

Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas

DISTRIBUIÇÃO
GRATUITA

Edição Revisada



Conselho
Federal de
Psicologia

Conselhos
Regionais de
Psicologia

The logo of the Conselho Brasileiro de Neuropsiquiatria e Psicopedagogia (CREPOP) features a stylized graphic of human figures above the acronym 'CREPOP'.
CREPOP
Conselho Brasileiro de Neuropsiquiatria e Psicopedagogia

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA
CONSELHOS REGIONAIS DE PSICOLOGIA

CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA
E POLÍTICAS PÚBLICAS – CREPOP

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

Comissão de Revisão do Documento

Conselheiro Federal Responsável:

Paulo José Barroso de Aguiar Pessoa

Especialistas

Heloiza Helena Mendonça Almeida Massanaro

Isabela Saraiva de Queiroz

Maria Izabel Calil Stamato

Rafael Mendonça Dias

Paulo José Barroso de Aguiar Pessoa

Edição Revisada

Brasília, 2019

© 2019 Conselho Federal de Psicologia

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

Projeto Gráfico: Agência Movimento

Diagramação: Agência Movimento

Revisão e normalização: MC&G Design Editorial

Referências bibliográficas conforme ABNT NBR

Direitos para esta edição – Conselho Federal de Psicologia: SAF/SUL Quadra 2, Bloco B, Edifício Via Office, térreo, sala 104, 70070-600, Brasília/DF

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

Impresso no Brasil – agosto de 2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C755 Conselho Federal de Psicologia (Brasil).
Referências técnicas para atuação de psicólogas(os)
em políticas públicas de álcool e outras drogas
[recurso eletrônico] / Conselho Federal de Psicologia.
— 2. ed. — Brasília : CFP, 2019.
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.
ISBN 978-85-89208-97-0

1. Psicologia aplicada. 2. Alcoolismo - Prevenção -
Política governamental - Brasil. 3. Drogas - Abuso -
Prevenção - Política governamental - Brasil.
4. Psicologia social - Prática. I. Título.

CDD 158

Bibliotecária Priscila Pena Machado CRB-7/6971

Sistema de Bibliotecas da Universidade São Francisco - USF
Ficha catalográfica elaborada por: Priscila Pena Machado CRB-7/6971

Informações da Edição Revisada

Coordenação / CFP

Miraci Mendes Astun – Coordenadora Geral
Cibele Tavares – Coordenadora Adjunta

Gerência de Comunicação (GCom)

Luana Spinillo – Gerente
André Almeida – Analista Técnico – Editoração

Coordenação Nacional do CREPOP/CFP

Clarissa Paranhos Guedes – Conselheira Responsável
Mateus de Castro Castelluccio – Supervisor
Larissa Correia Nunes Dantas – Assessora
Joyce Juliana Dias de Avelar – Estagiária

Integrantes das Unidades Locais do Crepop nos CRPs Conselheiras(os)

Leovane Gregório (CRP01); Vinícius Soares de Oliveira (CRP02); Gloria Maria Machado Pimentel, Mailson Santos Pereira e Monaliza Cirino de Oliveira (CRP03); Cláudia Natividade e Flávia Gotelip Correa Veloso (CRP04); Mônica Sampaio (CRP05); Beatriz Borges Brambilla (CRP06); Manuele Monttanari Araldi (CRP07); Maria Sezineide Cavalcante de Melo (CRP08); Mayk Diego Gomes da Glória Machado (CRP09); Valber Luiz Farias Sampaio (CRP10); Emilie Fonteles Boesmans (CRP11); Marivete Jesser (CRP12); Carla de Sant'Ana Brandão Costa (colaboradora CRP13); Beatriz Flandoli (CRP14); Laeuzza da Silva Farias (CRP15); Juliana Brunoro de Freitas (CRP16); Adala Nayana de Sousa Mata (CRP17); Karina Franco Moshage (CRP18); Bruna Oliveira Santana e Claudson Rodrigues de Oliveira (CRP19); Clorijava de Oliveira Santiago Júnior e Gibson Alves dos Santos (CRP20); José Augusto Santos Ribeiro (CRP21); Raissa Bezerra Palhano (CRP22); Ricardo Furtado de Oliveira (CRP23).

Técnicas(os)

Cristina Trarbach (CRP01); Maria de Fátima dos Santos Neves (CRP02); Natani Evin Lima Dias (CRP03); Pablo Mateus dos Santos Jacinto (CRP03); Leiliana Sousa (CRP04); Roberta Brasilino Barbosa (CRP05) Edson Ferreira Dias Júnior (CRP06); Rafaela Demétrio Hilgert (CRP07) Regina Magna Fonseca (CRP09); Letícia Maria Soares Palheta (CRP10); Mayrá Lobato Pequeno (CRP11); Iramaia Ranai Gallerani (CRP12); Katuska Araújo Duarte (CRP13); Mônica Rodrigues (CRP14); Liércio Pinheiro de Araújo (CRP15); Mariana Moulin Brunow Freitas (CRP16); Zilanda Pereira Lima (CRP17); Érika Aparecida de Oliveira (CRP18); Lidiane de Melo Drapala (CRP19); John Wedson dos Santos Silva (CRP21); Livia Maria Guedes de Lima Andrade (CRP22); Stéfiane Santana Da Silva (CRP23)

Informações da 1ª edição (2013)

Coordenação Geral / CFP

Yvone Magalhães Duarte

Coordenação de Comunicação Social

Fernanda de Araújo Mendes

Editoração

André Almeida

Equipe Técnica do CREPOP/CFP

Monalisa Barros e Márcia Mansur Saadallah – Conselheiras responsáveis
Natasha Ramos Reis da Fonseca – Coordenadora Técnica
Cibele de Oliveira e João Vinicius Marques – Assessores de Metodologia
Klebiston Tchavo dos Reis Ferreira – Assistente Administrativo

Comissão de Elaboração da 1ª Edição

Heloiza Helena Mendonça Almeida Massanaro
Isabela Saraiva de Queiroz
Marcus Vinicius de Oliveira Silva
Maria Aparecida Gimenez
Maria Izabel Calil Stamato
Rafael Mendonça Dias

Técnica Regional (1ª edição)

Luciana Franco

Conselheiras(os)

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

Integrantes das Unidades Locais do Crepop nos CRPs

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

PLENÁRIO RESPONSÁVEL PELA REVISÃO

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA

XVII Plenário

Gestão 2017-2019

Diretoria

Rogério Giannini – Presidente

Ana Sandra Fernandes Arcoverde Nóbrega – Vice-presidente

Pedro Paulo Gastalho de Bicalho – Secretário

Norma Celiane Cosmo – Tesoureira

Conselheiras(os) Efetivas(os)

Iolete Ribeiro da Silva – Secretária Região Norte

Clarissa Paranhos Guedes – Secretária Região Nordeste

Marisa Helena Alves – Secretária Região Centro Oeste

Júnia Maria Campos Lara – Secretária Região Sudeste

Rosane Lorena Granzotto – Secretária Região Sul

Fabián Javier Marin Rueda – Conselheiro 1

Célia Zenaide da Silva – Conselheira 2

Conselheiras(os) Suplentes

Maria Márcia Badaró Bandeira – Suplente

Daniela Sacramento Zanini – Suplente

Paulo Roberto Martins Maldos – Suplente

Fabiana Itaci Corrêa de Araujo – Suplente

Jureuda Duarte Guerra – Suplente Região Norte

Andréa Esmeraldo Câmara – Suplente Região Nordeste

Regina Lúcia Sucupira Pedroza – Suplente Região Centro Oeste

Sandra Elena Sposito – Suplente Região Sudeste

Cleia Oliveira Cunha – Suplente Região Sul (*in memoriam*)

Elizabeth de Lacerda Barbosa – Conselheira Suplente 1

Paulo José Barroso de Aguiar Pessoa – Conselheiro Suplente 2

PLENÁRIO RESPONSÁVEL PELA 1ª EDIÇÃO

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA

XV Plenário

Gestão 2011-2013

Diretoria

Aluizio Lopes de Brito – Presidente

Humberto Cota Verona – Presidente licenciado

Monalisa Nascimento dos Santos Barros – Tesoureira

Deise Maria do Nascimento – Secretária

Conselheiras(os) efetivas(os)

Ana Luiza de Souza Castro – Secretária Região Sul

Flávia Cristina Silveira Lemos – Secretária Região Norte

Heloiza Helena Mendonça A. Massanaro – Secretária Região Centro-Oeste

Marilene Proença Rebello de Souza – Secretária Região Sudeste

Clara Goldman Ribemboim – Secretária Região Nordeste

Conselheiras(os) suplentes

Celso Francisco Tondin

Henrique José Leal Ferreira Rodrigues

Marilda Castelar

Roseli Goffman

Sandra Maria Francisco de Amorim

Tânia Suely Azevedo Brasileiro

Psicólogas convidadas

Angela Maria Pires Caniato

Márcia Mansur Saadallah

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO DA 2.^a EDIÇÃO	08
O CREPOP E O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA REFERÊNCIA TÉCNICA	10
INTRODUÇÃO DA 1.^a EDIÇÃO	13
INTRODUÇÃO DA 2.^a EDIÇÃO	20
EIXO 1	
DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DA ATUAÇÃO DA/O PSICÓLOGA/O NA POLÍTICA DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS	26
EIXO 2	
A(O) PSICÓLOGA(O) NA REDE PSICOSSOCIAL E A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE ALCOOL E OUTRAS DROGAS	48
EIXO 3	
DESAFIOS PARA UMA PRÁTICA PROFISSIONAL EMANCIPADORA	65
EIXO 4	
DESAFIOS PARA UMA POLÍTICA DE DROGAS COM FOCO NO USUÁRIO E BOAS PRÁTICAS DO CAMPO	82
CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92

APRESENTAÇÃO DA 2.^a EDIÇÃO

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) apresenta à categoria e à sociedade o documento *Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas*, edição revisada, elaborado no âmbito do Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). Este é um documento importante na demarcação do compromisso da Psicologia com o respeito à autonomia e dignidade da pessoa em uso e abuso de drogas, assim como na defesa pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O trabalho de revisão desta referência revela as transformações que as políticas públicas de álcool e outras drogas vêm sofrendo no atual momento político do país, em que o cuidado às(aos) usuárias(os) tem sua centralidade exclusivamente na abstinência, internação involuntária e tratamento em instituições asilares. Este retrocesso fica evidenciado pela crescente destinação de recursos públicos para as comunidades terapêuticas em detrimento ao cuidado em rede, com base territorial e respeito a liberdade e singularidade das(os) usuárias(os), desfigurando o que se tinha construído como Política Pública neste campo até então.

Contrapondo-se a isso, este documento propõe um conjunto de reflexões e estratégias de cuidado para as(os) profissionais da Psicologia, retomando os princípios do SUS, trabalho em rede, atuação multiprofissional e intersetorial. Além disso, apresenta as boas práticas que têm sido desenvolvidas neste campo orientadas pela lógica da redução de danos e centralidade nas(os) usuárias(os).

Nesta nova edição, foram atualizados ainda os marcos legais da política pública e inseridos novos debates, no entanto, foi mantida a introdução original, construída por Marcus Vinicius de Oliveira, pois além de se manter atual, presta uma homenagem a este importante ator na luta antimanicomial e referência nas discussões sobre Saúde Mental no Brasil.

O XVII Plenário do CFP agradece a todas e todos os envolvidos na elaboração deste documento, em especial aos membros da comissão ad-hoc responsáveis pela redação. Desejamos que esta publicação seja um instrumento de orientação e qualificação da prática profissional e de reafirmação do compromisso ético-político da Psicologia e que possa auxiliar profissionais e estudantes na aproximação com o campo de Álcool e Outras Drogas, pensando essa área em uma perspectiva ampliada e crítica.

XVII Plenário
Conselho Federal de Psicologia

CREPOP E O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DA REFERÊNCIA TÉCNICA

O Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) é uma ferramenta do Sistema Conselhos de Psicologia que tem como objetivo produzir referenciais técnicos para a atuação da Psicologia nas políticas públicas, mapeando as psicólogas e psicólogos em atuação e as práticas desenvolvidas, fomentando iniciativas, a nível local e nacional, que provoquem a discussão e o fortalecimento do lugar da Psicologia nesses espaços.

Como produtos de suas ações o CREPOP tem como uma de suas finalidades oferecer à categoria documentos que norteiem o fazer profissional nos serviços, programas e políticas, demarcando também o papel ético e político deste fazer. Deste modo, as produções convocam a categoria a (re)pensar e (re)inventar suas práticas, assegurando seu compromisso ético-político, estimulando uma atuação centrada no social, preocupada com as demandas do povo brasileiro, direcionando seu fazer para a transformação de vidas.

Este documento é mais um produto oriundo de uma investigação da prática profissional conduzida pelos CREPOPs presentes nos Conselhos Regionais de Psicologia (CRPs). Trata-se das “Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Políticas Públicas de Álcool e outras drogas”, campo muito caro à categoria e com forte caráter social e emergencial dos serviços prestados.

Este tema emerge de uma demanda da categoria no VI Congresso Nacional da Psicologia (CNP), em 2007, e aponta para o Sistema Conselhos a necessidade de promover discussões e ações acerca da questão, destacando-se a violação dos Direitos Humanos e a importância da perspectiva da redução de danos (RD) no atendimento aos usuários de álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde (SUS).

A pesquisa que originou essa referência foi realizada em 2009, entre os meses de maio a julho, tendo sido realizada em duas etapas: uma etapa nacional, do tipo descritiva, a partir de um instrumento online; e uma etapa qualitativa, realizada pelas unidades locais do CREPOP, localizadas nos Conselhos Regionais e contou com a utilização dos seguintes instrumentos: questionário disponibilizado online, reuniões específicas, grupos fechados e entrevistas.

Participaram desta pesquisa 345 respondentes online, dentre psicólogas(os), outras(os) profissionais atuantes no campo e gestoras(es). À época da pesquisa, existiam dezessete unidades regionais do CREPOP, tendo cada uma delas conduzido à investigação em seu território de abrangência.

Para construir a primeira edição publicada em 2013 foi formada uma Comissão em 2012 com um grupo de especialistas indicado pelos plenários dos Conselhos Regionais (CRPs) e Plenário do Conselho Federal de Psicologia (CFP). A Comissão foi composta, então, por cinco especialistas que, voluntariamente, buscaram qualificar a discussão sobre atuação das(os) psicólogas(os) neste campo. Partindo das análises dos dados e resultados da pesquisa, este documento aborda e referência aspectos específicos da prática profissional de psicólogas(os) nas políticas públicas sobre Álcool e Outras Drogas.

Em 2018, essa publicação passou por uma etapa de revisão, compreendendo as constantes mudanças nos marcos das Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas. Nessa nova fase a comissão de especialistas responsável pela elaboração da primeira versão desse documento buscou atualizar os marcos legais da política pública, contrastando o campo de atuação da Psicologia no momento atual com o que os dados apontavam em 2012. Deste modo, procurou evidenciar os avanços e retrocessos que impactam a prática das(os) psicólogas(os) nessa área, contextualizando o campo de atuação com a conjuntura política atual do país.

Assim exposto, essa Referência Técnica demarca, mais uma vez, o compromisso do Sistema Conselhos de Psicologia com a atuação nas políticas públicas e cumpre com o papel de orientar e qualificar a atuação da Psicologia nesses espaços, contribuindo, as-

sim, com o fortalecimento das políticas públicas como instrumento essencial para garantia de direitos e enfrentamento das injustiças. No que tange à especificidade desse documento, este se consolida como um importante instrumento de enfrentamento e luta na defesa por um Sistema Único de Saúde universal e que atenda às demandas de saúde do povo brasileiro.

INTRODUÇÃO DA 1.^a EDIÇÃO

Marcus Vinicius de Oliveira Silva¹

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

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

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

Assim a trajetória através da qual se produziu o atual “consen-

1 Para a nova edição dessa Referência Técnica, a comissão optou por manter a introdução da primeira edição na íntegra, texto este produzido por Marcus Vinicius de Oliveira (Marcus Matruga), membro da comissão de especialistas que redigiu o primeiro documento. Foi um modo da Comissão prestar homenagem a esse profissional que se destacou como uma importante liderança na Luta Antimanicomial no Brasil. Marcus Matruga foi assassinado no dia 04 de fevereiro de 2016 no povoado de Pirajuía, município de Jaguaripe, no Recôncavo baiano.

