte que a gente pergunta qual é o seu projeto futuro, e ele colocou que era formar uma nova família, porque ele tinha perdido a dele, e ser feliz e casar de novo, e no dia da alta eu falei pra ele assim vamos ler uma coisa aqui que eu acho que vai ser muito legal para você, ele ficou mais ou menos entre idas e vindas, uns dois anos, aí ele leu e ele começou a chorar e eu chorei junto, porque era exatamente o que ele tinha conseguido, ele estava com a esposa e ela tinha uma filha, que se tornou enteada dele, que era apaixonada por ele como pai porque ela não tinha tido pai, então foi a família que ele quis, então foi a coisa mais bacana que eu vi, esse foi um caso [...].no final do ano passado, eu tive um problema de saúde e eu fiquei afastada, e ele veio aqui umas duas, três vezes, então na véspera do natal, ele veio aqui para me dizer, e aí fazia dois anos que eu não o via enfim, mas assim se tiver tido alta pra mim estava tudo bem, e estava mesmo, ele estava trabalhando na Coca-Cola, ele havia se casado, e estava construindo a casa dele[...] era usuário de álcool, que escreveu um livro de poesias contando da trajetória dele no CAPS, foi muito legal, e a libertação dele, que é uma poesia que as vezes até trago pra trabalhar com os pacientes que ele relata como ele se sentia como usuário, e o que que ele conseguiu perceber durante o tratamento aqui conosco, foi muito bacana, porque ele foi multiplicador do nosso serviço[...] aí os colegas como foram vendo a melhora dele eles começaram a ser companheiros “podemos ficar com você?, porque você não está bebendo..., podemos ficar com você?” E com isso mesmo sem ter que vir aqui, ele conseguiu com quatro colegas reduzir esse consumo da cocaína e do álcool, então foi multiplicador do trabalho [...] Então acho que essas três experiências para mim são as mais marcantes, tiveram outras né ao longo desses sete anos, mas essas três são as que eu mais lembro assim pela complexidade, pelas dificuldades que eles tiveram, internações, surtos, a família desesperada, e uma boa saída, então foi bacana isso também, são pessoas que de vez em quando vem aqui, vem dizer um oi, vem dizer que está tudo bem, vem pra dar um abraço, normalmente vem assim, festa junina e final de ano, eles dão uma passada pra dar um oi, aí eu vejo dou um abraço, converso né, e é bem bacana, então são esses três aí que eu lembro com muito carinho [...] LÍVIA

Sobre a descrição de um caso emblemático Livia traz a história de quatro pessoas que atendeu. Observamos que a escolha por casos emblemáticos está associado a casos em que ela considerou bem sucedido. Conta sobre uma pessoa que ela caracteriza no início como difícil, mas que após a trajetória de tratamento no CAPS esta percebe que conseguiu conquistar os desejos almejados no início do tratamento ligados a formação de uma família. Outro caso ela conta sobre o

desfecho da pessoa que após a alta conseguiu um trabalho, se casou e construiu sua casa. Conta ainda o caso de uma pessoa que escreveu um livro de poesias contando a trajetória dele no CAPS e por último o de uma pessoa que ela caracteriza como um multiplicador do serviço, já que ele tem realizado intervenções junto aos colegas de trabalho.

[...] Tem um caso aqui, penso até em escrever um artigo desse caso, que eu acho que é bem bacana [...] então num período de dois anos ai, um trabalho que foi de rede, que envolveu toda uma família e de cuidado e que teve um resultado muito bacana, então acho que esse é um caso emblemático assim [...] então até ele entender, e para ele era muito, no início ele fazia atividade física que foi uma das coisas que pra ele foi muito importante aqui, tinha um grupo que a gente fazia junto com um educador físico, e ele antes não conseguia se equilibrar, era muito tremulo, então todo o grupo quando ele melhorava, ele mostrava como ele já conseguia andar, que por conta dele não fazer mais o uso de álcool, ele já tinha essa autonomia, nos exercícios físicos, porque ele já tinha sido halterofilista, então de poder ver com a autoimagem, toda transformada, a visão de família toda transformada, de responsabilidade dele porque agora a função dele é cuidar dessa esposa, então precisa estar bem para cuidar dessa esposa, ter um papel que antes estava totalmente perdido, difuso e foi um resgate ai muito bacana [...] ele queria voltar para essa casa, então ele foi reformar a casa, então fez tudo que precisava pra reformar essa casa pra ele e a esposa voltarem a morar juntos, ele precisou começar a frequentar o grupo de família do CAPS adulto e hoje ele é conselheiro gestor da unidade, vai ter alta, já está em processo de alta, ela também já está em processo de alta, a casa hoje é habitável, eles moram do lado de um bar e mesmo assim ele conseguiu ter toda uma outra autonomia então, a filha também hoje tem uma outra relação com os pais, de cuidado, e do que é, do significado desse pai e dessa mãe, então já moram os dois na casa de volta, a casa está reformada, os dois estão em processo de alta [...] e ele participa até hoje do grupo de álcool, com uma outra postura, de entender, de aconselhar os demais, até porque tem a questão do idoso envolvida também não é só a questão do uso de álcool [...] REBECA

Rebeca também vai caracterizar o caso emblemático com bem sucedido. Ela relata que foi bem sucedido por envolver a rede de atendimento. Descreve melhora durante o acompanhamento no CAPS e o processo de alta.

[...] ela ficou internada muito tempo acabou saindo, voltou pro CAPS, ficou um tempo limpa, depois acabou recaindo, ai pediu pra ser internada, que ela queria ser internada porque ela não estava conseguindo ficar limpa e ai nós arrumamos uma internação pra ela num lugar que chamava Said, aqui perto, ai nesse Said ela começou a se envolver com uma auxiliar de enfermagem, se apaixonou pela auxiliar de enfermagem, quando ela saiu da clínica, ai ela estava muito confusa, já saiu já recaiu quando saiu da clínica e ai eu mandei chamar a moça aqui pra conversar pra saber o que que estava acontecendo ai a moça falou que era auxiliar de enfermagem de lá que acabou se envolvendo com ela, mas quando a Valeria saiu, ela viu que a Valeria não era a mesma pessoa, que ela ficou muito decepcionada, que ela estava um dia no hotel a Valeria queria se jogar da janela pra fora, e ai a gente acaba tendo que explicar pra moça que realmente a Valeria ela