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

No caso brasileiro, esta superveniência dos processos transnacionais que desde o Ocidente misturam proscrição e ilegalidade de algumas substâncias psicoativas e a condenação moral aos excessos e descontroles em relação às demais substâncias lícitas que induzem e conduzem o cidadão a “abrir mão” do seu autogoverno e da sua autodeterminação— base política do Estado, prescrita desde as ocidentais modernas — podem limitar a nossa percepção acerca das formas singulares de engendramento de uma sensibilidade social peculiar, historicamente organizada, que modula as percepções e enquadramentos que essa problemática recebe entre nós.

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

Todavia, ainda que não tenham sido alvo deste tipo de legislação, tão específica, foram o álcool e a maconha, de trajetória bastante anterior e de uso amplamente disseminado nos grupos sociais subalternos, sobretudo afrodescendentes, que parecem ter oferecido a base valorativa mais permanente marcados pela vigorosa e persistente desqualificação moral e social que, segue ainda hoje, informando a percepção social relacionada a apreciação deste tema. Podemos afirmar que as sensibilidades sociais, aversivas e fóbicas,

que ainda hoje reverberam horror e pânico, na abordagem contemporânea da chamada “questão das drogas”, na sociedade brasileira, são tributárias do enquadramento dado à questão do álcool e da maconha e sua pertinência sócio-étnico-racial.

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

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

Deste modo assistiremos a constituição social de um tipo de alcoolismo, tido e havido como “originário” e “endêmico” aos negros, naturalizado como uma característica étnica, fonte de desprezo, vergonha e humilhação que passará ao largo de qualquer medida de “limpeza social” que não seja a sua condenação eugênica, como a postulada pela Liga Brasileira de Higiene Mental, na segunda e terceira décadas do século passado. A posterior evolução deste projeto médico encontrará na adoção dos manicômios públicos como um fim de linha para carreiras de alcoolistas consolidadas o seu desiderato natural. Neste sentido, a história pessoal do romancista Lima

Barreto retida em alguns dos seus romances impregnados com traços autobiográficos é profundamente reveladora da força profética que articula o destino dos negros, ao uso desregrado do álcool.

Ao lado da persistente presença do álcool na constituição da história produtiva da sociedade brasileira, podemos dizer que a Maconha tem raízes igualmente profundas, fincadas numa história social ainda insuficientemente esclarecida. Sabe-se, por exemplo, que, em relação a introdução da cana de açúcar na América, pelos portugueses, a maconha leva a vantagem por ter tido duplo patrocínio: ela era conhecida pelos portugueses, mas também pelos negros na África, ainda que diferentemente valorizada em suas utilidades. Os portugueses viam nela uma das mais importantes matérias primas para a produção do tecido rústico e resistente que deveria ser provido por seu cultivo nacional, para alimentar a confecção das velas para os seus navios, veículos condutores de todo o seu projeto de exploração ultramarina. Considerado relevante e com potencial interesse econômico, no século XVIII e XIX, o cânhamo foi objeto da criação de uma Real Feitoria do Linho-Cânhamo, fundada em 1783, por ato do vice-rei Marques do Lavradio, no Rincão do Cangussu, posteriormente transferida para as proximidades de Porto Alegre (SANTOS; VIDAL, 2009).

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

Deste modo é possível afirmar que o hábito do uso fumado da maconha era um componente étnico-cultural relevante que compôs o cenário da escravidão brasileira, mas que, com a abolição da

escravatura, passa a se configurar como um elemento socialmente ameaçador pela sua difusão presente entre os grupos de jovens afrodescendentes que formavam as maltas de capoeiristas e animavam os maculelês e candomblés, ensejando as ações de combate aos mesmos pela força policial.

Expressão da dimensão assumida por essa preocupação, no âmbito político e social, registra-se a manifestação, significativa e exclusiva, produzida pela representação diplomática do Brasil junto à Liga das Nações em 1924, como autor da petição para a inclusão da Cannabis na lista das substâncias que deveriam ser banidas e combatidas mundialmente, em Convenção especificamente convocada para este fim, tomando como referência o depoimento do representante brasileiro que afirmou sua condição de grave ameaça social nacional, defendendo a sua proscrição, em paralelo ao debate que se fazia em relação ao banimento internacional do ópio, alegando um paralelo entre ambas substâncias, ainda que a segunda fosse pouco conhecida no mundo europeu.

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

Dos modos como a sociedade brasileira criou para se haver com tal ordem de crueldade herdada do escravismo, a “ideologia do embranquecimento” e o “mito da democracia racial” — duas das mais importantes fontes de produção das matrizes meritocráti-

cas nacionais — pressupõe a possibilidade de que o sujeito possa se afastar de sua origem étnico-racial, a partir da adoção de comportamentos que reneguem aspectos comportamentais, estéticos e morais, que sejam atribuíveis às populações de matriz africana.

A condenação do uso do álcool e da maconha, a necessidade dos sujeitos se mostrarem deles absolutamente desvinculados; o esforço por se manter acima de qualquer suspeita em relação aos mesmos; a vergonha social de que qualquer associação com os mesmos possa representar-se como uma evidência de um “mal de origem”; o cultivo de uma retórica social de sua abominação como uma fonte da destruição social permanentemente a ameaçar a possibilidade da ascensão social dos afrodescendentes vai se estender aos demais grupos que constituem as camadas populares e operárias brasileira, sempre ameaçadas de serem confundidas com a parte “negra”, desta “ralé” depreciada.

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

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

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

Tal clima certamente desfavorece a ação profissional das psicólogas, sustentada na arte da suspeição das aparências, na valorização do sujeito contra o caráter opressivo das instituições da cultura, na disposição sempre dialogante e disponível para reconhecer as razões do sujeito presente nos seus propósitos e nos seus desaminhos. Perceber a trama social, tecida na história das dominações e opressões, pode ser recurso para fazer contenção a forte onda de preconceitos que nos envolve a todos, quando a questão é se posicionar em relação às drogas, mas principalmente quando se trata de cuidar dos que fazem uso problemático delas.

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

INTRODUÇÃO DA 2.^a EDIÇÃO

Esta nova edição das Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogas(os) em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas traz atualizações de texto que se fizeram necessárias, considerando que a anterior teria sido elaborada a partir de pesquisas dos marcos teóricos e legais existentes até 2012 e dados da pesquisa participativa realizada com psicólogas(os) trabalhadores do referido campo, recém surgido, em período de grande comoção social, pelo aumento no uso de substâncias psicoativas e/ou a mudança no comportamento dos usuários que deu visibilidade às cenas de uso. Tal urgência social gerou diversos projetos de atendimento psicológico, sem, contudo, haver o tempo necessário para o amadurecimento e consolidação da prática profissional.

Em 2013, quando a primeira edição dessa Referência foi lançada, a Política Nacional de Saúde Mental Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003) recebia contribuições da população de todas as regiões brasileiras, por meio dos processos de debates e apresentação de propostas da XIV Conferência Nacional de Saúde (2011) e a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (2010), que confirmam ao Ministério da Saúde o caminho desejado e sugerem mais agilidade no processo e financiamento de ações que venham concretizar a mudança no modelo assistencial em curso, por meio da redução de leitos em hospitais psiquiátricos e incentivos para a implantação de serviços substitutivos ao manicômio, o que podemos observar em seu gráfico “Série histórica de CAPSad habilitados no Brasil por tipo”, trazendo o ano da implantação dos serviços abertos no SUS, como os Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) com início em 2002, enquanto o CAPSad III (com hospitalidade noturna) inicia apenas em 2012, quando houve um aumento significativo destes serviços, assim como os consultórios de rua, com equipes multidisciplinares tendo como método a redução de danos.

Logo em seguida, o Ministério da Saúde investe em formação e educação permanente dos profissionais de saúde mental em projetos como: Caminhos do cuidado — para agentes comunitários de saúde; Percursos formativos — para a equipe multiprofissional; residências em psiquiatria e multiprofissional; além de cursos EAD em saúde mental, álcool e outras drogas. Na prevenção realiza programas pilotos como: Jogos Elos; #tamojunto; Famílias fortes; que não tiveram grande impacto.

Por outro lado, a proximidade dos eventos esportivos internacionais sediados pelo Brasil, a copa do mundo de futebol e os jogos olímpicos, gerou uma preocupação com a reforma de estádios e a organização das grandes cidades que apressaram a limpeza e retirada do lixo, inclusive humano, das ruas e logradouros públicos. Tais ideias higienistas fundamentaram a determinação de internação compulsória de jovens usuários de crack em situação de rua nos grandes centros urbanos, por meio do financiamento público das comunidades terapêuticas e o aumento do valor pago por leito psiquiátrico, marcando uma mudança no eixo das políticas públicas até então orientadas pela redução de danos e o tratamento em regime aberto. O programa “Crack, é possível vencer” tem a ver com a “guerra às drogas”, cujo foco está na substância e não no usuário abusivo de drogas. No campo da saúde mental houve resistência, denúncias, organização do movimento social pró reforma psiquiátrica, a criação da Frente Parlamentar Pró-Saúde Mental Antimanicomial, além do desenvolvimento de projetos inovadores em diversas cidades brasileiras, como o “De braços abertos” — na cidade de São Paulo, o “Atitude” — em Pernambuco e o “Corra pro abraço” — na cidade de Salvador, todos ancorados na redução de danos e construção de cidadania. E ainda, foi realizado em Bauru o evento comemorativo dos “30 Anos do Encontro de Bauru”, onde diversos grupos de usuários e familiares, trabalhadores do SUS, estudantes e pesquisadores de todo o país, reafirmaram o cuidado em liberdade inclusive para pessoas abusivas de álcool e outras drogas.

Assume o Ministério da Saúde representantes das forças manicomiais e publica em julho de 2017 a sua Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas incluindo: Hospital Psiquiátrico; Hospital Dia; Comunidades Terapêuticas e Ambulatórios Multipro-

fissionais, sem definir financiamento, descaracterizando a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), até então antimanicomial. No início de 2018 ocorre mudanças nas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas (CONAD), para alinhar-se à Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, propondo ações de prevenção, promoção à saúde e tratamento baseados em evidências científicas, referindo-se a visão exclusivamente médica psiquiátrica. Assume posição contrária à legalização das drogas, inclui a abstinência como método no tratamento e reafirma as comunidades terapêuticas na RAPS. Assim, praticamente resgata o modelo manicomial.

Tal retrocesso nas conquistas sociais pode ser melhor compreendido se voltarmos um pouco na história.

Em meados dos anos setenta, o início da Reforma Psiquiátrica Brasileira coincide com o início do processo de redemocratização no país, com eleições diretas e a volta dos exilados políticos. A política de exclusão foi contestada e o reconhecimento dos direitos humanos de grupos tutelados pelo Estado entra em debate, assim como o direito ao cuidado em liberdade das pessoas com transtornos mentais. O respeito à capacidade civil do louco que antes era desconsiderada passou a existir. Tal processo produziu grandes avanços políticos, sociais e clínicos, destacando o Brasil como um dos países mais avançados na questão da assistência aos pacientes com graves e severos sofrimentos psíquicos. Como define Amarante (2013), a Reforma Psiquiátrica Brasileira tem como fundamentos não apenas a crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também — e principalmente — uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político social que caracteriza a conjuntura de redemocratização. A constituição de 1988 criou o SUS e a lei n. 10.2016/01, redefiniu a política de saúde mental no país, redirecionando verbas do fechamento de leitos para a implantação de serviços substitutivos.

Ampliando a compreensão, veremos que nos anos dois mil teve início uma guinada à esquerda nas Américas, que vinham de várias crises. Estes governos resgataram e melhoraram a vida de muitas pessoas, mas faltava um projeto de longo prazo e, além disso, quanto mais melhora a vida, mais as pessoas ficam exigentes.

Denúncias de corrupção envolvendo estes governos fizeram com que estes se desgastassem, dando lugar a partidos de extrema direita, constituindo-se numa onda conservadora no continente, cujo efeito produzido tem sido ampliar a desigualdade social e com ela o aumento da violência e segregação higienista. Vale lembrar que o projeto abolicionista da elite previa a necessidade de buscar um processo de embranquecimento do país pois, inspirado no conceito de eugenia europeu, os negros e indígenas eram considerados raças inferiores, portanto o seu grande contingente populacional era um empecilho para o desenvolvimento.

O proibicionismo das drogas é uma questão de exclusão social e foi uma criminalização direta da população negra. Com o fim da escravidão, a população negra passa a tencionar a sociedade com seus elementos culturais e religiosos. Então, decide-se controlar esta cultura e uma das maneiras encontradas foi criminalizar componentes desta cultura como o uso da maconha, a capoeira, o samba e a umbanda. Isso acontece também com outras populações que vão contra o sistema moral e produtivo. Assim, a guerra às drogas tem sustentação no movimento higienista e proibicionista.

Já em 2015, no Brasil, esta onda conservadora produz uma ruptura democrática que afastou a presidenta eleita e instalou uma política de exceção no país. Vivemos um período de grandes embates políticos e sociais que culminou com novas eleições, cujo resultado das urnas elege o projeto de privatização do estado, armaria da população e redução da idade penal, congelamento de investimentos em políticas sociais, retirada de direitos trabalhistas e redução de investimentos em pesquisas e tecnologia. Mal terminam as eleições e é formada a Frente Parlamentar Mista em Defesa da Nova Política Nacional de Saúde Mental e da Assistência Psiquiátrica, que critica o atendimento nos CAPS diurnos e oferece como solução o aumento de leitos psiquiátricos na contramão da hospitalidade noturna dos CAPS III.

A Nota Técnica 11/2019 do Ministério da Saúde, publicada em quatro de fevereiro, traz mudanças na política de álcool e outras drogas e passa a incluir as comunidades terapêuticas e suas práticas obscuras e higienistas, e os hospitais psiquiátricos e seus eletrochoques na Rede de Atenção Psicossocial do SUS. Assim se concretiza

a volta dos manicômios, numa franca demonstração de retrocesso, sem consulta previa à população, atropelando princípios democráticos e fundamentais do SUS e o direito constitucional à liberdade, para atender exigências de setores que financiam a política privatista. Desta forma, causou um alvoroço, até que foi percebido o seu real alcance. Uma nota técnica é uma orientação, um indicativo, que não tem força de lei. O que ela faz é dar força às ideias manicomialistas que continuam e persistem em nossa sociedade, e isso não é pouco, é muito grave e nos lembra que a luta antimanicomial ainda não acabou, é processo de construção da liberdade, convivência com a diversidade humana, a busca de reconhecimento dos direitos humanos e da justiça social.

Vejam. Não é esta a lógica elitista de cidade que tenta esconder os seus problemas sociais através da repressão, da expulsão para locais mais distantes ou pela eliminação física? Não é possível desassociar a operação de limpeza na “cracolândia” de outros momentos históricos, em que a elite nacional pensou estratégias de desenvolvimento que passam por essa ideia de higienização. A imagem de pessoas na rua consumindo drogas, morando na rua e sem grandes perspectivas escancara as mazelas de uma sociedade profundamente desigual que em detrimento do lucro de poucos, produz a miséria de muitos.

Assim vem acontecendo com o extermínio das diversas nações indígenas que se quer tem seus territórios de sobrevivência definidos e respeitados, ou o extermínio das populações ribeirinhas com a poluição das águas em nome do progresso, ou ainda o extermínio de trabalhadores escravizados nas minas de carvão e minérios com seus rejeitos mal-resolvidos que encobre tudo em um mar de lama, como a Vale fez em Mariana e Brumadinho, Minas Gerais, e continua fazendo com índios e quilombolas na serra dos Carajás, no Pará.

Neste contexto, qual seria o papel da(o) psicóloga(o) frente às políticas públicas e em especial a Política Pública de Alcool e outras Drogas? A presente Referência Técnica, em seus quatro eixos, vem difundir conhecimentos, contribuir com a reflexão e servir de incentivo ao aprimoramento da(o) psicóloga(o) em sua atuação e prática profissional nas políticas públicas sobre álcool e outras drogas, cujo tema foi subdividido como segue:

Eixo I – Dimensão ético-política da atuação da(o) psicóloga(o) na política de álcool e outras drogas: Neste eixo vamos tratar da contextualização histórica sobre drogas, enfocando as raízes e motivações do proibicionismo, bem como a criminalização dos hábitos e o controle dos corpos de alguns grupos étnicos, marcados pelo racismo e violência do Estado. E ainda, a medicalização da sociedade; a redução de danos; o protagonismo dos usuários e os marcos legais da construção desta política.