usava droga, estava em tratamento, então na internação ela era uma, era uma e aqui fora era outra, que é o tal do preparo que ninguém tem muito para trabalhar, está trabalhando ali em um lugar desse lá dentro mesmo elas ficavam juntas.....ela não está zero bala., e nem dá para pensar que ela vai ser uma pessoa completa e diferente, porque não vai, impulsiva que é característica, até de usuária ela é uma pessoa impulsiva, ela é uma pessoa agressiva, por toda essa vivência que ela teve, mas diante do que a gente já viu já presenciou da história dela ela está bem...Bom depois que acabou largando a moça lá, aí ela arrumou um rapaz e começou a namorar um rapaz, ela ficou arrasada, ficou usando muita droga tal, vinha pra cá nunca nos abandonou de vez, e até que ela veio um dia pra cá, ela apareceu aqui, ela me ligou falando que ela tinha uma novidade e aí ela veio aqui para contar, o irmão biológico dela que era gêmeo com ela, tinha telefonado pra ela, descobriu da existência dela e tinha ligado pra ela, e aí eles iam se encontrar, e aí eu sei que ela acabou encontrando o irmão, ficou muito contente, o irmão contou parte da história que ele sabia, que a mãe tinha abandonado eles, que eles eram o sétimo filho, esse caszinho de gêmeos que nasceu eram o sétimo filho dessa mulher, parece que aquilo foi uma chave assim que abriu um paradigma na vida da valeria parece que faltava aquilo, aí ela achou esse irmão se encontrava com ele, ia na casa dele, aí ela disse pra mim...ele também foi usuário de drogas, ele também foi usuário de cocaína, também foi usuário de crack, de álcool, eu não sei o que aconteceu porque ela continuava bebendo, ela não estava usando crack mas ela continuava bebendo quando o conheceu, eu não sei é isso se era o comportamento dela muito masculinizado, eu sei que eles acabaram perdendo o contato, mas o fato dela ter encontrado esse irmão, ter descoberto ele na vida, ter feito uma reconstituição aí da história dela parece que deixou ela mais fortalecida [...] SANDRA

Sandra descreve como emblemático um caso não porque considera um caso bem sucedido, mas pela complexidade e história de vida da pessoa. É um caso que ainda continua em acompanhamento e com diversos ciclos durante o acompanhamento no CAPS.

[...] Na verdade eu estou atendendo um caso ainda, que pode ser caso atual né... é eu estou atendendo um caso que eu considero emblemático, eu não vejo sinceramente não é demagogia não, eu não vejo assim como paciente, pode ser um caso, uns casos de uma manejo difícil tudo bem, isso sim mas, não ver como um problema alguma coisa assim sofrido, sinceramente não, porque eu acho que, é um pouco clichê, mas eu faço o que eu gosto, então escolhi, optei por estar aqui, como eu te falei do gerenciamento de carreira, então eu queria estar aqui então eu não vejo como se o caso, você sabe como sai daqui com dor no pescoço, mas tem um caso que eu estou atendendo agora, que é um caso que ele veio, acho que veio ano passado eu estava de férias, não veio pra mim, é um caso que ele veio via matriciamento, o que eu você quer que conte do caso? Conta tudo?[...] mas era um caso muito complexo porque, enfim, tem uma questão de sexualidade também, sabe um caso assim que na verdade quando encaminhou pra mim eu não sabia se era de uma questão de, porque é aquela coisa assim ele, ele chegou porque ele teve uma tentativa, ele era agente funerário, ele maquiava os corpos, tratava os corpos no serviço funerário lá, então ele que meio ele lidava bem assim nessa função, estava morando com a mãe só que aí quando a mãe falece ele meio que entrou em uma crise, ele que acabou fazendo um tratamento, não sei como é que chama, tratamento, maquiando a mãe dentro do caixão uma coisa assim, logo depois disso ele, aí ele depois que a mãe falece tinha uma relação

muito simbiótica com a mãe, enfim aí quando ela falece ele enburaca na vida dele e fica muito mal depois do falecimento da mãe, e na época ele tomava hormônio feminino, tinha cabelo comprido ele, enfim estava bem, fazendo ... Como tinha uma questão assim de ele tinha uma aparência...é que também ia da roupa, mas ele, quando ele ...não é um homem pouco feminino, mas cabelo comprido, roupa folgada tal, mas aí tinha uma, ele fazia apresentações à noite, aí ele se montava de outra forma, aí enfim ele estava sabendo.... Aí quando ele... emburacado e, hoje você vê bem mais emagrecido, se porta como homem, isso não traz, não associa essa questão aí de da identidade dele tal e enfim, e aí na verdade ele parou na UBS porque ele tenta se matar com ...em cima do caixão lá onde ele trabalhava, ele não conseguia, ele tinha feito uso de álcool, tentou se matar,inúmeras tentativas mesmo, mas aí...ele era um caso, um caso meio emblemático [...] Quando ele chegou para mim eu não sabia se era, tinha uma questão ...uma questão, só uma questão homoerótica, mas tinha uma questão também de um, ou se era um feitio transvêstico, que é uma questão de parafilia ao mesmo tempo é uma questão de histeria ou não sei o que, então várias questões ao meio que a droga é algo secundário ou terciário, então foi um caso que, estão atendendo um caso do... ele teve uns problemas na UA...teve o desligamento de lá, mandei ao CAPS... é um caso...ele é um caso complexo porque ele deu um aí, depois que mãe falece ele dá uma...ele deleta o passado dele, e meio que dissocia um pouco na vida também, fica uma questão até hoje em dia é meio... solitaria e tal isso é meio... um pouco complexo e meio que fica, logico que tem um pouco de... ele vai dissociando e fica um pouco angustiado porque é um pouco, faz parte de uma defesa dele mesmo contra suas angustias, ele dissocia um pouco a vida dele,não é? Chegou a ter mesmo transtorno meio dissociativo ele ...mas dissocia da vida também como um todo... e aí eu meio [...] um caso de um paciente dependente de múltiplas substâncias, mas depois ficou mais no uso de álcool, mas fazendo um uso, seria o álcool vamos dizer mais importante, mas um jovem de vinte e seis, vinte e sete anos, mais ou menos, uma dinâmica familiar bem complicada, assim outros irmãos já tinham morrido por questões de violência, de, foi assassinados, um histórico familiar de muitos, considerado, muitos familiares com uso, fazendo uso de substância, uma questão social também, família adoecida, uma mãe bem adoecida, um pai dependente de álcool, um caso assim, ele também, um jovem que não veio por demanda própria, ele vem porque a companheira meio que forçou a ele vir, ele não quer se tratar, a companheira deu aquele clássico ultimato que fala de "ou se trata ou" mas é uma ...vida bem complicada e tinha... não era... ela tinha vários filhos e outras relações, também fazia uso de substâncias, meio complicado uma relação meio bem tumultuada ele vem, chegou aqui por conta disso [...] também considerará o caso emblemático pela complexidade da história de vida e contexto da pessoa atendida, relatando que ainda continua em acompanhamento no CAPS [...] ANTONIO CONSELHEIRO

[...] Emblemático, deixa eu pensar... bom aí eu não sei se foi um caso emblemático por uma coisa que é considerada normalmente boa ou pelas dificuldades assim, eu acho que tem um caso que a gente acaba sempre discutindo então eu acho que acaba sendo um caso emblemático que é de um usuário que ele está inserido no CAPS por um bom tempo, quando o CAPS Joana não era aqui na verdade, era lá no centro da Joana era outro lugar, outro espaço físico...acho que por isso esse caso também é emblemático, porque ele vai mostrando uma história que aparece muito, de quanto essas idas e vindas de clínicas mas o quanto é difícil pra eles lidar com as próprias repetições da vida que é a recaída que vai muito marcando isso, "aí mas eu melhoro e recaio, eu melhoro e recaio, melhoro recaio, melhoro recaio"... eu não sei se a gente pode dizer de sucesso ou não, mas é um caso que está em processo e acho que é muito disso, dessas

repetições, dessas recaídas, desses círculos mesmo e da gente poder pensar um pouco pra além disso de por que que existe essa compulsão pra esse sujeito, que tem um sentido, que tem um sentido todo particular disso, que outro lugar que ele pode ocupar no mundo sem ser esse do dependente químico que é tão marcado em si, que é tão marcado corporalmente, até usuário de crack como ele é, e fica meio debilitado enfim, acho que é mais ou menos isso não sei se eu consegui explicar bem [...] JOANA

Joana afirmará que o caso escolhido por ela será emblemático por ser sempre discutido e pelas dificuldades no acompanhamento.

Notamos que cada participante dará um sentido ao que considera como emblemático. Alguns irão associar ao desfecho considerado bem sucedido, outros pela complexidade da pessoa, seu contexto ou história de vida ou mesmo pela complexidade no acompanhamento. Percebemos um pouco das expectativas que cada um dos participante possuem em relação a atuação e o que espera de desfecho no tratamento a pessoas usuárias de álcool e outras drogas.

7.3 Relato de um caso atendido pela(o) psicóloga(o) que considera mal sucedido

[...] um óbito, mas um caso de alcoolista que ingeriu álcool de posto, com trinta e três anos...e acabou indo a óbito mesmo porque não deu né, fez um estrago muito grande internamente, então foi um caso que mobilizou bastante a equipe [...] e ai um belo dia ela veio aqui pra falar que chamaram ela e encontraram o filho dela realmente enrolado num tapete, aqui na Heliópolis e ele tinha sido morto com pauladas, ela falou “ah acho que parece que meu filho foi prognosticando isso para ele” [...] e não deu conta mesmo, e ficou no uso, não veio a óbito nem nada mas apareceu outro dia aqui, falou “olha não consigo, parece um estigma por estar no meu nome”, falei “não, não está no seu nome está na sua cabeça, que seu nome não tem nada a ver [...]” LÍVIA

Lívia trará dois casos de pessoas que vieram a óbito, um em decorrência da ingestão de álcool de posto, outro assassinado e o terceiro por continuar fazendo o uso prejudicial.

[...] mas um caso mal sucedido, que não chegou no fim, que eu acredito que ainda tenha, mas que é um caso que causa ai um incomodo de pensar o que é que a gente tem pra oferecer pro paciente, então, tem outro caso de um usuário de álcool [...] então foi um trabalho com a família e com ele, e ai inicialmente ele teve uma melhora, mas depois teve uma piora e a gente pensou na unidade de acolhimento, e ele ficou na unidade de acolhimento, teve uma melhora absurda, muito importante, um resgate ai bastante importante, mas por uma serie de questões, ele retomou um uso de uma maneira que desencadeou ai uma violência familiar, um retorno pra casa que não foi legal, e foi só tendo perdas e perdas, chegou a morar na rua,

depois de todo o trabalho que foi feito da melhora absurda que ele teve, ele fez essa escolha, então a esposa acabou colocando um restrição, como chama? Isso, ele não podia se aproximar dela, medida protetiva, os filhos também já não têm mais uma relação bacana com ele, ele nunca tinha estado na rua e foi morar na rua, atualmente[...] um rompimento de relação e ao mesmo tempo continua pedindo ajuda, mas não aceitando cuidar do proposto, não dando conta, então acho que esse tipo de uso, esse tipo de vulnerabilidade, acaba fazendo a gente sentir que está mal sucedido, e de gastar um esforço de pensar “o que mais, o que mais fazer, de que forma fazer, como oferecer esse cuidado [...] REBECA

Rebeca irá descrever um caso que apesar de não ter sido encerrado teve agravantes durante o acompanhamento, como a prática de violência doméstica e a saída de casa, com rompimento dos vínculos familiares. Ela relata que a pessoa não vem aceitando as propostas do atendimento no CAPS por não dar conta e associa o caso ser mal sucedido à vulnerabilidade em que a pessoa está exposta.