Eixo II – A(O) Psicóloga(o) na Rede Psicossocial e a política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas: Aqui será tratada a questão da atuação da(o) psicóloga(o) neste campo, considerando princípios norteadores da atuação integrada da equipe interprofissional, a partir de uma perspectiva multidisciplinar, guiada pela lógica da clínica ampliada, que opera junto com os diversos pontos da rede de saúde e socioassistencial presentes no território de intervenção.

Eixo III – Desafios para uma prática profissional emancipadora: Dificilmente a humanidade conseguiria se abster do uso de drogas em algum momento ou situação. Portanto, para a atuação profissional qualificada técnica, política e ética, torna-se necessário refletir sobre questões como uso de drogas — subjetividade e sofrimento psíquico (igualdade, diversidade e singularidade); saúde — uma visão integral e sistêmica. E ainda, a construção de um novo lugar profissional: Interdisciplinaridade, Intersetorialidade e Atuação em Rede. Considerar as contribuições da Psicologia nas Políticas Públicas: um compromisso com a liberdade e os direitos humanos. Para tanto, é fundamental a qualificação profissional: graduação, formação permanente e supervisão técnica.

Eixo IV: Por uma política de drogas com foco no usuário: conhecendo boas práticas do campo – Aqui foram identificados alguns programas, iniciativas e organizações de luta por uma sociedade com um sistema de saúde público e de qualidade e a efetivação de uma política de drogas com foco na participação plena da(o) usuária(o).

Boa leitura!

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

Contextualização histórica sobre drogas

Podemos afirmar sem medo que as drogas fazem parte da experiência humana. Em todas as sociedades e épocas existe registro da utilização de substâncias psicoativas com as mais diferentes funções: em rituais, em atos sagrados, em práticas curativas, ou mesmo por razões recreativas e lúdicas (ESCOHOTADO, 2009). Portanto, o uso de drogas é uma das formas de lidar com o sofrimento e o prazer, buscar outros estados de consciência, promover a interação com o meio social. Desse modo, seria difícil acreditar numa sociedade sem drogas (NUNES et al., 2010).

O surgimento da emergência do “problema das drogas” é recente em termos históricos. No século XX, as drogas tornaram-se uma preocupação do Estado que é apresentada como um perigo ou ameaça em potencial para toda a sociedade. A partir desse contexto, algumas substâncias psicoativas foram proscritas ao serem consideradas danosas para a saúde pública e as pessoas que faziam uso de tais substâncias foram criminalizadas. A proibição de algumas drogas, como política internacional e articulada completou um século. Em 1912, acontece a Primeira Conferência Internacional do Ópio, realizada em Haia, que editou as primeiras resoluções sobre a proibição internacional do comércio e consumo dessa substância. A política proibicionista foi o nome dado às ações que visavam pôr fim à produção, comércio e consumo de determinadas substâncias

psicoativas. Um dos marcos da consolidação do paradigma proibicionista foi a Convenção das Nações Unidas sobre Entorpecentes de 1961, no qual os países comprometeram-se internacionalmente a lutar contra o “flagelo da droga” (FIORE, 2012).

Durante todo o século XX, houve a intensificação das estratégias de controle e proibição de determinadas substâncias, tais como maconha, cocaína, heroína, opiáceos, drogas sintéticas, etc. As razões da proibição dessas drogas são diversas, havendo um forte componente econômico, político e, mesmo, cultural envolvido.² O discurso “médico-científico” também não é consensual sobre o assunto, uma vez que trazem controvérsias sobre as noções de risco e prazer em relação às drogas (FIORE, 2008). Dessa maneira, as múltiplas motivações do proibicionismo extrapolam a preocupação do Estado pela saúde pública da população.

Em cada país existem motivações específicas para a adoção de políticas proibicionistas que não estão baseados em dados epidemiológicos ou evidências científicas. No Brasil, por exemplo, a proibição da *cannabis* fez parte da criminalização dos hábitos culturais associados aos povos negros que foram escravizados. O poder da época relacionava o hábito de fumar maconha, chamada de “pito do pango”, à comunidade negra (FRANÇA, 2015). Por isso, tal prática foi em 1830 considerada ilegal, antes mesmo da sua proibição nos EUA, país indutor da política proibicionista em todo o mundo.

Ao longo da história as políticas de drogas também serviram de engrenagem para o racismo e a violência de Estado. Como fica evidente no caso da proibição do “pito do pango” no passado e os altos índices de letalidade decorrentes do uso da força policial no presente. Isso está associado no Brasil à criminalização dos hábitos e o controle dos corpos a partir de uma recorte étnico-racial.

Atualmente, os movimentos sociais que questionam o proibicionismo afirmam que ele é movido pela seletividade penal a partir de um traço racial, pois são os negros e os grupos minoritários o alvo

2 Segundo Torcato (2016) seria mais preciso falar em proibicionismos, no plural, pois são diversas políticas diferentes que têm uma mesma perspectiva de controle das substâncias psicoativas.

preferencial do sistema de justiça criminal. Isso se reflete na violência do estado pelo encarceramento e extermínio da juventude negra. A expansão da política repressiva chamada internacionalmente de guerra às drogas incide, na verdade, em determinados sujeitos e grupos sociais e tem produzido mais violência, morte e custos sociais do que os danos advindos do próprio uso das substâncias tornadas ilícitas (OLIVEIRA; RIBEIRO, 2018).

Em 1998, a Assembleia da ONU previu “um mundo livre de drogas” em dez anos com a contribuição dos países membros nessa missão. Em 2008, mesmo depois de terem sido gastos bilhões em repressão, houve a expansão do comércio e consumo das drogas tornadas ilícitas. O insucesso do proibicionismo ampliou o debate sobre modelos alternativos que começam a ganhar força com algumas experiências atuais de descriminalização e regulamentação do comércio, distribuição e consumo, notadamente, da Cannabis, que está em curso em alguns países.³

Do ponto de vista das estratégias de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, o paradigma proibicionista favorece práticas tutelares, heteronômicas e violadoras de direitos amparadas no modelo médico-moral. Dessa forma, tal modelo reforça, na contramão da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e da luta antimanicomial, a internação compulsória e involuntária, além do tratamento visando a abstinência como única meta possível. Além disso, a “alta exigência”, própria desse modelo, dificulta a construção do vínculo entre os dispositivos de cuidado e os usuários (LANCETTI, 2006). Isso acarreta um problema no acesso à saúde e demais direitos, visto que impõe uma barreira para aqueles que não querem ou não podem parar de usar drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas (ALVES, 2009).

O proibicionismo e a redução de danos ensejam dois modos distintos de lidar com o “fenômeno das drogas”. Enquanto o primeiro está empenhado em reduzir a oferta e demanda por substâncias psicoativas (SPAs) consideradas danosas com ações repressivas e

3 As iniciativas em Portugal, Uruguai, Estados Unidos e Canadá estão movimentando o debate sobre o proibicionismo na atualidade, principalmente em relação a regulação da produção, distribuição e consumo da maconha.

criminalizadoras da produção, comércio e uso; o paradigma da redução de danos, por sua vez, concentra-se em enfrentar, junto com os principais envolvidos e de modo pragmático, os problemas de saúde, sociais e econômicos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, sem avaliações ou prescrições morais sobre essas práticas (ANDRADE, 2000).

Os movimentos sociais e pesquisadores têm discutido também a partilha moral entre drogas. De um lado temos as drogas prescritas, consideradas fundamentais para a saúde e, de outro, as proscritas tidas como causadoras de danos e doenças. O processo de medicalização da sociedade permitiu a proliferação dos fármacos na nossa sociedade e o acesso e o consumo em larga escala de psicofármacos. Portanto, a questão das drogas não se restringe às substâncias psicoativas proibidas.

As drogas lícitas, como o álcool e os psicofármacos, são hoje as principais responsáveis pelos danos e agravos à saúde.⁴ Uma pesquisa da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) identificou o índice de 12,3 % de prevalência de dependência do álcool em relação à população brasileira (BRASIL, 2013). Por isso, a política pública brasileira em 2003 passa a destacar o álcool no rol das drogas e identificar que ela é o principal problema a ser enfrentado do ponto de vista da saúde pública. Assim, passa a ser chamada de Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas.

As políticas públicas sobre álcool e outras drogas

Existem diversas experiências exitosas, no campo das políticas públicas de saúde, com a participação de psicólogas(os) que, ao longo do tempo, desenvolveram práticas de cuidado e de acolhimento. Essas práticas têm como pressupostos a defesa dos direitos humanos e o referencial ético e político da profissão.

4 Cf.: Unodc. Disponível em: <<http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2018/06/relatorio-mundial-drogas-2018.html>>. Acesso em: 05 fev. 2019.

Por muito tempo, a única opção de atenção para usuários de álcool e outras drogas foi dada pela prática asilar através da internação em grandes hospitais psiquiátricos com características manicomial ou clínicas particulares. Multiplicaram-se também iniciativas de cunho religioso e de apoio mútuo entre os próprios usuários que encaravam a questão do uso e abuso de drogas a partir de um enfoque medicalizante, ao considerá-la uma doença incurável.

Embora o debate sobre as drogas tenha se intensificado na atualidade com a diversificação de dispositivos de cuidado, desde a década de 1980 a Política Nacional de DST/AIDS e o processo da Reforma Psiquiátrica foram marcos importantes para o desenvolvimento posterior das políticas públicas sobre álcool e outras drogas. De modo geral, nesse período, existiam instituições guiadas pelo paradigma da abstinência e foram sendo criados centros de referências voltados para a pesquisa e relacionados aos aspectos clínicos do uso e abuso de drogas. Na década de 80, a clínica das toxicomanias, orientada pela perspectiva psicanalítica, teve uma forte influência no país, principalmente com o intercâmbio entre psicanalistas brasileiros e as práticas clínicas desenvolvidas por Claude Olievenstein do Centre Medical Marmottan na França.

Alguns centros de tratamento e pesquisa foram criados na década de oitenta, ligados a Universidades brasileiras, e se tornaram referência para as políticas de álcool e outras drogas. Podemos citar o Centro de Estudos e Terapias ao Abuso de Drogas (CETAD) e, posteriormente, a Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti (ARD-FC), em Salvador; o Núcleo de Estudos e Pesquisa em Atenção ao Uso de Drogas (NEPAD), no Rio de Janeiro; o Programa de Orientação e Assistência a Dependentes (PROAD), em São Paulo; o Centro Mineiro de Toxicomanias (CMT) em Belo Horizonte e o Centro de Referência para Assessoramento e Educação em Redução de Danos da Escola de Saúde Pública do RS, entre outros.

Esses centros de pesquisa foram importantes referências para as práticas clínicas e de cuidado para o uso e abuso de álcool e outras drogas. Alguns desses centros também foram pioneiros em desenvolver estratégias clínicas em meados da década de noventa e outras ações de aproximação com os usuários de drogas nas cenas de uso,

como é o caso do Consultório de Rua, desenvolvido em Salvador, na década de noventa, pelo CETAD. Essas ações experimentais, por sua eficácia em articular práticas de atenção e cuidado integral, ganharam estatuto de política pública para a atenção psicossocial voltada para os usuários de álcool e outras drogas. Essas políticas foram importantes no desenvolvimento e consolidação das estratégias de cuidado e na afirmação à cidadania política das pessoas que fazem uso de drogas lícitas e ilícitas contra qualquer tipo de discriminação.

O movimento da reforma psiquiátrica, entretanto, preocupado com a desinstitucionalização da loucura, tardou em perceber a especificidade da questão do álcool e outras drogas e da urgência do desenvolvimento e consolidação de tecnologias de cuidado para esse campo. O movimento reformista, dessa forma, entrou com atraso no debate sobre as estratégias psicossociais voltadas para o uso e abuso de álcool e outras drogas. A ausência de uma proposta política coordenada pelo modelo psicossocial para a atenção dos usuários de álcool e outras drogas fez com que os recursos historicamente criados para dar conta desse campo social complexo ganhassem terreno. Isso se deu, seja pela iniciativa dos próprios usuários, seja pela ação de outros grupos com a difusão das autodenominadas comunidades terapêuticas, que articulam ações de associações médicas com a assistência religiosa.

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

Nesse percurso, em 2003, a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas adota

o paradigma da Redução de Danos nas políticas de saúde e socioassistenciais, impulsiona o desenvolvimento de práticas de cuidado articuladas com os dispositivos substitutivos da Reforma Psiquiátrica e a defesa dos direitos humanos das pessoas que fazem uso de drogas (BRASIL, 2003). O caráter de experimentação era ainda muito presente no campo de atenção psicossocial, o que demonstrava que as práticas de atenção e cuidado integral para os usuários de álcool e outras drogas ainda estava em estruturação no país e contava com o histórico e as experiências já desenvolvidas nos centros de referência. Além dessas experiências, ações bem-sucedidas começam a ser implementadas no CAPS-AD, nos Consultórios na Rua e em outros dispositivos psicossociais que reforçam a cidadania, a autonomia e os direitos humanos dos usuários atendidos e se articulam com outras políticas públicas de assistência social, moradia, educação, trabalho, lazer etc.

A portaria n.º 2.488/11 que cria a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) fortalece a capilaridade e a abrangência das ações voltadas para a atenção dos usuários de álcool e outras drogas. Intensifica-se a articulação da Unidade Básica de Saúde (UBS), junto com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), Equipes dos Consultórios na Rua (CnR) com a rede especializada da atenção psicossocial, CAPS-AD e Unidades de Acolhimento (UAs).

Para ampliar as ações de proteção social, o SUAS preconiza os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS), além do Centro Pop, voltado para o atendimento especializado à população em situação de rua.

As políticas sobre álcool e outras drogas englobam diversos setores da política pública, seja na área da segurança pública, seja na saúde, assistência social e educação. O grande desafio é atuar de modo ampliado e intersetorial na perspectiva da garantia de direitos e, dessa maneira, enfrentar a lógica reducionista que trata a questão das drogas pela via da doença e da periculosidade. Esta lógica cria dificuldades para o acolhimento dos usuários, que passam a ser objeto de discriminação, preconceito, exclusão, acionando também as práticas de recolhimento e internação compulsória como foi verificado nas grandes cidades brasileiras.

Redução de Danos no Brasil

A estratégia de Redução de Danos, que completa trinta anos no Brasil, representa um passo na superação dessa visão simplificadora sobre o uso de substâncias psicoativas, uma vez que incentiva o protagonismo e autonomia do usuário, resgatando sua condição de sujeito. Para analisar as possibilidades das estratégias de RD e suas interfaces é necessário apresentar a sua emergência no campo da saúde no Brasil. Na década de 1980, vários segmentos sociais envolveram-se na busca de resposta para enfrentar a epidemia de aids. A criação do Programa Nacional de AIDS possibilitou a ampliação da política de saúde e a garantia de direitos, que foram posteriormente abrigadas dentro dos princípios do SUS (integralidade, universalidade e equidade).

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

A RD no país remonta às experimentações das políticas públicas realizadas na cidade de Santos, em 1989, quando um grupo que assumiu a prefeitura da cidade (David Capistrano Filho, Fábio Mesquita, Roberto Tykanori e outros) promoveu a intervenção na Casa de Saúde Anchieta (grande hospital psiquiátrico da cidade). Esse processo de desinstitucionalização veio acompanhado da criação dos Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS) e o desenvolvimento de estratégias de RD para UDIs. Uma ação judicial, no entanto, interrompe as ações voltadas para os usuários de drogas injetáveis.

Em Salvador, no ano de 1995, o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) começa o primeiro Programa de Troca de Seringas (PTS) no Centro Histórico da cidade (Pelourinho), e que

depois se expande para outros bairros. (ANDRADE, 2000). As profissionais do sexo, travestis e os usuários de drogas participavam das capacitações de RD no trabalho de campo e eram multiplicadores das ações, muitas vezes passando a fazer parte da equipe de agentes redutores. Assim, aqueles, que então eram vistos como “grupos de risco”, fizeram uma reversão do sentido negativo do contágio do vírus HIV/AIDS para um sentido positivo do contágio das práticas de cuidado e do protagonismo dos usuários.

Em outros estados os primeiros Programas de Redução de Danos (PRD) são criados via financiamento da Política Nacional de DST-AIDS. Na metade da década de 1990, ganham força o movimento social de RD e as associações estaduais e nacionais de redutores de danos, que lutam pelo direito à saúde dos usuários de drogas (DOMANICO, 2006).

Em 1997 é criada a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), que, em âmbito nacional, discute a RD em diversos fóruns, propondo políticas públicas para drogas. Então, a RD consolida-se no país, pautada no protagonismo dos usuários e no exercício da cidadania e do controle social das políticas públicas sobre álcool e outras drogas.

Atenção Psicossocial, Redução de Danos e protagonismo dos usuários

A estratégia da RD afirma a autonomia, o diálogo e os direitos das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, sem recorrer a julgamentos morais ou práticas criminalizadoras e punitivas. No contato dos agentes redutores de danos com os usuários de drogas é construído um espaço de corresponsabilização e vínculo. As estratégias de RD consideram as pessoas que fazem uso de drogas (lícitas ou ilícitas) como sujeitos de direitos e buscam garantir seu acesso às políticas públicas (saúde, educação, cultura, trabalho etc.) de modo integral. Uma perspectiva da educação guiada pela RD evidenciaria os riscos envolvidos nos usos de drogas e a atenção deve ser construída com o sujeito e não em nome dele (ACSELRAD, 2005).

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

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (BRASIL, 2003, p. 10).

Portanto, a interrupção do uso é uma decisão clínica e precisa ser feita de modo referenciado, pois não é uma prescrição geral que serve para todos os casos. Assim, as estratégias de RD não excluem a abstinência como uma direção clínica que precisa ser negociada com a pessoa que faz uso de determinada substância lícita (álcool, tabaco) ou ilícita (maconha, cocaína, crack, ecstasy etc.). O paradigma da abstinência está, então, para além de um direcionamento clínico compartilhado no sentido da interrupção do uso de substâncias psicoativas. Esse paradigma diz respeito a uma série de articulações de diversos setores que extrapolam o campo da saúde e que submetem esse campo de modo coercitivo ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso (PASSOS; SOUZA, 2011).

A política do Ministério da Saúde a partir de 2003 elegeu a redução de danos como estratégia de saúde pública, na qual é incen-

tivada a criação e sistematização de intervenções junto à população usuária que, devido ao contexto de vulnerabilidade, não querem ou não desejam parar com o uso da droga. Pela primeira vez, em âmbito governamental, as ações de redução de danos foram assumidas como relevantes intervenções de saúde pública, para ampliar o acesso e as ações dirigidas a uma população historicamente desassistida de contato com o sistema de saúde. A visibilidade conquistada pelos modelos de cuidado de base comunitária, que se originam e se movimentam fora do espectro hospitalocêntrico ou da abstinência como única alternativa de encontrar qualidade de vida, coloca em debate questões fundamentais, como: liberdade de escolha, responsabilidade individual, familiar e social, direito do usuário à universalidade e integralidade de ações e dever do Estado de criar condições para o exercício do autocuidado, redes sociais de apoio e sua conexão com as redes informais dos usuários, dentre outras (BRASIL, 2003).

Foram editadas portarias (n.os 1.028 e 1.059 de 2005) do Ministério da Saúde que reforçam o paradigma da RD e a articulação com as redes de atenção básica à saúde e psicossocial. No entanto, o desenvolvimento das estratégias de cuidado no território de abrangência dos CAPS-AD continua sendo um grande desafio para a produção de redes efetivas nesses dispositivos (DIAS, 2008). Esse dispositivo é estratégico para a consolidação de uma política pública democrática para álcool e outras drogas no Brasil.

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

O lugar das(dos) psicólogas(os) nesse paradigma é construído a partir do momento em que o mesmo se coloca no contexto de trabalho. Esses lugares precisam ser construídos por meio da prática e da posição que as(os) psicólogas(os) ocupam na intervenção junto aos usuários, devendo seu posicionamento explicitar o propósito

da sua presença. Desse modo, não cabe aos profissionais da Psicologia, envolvidos na equipe profissional, nenhuma forma de julgamento ou censura moral aos comportamentos dos indivíduos, seja com relação ao uso de substâncias psicoativas ilícitas ou a condutas antagônicas à moral e costumes tidos como aceitáveis. O papel dos profissionais é exatamente o de acessar um segmento que muitas vezes está à margem da rede de saúde e social por temer o estigma e a rejeição. A aceitação de cada um destes usuários como sujeitos e o respeito ao lugar que ocupam socialmente confere às abordagens de redução de danos a possibilidade de construção de um vínculo de confiança, base sobre a qual se desenvolverá o trabalho.

Portanto, a lógica da RD pode atravessar produzir cuidado e estar presente nos dispositivos dos serviços. Seja na porta de entrada, no trabalho com grupos, na construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS), etc. A RD é uma potente tecnologia de cuidado que acolhe e legitima os sujeitos nos seus diferentes modos de vida.

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

Trata-se de pensar uma política de atenção ao usuário de álcool e drogas na qual as alternativas sejam construídas através do diálogo entre os diversos setores sociais e não definidas apenas por “especializamos”. Deve-se, nessa perspectiva, considerar o protagonismo dos usuários dos serviços e ativar as redes de cuidado disponíveis nos territórios. O usuário de drogas não precisa, necessariamente, de tratamento em serviços especializado para álcool e outras drogas. O sujeito pode não ter nenhuma questão relacionada ao seu próprio uso, mas apresentar outras demandas clínicas e subjetivas.

Por isso, não se torna aceitável o tratamento compulsório, uma vez que entendemos que só no âmbito da autonomia e da liberdade é possível cuidar da experiência de sofrimento.

Marcos legais da política de drogas no Brasil e os seus efeitos

No Brasil, a Lei n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006, revogou a lei anterior (n.º 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. Contudo, a atual legislação de drogas mantém:

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

A questão de gênero é outro elemento de destaque nas políticas sobre drogas. A lei n.º 11.343/06 não reverteu o aumento exponencial de encarceramento no país,⁵ especialmente, das mulheres.

5 Atualmente o Brasil conta com a terceira população carcerária do mundo são cerca de setecentos mil presos e presas, sendo que 42% são de presos provisórios.

O encarceramento das mulheres cresceu 567% em dezesseis anos, muito superior na comparação com o dos homens.⁶ Segundo dados do Enfolem, de 2016,⁷ 62% das mulheres em situação de privação de liberdade foram presas devido à acusação de tráfico de drogas. A professora Luciana Bosteou realizou uma pesquisa na qual constatou que o perfil das mulheres presas por tráfico é composto basicamente por pessoas vulneráveis à seletividade do sistema de justiça criminal, pois é formada, na sua maioria, por jovens de baixa renda, negras (68%) e com pouca escolaridade.⁸

Autores como Bitu (2015) e Carvalho (2008), entre outros, consideram que os fatores determinantes para o aumento do encarceramento são a falta de um parâmetro na distinção entre porte/uso e tráfico que permite o poder discricionário do policial num contexto persistente de criminalização da pobreza e da população negra. Organizações da sociedade civil diante desse cenário questionam a política sobre drogas em vigor no Brasil e propõem a descriminalização de condutas, legalização e regulamentação das drogas e adoção de medidas de atenção à saúde no âmbito do SUS, socioassistenciais e protetivas sob a égide do SUAS.

Essa é uma ponderação importante dos movimentos sociais,⁹ pois o dispositivo punitivo vai além do sistema de justiça e atravessa o trabalho das(os) psicólogas(os) e outros profissionais que atuam com

6 Lei de drogas tem impulsionado encarceramento no Brasil. Em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2018-06/lei-de-drogas-tem-impulsionado-encarceramento-no-brasil>>. Acesso em: 1. dez. 2018.

7 INFOPEN – Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias, Brasil, Ministério da Justiça, 2017. Acesso em: em 05 de fevereiro de 2019. <<http://dados.mj.gov.br/dataset/infopen-levantamento-nacional-de-informacoes-penitenciarias>>.

8 Encarceramento feminino e seletividade Penal. Disponível em: <<https://rede-justicacriminal.org/pt/portfolio/encarceramento-feminino-e-seletividade-penal/>>. Acesso em: 09 fev. 2019.

9 As organizações e coletivos: É de Lei, Desentorpecendo a Razão (DAR), Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas, Iniciativa Negra por uma Nova Política sobre Drogas INNPD, Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas (PBPD), entre outras, têm afirmado o protagonismo dos usuários de drogas na definição de uma nova política de drogas no Brasil.

as políticas públicas de saúde e assistência social, entre outras. Isso impossibilita, muitas vezes, a produção do cuidado e o acesso aos direitos das pessoas que fazem uso de drogas e estão em situação de vulnerabilidade. O modelo proibicionista, por um lado, não garante a diminuição do tráfico e do consumo de drogas e, por outro, dificulta a efetivação de modelos alternativos pautados numa ética do cuidado, da defesa dos direitos humanos e da autonomia, o que é mais consonante com a contribuição da Psicologia como ciência e profissão para o campo da atenção integral aos usuários de psicoativos.

Um dos exemplos de como a psicologia se depara com uma lógica punitiva que entra em conflito com a perspectiva ética da profissão são os encaminhamentos judiciais para tratamentos dos dispositivos de saúde, conhecidas como “medidas educativas”. Com a emergência da nova lei de drogas, a prática da judicialização do tratamento foi intensificada. O tratamento judicial direcionado aos sujeitos apreendidos por porte/uso de substâncias ilícitas não é restritivo de liberdade, mas pode ser considerado como restritivo de direitos por se tratar de um tratamento compulsório.

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

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

O SUS e o SUAS são duas políticas centrais para a defesa e a proteção dos direitos sociais (saúde, assistência, lazer, moradia, alimentação adequada etc.) de todos e qualquer cidadão e cidadã. Essas são as principais políticas sociais e de garantia de direitos gestadas nas últimas três décadas no Brasil. A defesa delas com seu caráter universalista se faz cada vez mais urgente. Nos últimos anos

esses sistemas de proteção social têm sido alvo de ataques e cortes sistemáticos de recurso e subfinanciamento crônico. A Emenda Constitucional (EC) 95 que congela por vinte anos as despesas em políticas sociais agrava esse cenário de “austeridade”. Essa medida afetará a vida de milhões de pessoas, colocando em risco a garantia constitucional dos direitos sociais.¹⁰

As políticas atuais sobre álcool e outras drogas estão em constante movimento de disputa, seja na própria sociedade civil, seja na máquina de Estado. O relevante é que amplos setores vêm, ao longo do tempo, engajando-se neste debate para construir políticas efetivas de atenção, cuidado e proteção social. No Brasil, as políticas públicas de saúde foram consolidadas pelo processo da Reforma Sanitária, expresso no movimento constituinte de 1988. A Constituição Federal no seu artigo 196 considera que:

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

O movimento pela constituição do SUS (Lei n.º 8.080/90) e pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (Lei n.º 10.216/01) emergem no processo aberto pela Reforma Sanitária no país a partir da década de 1980.

A questão do uso de álcool e outras drogas, como já foi dito, não foi o foco principal da Reforma Psiquiátrica que teve como alvo a criação de novas formas de cuidar da loucura em liberdade. A partir da lei n.º 10.216 em 2001 são criados dispositivos de cuidados

10 O CREPOP lançou documentos específicos sobre o SUS e o CRAS/SUAS. Disponível em: <http://crepop.pol.org.br/wp-content/uploads/2013/07/conasems-crepop_grafica4.pdf> e <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2007/08/cartilha_crepop_cras_suas.pdf>.

de base territorial e comunitária entre eles o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS-AD), e, posteriormente, dispositivos na Atenção Básica como os Consultórios na Rua para dar conta da cobertura assistencial.

Em 2010 é instituído pelo decreto presidencial n.º 7.179 o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas. O referido Plano prevê a criação de vagas para convênio com o SUS e SUAS em Comunidades Terapêuticas (CT), que são instituições de internação de caráter privado e que comumente funcionam tendo alguma orientação religiosa. Esse decreto foi questionado por incluir as Comunidades Terapêuticas no SUS na contramão do modelo de atenção psicossocial possibilitado pela Reforma Psiquiátrica. No ano seguinte, o decreto presidencial n.º 7.508 de 2011 regulamenta a lei n.º 8.080/90, no que dispõe da organização do Sistema Único de Saúde (SUS) – planejamento da saúde, assistência à saúde e a articulação interfederativa. Nesse decreto, a atenção psicossocial aparece como requisito para determinar regiões de saúde e também como uma das portas de entrada da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A portaria n.º 3.088/11 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que deve atuar com base territorial para promover a equidade, o respeito pelos direitos humanos, garantir o acesso e a qualidade dos serviços com a oferta de cuidado integral e assistência multiprofissional. A rede psicossocial para álcool e outras drogas é fortalecida com a inclusão do CAPS-AD III e a ampliação de recursos para sua implementação. Esse equipamento passa a ser um:

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

Em janeiro de 2012, no contexto do Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, uma série de portarias foram editadas e criaram-se equipamentos na rede de atenção psicossocial. Um exemplo disso são as Unidades de Acolhimento (UAs), que têm como objetivo:

oferecer acolhimento voluntário e cuidados contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar e que demandem acompanhamento terapêutico e protetivo (BRASIL, 2012a).

Ainda em 2012, o governo federal lançou também o programa “Crack, é possível vencer” com três eixos de atuação – cuidado, prevenção e autoridade –, que pretende integrar ações da saúde, assistência social, educação e segurança pública. O programa amplia os recursos previstos para o Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas.

O Conselho Nacional sobre Políticas de Drogas (CONAD), órgão ligado ao Ministério da Justiça e da Segurança Pública, a partir do ano de 2015 passa a ser utilizado por setores do governo para promover uma ruptura nas políticas de álcool e outras drogas. A resolução n.º 01/2015 regulamenta e flexibiliza as exigências para as comunidades terapêuticas que são consideradas como: “entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa” (Res. PR/GSI/CONAD n.º 1/2015). Essa resolução foi objeto de litígio jurídico e de questionamento dos movimentos sociais. Em 2017, o CONAD em mais uma resolução (n.º 1/2017) reorientou para a abstinência a política sobre drogas no Brasil aliada a uma retórica antidemocrática e proibicionista. Diante da inclusão das Comunidades Terapêuticas no SUS é importante analisar que tipo de política o Estado brasileiro está financiando.

Comunidades Terapêuticas e violações de direitos humanos

As Comunidades Terapêuticas no Brasil funcionam, muitas vezes, sem qualquer regulamentação e em desacordo com a Lei da Reforma Psiquiátrica e as demais políticas que orientam a atenção em saúde mental e os cuidados com os usuários de álcool e outras drogas. As principais características dessas instituições são a prática de internação prolongada, o isolamento e o forte componente religioso que orienta as suas práticas, além da inexistência de um projeto terapêutico singular, institucional e educacional, que incentive a autonomia e participação das pessoas que se encontram na condição de internos (CFP, 2011, 2018).

Deve-se considerar também que, de acordo com o Relatório da Quarta Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas (CFP, 2011), algumas dessas instituições incluem em suas práticas o uso excessivo de psicofármacos, evidenciando a pobreza de outros recursos terapêuticos e clínicos.

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

Diante desse cenário cabe perguntar: Qual seria o posicionamento ético da Psicologia diante das reiteradas violações de direitos humanos verificadas nesses dispositivos? A pesquisa realizada pelo Crepop/CFP (2009) aponta o isolamento das(os) psicólogas(os) que atuam nesses espaços e o distanciamento de suas práticas das premissas das políticas públicas, sem questionamento dos efeitos que este tipo de prática produz no mundo. É preciso, então, romper com o isolamento e a institucionalização que são próprios dos espaços de privação de liberdade e que constroem a dimensão ético-política do trabalho da(o) psicóloga(o).

Desse modo, problematizar a inserção das(os) psicólogas(os) nesses espaços é fazer uma análise crítica das práticas que violam os Direitos Humanos e produzem violência institucional para traba-

lhadores e usuários dos serviços. Tais práticas se colocam contrárias às políticas públicas que respeitam os direitos e a autonomia dos usuários de álcool e outras drogas. Muitas instituições voltadas para os casos de abuso e dependência das substâncias psicoativas incentivam práticas de imposição de credo religioso como recurso de tratamento para atingir a abstinência. Esse tipo de prática social, no entanto, é incompatível não só com o Código de Ética da(o) psicóloga(o), mas também com os princípios das políticas públicas e o caráter republicano e laico do Estado brasileiro. Nesse sentido, o Código de Ética profissional expressa que é vedado ao psicólogo: “Induzir a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou a qualquer tipo de preconceito, quando do exercício de suas funções profissionais” (CFP, 2005, art. 2.º, alínea ‘b’).