[...] e até que o ano passado com esses altos e baixos dela ela acabou tendo um derrame, o ano passado ela teve três paradas cardíacas no total de dezoito minutos, e acabou comprometendo, então ela tem o braço assim hoje comprometido, o braço não move direito, a perna puxa ai....quando ela vem aqui hoje ela vem mais pra consulta psiquiátrica ou vem pra conversar comigo assim as vezes mas com muita dificuldade, ai foi um caso que não foi muito bem sucedido, embora sim, sempre com redução de danos ela tinha épocas que ela parava, melhorava, criava um fôlego, mas assim inúmeras tentativas de suicídio, sempre de forma histriônica, uma inclusive no dia do meu aniversário, mandou o marido me ligar pra avisar, que ela estava internada, que ela tinha tentado suicídio, sempre com comprimidos ou sabe um cortinho que ela fazia, nunca uma coisa efetiva, embora a psiquiatra falasse que uma hora ela iria, porque ela tinha um problema grave no coração, bem grave que ela não poderia estar usando cocaína, álcool, mas não adiantava[...] foi uma moça que foi pela, com 15 anos ela foi, ela perdeu a mãe com 13, ela tinha a mãe dela que morreu tinha uma amiga e ela continuou frequentando a casa dessa amiga da mãe, quando ela tinha 15 anos um dia ela foi nessa casa da amiga da mãe e a amiga não estava, quem estava era o irmão, que era bem velho, ela tinha 15, ele tinha uns 30 e pouco, e ela foi estuprada pelo cara, e daí parece que as coisas começaram a complicar na vida dela, depois ela teve um marido, ela casou muito cedo acho que uns 18,19 anos, ela acabou casando e esse marido a trocou por uma amiga, levou uma amiga pra morar em casa que veio de outro estado, ela deu acolhida pra essa amiga e o marido acabou indo embora de casa com essa amiga, e ela ficou muito mal na época, já tinha os três filhos e aí começou a beber nessa época, veio a casar com o atual marido que era bem mais velho que ela, tem uns 15 anos a mais que ela hoje, ela tem 52 ele deve ter uns 67, esse marido é bem mais velho, ele criou os três filhos dela, ajudou a formar os três, mas ela na verdade nunca gostou dele, foi um amparo que ela teve ne, foi isso acho que não foi um caso bem sucedido, não sei de forma eu poderia evitar porque não tem como [...] e ela acabou perdendo o emprego que ela tinha, acabou perdendo o emprego e aí ela foi piorando, teve épocas que ia pra cracolândia, voltar pra cá, ela sempre vinha pra tratamento, mas ela não estava bem, às vezes ela dava um tempo quando ela estava muito cansada, tal, ela dava um tempo, ficava um tempo sem usar, dias, um mês, depois acabava recaindo de novo, e numa dessas ela estava na cracolândia e acabou entrando em uma briga, ela recebeu uma facada, que ela perdeu,

acho, parte do fígado, baço, ela perdeu ali alguns órgãos uma coisa bem grave [...] SANDRA

Sandra trará um caso que por ter tido diversos agravos na saúde durante o acompanhamento ela considera como mal sucedido, além de recaídas e tentativas de suicídio. Ela vai associar a condição da pessoa a sua história de vida marcada por diversos acontecimentos e perdas.

[...] mas é um caso bem já prejudicado então ele não conseguia mediar assim quanto que ele, essa questão do desejo de beber e possibilidade de beber ele não conseguia nem mediar, porque ele já estava muito mal clinicamente e aí a gente acabou encaminhando para internação duas vezes, porque realmente estava muito mal, mas ele manteve esse uso e aí ele foi a óbito... não lembro, algumas causas na verdade teve um infarto também mas teve outras causas clínicas que, e aí ele foi a óbito esse paciente aí, um caso, seria isso [...] ANTONIO CONSELHEIRO

Antonio Conselheiro também trouxe uma pessoa que veio à óbito durante o acompanhamento como caso mal sucedido. Ele associa os prejuízos ao desejo do uso e a incapacidade em mediar.

Joana: *“[...] isso pra mim, eu não sei se eu posso dizer que não é bem sucedido, mas diz muito da projeção das minhas expectativas do que eu coloquei ali, e aí difícil ne essa clínica, lidar com isso [...]* “

Joana relata que não considera casos mal sucedidos já que trata de uma expectativa pessoal dela e não a da pessoa atendida.

Cada participante trará uma representação daquilo que considera como mal sucedido, assim como na categoria anterior. Notamos quais as expectativas que cada participante cria sobre sua atuação e o desfecho dos casos atendidos.

7.4 Casos em que não há possibilidade de intervenção

[...] É, não acontece nada né, nesses casos não acontece nada, vindo compulsoriamente não acontece nada porque não está afim...ou o adolescente que vem da fundação casa ...vem com as pessoas junto [...] Olha eu acho às vezes situações em que a gente é ameaçada, acho que não dá pra atender, eu, por exemplo, já fui ameaçada de morte dentro do CAPS, uma garota que ela é usuária, ela era traficante...e era uma paciente que quebrava regras demais só que todo mundo sabia que ela traficava também, ela já tinha matado algumas pessoas, ela traficava, ela fazia até uma faculdade aqui perto acho que é Uninove, alguma coisa assim, e ela ia lá só pra vender dentro da faculdade, menina classe média, ela ia lá pra vender na faculdade, e ela começou que ia atravessar a linha cada vez mais, cada vez mais transgredir, ela começou formar sei lá quadrilhas, então ela juntava meninos aqui pra pegar roupa pra ela, teve pacientes nossos que acabaram sendo presos, por conta, ela ficava por trás e punha os laranjinhas lá pra ela, e ela começou a vender coisas aqui dentro, cheguei a pegar, o que que eu vi, fui descer escada e vi ela e um outro

paciente nosso também que estava roubando com ela, bandeja de prata, de coisas de prata, pegando assim e vendendo e a gente sabe que não pode comercializar aqui dentro, não pode nada...e o dia que ela me viu vendo isso, logo depois ela falou que queria falar comigo, aí eu fui conversar com ela numa sala e ela me ameaçou, que ela não estava gostando dos olhares ela não estava gostando muito da conduta, e vamos conversar de outro jeito assim você tipo não entrar na linha e a eu fui ameaçada...ela ameaçou outro psicólogo aqui dentro também, então acho que esse tipo de paciente não dá, chegou a riscar o carro de uma terapeuta ocupacional de ponta a ponta, a gente sabe que foi ela, mas o que que você vai fazer, não tem ressarcimento nenhum, e a última que aconteceu dela que aí teve aqui, nós tivemos uma gerente que ficou três meses e ela não gostou da gerente, e a gerente era mais porreta, chegou aqui, e a gerente começou também tentar colocar ordem na casa, aí ela fez um desenho não sei quem determinado grupo aí, e mandou entregar pra gerente, que era o carro dela, a placa do carro dela e uma cruz, a gerente diz que arrumou outro emprego, isso tipo aconteceu na quinta, sexta feira, na segunda a gerente arrumou outro emprego em outro lugar, saiu correndo... então acho que esse tipo de paciente, esse tipo por exemplo, quando passa dos limites demais, por que as vezes o CAPS o paciente vai criar asa, vai criando asa e vão deixando, tem muita gente sem preparo, as vezes tem medo de enfrentar, tem medo de colocar as regras pro paciente e depois o bicho vai se tornando grande ne. Eu penso nisso quando começa a quebrar regra de mais aí não dá [...] SANDRA

Sandra trará como caso em que não é possível haver intervenção àqueles que são encaminhados compulsoriamente pelo judiciário e em situações em que a profissional se sente ameaçada. Ela narra a experiência em que foi ameaçada de morte por uma pessoa que frequentava o CAPS. Ela justifica que casos em que a pessoa passa dos limites não é possível intervenções ou acompanhamento.

[...] mas que a gente fica muito impotente do que oferecer, de que cuidado é esse de que alguém que só vem mostrando sinais de piora [...] então acho que nesses casos que assim que o paciente vem e você vai assistindo ele a piorar cada vez mais apesar do tratamento, apesar de todos os esforços da rede, da família, e de tudo por uma escolha por um sofrimento aí que a gente não consegue ter acesso [...] .Acho que qualquer caso é tratável, acho que é mais difícil quando a pessoa não quer, não escolhe, porque aí esse trabalho de emprestar o desejo, de oferecer assim, também acho que né...ah não quer, não trata", não quer por uma razão, por um sofrimento, por um momento [...] REBECA

Rebeca declara que se sente impotente quando a pessoa começa a mostrar sinais de piora. Para ela o caso não é tratável quando a pessoa escolhe não se tratar, ou como ela relata, escolhe o sofrimento.

[...] é que assim comorbidade assim também a prevalência é alta, comorbidade psiquiátricas, então a não ser que não preencha os critérios, tem um casos que não preenche critério, mas sei lá, ter um comprometimento maior cognitivo... o que que o CAPS vai favorecer pra ele, não é que não dá pra atender, não preenche critérios para estar aqui, mas tipos de deficiência a gente atende, vários tipos de deficiência, física, visual, não vem nada na minha cabeça que não dá para atender [...] ANTONIO CONSELHEIRO

Antonio Conselheiro relata que casos onde há comorbidades psiquiátricas se tornam impossibilitados de intervenção ou tratamento, por muitas vezes apresentar comprometimento cognitivo.

As demais participantes relataram que não consideram casos em que há a impossibilidade de realizar intervenção. É interessante como cada participante sustenta um conceito daquilo que é tratável ou não ou mesmo qual o desfecho mais esperado de cada pessoa atendida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao propormos estudar as representações da(o)s psicóloga(o)s que trabalham no CAPSad em relação aos usuários de álcool e outras drogas levantamos como hipótese que essa(e)s profissionais teriam como representação o uso de drogas como comportamento desviante e os usuários como doente.

Porém, ao longo das entrevistas encontramos diferentes representações sobre o uso e a pessoa que faz uso de álcool e outras drogas.

Uma destas representações ligada a nossa hipótese inicial, relaciona o usuário a figura do doente e o uso abusivo a síndrome de dependência. Esta representação foi apontada por uma das participantes que associou o uso de drogas a um comportamento problemático, tendo para ela a necessidade de modificar comportamento, ou seja, erradicar o seu uso.

Como vimos no segundo capítulo o proibicionismo ou modelo proibicionista está inserido na nossa sociedade há séculos e foi criando forças, primeiro com o advento do cristianismo, em meados do século IV, que já trazia como premissa a abstinência de algumas drogas, condenadas pela Igreja como uso demoníaco, tais como os alucinógenos em diversas culturas e posteriormente, no início do século XX com o crescimento de movimentos puritanos, principalmente entre os norte americanos protestantes, que pregavam a abstinência total, e especialmente do álcool, o que influenciou a Lei Seca, na década de 1920, e posteriormente a “guerra contra as drogas” que ocasionou o combate a produção e tráfico de substâncias psicoativas e teve como principal alvo os países produtores tais como alguns dos países sul americanos.

É de suma importância não perdermos de vista esta história que marca a trajetória das drogas na contemporaneidade e o quanto isto definirá nossas representações. O quanto que irão delinear não só a legislação que trata do uso e tráfico de drogas, mas as políticas públicas de saúde, assistência social, segurança pública, educação entre outras.

As grandes mídias o tempo todo enfatizarão o perigo das drogas ilícitas, o pânico criado em volta do *crack*, por exemplo, e o quanto seu uso será representado em filmes, novelas, comerciais entre outros como o assassino da juventude, “o caminho sem volta”, através de imagens que nos remete aos seriados de invasões *zumbis*. As políticas nomeadas de *Enfrentamento ao Crack* não só pelo

governo estadual, mas também pelo governo federal brasileiro, trarão já no nome – *Recomeço/Crack é possível vencer* – a ideia do enfrentamento a um mal, com o foco todo voltado à droga e a ideia de que a pessoa usuária está perdida, ou como na analogia do zumbi, morta-viva.

A crítica ao modelo proibicionista trará como premissa a ideia de que não existe e nem existiu uma sociedade sem drogas e que o ser humano sempre demonstrou a necessidade em alterar sua consciência. O que vai marcar em cada período da história serão os significados que serão dados a determinadas substâncias, as considerando divinas ou demoníacas, permitidas ou proibidas, curativas ou venenosas, prazerosas ou angustiantes, calmantes ou revigorantes dentre tantos outros significados.

Assim notaremos que é impossível uma sociedade sem drogas e que seu uso será marcado por diferentes modos, em diferentes contextos e padrões diversos. A proposta de um modelo de redução de danos será a maneira mais ética e responsável não só na prevenção de agravos, mas no tratamento daquele que necessitar de cuidado.

Conforme vimos anteriormente será a aproximação da redução de danos com a noção de vulnerabilidade que poderá contribuir na prevenção e no tratamento na área das drogas. Deste modo, o foco não será na droga ou no seu uso e sim nas ações redutoras de vulnerabilidade.

Podemos dar como exemplo um caso em que a pessoa faz uso de uma substância de maneira considerada abusiva e que está em circuito de rua. A ideia, nesta perspectiva, é buscar ações que envolva todos os setores assistenciais para que essa pessoa tenha seus direitos fundamentais garantidos e que o foco principal seja a pessoa e não a droga. Assim setores como a saúde mental, a saúde, a assistência social, a segurança pública, educação, habitação, trabalho e renda entre tantos outros que se fizerem necessário deverão ser acionados, claro que respeitando a vontade da pessoa atendida, seus desejos e necessidades.

A(o)s participantes trouxeram exemplos bastante importantes de ações redutoras de vulnerabilidade, tais como o cuidado não só no CAPS, mas envolvendo outras instituições e atores da rede de atenção, o apoio matricial, a promoção de debates na temática das drogas, o acolhimento da pessoa na chegada no CAPS, a conscientização da família no processo de atendimento dentro do CAPS, garantia a

convivência familiar e comunitária, o respeito a singularidade, a autonomia e a vontade da pessoa atendida.