Em 2018 uma nova inspeção nacional foi realizada em parceria do Conselho Federal de Psicologia, O Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à tortura e a Procuradoria de Defesa dos Direitos do Cidadão do Ministério Público federal (PRDC-MPF). O relatório da inspeção considera que:

Mais uma vez, a fragilidade ou inexistência de projetos terapêuticos singulares indica a impossibilidade, nessas comunidades terapêuticas, da oferta de tratamento em saúde, de maneira que respeite as singularidades e que caminhe para a construção da possibilidade de saída do local de isolamento, recurso que, se empregado, deveria, de acordo com a legislação brasileira, ser temporário e promover a reinserção social do paciente em seu meio (CFP, 2018, p. 81).

O crescimento da força das Comunidades Terapêuticas, as ações de “recolhimento compulsório” da população em situação de rua e a banalização das internações compulsórias ou involuntárias, evidenciam um grave retrocesso para as políticas públicas, tão

arduamente conquistadas e que apostam na integralidade do cuidado e na intersetorialidade das ações para as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas. As (Os) psicólogas(os), então, na sua atuação, podem colaborar para desnaturalizar as práticas de violência e de tutela que historicamente foram associadas às drogas e às pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade social. O pânico moral acionado em relação ao crack produz estigmas e sofrimento (DOMANICO, 2006). Por isso, as(os) psicólogas(os) nos seus diversos contextos de trabalho podem incentivar práticas democráticas condizentes com a perspectiva do cuidado e da autonomia dos sujeitos, questionando ações baseadas no controle dos corpos e da tutela moral. As medidas de internação não podem ser consideradas como o primeiro recurso para os usuários de drogas em situação de vulnerabilidade social. As relações possíveis do sujeito com as drogas são múltiplas e também expressam as singularidades de cada caso. A prática clínica, entendida como postura ética perante os diferentes modos dos sujeitos de se relacionar com as drogas (lícitas ou ilícitas), implica afirmar a singularidade sem prescrições generalizantes e moralistas.

Nesse sentido, a clínica também problematiza as estratégias medicalizadoras, que se valendo do paradigma biomédico e da lógica da abstinência, consideram que os diferentes usos de drogas configuram em si uma patologia e, assim sendo, precisam necessariamente da intervenção dos saberes especialistas. As substâncias psicoativas, principalmente as consideradas ilícitas, foram usualmente associadas à violência, criminalidade, doença e à morte. Muitas das práticas sociais relacionadas com as drogas não podem, no entanto, ser consideradas “abusivas” ou mesmo “compulsivas”. Esses conceitos que remetem ao quadro das chamadas “toxicomanias” ou da “dependência química” são parte de uma pequena parcela diante dos usos controlados e ocasionais dessas substâncias. Certamente, os usos considerados danosos e prejudiciais necessitam de cuidados, mas não se pode confundir de modo deliberado e reduzir os variados modos de relação com as substâncias psicoativas à compulsão e à “dependência física ou psíquica” (NERY FILHO, 2009). O conceito de “dependência química” é proveniente de uma perspectiva biomédica. Essa perspectiva, no entanto, não pode por

si só explicar os diversos fatores que incidem no uso e abuso de álcool e outras drogas. Por isso, é importante articular a prática clínica com os determinantes sociais discutidos pela saúde coletiva do processo saúde-doença-cuidado. Assim, os diversos usos possíveis de substâncias psicoativas e as questões subjetivas que emergem dessas relações devem ser vistos através de uma dimensão mais abrangente, considerando também os aspectos clínicos, socioculturais e políticos que constituem tais práticas.

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

As experiências de cuidado que foram criadas nos dispositivos psicossociais passam por um momento de duro ataque e retrocesso com as novas normativas do governo que assumiu em 2019. O que está sendo pensado é o desmonte da atenção psicossocial. Faz-se necessário manter o espaço para a defesa dos direitos e a ampliação da vida, pois esse é o sentido de uma política democrática sobre álcool e outras drogas.

EIXO 2: A(O) PSICÓLOGA(O) NA REDE PSICOSSOCIAL E A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL ÀS(AOS) USUÁRIAS(OS) DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

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

Desse modo, as(os) profissionais da Psicologia compõem, junto com profissionais de outras áreas, as equipes de saúde nos CAPS-AD, nos Consultórios na/de Rua,¹¹ na Estratégia de Saúde da Família (ESF), nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), nas Unida-

11 A terminologia Consultório de/na Rua será utilizada ao longo deste Eixo para abranger as diferentes denominações empregadas neste dispositivo.

des Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Acolhimento (UA), nos Centros de Convivência, além de atuarem nos equipamentos da Assistência Social, nos Projetos de Inclusão Produtiva e de Geração de Trabalho e Renda, nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), entre outros dispositivos da rede.

O SUS e a Reforma Psiquiátrica brasileira, assim como o SUAS, criaram dispositivos de cuidado e atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, nos quais diferentes profissionais, entre eles psicólogas(os), trabalham tendo como princípio básico a defesa dos direitos humanos e como diretriz a ampliação da autonomia e da participação social dos usuários. Nesses dispositivos, a equipe multiprofissional atua de modo integrado, a partir de uma perspectiva multidisciplinar, guiada pela lógica da clínica ampliada, que opera junto com os diversos pontos da rede de saúde e socioassistencial presentes no território de intervenção.

A lógica da clínica ampliada rompe com a visão fragmentada de atendimento, que concebe a pessoa em sofrimento psíquico como desprovida de recursos objetivos e subjetivos para superar sua condição e a coloca numa posição de submissão, despotencializando-a e justificando a necessidade de seu controle. Deslocando a ênfase da doença para o sujeito concreto, inserido em um contexto histórico e social, essa clínica amplia o objeto de saber e de intervenção da clínica, qualificando a atuação integrada de diferentes profissionais em torno da promoção da saúde, da prevenção e da reabilitação (CAMPOS; BEDRIKOW, 2014).

Ao valorizar a história de vida do indivíduo, amplia o método clínico tradicional, caracterizado pela observação empírica, raciocínio fisiopatológico, diagnóstico patológico e tratamento psiquiátrico e psicoterapêutico e dá maior liberdade ao sujeito para expor outros temas, que não apenas sua patologia, aproximando a relação profissional-atendido e favorecendo o desenvolvimento da autonomia, iniciativa e protagonismo do usuário.

A Clínica Ampliada e Compartilhada tem na sua racionalidade o cuidar do imprevisível e do singular

próprio a cada sujeito ou coletividade. [...]. O aspecto mais peculiar e fértil desse tipo de clínica é a possibilidade de os encontros se darem mais desprendidos da correção ou opressão impostas pela ciência moderna que carrega consigo suas ofertas e saberes inabaláveis, as quais o doente deve amoldar-se sob o risco de ter suas demandas ignoradas. Ao contrário, permite trazer temas outros que não só a doença e convida-o a participar de decisões sobre o próprio cuidado sem evitar os desafios emocionais, sociais culturais e econômicos, na lógica de uma co-construção do cuidado. Utiliza-se da abordagem da história de vida dos sujeitos, da clínica de diferentes categorias profissionais, do trabalho em equipe mediante reuniões e apoios matriciais, da elaboração de projetos terapêuticos singulares e qualquer outro dispositivo que venha a ser criado a fim de responder melhor à demanda colocada. Tudo isso com o objetivo de possibilitar aos sujeitos continuar “andando” na vida, fazer suas escolhas, gerenciar sua vida, mesmo que acometido por uma doença, à qual não pode ser simplesmente reduzido (CAMPOS; BEDRIKOW, 2014, p. 86).

Uma estratégia que se destaca no contexto de atendimento ao usuário abusivo de drogas é o matriciamento ou apoio matricial, conceito proposto por Campos (1999), para o cuidado colaborativo entre saúde mental e atenção primária, visando à construção compartilhada de uma intervenção pedagógica-terapêutica (SILVA, 2014). Estruturado de forma horizontal e integrada em duas equipes — de referência e de apoio matricial —, o matriciamento traz em sua concepção novos arranjos organizacionais e uma metodologia de gestão em saúde, que fortalece a operacionalização da clínica ampliada e a integração dialógica entre saberes e profissões.

O apoio matricial operacionaliza-se por meio de estratégias como: o Projeto Terapêutico Singular (PTS), recurso da Clínica am-

pliada e da humanização da saúde; a interconsulta, prática interdisciplinar de construção de um modelo integral de saúde, principal instrumento da atenção básica; a consulta conjunta de saúde mental na atenção básica, técnica de aprendizagem em serviço, que visa a estabelecer um plano terapêutico para dar respostas resolutivas a demandas da assistência à saúde, envolvendo diferentes profissionais, pacientes e familiares; a visita domiciliar conjunta; e o uso de tecnologias de comunicação.

A ação terapêutica do apoio matricial ancora-se nos seguintes pilares: o acolhimento, para estreitamento de vínculos; a escuta, para expressão de vivências e reflexão do usuário sobre o sofrimento e suas causas; o suporte, como continente de sentimentos e potencializador da segurança e do apoderamento do usuário; o esclarecimento, para aumento da informação, ampliação da reflexão, reestruturação do pensamento, com repercussão nos sintomas emocionais e físicos (SILVA, 2014). E abarca diferentes atividades, como grupos de sala de espera, de arteterapia ou artesanato, de teatro, de remédios, de crianças, oficinas terapêuticas e outras, definidas a partir do conhecimento e da integração com as demandas e necessidades da comunidade.

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

No que tange ao desafiador cuidado com as crianças e adolescentes usuários de álcool e outras drogas, foram criados, a partir de 2012, os CAPS Adi, serviços de atendimento infanto-juvenil de usuários de álcool e drogas, que atuam de forma integrada com a comunidade e com equipamentos específicos para crianças e adolescentes, os Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi). O envolvimento do sistema de educação, intersetorialmente, precisa ser

ativado como importante aliado da rede, primeiramente através da problematização da temática e também por meio de práticas de inclusão daquelas crianças e adolescentes marginalizados do sistema de ensino. As Unidades de Acolhimento e Centros de Convivência também devem ser constituídas como espaços de acolhimento e de elaboração de possibilidades de cuidado e inclusão social, na reconstrução de vínculos sociais, familiares e escolares.

A seguir, apresentamos algumas das principais atividades desempenhadas pelas(os) psicólogas(os) nos equipamentos de saúde e assistência social, voltados para a atenção psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas.

Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas

O Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS-AD), estabelecido pela Portaria do Ministério da Saúde n.º 336 de 19 de fevereiro de 2002, é um equipamento de cuidado, articulado em rede, voltado para “pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas” (BRASIL, 2002).

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

- A. Atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- B. Atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- C. Atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio;
- D. Visitas e atendimentos domiciliares;
- E. Atendimento à família;
- F. Atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;

- G. Os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.
- H. Atendimento de desintoxicação (BRASIL, 2002a).

Os atendimentos psicoterápicos individuais e em grupo são algumas das atividades realizadas pelas(os) psicólogas(os) nos CAPS-AD. Além de oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares e atividades comunitárias que visem à promoção de saúde. A gestão do CAPS-AD também é um espaço de atuação da(o) psicóloga(o).

O CAPS-AD III é um dispositivo da rede de atenção psicossocial destinado a “proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas vinte e quatro horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados”. Em função do atendimento contínuo, as atividades desenvolvidas neste dispositivo envolvem, além das que são realizadas nos CAPS-AD, plantões diários de atendimento, ações de reabilitação psicossocial, fornecimento de refeições diárias (BRASIL, 2012b).

De acordo com as diretrizes das políticas públicas de saúde e visando ampliar a autonomia e promover os direitos humanos das pessoas acolhidas pela rede de cuidado, a(o) psicóloga(o), junto com outros trabalhadores de saúde, estimula o fortalecimento do protagonismo dos usuários e familiares, por meio de atividades de participação e controle social, como assembleias semanais de usuários, divulgação e debate sobre políticas públicas e defesa dos direitos no território, entre outras.

As assembleias de usuários destacam-se como estratégia fundamental de resgate da subjetividade do usuário abusivo de drogas e de fortalecimento de seu protagonismo, rompendo com a concepção social dominante de não sujeito, reduzido à condição de dependente e invisível diante de seu diagnóstico criminalizador. Abrindo espaço para a escuta dos usuários e levando em conta suas demandas, necessidades, desejos e queixas na operacionalização e gestão dos serviços, estas assembleias consolidam-se como possibilidades de ressignificação de vivências e experiências individuais e coletivas, contribuindo de forma expressiva para a transformação da representação social desta população.

NASF e ESF - Princípios e Diretrizes Gerais

Integrado ao atendimento nos dispositivos de saúde mental e na perspectiva do apoio matricial, inserem-se as(os) psicólogas(os) que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) realizando um trabalho intersetorial, que leva em conta uma abordagem integral do indivíduo e o seu contexto familiar e cultural. O trabalho dos profissionais de saúde no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) permite um cuidado longitudinal, no qual o indivíduo e a comunidade são acompanhados por estratégias dinâmicas, que visam produzir a atenção integral das pessoas atendidas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF).

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

A proposta de elaboração de construções coletivas, traduzidas em experiências concretas de gestores, trabalhadores, usuários e atores sociais implicados com a produção de saúde e com os princípios do SUS, está presente na Política Nacional de Humanização (PNH) – HumanizaSUS (BRASIL, 2006a). Além disso, essa perspectiva impulsiona a capacidade criativa e a possibilidade de “reinventar formas de relação entre pessoas, equipes, serviços e políticas, atuando em redes, de modo a potencializar o outro, a defender a vida de todos e qualquer um” (BRASIL, 2009a, p. 19).

Consultório na/de Rua (CR)

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

O CR é uma proposta de atendimento de usuários de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, vivendo em situação de rua, que têm dificuldade de acesso e que não são assistidos pelos serviços de saúde. Os Consultórios na/de Rua:

[...] promovem a acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania (BRASIL 2010, p. 10).

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

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

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

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

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

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

São diretrizes dos Consultórios na/de rua: promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua a usuários com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas; direito ao tratamento de qualidade aos usuários de álcool e outras drogas na rede de serviços públicos de saúde, com ações e serviços compatíveis a suas demandas; ações de enfrentamento à vulnerabilidade e risco, especialmente em crianças, adolescentes e jovens; respeito às diferenças, à promoção de direitos humanos e da inclusão social, e desconstrução de estigmas; reconhecimento dos determinantes sociais de vulnerabilidade, risco e dos padrões de consumo, relacionando dinâmica social e processos de adoecimento; cuidado no território, na perspectiva da integralidade e do trabalho em redes, com atenção diversificada aos usuários de álcool outras drogas; prioridade a ações com crianças e adolescentes em situações de vulnerabilidade; análise dos fatores de risco e de proteção, em cada contexto; trabalho interdisciplinar e intersetorial com atenção integral aos usuários de psicoativos nos contextos de situação de rua; articulação permanente da rede de saúde e intersetorial, com sensibilização dos serviços e profissionais da rede para o acolhimento com qualidade aos usuários de drogas em situação de rua; alinhamento com a Política para Atenção Integral a Pessoas que Usam Álcool e

Outras Drogas, Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas, Plano Integrado de Enfrentamento do Crack, Política Nacional de Saúde Mental, Política Nacional de DST/AIDS, Política de Humanização, Política de Atenção Básica e Programa Crack, é possível vencer do Ministério da Saúde.

A emergência dos CAPS Adi

Os CAPS Adi são serviços de atenção psicossocial voltados a crianças e adolescentes que se encontram em sofrimento psíquico intenso e que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para a saúde mental, criada pela Portaria n.º 3088/2011 (BRASIL, 2011), que fortalece o foco de cuidado e abre novas possibilidades de acolhimento e proteção a este segmento da população.

Sua gênese remete ao processo de construção de uma rede de cuidados, ordenada pelos CAPSi para a infância e adolescência, alinhada à política nacional de atenção a pessoas que fazem uso de álcool e drogas (2003). E se concretiza na diretriz do Plano Emergencial para Enfrentamento de Ações em Álcool e Drogas (PEAD), que enfatiza o cuidado com a população infanto-juvenil que faz uso abusivo de álcool e outras drogas (BASTOS et al., 2014).

Enredado a outros serviços de saúde e medidas protetivas de crianças e adolescentes que fazem uso abusivo de álcool e drogas, e inserido como serviço de atendimento por exigência da própria realidade, o CAPS Adi traz grandes desafios para as políticas de atendimento e para os profissionais, em função da precocidade da faixa etária atendida e do fenômeno trabalhado — o uso abusivo de álcool e outras drogas —, com suas variadas dimensões (econômica, legal, social, cultural, técnica e subjetiva).