Entretanto, durante as entrevistas notamos também intervenções no CAPSad com foco na abstinência, a centralização nas drogas e no seu uso, como o modo em que algumas das participantes descreve a chegada da pessoa ao CAPS e as expectativas de melhora – neste caso a interrupção do uso – ao considerar casos emblemáticos, àqueles em que a pessoa deixou de usar drogas e considerados mal sucedidos, que a pessoa recaiu, faleceu em decorrência do uso ou teve pioras na condição de saúde.

É claro que conforme destacamos anteriormente, a pesquisa apresentou diversas limitações, tais como a impossibilidade em realizar etnografia, ou realizar um número maior de entrevistas, ou mesmo o fato de um único contato com a profissional não ser garantia de dados extremamente afinados e conclusões aprimoradas.

Apesar dos apontamentos, enfatizamos nas análises os obstáculos e dificuldades enfrentadas pelas participantes que além de cumprir papel como psicóloga(o) da instituição cumpriram antes de tudo a função de trabalhadoras. Notamos obstáculos que irão interferir diretamente no trabalho com as pessoas que frequentam o CAPS sejam eles ligados à infraestrutura, a formação, a falta de supervisão, precarização de trabalho entre tantas outras citadas anteriormente. Enfatizo os obstáculos, por também estar na condição de trabalhadora em uma instituição e reconhecer e vivenciar problemas que serão extremamente determinantes na nossa atuação.

O quadro da vulnerabilidade proposto por Sodelli (2013) em relação ao uso de drogas nos ajudou a compreender estas representações da atuação das psicólogas marcadas por determinantes não só individuais, mas sociais e programáticos.

Sobre os determinantes individuais, levantamos dados durante a pesquisa, sobre a descrição dos casos atendidos, as características de cada pessoa atendida na chegada ao equipamento, sua trajetória e história de vida.

Sobre os determinantes sociais discorreremos ao longo dos capítulos à história das drogas e seu uso, a consolidação do proibicionismo e o início da “guerra às drogas” que marcaram tão profundamente as representações desta temática na contemporaneidade.

E sobre os determinantes programáticos discorremos sobre a reforma psiquiátrica, a consolidação das políticas de saúde mental e de atenção ao usuário de álcool e outras drogas, o surgimento dos CAPS como medida estratégica contra o processo de hospitalização das pessoas com transtornos mentais e usuárias de drogas e o mais importante as dificuldades e obstáculos apontados pelas participantes na atuação e execução das atividades dentro de uma instituição pública.

As contribuições do interacionismo do desvio desenvolvida por Becker e a definição do Estigma de Goffman também foram de suma importância para melhor compreendermos a *questão das drogas* e as dificuldades enfrentadas não só pela pessoa – no caso todos nós- que fazem(os) uso de alguma substância psicoativa, mas aquele que a fazem de modo abusivo ou prejudicial. Tais contribuições foram importantes ainda para compreendermos o modo de categorização e definição de regras e normas sociais ligadas às drogas e sua estigmatização e criminalização em nossa sociedade, permitindo que identificássemos as várias formas de dominação e poder sejam elas políticas, econômicas e religiosas.

Este trabalho se encerra aqui não com uma conclusão definida das representações da(o)s psicóloga(o)s ou propostas de atuação no atendimento às pessoas usuárias de álcool e outras drogas nos CAPSad, mas sim em possibilidades e formas de cuidado tão diversas quanto as pessoas e suas relações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS⁹

- ANDERY, A.A. Psicologia na comunidade. In: S. T. M. Lane e W. Codo (Orgs.), **Psicologia Social: O Homem em Movimento**, (p. 203-320). São Paulo: Brasiliense, 1999.
- ALVERGA, A.R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface-Comunis, Saúde Educ**, v.10, n.20, p.299-316, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200003>
- ALVES, V.S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: Discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.11, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/02.pdf>>
- ALVES, V. S.; LIMA, I. M. S. O. Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil: convergência entre a saúde pública e os direitos humanos. **RDisan**, São Paulo, v. 13, n.3, 2013. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/56241/59451>>
- ARAÚJO, M.E. **A atuação do psicólogo no CRAS e o enfrentamento da situação de vulnerabilidade social**. Dissertação. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014.
- AYRES, J.R.C.M. FRANÇA JÚNIOR, I. CALAZANS, G.J. SALETTI FILHO, H.C.S.O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde pública: perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.117-39.
- ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração, 2014.
- BECKER, H. **Segredos e Truques da Pesquisa**. Tradução Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Zahar, 1994.
- _____. **Outsiders: estudos de sociologia do desvio**. Tradução Maria Luiza X. de A. Borges. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

⁹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT NBR 6023).

BOCK, A.M.B. A Psicologia a caminho do novo século: identidade profissional e compromisso social. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.4, n.2, p. 315-329, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v4n2/a08v4n2.pdf>>

_____. (Org.). **Psicologia e o compromisso social**. São Paulo: Cortez, 2009.

BOTARELLI, A. **O psicólogo nas políticas públicas de proteção social**: uma análise dos sentidos e das práxis. 1998. Tese – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Saúde Mental no SUS**: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007/2010. Ministério da Saúde: Brasília. Janeiro de 2011, 106 p.

_____. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2001, 213 p.

_____. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde Caderno de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde, 2001.

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

_____. 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.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde mental no SUS**: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 78p.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Saúde Mental no SUS**: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção. Relatório de Gestão: 2003-2006. Brasília/DF, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**/Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl.– Brasília:Ministério da Saúde, 2004.

BRUM, E. Prefácio. In:ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração, 2014.

BUCHER, R. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

CARNEIRO, H.C. **Filtros, Mezinhas e triacas**: As drogas no mundo moderno. São Paulo: Xamã, 1994.

_____. Autonomia ou heteronomia nos estados alterados de consciência. In: LABATE, B.C. GOULART, S. FIORE, M. MACRAE, E. CARNEIRO, H. (org) **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008

_____. Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo. In: VENÂNCIO, R.P. CARNEIRO, H. **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda, 2005.

_____. **Bebida, abstinência e temperança na história antiga e moderna**. São Paulo: Editora SENAC, 2010.

CFP. **Referências técnicas para atuação de Psicólogas(os) no CAPS** – Centro de Atenção Psicossocial/Conselho Federal de Psicologia – Brasília: CFP, 2013.

_____. **Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogas/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas**/ Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2013.