Exigindo metodologias de cuidado diferenciadas dos CAPS Adi voltados para a população adulta, e reproduzindo os “curtos circuitos” que se manifestam na política de saúde mental, os CAPS Adi representam um dos grandes desafios do atual atendimento em saúde mental para usuários abusivos de álcool e outras drogas. Ao mesmo tempo,

como serviços articuladores da produção de cuidado compartilhado entre profissionais, instituições, setores e políticas públicas, fortalecem as possibilidades de construção da rede e de produção de encontros singulares e subjetivos, que resgatem o sujeito do cuidado, ressignificando as práticas associadas ao tratamento do sofrimento psíquico.

Alinhados à Reforma Psiquiátrica e às legislações (ainda) vigentes, os CAPS Adi, ao viabilizar o atendimento integral ao sujeito, referenciados em uma concepção que olha o sujeito além do cenário da chamada *doença mental*, possibilitam a emergência de subjetividades, problemas, famílias, desejos, sonhos e projetos de crianças e adolescentes, com trajetórias de vida precocemente marcadas pelo intenso sofrimento psíquico. Tendo em vista a implantação bastante recente dos CAPS Adi, estudos e pesquisas sobre estas experiências precisam ser divulgadas e conhecidas.

As Unidades de Acolhimento

As Unidades de Acolhimento Adulto e Infanto-Juvenil, criadas pela Portaria 121, de 25 de janeiro de 2012, são serviços de atenção residencial de caráter transitório, que oferecem acolhimento voluntário e cuidados contínuos de saúde 24h/dia, em ambiente residencial, para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos¹², que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo.

Visam reduzir danos de agravos decorrentes da condição de vulnerabilidade dos usuários vinculados aos CAPS Adi, oferecendo possibilidades para construção de novos projetos de vida e potencializando o desenvolvimento dos PTSs, construídos pelas equipes dos CAPS, muitas vezes em parceria com os Consultórios de/na rua.

12 Embora a Portaria centralize o binarismo dos sexos, explicitada no termo “atendimento para ambos os sexos”, o que foi ampliado no texto para todos os sexos e gêneros, visando abarcar a atual amplitude das diferentes orientações sexuais, cabe destacar a necessidade de, no atendimento, incluir a problematização da diversidade e das especificidades sexuais e de gênero, de forma a contemplar as necessidades e demandas da população atendida.

Dividem-se em: Unidade de Acolhimento Adulto (UAA), para pessoas maiores de 18 (dezoito) anos, de ambos os sexos; e Unidade de Acolhimento Infante-Juvenil (UAI), voltada a crianças e adolescentes, entre dez e dezoito anos incompletos, de todos os sexos e gêneros.

Integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e contam com equipe de profissionais qualificados, funcionando como uma casa, onde o usuário é acolhido e abrigado, enquanto seu tratamento, atendimento e projeto de vida são realizados em diversos outros serviços da Rede.

O cuidado desenvolvido nas UAs deve-se orientar pela atenção integral à saúde mental, levando em conta: o acolhimento humanizado; a grupalização e a socialização, por meio de atividades terapêuticas e coletivas; a garantia da integridade física e mental, considerando o contexto social e familiar; a adesão ao tratamento, visando à interrupção ou redução do uso de crack, álcool e outras drogas; o acompanhamento psicossocial ao usuário e à respectiva família; o atendimento psicoterápico e de orientação, entre outros, de acordo com o Projeto Terapêutico Singular; o atendimento em grupos: psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, assembleias, grupos de redução de danos; a realização de oficinas terapêuticas; o desenvolvimento de atividades sócio-familiares e comunitárias; a reinserção social; a articulação com a rede intersetorial, especialmente com a assistência social, educação, justiça e direitos humanos, visando à reinserção social, familiar e laboral, como preparação para a saída; a articulação com programas culturais, educacionais e profissionalizantes, de moradia e de geração de trabalho e renda; e saídas programadas, voltadas à completa reinserção do usuário, de acordo com suas necessidades, com ações articuladas e direcionadas à moradia, ao suporte familiar, à inclusão na escola e à geração de trabalho e renda.

Surgidas no contexto do Programa *Crack, é possível vencer*, as UAs têm como diretriz o incentivo ao resgate e ampliação de laços sociais e familiares, o estímulo à participação em projetos de geração de renda ou de retorno ao mundo do trabalho, a retomada dos estudos, atividades físicas e artísticas, de cultura e lazer (BRASIL, 2012a). E exige a criação de um ambiente de cooperação e respei-

to, onde o sujeito possa vivenciar outras experiências de morar e habitar, com o suporte de uma equipe multiprofissional de saúde, apoiando os moradores nesse processo, e auxiliando-os na organização do espaço, nas ações e responsabilizações da vida cotidiana (auto-cuidado) e prática (trabalho, moradia, lazer), além da convivência coletiva (GALLETTI, 2004).

Apesar da importância estratégica deste serviço, a precariedade que permeia atualmente os CAPS e outros serviços de Saúde Mental, afetados pela redução de investimentos financeiros nos espaços concretos, falta de compromisso político e conhecimento técnico dos gestores, visão privatista e mercantilista da saúde, insuficiência de recursos humanos e materiais, concepções estigmatizantes e discriminatórias da doença mental, as UAs são vistas de forma antagonica, consideradas por alguns pesquisadores como retrocesso na política de saúde mental (BELLO et al., 2017).

Na verdade, refletem a precariedade dos Serviços de Saúde Mental em geral, especialmente os CAPS, que, em alguns locais, foram manicomializados, ou seja, transformados em mini-manicômios, reduzindo o tratamento à dimensão medicamentosa, numa visão patologizante, que foca e dá prioridade à doença, ao diagnóstico e ao atendimento psiquiátrico.

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

O Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) é uma unidade pública estatal de base territorial, responsável pela proteção social básica, localizado em áreas de pobreza e vulnerabilidade social. A proteção social básica tem como objetivos prevenir situações de vulnerabilidade e de risco social, por meio do desenvolvimento de potencialidades e da aquisição e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Para atingir seus objetivos, o CRAS oferece: Benefícios de Prestação Continuada e Eventuais, Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF), Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos e Serviços de Proteção Social Básica no

domicílio para pessoas com deficiência e idosas; e Serviços de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências.

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

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

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

O outro nível é a Alta Complexidade, que se caracteriza pelo atendimento a indivíduos cujos vínculos familiares foram rompidos. Envolve Serviços de Acolhimento Institucional, Serviços de Acolhimento em República, Serviços de Acolhimento em Família Acolhedora.

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

Entre as metodologias utilizadas no desenvolvimento das ações dos CRAS e CREAS destacam-se: estudo psicossocial, aconselhamento e orientação individualizados, grupos operativos, grupos específicos de orientação (mulheres, crianças, adolescentes, famílias), visitas domiciliares. Cabe destacar a importância da atuação da(o) psicóloga(o) em visitas domiciliares, que podem ocorrer como primeiro contato com a família a ser atendida ou durante o processo de acompanhamento desta. Na visita domiciliar, os profissionais têm acesso a elementos fundamentais para a compreensão da situação de vulnerabilidade vivida pela população, em função da oportunidade de conhecimento das condições objetivas de vida e da possibilidade de percepção da configuração subjetiva da dinâmica relacional familiar e individual. Estes dados, aliados às informações obtidas no contato individual, fornecem a base para a construção dos planos de atendimento individual e familiar.

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

Como cita o Código de Ética Profissional do Psicólogo:

Toda profissão define-se a partir de um corpo de práticas que busca atender demandas sociais, norteadas por elevados padrões técnicos e pela existência de normas éticas que garantam a adequada relação de cada profissional com seus pares e com a sociedade como um todo (CFP, 2005, p. 5).

Este Código que se apresenta como uma ferramenta de reflexão e não como um instrumento de controle ou imposição, traz princípios fundamentais e norteadores para a prática da profissão, seja na gestão, seja na linha de frente de atuação. Segue a descrição na íntegra de três princípios:

Considerando o Código, a trajetória profissional e o compromisso ideológico com a Reforma Psiquiátrica, a contribuição da Psicologia pode efetivamente avançar além do atendimento clínico individual, tido como atividade principal dessa profissão (SPINK, 2007). A contribuição como gestor de serviço de saúde deve ser multifacetada e transitar, compor, influenciar, transformar e provocar a rede de produção de cuidados em várias instâncias de atuação, com ações focadas sempre na promoção da saúde, no bem-estar individual e social, considerando o contexto e a singularidade de cada um.

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

A consonância da atuação profissional com os parâmetros apresentados pelo SUS em seu trabalho de humanização dos serviços (BRASIL, 2006a) se traduz nas diretrizes de orientação para implantação/qualificação de ações na organização do trabalho, como a escuta

qualificada, a educação permanente, a atuação transdisciplinar com equipes multiprofissionais, a gestão participativa, as metas discutidas e definidas em espaços coletivos e de promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho.

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

A função de gestão deve ser permeada pelo contato direto e constante com a população atendida e com os profissionais da equipe, de forma a favorecer o conhecimento e acompanhamento sistemático da dinâmica institucional, das configurações objetivas e subjetivas de espaços e relações, do fluxo do atendimento e seus “curtos circuitos”, dos avanços e desafios do trabalho interprofissional, interinstitucional e intersetorial, das demandas e necessidades de atendidos e profissionais. Este acompanhamento, realizado com responsabilidade, compromisso ético-político, visão técnica e foco na humanização das relações humanas, consolida uma prática de avaliação continuada de processo, resultados e impactos, abrindo possibilidades de transformações e ressignificações de práticas, posturas e visões.

O gestor, em seu papel condutor e mediador, precisa investir no resgate da potência inventiva e criativa da Psicologia nos processos de trabalho, valorizando a dimensão subjetiva como aspecto fundamental do trabalho da(o) psicóloga(o) e enfatizando a necessidade de uma postura plástica, em contraposição a uma postura rígida da Psicologia (LANCETTI, 2012).

Com isso, o gestor, além de sua função burocrática e de mediação entre hierarquias superiores, equipe e atendidos, torna-se um fomentador de metodologias e tecnologias inovadoras de cuidado, necessárias para a efetiva concretização de práticas antimanicomiais, que fortaleçam o atendimento do usuário em liberdade, respeitando seus direitos como pessoas e como cidadãos. E ainda um impulsionador da compreensão de que a prática da(o) psicóloga(o) vai além da psicoterapia e do atendimento clínico, fortalecendo o compromisso social da Psicologia e sua contribuição para as políticas públicas.

EIXO 3: DESAFIOS PARA UMA PRÁTICA PROFISSIONAL EMANCIPADORA

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

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

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

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

Uma prática alicerçada na superação da exclusão e do estigma que cercam o usuário de álcool e outras drogas e que geram sofrimento, a ser enfrentado por meio do fortalecimento de formas

de cuidados que resgatem a dimensão subjetiva desse complexo fenômeno, partindo do social para compreender o sujeito, sem tirar deste seu caráter ativo e constituinte.

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

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

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

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

Nesta perspectiva, a subjetividade não é entendida como uma condição ou um estado estático, nem existe como algo em si, abstrato e imutável, mas como um processo em constante transformação, que se constitui permanentemente nas e pelas relações sociais

(MOLON, 1999). Esta concepção de subjetividade reporta a um sujeito que não é isolado ou preso em seu mundo privado, carregado de aspectos não manifestos, e que também não é apenas reflexo de determinações coletivas. Mas resultado de uma síntese entre público e privado, indivíduo e sociedade (CALIL STAMATO, 2008).

Assim, o mundo configura-se como o lugar de constituição da subjetividade, na medida em que nele ocorrem as relações que possibilitam a construção da singularidade humana, a partir do reconhecimento de si e do outro. Mundo esse que, além de físico e biológico, é simbólico e social, cenário de fundo para a composição da rede de cuidados a indivíduos que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas e se encontram em sofrimento psíquico.

A perspectiva emancipatória de garantia de direitos individuais e coletivos, norteadas por uma compreensão de subjetividade mutável, contextualizada em um determinado momento histórico e social e constituída a partir das relações sociais que se estabelecem na família, na comunidade, na rua e na sociedade mais ampla, deve alicerçar o discurso manifesto da rede de cuidado, referenciado em um modo peculiar de inserção na sociedade do indivíduo que faz uso abusivo de drogas.

O uso de drogas não constitui, isoladamente, um fator de diferenciação no desenvolvimento mas possibilita a emergência de modos de vida diferenciados, que configuram processos de desenvolvimento também diferenciados.

Assim, entender como se dá a construção de significados e sentidos com relação ao uso abusivo de álcool e outras drogas, única em cada indivíduo implicado, passa pela análise das relações, interconexões e entrecruzamentos dos vários determinantes de sua condição – família, escola, comunidade e sociedade.

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

Neste contexto, criar alternativas inovadoras de cuidado ao usuário exige um conhecimento aprofundado de sua história de

vida, dos gatilhos determinantes de sua entrada e imersão no uso abusivo de drogas, de suas relações familiares, das relações que estabelece com seus pares e com as demais pessoas que integram seu mundo, das relações com sua comunidade de origem e das relações com a sociedade em geral.

Ampliando a visão do uso abusivo de drogas para além do sujeito, a finalidade maior do cuidado ao usuário passa a ser a superação do sofrimento ético-político, entendido como “[...] a vivência cotidiana das questões sociais dominantes em cada época histórica, especialmente a dor que surge da situação social de ser tratado como inferior, subalterno, sem valor, apêndice inútil da sociedade” (SAWAIA, 1999, p. 104).

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

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

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

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

concepções teóricas e construir novas metodologias para dar conta dessa trama tecida histórica e culturalmente.

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

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

Saúde: uma visão integral e sistêmica

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

Nesta visão, saúde é mais do que ausência de doença e saúde psicológica é a possibilidade de realização pessoal do indivíduo em todos os aspectos, incluindo a capacidade de enfrentamento e de transformação da realidade. Resulta da interação das condições

de vida social com a trajetória específica do indivíduo (sua família, demais grupos, experiências significativas) e sua estrutura psíquica (OZELLA, 2003). Assim, a integração de condições externas e fatores subjetivos é determinante na configuração que constitui tanto a saúde como a doença mental.

Esta concepção de saúde leva ao questionamento dos conceitos de normalidade e de patologia, subjacentes ao atendimento das pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas. Afinal, numa sociedade discriminatória como a nossa — que afasta, classifica, rotula e medicaliza quem sai dos padrões — como separar o que é normal do que é patológico?

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

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

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

Neste contexto, a atuação com indivíduos que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, a partir de uma visão integral de saúde, implica a superação da concepção de homem e de fenômeno psicológico, que oculta os determinantes sociais e culturais do processo de constituição da subjetividade, gerando uma representação ilusória do real e fortalecendo a representação social da(o) psicóloga(o) como profissional da adaptação e da cura da “anormalidade”. Conforme destaca Bock:

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

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

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

Assim, o encontro entre o profissional e este indivíduo deixa de ter a patologia como mediação e torna-se um diálogo, no qual cada um, com seus instrumentos e tecnologia de trabalho, constroem juntos estratégias de cuidado. Neste cenário:

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

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

Frente à complexidade que permeia o atendimento aos indivíduos que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, as(os) psicólogas(os) que responderam à pesquisa do CREPOP (2009) revelaram em seus discursos a necessidade de respostas e de diretrizes. E também evidenciaram a ausência de referenciais teóricos e práticos para dar conta da complexidade desse atendimento; a impotência frente às condições de trabalho e à desigual competição do crime organizado, no qual se insere o tráfico; e o distanciamento entre a realidade e o que é transmitido na formação acadêmica.

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

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

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

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

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

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

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

Importante destacar que o trabalho em rede passa necessariamente pela intersetorialidade, pela compreensão do indivíduo, como ser integral e complexo, que nenhum saber ou nenhuma po-

lítica setorial é capaz de abarcar, compreender e cuidar sozinha, e que exige a superação das separações artificiais das políticas setoriais (VASCONCELOS, 2009). Com foco no rompimento da histórica estigmatização e exclusão das pessoas que fazem uso abusivo de drogas, rumo ao fortalecimento de sua inserção social e do resgate de sua condição de sujeito, as intervenções devem ir além de serviços, equipamentos e dispositivos de saúde, envolvendo outros setores, como as políticas de educação, assistência social, habitação, cultura, esporte, lazer, organizações não governamentais, associações, cooperativas e diferentes espaços das cidades.

Vasconcelos (2009) define intersetorialidade como uma visão ampliada dos interesses comuns e ação integrada e compartilhada no planejamento e na ação de diferentes instâncias de políticas públicas. Costa-Rosa (2000) complementa destacando o processo de articulação de diferentes setores em torno de respostas às demandas de cuidados.