DANTAS, C. M. B., OLIVEIRA, I. F. e YAMAMOTO, O. H. Psicologia e pobreza no Brasil: produção de conhecimento e atuação do psicólogo. **Psicologia & Sociedade**,v.22,n.1, p.104-111, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822010000100013>

DIMENSTEIN, M. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**,v.3, n.1, p.53-81.1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141394X1998000100004&script=sci_abstract&lng=pt>

_____. O Psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicol. estud.** Maringá, v.6 n.2, July/Dec. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141373722001000200008&script=sci_abstract&tlng=pt>

DIMENSTEIN, M. MACEDO, J.P. O trabalho dos psicólogos nas políticas sociais no Brasil. **Avances en Psicología Latino americana**, v. 30, n.1, p. 182-192, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v30n1/v30n1a15.pdf>>

_____, J.P. Formação em Psicologia: Requisitos para Atuação na Atenção Primária e Psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.32, (num. esp.), 232-245, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000500017>

ESCOHOTADO, A. A proibição: princípios e consequências. In: RIBEIRO, M.M. SEIBEL, S.D. **Drogas: Hegemonia do cinismo**. São Paulo: Memorial, 1997.

FIGUEIREDO, V.V. RODRIGUES, M.M.P. Atuação do psicólogo nos CAPS do estado do Espírito Santo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 173-181, mai./ago. 2004

FIORE, M. A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos. In: VENÂNCIO, R.P. CARNEIRO, H. **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda, 2005.

GIL, G. FERREIRA, J. Apresentação. In: LABATE, B.C. GOULART, S. FIORE, M. MACRAE, E. CARNEIRO, H. (org) **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da Identidade Deteriorada**. Tradução Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GOULART, S. L. Estigmas de grupos ayahuasqueiros. In: LABATE, B.C. GOULART, S. FIORE, M. MACRAE, E. CARNEIRO, H. (org) **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008

KARAM, M.L. A Lei 11343/06 e os danos repetidos do proibicionismo. In: LABATE, B.C. GOULART, S. FIORE, M. MACRAE, E. CARNEIRO, H. (org) **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008

LABATE, B.C., FIORE, M., GOULART, S. L. Introdução. In: LABATE, B.C. GOULART, S. FIORE, M. MACRAE, E. CARNEIRO, H. (org) **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008

LABROUSSE, A. **Geopolítica das Drogas**. Tradução de Mônica Seincman. São Paulo: Desatino, 2010.

_____. As drogas e os conflitos. IN: RIBEIRO, M.M. SEIBEL, S.D. **Drogas: Hegemonia do cinismo**. São Paulo: Memorial, 1997.

LANE, S. T. M. (1984a). A Psicologia Social e uma nova concepção de homem para a Psicologia. In LANE, S. T. M. & CODO, W. (Eds.), **Psicologia Social: O homem em movimento** (pp. 10-19). São Paulo: Brasiliense, 1999

LIMA, A.F. Dependência de drogas e psicologia social: um estudo sobre o sentido das oficinas terapêuticas e o uso de drogas a partir da teoria da identidade. **Psicol. Soc.** Porto Alegre, v. 20, n. 1, 2008. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822008000100010>

MACHADO, A.R. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública**: Um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. 2006. Dissertação. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006.

MACRAE, E. A elaboração das políticas públicas brasileiras em relação ao uso religioso da ayahuasca. In: LABATE, B.C. GOULART, S. FIORE, M. MACRAE, E. CARNEIRO, H. (org) **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008

MAGALHAES, F. Prólogo. In: RIBEIRO, M.M. SEIBEL, S.D. **Drogas: Hegemonia do cinismo**. São Paulo: Memorial, 1997.

MARRAS, S. Do natural ao social: as substâncias em meio estável. In: LABATE, B.C. GOULART, S. FIORE, M. MACRAE, E. CARNEIRO, H. (org) **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008

MODESTO, L.S. ONU: Fundamentalismo Puritano no Mercado. In: RIBEIRO, M.M. SEIBEL, S.D. **Drogas: Hegemonia do cinismo**. São Paulo: Memorial, 1997.
 MOURA, C. P. Resenhas. **Mana**. Rio de Janeiro, v. 15, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – CID-10**. Disponível em: www.datasus.gov.br/cid10/v2008/cid10 Acesso em: 12 dez. 2016.

PASSETTI, E. Drogas, democracia misiática e libertarismo. In: RIBEIRO, M.M. SEIBEL, S.D. **Drogas: Hegemonia do cinismo**. São Paulo: Memorial, 1997.

PASSOS, E.H. SOUZA, T.P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**; v.23, n.1, p.154-162, 2011. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000100017>

PESSOA, F. **Livro do Desassossego**. Por Bernardo Soares. São Paulo: Editora Brasileira, 1989.

PITTA, A.M.F. **Reorientação do modelo de Atenção: Equidade e Justiça Social na Organização de Serviços de Saúde Mental**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde Caderno de Textos de Apoio da III Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília, Ministério da Saúde / Conselho Nacional de Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/3conf_mental.pdf>

RODRIGUES, T. Narcotráfico: um esboço histórico. In: VENÂNCIO, R.P. CARNEIRO, H. **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda, 2005.

_____. Tráfico, guerra, proibição. In: LABATE, B.C. GOULART, S. FIORE, M. MACRAE, E. CARNEIRO, H. (org) **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008

_____. Apresentação. In: LABROUSSE, A. **Geopolítica das Drogas**. Tradução de Mônica Seincman. São Paulo: Desatino, 2010.

ROIO, J.L.D. Mundialização e criminalidade. In: RIBEIRO, M.M. SEIBEL, S.D. **Drogas: Hegemonia do cinismo**. São Paulo: Memorial, 1997.

SALES, A.L.L.F. DIMEINSTEIN, M. Psicólogos no processo de reforma psiquiátrica: práticas em desconstrução? **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n.2. p. 277-285, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722009000200008&script=sci_abstract&lng=pt>

SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE POLÍTICAS E PRÁTICAS EM SAÚDE COLETIVA NA PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM – SINPESC, II, 2011, São Paulo. **Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde**. Rev. EscEnferm USP, 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45nspe2/25.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2015.

SIMOES, J.A. Prefácio. In: LABATE, B.C. GOULART, S. FIORE, M. MACRAE, E. CARNEIRO, H. (org) **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008

SODELLI, M. **Uso de drogas e prevenção: das desconstrução da postura proibicionista às ações redutoras de vulnerabilidade**. São Paulo: Iglu, 2010.