Vasconcelos (op. cit.) analisa que, no plano macrossocial, a intersetorialidade operacionaliza-se a partir da articulação de diversos setores em torno do desenvolvimento econômico e social, envolvendo um planejamento global e estratégico coerente e de ações integradas e colaborativas em rede, com referência no território, e tendo o controle social como mecanismo de implementação, monitoramento e avaliação.

Em nível regional e local, a intersetorialidade se dá pela articulação do conjunto de políticas e programas existentes, estabelecendo linhas de cooperação, intercâmbio de conhecimento e experiências, criando mecanismos integrados de financiamento, propondo iniciativas e ações conjuntas e compartilhadas, entre diferentes agências e instâncias institucionais.

E no plano local e micro, a intersetorialidade consolida-se no apoio matricial, abrangendo: atuação integrada das equipes de uma área específica de política com as equipes de outras áreas do mesmo território; compartilhamento de responsabilidades de cuidado conjunto, superando a lógica reducionista do encaminhamento; ações comuns de valorização de princípios e valores da cidadania e das novas políticas sociais; ações de mobilização de recursos co-

munitários locais, integrando diferentes agências governamentais atuantes na área; iniciativas compartilhadas de capacitação de trabalhadores e lideranças comunitárias; encaminhamento responsável e monitorado, com base no conhecimento e articulação orgânica entre agências e serviços públicos; contato permanente; avaliação prévia da possibilidade de encaminhamento; e monitoramento dos resultados e das responsabilidades de cada um no desenvolvimento da intervenção (VASCONCELOS, op. cit.).

A intersetorialidade possibilita a efetivação concreta do princípio de integralidade do SUS e a consolidação da função substitutiva da rede na superação do modelo asilar no atendimento ao usuário abusivo de álcool e outras drogas. Norteador-se pelo paradigma da integração e atuação de diversificados setores em rede, representando cada um o elo de uma corrente tecida a partir das demandas de cuidado de cada sujeito, favorece o envolvimento do usuário de uso abusivo de drogas com a construção conjunta de seu Projeto Terapêutico Singular, que faça sentido para suas demandas e que atenda suas necessidades, de forma a se sentir acolhido, valorizado e fortalecido em sua capacidade de transformar a relação com a droga.

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

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

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

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

As políticas públicas dirigidas ao atendimento das necessidades de todos os indivíduos são denominadas políticas universais. Já as políticas voltadas à garantia dos direitos das pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade, em função de suas condições de vida e de desenvolvimento, são chamadas de políticas de proteção especial. Nestas se insere a política de atenção ao indivíduo que faz uso abusivo de álcool e outras drogas. As (os) psicólogas(os) participantes da pesquisa relatam que, na realização de seu trabalho, desenvolvem diferentes tipos de atividades e ações, voltadas ao atendimento e à prevenção.

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

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

A partir desta concepção, é preciso analisar o significado social do uso de drogas na atualidade, contextualizando-a como pro-

blema de saúde pública e fenômeno psicossocial multideterminado que necessita da conjunção de vários saberes, áreas, instituições, campos de atuação, para seu enfrentamento.

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

Buscar o sentido da droga para cada indivíduo é resgatar sua condição de sujeito, na medida em que este sentido expressa a síntese entre os significados sociais adquiridos por meio da cultura, suas vivências pessoais e seu mundo simbólico (GONZÁLEZ REY, 2007).

O trabalho de compreensão dos sentidos subjetivos e de intervenção nas configurações subjetivas situa e fortalece o papel da(o) psicóloga(o) na equipe interdisciplinar: resgatar o sujeito perdido nas dimensões social, econômica, política e objetiva do uso abusivo de drogas.

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

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

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

Neste contexto, a(o) psicóloga(o), ao atuar nas políticas públicas, em especial na que se dirige às pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, deve situar-se como o profissional que busca resgatar desejos, ressignificar experiências de vida e elaborar situações não resolvidas, contribuindo para a constituição de novas subjetividades e para o processo de transformação social.

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

Qualificação profissional: graduação, formação permanente e supervisão técnica

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

Com relação à Graduação, torna-se urgente a reformulação das estruturas curriculares dos Cursos de Psicologia, incluindo dis-

ciplinas e ampliando referenciais teóricos que ofereçam aos futuros profissionais subsídios teóricos e metodológicos básicos para atuar na política de atenção integral ao uso de álcool e outras drogas.

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

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

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

Entretanto, as mudanças não podem se restringir à Graduação. É preciso que a(o) profissional seja constantemente qualificado, por formação continuada e supervisão técnica, de forma a refletir sobre

sua prática e corrigir rumos, fortalecendo seu exercício e protagonismo profissional, por meio de referenciais teóricos e metodológicos.

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

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

A qualificação adequada e permanente da(o) profissional torna-o consciente de que não detém poder ou conhecimento para mudar sozinho(o) a complexa condição do uso abusivo de álcool e outras drogas. Ao mesmo tempo possibilita que exerça com coerência o papel que lhe compete no processo de superação do sofrimento psíquico das pessoas enredadas no uso abusivo de álcool e outras drogas, de forma responsável e comprometida com a construção de uma sociedade em que as questões psicológicas sejam vistas e tratadas com respeito e tolerância, levando-se em conta a diversidade humana e tendo a liberdade do sujeito como norte de qualquer forma de tratamento.

EIXO 4: DESAFIOS PARA UMA POLÍTICA DE DROGAS COM FOCO NO USUÁRIO E BOAS PRÁTICAS DO CAMPO

Pensar uma política de drogas com foco no usuário requer assumir que as práticas nesse campo devem ter os sujeitos envolvidos como protagonistas principais das ações a eles direcionadas. Nesse sentido, o lema “*Nada sobre nós sem a nossa participação*” tem sido ecoado como representativo dessa centralidade em diversos movimentos de usuários de drogas, tanto no Brasil quanto no exterior que, reunidos em associações e redes colaborativas, têm se organizado para pautar questões fundamentais a partir da experiência de quem vive os desafios cotidianos associados ao uso de substâncias.

O lema acima comunica que nenhuma ação em torno das pessoas que usam drogas haverá de ser pensada sem a plena participação dessas mesmas pessoas, ou seja, nenhuma política deverá ser decidida por nenhum representante sem a plena e direta participação dos membros do grupo atingido por essa política. Em outras palavras, o que está sendo dito é:

Exigimos que tudo que se refere a nós seja produzido com a nossa participação. Por melhores que sejam as intenções de profissionais das áreas da saúde, educação, assistência social, segurança pública, dos órgãos públicos, das empresas, das instituições sociais ou da sociedade em geral, não mais aceitamos ser inseridos em iniciativas forjadas à nossa revelia, mesmo que em nosso benefício.” (SASSAKI, 2007, p. 08).

Assim, na essência do lema NADA SOBRE NÓS, SEM NÓS está presente o conceito de PARTICIPAÇÃO PLENA.

Da participação direta das pessoas que usam drogas na elaboração das políticas do campo emergiram uma série de debates essenciais. Dentre os temas prioritários e pautas principais de coletivos, associações, redes e grupos de usuários, destacamos o fracasso do modelo de “guerra às drogas” e a lógica proibicionista, a criminalização da pobreza e o genocídio da juventude negra, as desigualdades de gênero, o encarceramento em massa e projetos de descriminalização e regulamentação do uso de drogas.

Abaixo, apresentamos algumas iniciativas de projetos coletivos participativos, promotores de importantes debates no campo da política de drogas no Brasil:

- **Iniciativa Negra por uma Nova Política sobre Drogas (INNPD)¹³**

A Iniciativa Negra por uma Nova Política sobre Drogas é uma experiência coletiva em desenvolvimento, que identifica a “guerra às drogas” e a lógica proibicionista como a principal ferramenta política contemporânea para a manutenção de práticas de perpetuação da opressão racial sobre a população negra. Para a INNPD, a atual política de drogas adotada pelo Brasil é uma moderna justificativa para o genocídio negro, uma vez que tem como resultados práticos a criminalização de todas as relações instituídas nos territórios pobres; reforça estigmas associados à população negra; e, principalmente, configura uma autorização social para a violação de direitos dos corpos negros. A população negra é duramente afetada pela atual política de drogas: os negros estão super-representados na população em situação de rua em uso problemático de crack, estão super representados entre a população carcerária e, ainda, representam a população que mais sofre homicídios no Brasil.

13 Disponível em: <<http://iniciativanegra.com.br/>>

- **Rede Nacional de Feministas Antiproibicionistas (RENFA)**¹⁴

A RENFA tem como objetivo principal o fortalecimento da participação das mulheres como protagonistas na luta por uma sociedade antiproibicionista, tendo em vista o impacto que a atual legislação de drogas (Lei n.º 11.343/2006) tem em suas vidas. A mulher presa hoje no Brasil, em sua grande maioria, é negra, pobre, mãe solteira e está cumprindo pena pelo envolvimento com drogas. Para a RENFA, as mulheres são as principais atingidas pela “guerra às drogas”, seja quando são encarceradas, quando perdem seus filhos e filhas em razão da violência brutal do Estado dentro das periferias de todo país ou, ainda, quando são estigmatizadas e impossibilitadas de permanecerem com seus filhos pelo fato de serem usuárias de drogas. No Brasil, cerca de tinta e sete mil mulheres estão no sistema penitenciário, segundo dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias – INFOPEN Mulheres (BRASIL, 2014), o que corresponde à quinta população prisional feminina no mundo. A RENFA tem o grupo de mulheres encarceradas como um dos prioritários para atuação pela garantia de direitos, bem como mulheres em situação de rua, atuando com vistas ao seu fortalecimento a partir do autocuidado.

- **Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD)**¹⁵

A Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas é uma rede para a atuação conjunta de organizações não governamentais, coletivos e especialistas de diversos campos de atuação que busca debater e promover políticas de drogas fundamentadas na garantia dos direitos humanos e na redução dos danos produzidos pelo uso problemático de drogas e pela violência associada à ilegalidade de sua circulação. A PBPD estimula políticas que garantam a autonomia e

14 Disponível em: <<https://fundodireitoshumanos.org.br/projeto/rede-nacional-de-feministas-antiproibicionistas-renfa/>>.

15 Disponível em: <<http://pbpd.org.br/>>.

a cidadania das pessoas que usam drogas e o efetivo direito à saúde e ao tratamento em liberdade.

- **Frente Nacional Drogas e Direitos Humanos (FNDDH)**¹⁶

A Frente Nacional Drogas e Direitos Humanos reúne um conjunto de entidades e movimentos sociais que lutam por políticas públicas de drogas com base nos Direitos Humanos. Na sua carta de princípios, a Frente propõe, dentre outras coisas, a defesa intransigente da laicidade do estado, a consolidação dos Sistemas Único de Saúde (SUS) e Único de Assistência Social (SUAS) como ferramentas fundamentais na construção do cuidado e atenção, fomentando a participação dos usuários e usuárias de drogas. Além disso, a FNDDH propõe o fomento a organizações e articulações nos estados a partir das especificidades de cada território, a produção de ações locais e a denúncia de violações dos Direitos Humanos nos cuidados às pessoas que fazem uso de drogas.

Além das iniciativas de coletivos de usuários, profissionais, pesquisadores e militantes no campo das políticas de drogas exemplificadas acima, boas práticas de atenção devem ser mencionadas como exemplos de ações de cuidado integral ao usuário de drogas. Abaixo vamos conhecer a proposta dos programas *Corra pro Abraço* (Bahia), *Atitude* (Pernambuco) e *De Braços Abertos* (São Paulo), que propõem o modelo de atenção em saúde integral realizado em serviços abertos, de base territorial, como ponto de partida necessário para a garantia de acolhimento e desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares que vão além da mera oferta de atividades no serviço, ensejando a autonomia dos sujeitos.

- **Corra pro Abraço (BA)**¹⁷

O Programa Corra pro Abraço é uma iniciativa da Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social do Estado da

16 Disponível em: <<http://drogasdireitoshumanos.org>>.

17 Disponível em: <<http://www.comvida-ba.org.br/programa-corra-pro-abraco/>>.

Bahia, coordenada pela Superintendência de Políticas sobre Drogas e Acolhimento a Grupos Vulneráveis, que tem como objetivo promover cidadania e garantir direitos de usuários de drogas em contextos de vulnerabilidade social, baseado nas estratégias de Redução de Danos físicas e sociais, aproximando seus beneficiários das políticas públicas existentes e entendendo que o estigma e as desigualdades interferem em suas capacidades de busca, acesso e acolhimento pelos serviços públicos. O Programa possui em cada campo de atuação equipes multidisciplinares, compostas por assistentes sociais, psicólogos, educadores jurídicos, cientistas sociais, pedagogos, arte-educadores, educomunicadores e tem como público prioritário pessoas em situação de rua e jovens que residem e transitam em territórios com altos índices de violência e problemas sociais.

O Corra pro Abraço existe desde 2013 e tem como marca uma atuação que aceita e acolhe as pessoas da forma que elas se apresentam ao mundo, com respeito aos seus modos de vida, e tendo como princípios norteadores o acolhimento, a construção de vínculo e a escuta qualificada. O Programa se tornou um importante instrumento de promoção do acesso à Justiça, através de um trabalho de articulação entre os usuários acompanhados e a rede judiciária. No que tange ao direito à saúde, são realizadas ações de prevenção e tratamento de algumas doenças infectocontagiosas, como tuberculose, hepatites e HIV/AIDS. Além de feiras de saúde, acompanhamento do pré-natal com apoio dos Consultórios na Rua, distribuição de preservativos, entre outros insumos, e articulação da rede para atender as demandas do cuidado.

- **Programa Atitude (PE)**¹⁸

O Programa ATITUDE – Atenção Integral aos Usuários de Drogas e seus Familiares – é um Programa do Governo do Estado de Pernambuco, coordenado pela Secretaria de Desenvolvimento Social, Criança e Juventude, por meio da Secretaria Executiva de Políticas Sobre Drogas. O ATITUDE proporciona proteção às vítimas de

18 Disponível em: <<http://www.portais.pe.gov.br/web/sedsdh/programa-atitude1>>.

violência e atendimento por demanda espontânea de usuários de crack, álcool e outras drogas com atenção também direcionada aos familiares, oferecendo cuidados de higiene, alimentação, descanso, atendimento psicossocial, além de outros, e com encaminhamentos direcionados para a rede SUS E SUAS e demais políticas setoriais.

- **Programa De Braços Abertos**¹⁹

O programa De Braços Abertos (DBA), também chamado de Programa Operação Trabalho (POT), desenvolve diversas ações voltadas a pessoas que se encontram em situação de rua, sob o uso abusivo de substâncias psicoativas. A iniciativa, implementada pela Prefeitura de São Paulo, visa a redução de danos causados pelo uso do crack e de outros entorpecentes. Criado em 2014, o programa parte do resgate social dos usuários de crack, por meio de qualificação profissional, frentes de trabalho (como varrição de ruas e praças de SP, plantação e colheita de mudas de plantas para manutenção de jardins da cidade e inclusão digital), alimentação e moradia digna, com orientação de intervenção não-violenta. Suas diretrizes trazem um novo olhar sobre o usuário de drogas, que deixou de ser tratado como um caso de polícia e passou a ser encarado como cidadão, com direitos e capacidade de discernimento. O tratamento de saúde é uma consequência das etapas anteriores e não condição prévia imposta para participar do Programa.

A abordagem singular dos usuários possibilita melhorias significativas no estado de saúde mental e na compreensão do uso de substâncias e do adoecimento. Assim, é possível ressignificar a utilização das substâncias, considerando a possibilidade de práticas de autoconhecimento, autonomia e interação dialógica, como as experimentadas em grupos de Gestão Autônoma da Medicação (GAM).

A GAM aposta no valor das conversas para decidir juntos — médico e usuário — o melhor plano de tratamento para cada um; isso é uma gestão juntos,

19 Disponível em: <<http://adesaf.org.br/novo/sao-paulo-de-bracos-abertos/>>.

ou cogestão. [...] Fazemos gestão autônoma quando ampliamos coletivamente as possibilidades de cuidado. E é dessa forma que a GAM contribui para a realização de políticas públicas de saúde comprometidas com o protagonismo dos usuários e dos trabalhadores, com a democratização dos serviços de saúde e com a melhor qualidade do atendimento que eles oferecem (CAMPOS et al., 2014, p. 11-12).

Cabe ressaltar que o cuidado integral em saúde só é possível em uma sociedade com um sistema de saúde público e de qualidade, com um sistema de assistência social estruturado e voltado para a redução das vulnerabilidades, com uma segurança pública que protege os cidadãos, com uma política de acesso à educação para todos e com direito a trabalho e renda. A precarização do trabalho dos profissionais que atuam em todas essas áreas impossibilita a efetivação de uma oferta de cuidado integral ao usuário. Lutar pela manutenção de direitos sociais historicamente conquistados e resistir aos retrocessos nas políticas públicas de garantia das condições necessárias para a construção de uma existência viável é crucial para aqueles que se ocupam de uma política de drogas que se quer efetiva. Daí o importante e necessário engajamento político da(o) profissional de Psicologia, peça-chave para a efetivação de uma política de drogas com foco na participação plena do usuário.

Por fim, ressalta-se que na atual conjuntura política do país temos assistido a um marcante retrocesso em todas as políticas do campo orientadas pelo paradigma do cuidado em liberdade, de base comunitária, e com foco na participação ativa e autônoma do usuário. As novas diretrizes da política de saúde mental enfatizam o retorno aos hospitais psiquiátricos, o uso de eletrochoques como medida terapêutica, a substituição das alternativas de redução de danos pelas perspectivas de tratamento fundamentadas na abstinência, todas incompatíveis com as boas práticas apresentadas. Tal incompatibilidade produz como efeito o desmantelamento dessas iniciativas, seja pela suspensão de verbas a elas destinadas, o que interrompe as ações em campo e a realização de pesquisas, seja pelo descrédito e desconsideração aos conhecimentos científicos e profissionais que sustentam as práticas na rede de atenção psicossocial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sem a pretensão de ser conclusivo, resta ainda observações de ordem reflexiva e um convite a nos manter atentos à necessidade de continuidade da construção e aperfeiçoamento do nosso fazer, pois a atuação da(o) psicóloga(o) em políticas públicas sobre álcool e outras drogas trata-se da relação profissional com o campo, sempre em movimento.

Vivemos um preocupante retrocesso de décadas, nas conquistas sociais, clínicas e políticas da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O que nos leva a questionar: ainda teremos políticas públicas quando o próprio Estado se privatiza? As contribuições e indicativos da XVI Conferência Nacional de Saúde, em curso, serão consideradas?

Há que buscar mudanças na cultura do cuidado em saúde mental e as repercussões para a adesão ao trabalho na atenção psicossocial que antes de tudo é interferir não só nos sujeitos que propomos cuidar, mas também em nós mesmos, trabalhadores que propomos fazer clínica.

A primeira questão a ser respondida por quem deseja atuar neste campo seria: onde está meu interesse, nas drogas ou no humano?

Qualquer definição nos leva a caminhos opostos no percurso por compreender a questão e definir políticas públicas, seja de guerra às drogas, higienização das cidades, violência e criminalização do usuário ou o reconhecimento da cidadania de todos os brasileiros e cada um, portanto, cidadãos de direitos, inclusive de acesso ao cuidado necessário nas situações de abuso de drogas.

Entendemos que não é possível fazer clínica nos CAPS sem militância política. Não é possível operar sem militar contra a segregação, contra a criminalização da pobreza, contra a violação dos direitos humanos e contra as instituições e pensamentos manicomialistas.

É preciso criar dispositivos de abordagem, acolhimento e intervenção na rua, norteados pelos princípios fundamentais do Código de Ética Profissional do Psicólogo, principalmente:

II. O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (CFP, 2005, p. 7)

Assim, torna-se imperioso questionar a atual política de guerra às drogas, o retorno dos manicômios e o encarceramento da população jovem negra, propondo a descriminalização de condutas, legalização e regulamentação das drogas e adoção de medidas de atenção à saúde no âmbito do SUS, bem como, medidas socioassistenciais e protetivas do SUAS.

Há várias experiências mundiais que nos mostram a ampliação de possibilidades de administrar melhor o uso e abusos de drogas por meio da legalização e regulamentando de todas as substâncias psicoativas consideradas ilícitas, possibilitando a pesquisa, a ampliação do conhecimento, a redução de preconceitos, a descriminalização de condutas e utilização das substâncias em novas fórmulas sustentáveis de medicamentos e produtos.

Da mesma forma, há que se posicionar pela suspensão da MP95, que congela por vinte anos, os gastos em políticas públicas como saúde, educação, ciência e tecnologia, e promove uma brutal retirada orçamentária, sem considerar que se trata de investimentos sociais imprescindíveis para o desenvolvimento de uma nação, por meio da distribuição de renda e superação das grandes desigualdades sociais.

Para então buscar uma, verdadeiramente nova, política coletiva de drogas, que deve se pautar pelo antiproibicionismo, abrindo espaço para a escuta dos usuários e levando em conta suas demandas, necessidades, desejos e queixas na operacionalização e gestão

dos serviços. Onde o papel do profissional é promover a emancipação, reconhecer direitos, cidadania e possibilitar a ressignificação de vivências e experiências individuais e coletivas, contribuindo de forma expressiva para a transformação da representação social desta população.

Ao realizar seu trabalho, o profissional deve ter consciência de que está interferindo em um projeto de vida que não lhe pertence. Daí a necessidade do rigor ético, que garante o respeito e a transparência do profissional. Na gestão do cuidado, o profissional torna-se um fomentador de metodologias e tecnologias inovadoras, necessárias para a efetiva concretização de práticas antimanicomiais, que fortaleçam o atendimento do usuário em liberdade, respeitando seus direitos como pessoas e como cidadãos.

Ao encerrar este texto de *Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) em políticas públicas de álcool e outras drogas*, desejamos ter contribuído para o fomento da inquietação e busca por novos estudos e compartilhamento de experiências emancipatórias, que nos permita reafirmar que a prática da(o) psicóloga(o) vai além da psicoterapia e do atendimento clínico, fortalecendo o compromisso social da Psicologia e sua contribuição para as políticas públicas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

_____. Educação para a autonomia: construindo um discurso democrático sobre drogas. In: ACSELRAD, G. (Org.). **Avessos do prazer**: drogas, AIDS e direitos humanos. 2. ed. FIOCRUZ, 2005.

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

ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, nov. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2013.

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

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

BASTOS, Isabela Teixeira. **Os processos de trabalho na construção do cuidado**: casos emblemáticos atendidos em Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas da Infância e Adolescência (CAPS Adi). Dissertação (Mestrado em Ciências). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2013.

_____ et al. Identidade do cuidado em Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil para usuários de álcool e drogas. Ver. Esc. Enferm. USP, 2014; 48 (Esp2):121-127.

BELLO, Patrícia Aymberé; RODRIGUES, Camila Cristina de Oliveira; SILVA, Matheus José da. **O início, os meios e fins da Unidade de Acolhimento Adulto da RAPS de Campinas/SP: um relato de experiência.** In: CONGRESSO INTERNACIONAL ABRAMD, 6. 2017, Belo Horizonte, **Anais...** Belo Horizonte: PUC Minas., 2017. Grupo de Trabalho 05. CAPS ad: multiplicidade e trabalho vivo.

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

BOCK, A. M. B. A Prática Profissional em Psicologia Sócio-Histórica. In: _____.; Gonçalves, M. G. M.; Furtado, O. (Orgs.). **Psicologia Sócio-Histórica: uma perspectiva crítica em Psicologia.** São Paulo: Cortez, 2001. v. 1, pp. 159-162.

_____ et al. **Crepop: uma experiência brasileira de intervenção da Psicologia no campo das políticas públicas.** In ASEBEY, A. M. R. e CALVIÑO, M. (Org.) **Psicología y Acción Comunitaria: sinergias de cambio en América Latina.** La Habana: Editorial Camiños, 2010.

BOITEUX, L. **Brasil: reflexões críticas sobre uma política de drogas repressiva**, SUR 21, 2015. Disponível em: <<https://sur.conectas.org/brasil-reflexoes-criticas-sobre-uma-politica-de-drogas-represiva/>>. Acesso em: 9 fev. 2019.

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

_____. Lei n.º 8.069, 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.

_____. Lei n.º 8.080, 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. Lei n.º 10.216, 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 336, 2002a. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria.

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

_____. _____. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília, 2004.

_____. Conselho Nacional Antidrogas. Resolução n.º 3/GSIPR/CH/CONAD, 2005a. *Aprova a Política Nacional Sobre Drogas*.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde (DAPE). Coordenação Geral De Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: CONFERÊNCIA REGIONAL DE REFORMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: quinze anos depois de Caracas, . Brasília: OPAS, 2005b.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2006a.

_____. Lei n.º 11.343, 2006b. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.

_____. Ministério da Justiça; SENAD. **Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de Álcool na população Brasileira.** Brasília, 2007a.

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

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

_____. _____. **Cadernos de Atenção Básica:** diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Textos Básicos de Saúde, n. 27 Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Série B.

_____. Conselho Nacional de Assistência Social. **Resolução CNAS n.º 109,** 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Consultório de Rua do SUS.** Brasília, 2010.

_____. Decreto n.º 7.179, 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.

_____. Conselho Nacional De Educação. Resolução CNE n.º 5, 2011. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 3.088, 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)

_____. Portaria n.º 2.488, 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 121, 2012a. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial.

_____. _____. Portaria GM/MS n.º 130, 2012b. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial, Álcool e outras Drogas 24 horas (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros.

_____. _____. Portaria GM/MS n.º 131, 2012c. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.

_____. Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão. **Comissão Permanente de Defesa da Saúde lança enunciados sobre comunidades terapêuticas.** Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/informativos/edicoes-2013/novembro/comissao-permanente-de-defesa-da-saude-lanca-enunciados-sobre-comunidades-terapeuticas/>>. Acesso em: 05 dez. 13.

_____. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (INFOPEN) Mulheres. Brasília, 2014.

_____. Resolução CONAD n.º 01/2015. Regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas.

_____. Resolução CNE/CES n.º 1/2017. Dispõe sobre os cursos sequenciais.

_____. Nota Técnica n.º 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2019.

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

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

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 2, pp. 393-403, 1999.

_____; BEDRIKOW, Rubens. **História da clínica e a atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2014.

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

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Álcool e outras Drogas. **Revista Diálogos**, Brasília, ano 6, n.º 6, nov. 2009.

_____. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2005.

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

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

_____. **Relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas - 2017** / Conselho Federal e Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/Ministério Público Federal; – Brasília (DF): CFP, 2018.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. (Org.). **Ensaio, subjetividade e saúde mental**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, pp.141-168.

DIAS, Rafael. **Do asilo ao CAPSad**: lutas na saúde, biopoder e redução de danos. 2008. 158 f. Dissertação. (Mestrado em Psicologia) Departamento de Psicologia, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2008.

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

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

IORE, M. Prazer e risco: uma discussão a respeito dos saberes médicos sobre uso de “drogas”. In: LABATE, B. et al. (Orgs.). **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: EdUFBA, 2008.

IORE, Maurício. **O lugar do Estado na questão das drogas**: o paradigma proibicionista e as alternativas. Novos Estudos. CEBRAD, pp. 9-21. São Paulo, 2012.

FRANÇA, J. **História da Maconha no Brasil**. São Paulo: Três Estrelas, 2015.

GALLETTI, M. C. **Oficinas em Saúde Mental**: instrumento terapêutico ou intercessor clínico? São Paulo: Iluminuras, 2004.

GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO – Guia de Apoio a Moderadores. Rosana Teresa Onocko Campos; Eduardo Passos; Analice Palombini et AL. DSC/FCM/UNICAMP; AFLORE; DP/UFF; DPP/UFRGS, 2014. Disponível em: <<http://www.fcm.unicamp.br/fcm/laboratorio-saude-coletiva-e-saudemental-interfaces>>. Acesso em: 08 ago. 2019.

GONÇALVES, Maria da Graça Marchina. A contribuição da Psicologia Sócio-Histórica para a elaboração de políticas públicas. In: BOCK,

Ana M. Bahia (Org.). **Psicologia e o Compromisso Social**. São Paulo: Cortez, 2003, pp. 277-293.

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

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2012.

MARTÍN-BARÓ, I. **O papel do psicólogo**. Estudos de Psicologia, v. 2, n. 1, pp. 7-27, 1996

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

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

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

NUNES, D. et al. Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas. In: SANTOS, L. (Org.). **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. Porto Alegre Ideograf/Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010.

OLIVEIRA, Nathália e RIBEIRO, Eduardo. **O massacre negro brasileiro na guerra às drogas**, SUR 28 (2018). Disponível em: <<https://sur.conectas.org/o-massacre-negro-brasileiro-na-guerra-as-drogas/>>. Acesso em: 5 fev. 2019.

OZELLA, Sérgio. Concepções sobre adolescência. In: OZELLA, Sérgio (Org.). **Adolescências construídas**: a visão da psicologia sócio-histórica. São Paulo: Cortez, 2003, pp. 17-41.

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

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

RIOS, Terezinha Azerêdo. **Ética e Competências**. 17 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SANTOS, Laura; VIDAL, Sérgio. **Notas sobre Aspectos Históricos e Econômicos do Cânhamo no Brasil**. 17 março de 2009. Disponível em: <http://www.koinonia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod_artigo=341&cod_boletim=31>.

SASSAKI, Romeu Kazumi. Nada sobre nós, sem nós: da integração à inclusão - Parte 1. **Revista Nacional de Reabilitação**, ano X, n. 57, pp. 08-16, jul.-ago. 2007.

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

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

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

SILVA, Adriana Dias. **O apoio Matricial e a Rede Saúde Mental-Atenção Básica**. Tese de doutorado. Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde. Universidade Federal de São Paulo. Porto Velho (RO), 2014.

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

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

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

TORCATO, C. **A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia à República** 2016, 371 f. Tese. (Doutorado em História) Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2016.

VASCONCELOS, E. M. Epistemologia, diálogos e saberes: estratégias para práticas interparadigmáticas em saúde mental. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis v. 1, n. 1, maio 2009. [CD-ROM].

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

_____. **Teoria e método em psicologia**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

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

Páginas virtuais:

<http://iniciativanegra.com.br/>

<https://wsf2018.org/grupos/rede-nacional-de-feministas-antiproibicionistas/>

<http://pbpd.org.br/>

<http://drogasdireitoshumanos.org>

<http://www.comvida-ba.org.br/programa-corra-pro-abraco/>

<http://www.portais.pe.gov.br/web/sedsdh/programa-atitude1>

<http://adesaf.org.br/novo/sao-paulo-de-bracos-abertos/>

CONHEÇA AS DEMAIS REFERÊNCIAS TÉCNICAS PUBLICADAS PELO CREPOP

2007 – Referências técnicas para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS;

2008 – Referências técnicas para a prática do(a) psicólogo(a) nos programas de DST e AIDS;

2010 – Referências técnicas para atuação do psicólogo em Varas de Família;

2010 – Referências Técnicas para atuação de psicólogos no âmbito das medidas socioeducativas em unidades de internação;

2011 – Como os psicólogos e as psicólogas podem contribuir para avançar o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) – informações para gestoras e gestores;

2012 – Referências Técnicas para atuação de psicólogos(os) em programas de medidas socioeducativas em meio aberto;

2012 – Referências Técnicas para atuação das psicólogas (os) no Sistema Prisional;

2013 – Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) nos Centros de Referências Especializado de Assistências Social – CREAS;

2013 – Referências Técnicas para atuação de psicólogos(os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial;

2013 – Referências Técnicas para atuação de psicólogas (os) em programas de atenção à mulheres em situação de violência;

2013 – Como a Psicologia pode contribuir para o avanço do SUS: orientações para gestores;

2017 – Relações Raciais – Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os);

2018 – Referências Técnicas para atuação de psicólogas em políticas públicas de mobilidade humana e trânsito;

2019 – Referências Técnicas para atuação das(os) psicólogas(os) em questões relativas a terra (Edição Revisada);

2019 – Saúde do trabalhador no âmbito da Saúde Pública: Referências Técnicas para a atuação da(o) psicóloga(o) (Edição Revisada);

2019 – Referência Técnica para a atuação de psicólogas(os) na Educação Básica (Edição Revisada);

2019 – Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) em Políticas Públicas de álcool e outras drogas (Edição Revisada);

2019 – Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) na Atenção Básica à Saúde;

ISSN 078-85-80208-96-1



9 788589 208963 >



Conselho
Federal de
Psicologia

Conselhos
Regionais de
Psicologia



CREPOP

Centro de Referência Nacional em Psicologia e Políticas Públicas