TORON, A.Z. Prefácio. In: RIBEIRO, M.M. SEIBEL, S.D. **Drogas: Hegemonia do cinismo**. São Paulo: Memorial, 1997.

TOROSSIAN, S.D. PAPINI, P.A. As drogas e suas políticas: usos, excessos e reduções. In: CRUZ, L.R. GUARESCHI, N.M.F. (Org) **Interlocuções entre a psicologia e a política nacional de assistência social**. [recurso eletrônico] - Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2013.

VARGAS, E.V. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In: LABATE, B.C. GOULART, S. FIORE, M. MACRAE, E. CARNEIRO, H. (org) **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008.

VELHO, G. Drogas, níveis de realidade e diversidade. In: RIBEIRO, M.M. SEIBEL, S.D. **Drogas: Hegemonia do cinismo**. São Paulo: Memorial, 1997.

ANEXO A

Roteiro de questões para entrevistas - Piloto

Nome(fictício)_____ Idade:_____

Sexo: ()F () M Estado Civil:_____

Autoclassificação Racial conforme tabela do IBGE_____

Naturalidade:_____Município de moradia:_____

Universidade de formação/Ano :_____

Escolaridade Atual:_____

Tempo de Atuação no equipamento:_____

Tempo de atuação no cargo atual _____

Tipo de vínculo empregatício:_____

1. Por que você escolheu cursar psicologia?
2. O que significa ser psicóloga (o) para você?
3. Como foi sua escolha por assumir o cargo de profissional da psicologia no CAPSad?
Descreva brevemente sua trajetória.
4. O que lhe agrada na sua atuação no CAPSad?
5. Em sua opinião, qual papel da (o) psicóloga (o) no CAPSad?
6. Qual sua visão em relação à Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas?
7. Quais as práticas que você realiza no CAPSad? Como você percebe sua atuação?
8. Como você descreve o equipamento em que trabalha?
9. Como você descreve a equipe de trabalho?
10. Qual papel você percebe que a equipe lhe atribui?

11. Você acha que a (o) psicóloga (o) que atua no CAPSad tem conseguido alcançar as diretrizes da Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas? Se sim, de que forma? Se não, o que precisa fazer para atingi-lo?
12. Como você lida com os usuários do equipamento?
13. Quem são esses usuários (sexo; idade; condição socioeconômica; raça; escolaridade)?
14. Que visão você acha que o usuário tem em relação ao serviço de psicologia?
15. Em sua opinião, você recebeu uma formação que forneceu condições para o trabalho atual na saúde pública?
16. Sua formação como psicóloga (o) forneceu subsídios para atuar com usuários de álcool e drogas?

ANEXO B*Roteiro de questões para entrevistas*

Nome(fictício)_____ Idade:_____

Sexo: ()F () M

Estado Civil:_____

Autoclassificação Racial conforme tabela do IBGE_____

Naturalidade:_____Município de moradia:_____

Universidade de formação/Ano :_____

Escolaridade Atual:_____

Tempo de Atuação no equipamento:_____

Tempo de atuação no cargo atual _____

Tipo de vínculo empregatício:_____

17.Como foi sua escolha por assumir o cargo de profissional da psicologia no CAPSad? Descreva brevemente sua trajetória.

18.O que lhe agrada na sua atuação no CAPSad?

19.Quais as práticas que você realiza no CAPSad?

20.Como você percebe sua atuação?

21.Conte um caso que você considera como emblemático na sua atuação.

22.Conte um caso que você considera mal sucedido.

23.Você considera que existem obstáculos na sua atuação, quais?

24.Quando você necessita de apoio da administração você recebe o suporte necessário? Se não, por quê?

25.Existe algum tipo de caso que não pode ser atendido?

ANEXO C

Modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Participante

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Ambas as vias serão assinadas e rubricadas pelo pesquisador e/o participante, uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Será realizada uma entrevista como parte da pesquisa de mestrado intitulada “A atuação da(o) psicóloga(o) aos usuários de álcool e drogas no CAPSad” sob orientação do Prof. Gustavo MartineliMassola e que tem como objetivo compreender o campo de atuação do psicólogo no tratamento aos usuários de drogas em equipamentos do Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPSad).

O objetivo dessa entrevista é estritamente acadêmico e para fins didáticos, não havendo nenhuma outra finalidade.

A entrevista deve durar em média 40 minutos, dependendo da sua disponibilidade. Caso você autorize, ela será gravada em áudio, sendo que as gravações ficarão arquivadas no computador do pesquisador com acesso restrito e sem identificação dos entrevistados.

Vale salientar que a participação é voluntária e a entrevista pode ser interrompida a qualquer momento. Além disso, o sigilo está garantido e sua identidade não será revelada sob nenhuma hipótese.

O material coletado na pesquisa poderá ser utilizado em uma futura publicação em livro e/ou revista científica, mas, novamente, reforça-se o sigilo, pois em nenhum momento sua identidade será revelada.

A pesquisa poderá trazer riscos tais como desconforto durante a entrevista, ansiedade ou mesmo constrangimento. Se for necessário encaminhamento para algum atendimento, ele será feito pela pesquisadora e será oferecido de forma gratuita.

Cabe ainda salientar que a pesquisa não trará nenhum tipo de benefício financeiro ou ônus pela sua participação.

Qualquer dúvida entre em contato com Aline Tambory de Oliveira pelo endereço Av. Prof. Mello Moraes, 1721 - Bloco A, sala 103 ou 105, Butantã - São Paulo – Brasil, 05508-030, e-mail: alinetambory@usp.br, telefone: 99728-2943 ou diretamente com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP (Av. Prof. Mello Moraes, 1.721 - Bloco G, 2º andar, sala 27, CEP 05508-030 - Cidade Universitária - São Paulo/SP E-mail: ceph.ip@usp.br e Tel. (11) 3091-4182).

Pesquisador Responsável

Prof. Gustavo MartineliMassola

PST- Departamento de Psicologia

Social e do Trabalho

Instituto de Psicologia da USP

Pesquisador Executor

Aline Tambory de Oliveira

Aluna da Pós-Graduação

Instituto de Psicologia

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA NA PESQUISA

Eu, _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “A atuação da(o) psicóloga(o) aos usuários de álcool e drogas no CAPSad, como sujeito. Fui devidamente informada(o) e esclarecida(o) pela

pesquisadora Aline Tambory de Oliveira sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação.

Local e data: _____

Nome e Assinatura do participante: _____