

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA
PSICOPATOLOGIA FUNDAMENTAL E PSICANÁLISE

**O ABANDONO DO TRATAMENTO NOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – CAPS AD: O QUE BUSCAM
OS(AS) USUÁRIOS(AS), O QUE FAZEM AS(OS) PSICÓLOGAS(OS)?**

PAULO JOSÉ BARROSO DE AGUIAR PESSOA

RECIFE

2019

PAULO JOSÉ BARROSO DE AGUIAR PESSOA

O ABANDONO DO TRATAMENTO NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – CAPS AD: O QUE BUSCAM OS(AS) USUÁRIOS(AS),
O QUE FAZEM AS(OS) PSICÓLOGAS(OS)?

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica, curso de Mestrado da Universidade Católica de Pernambuco, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof^ª Dra. Maria Consuelo Passos

RECIFE

2019

P475a Pessoa, Paulo José Barroso de Aguiar
O abandono do tratamento nos Centros de Atenção
Psicossocial Álcool e Outras Drogas - CAPS AD : o que
buscam os(as) usuários(as), o que fazem as(os) psicólogas
(os) ? / Paulo José Barroso de Aguiar Pessoa, 2019.
87 f..

Orientadora: Maria Consuelo Passos.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Pernambuco.
Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica. Mestrado em
Psicologia Clínica. 2019.

1. CAPS AD. 2. Drogas - tratamento - abandono. 3. Psicanálise.
4. Psicologia social. 5. Drogas - abuso - aspectos psicológicos.
I. Título.

CDU 615.099

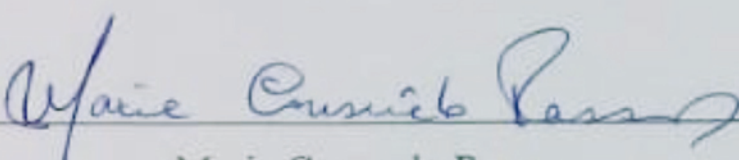
PAULO JOSÉ BARROSO DE AGUIAR PESSOA

O ABANDONO DO TRATAMENTO NOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS – CAPS AD: O QUE BUSCAM
OS(AS) USUÁRIOS(AS), O QUE FAZEM AS(OS) PSICÓLOGAS(OS)?

Dissertação apresentada ao programa de
Pós-graduação em Psicologia Clínica,
curso de Mestrado da Universidade
Católica de Pernambuco, como parte dos
requisitos para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia Clínica.

Data de aprovação: 18/09/19.

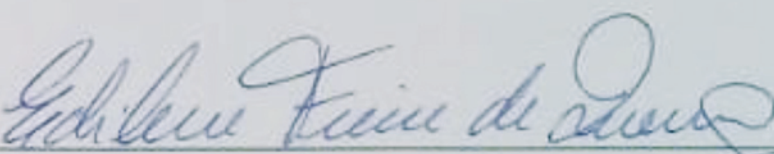

BANCA EXAMINADORA



Maria Consuelo Passos

Avaliadora Orientadora

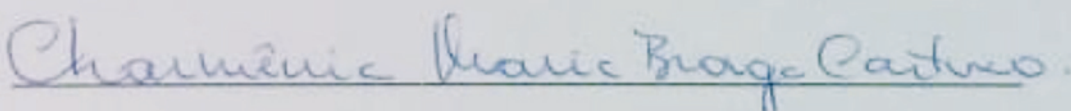
Universidade Católica de Pernambuco-UNICAP

Edilene Freire de Queiroz

Avaliadora Interna

Universidade Católica de Pernambuco-UNICAP



Charmênia Maria Braga Cartaxo

Avaliadora Externa

Universidade de Pernambuco-UPE

Este trabalho é dedicado a duas mulheres fundamentais na minha vida:
Antônia, que na ausência materna, exerceu esta função e cuidou de mim.
Lúcia, irmã querida, falecida em 2011, que me ensinou a cuidar.

AGRADECIMENTOS

A Carlos, Bernadete, Francisco e Jacinta, queridos(as) irmãos e irmãs que sempre me apoiaram e sem os/as quais nunca teria chegado até aqui.

A Vitória, minha filha, que diariamente ensina-me a difícil tarefa de ser pai.

A Daniele Rabello pelas incontáveis horas de conversa e todo o incentivo para construir o projeto e fazer a seleção do Mestrado.

A Juliana Coutinho pelos últimos ajustes no projeto e pelo dicionário de espanhol.

A Zé Roberto pelos anos de escuta e pelas intervenções valiosas que tanto contribuíram para a compreensão e ressignificação de alguns dos meus sintomas.

A minha turma do Mestrado pelas trocas de conhecimento e carinho.

As psicólogas e psicólogos, profissionais dos CAPS AD do Recife, que aceitaram participar desta pesquisa

Aos usuários e usuárias dos CAPS AD René Ribeiro e CAPS AD Luiz Cerqueira com quem aprendi muito sobre a vida.

A XVII Plenária do Conselho Federal de Psicologia pela oportunidade de vivenciar e compartilhar tantas experiências sobre a psicologia brasileira.

A minha orientadora Maria Consuelo Passos pelas considerações valorosas, carinho, compreensão e paciência.

A todas as professoras e professores do Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica da UNICAP

A Chico Júnior e Márcio Jatobá pelas inúmeras gargalhadas que brotavam das nossas farras e que aliviavam a dureza do dia a dia.

A Laurineide Godoi que abriu sua casa e me deu morada num dos momentos mais difíceis da minha vida.

A Diego, que transcreveu as entrevistas e que nunca conheci pessoalmente.

A Faculdade Frassinetti do Recife-FAFIRE, pelo incentivo à minha formação.

A todas(os) as(os) alunas(os) com quem tive o prazer de compartilhar momentos singulares em sala de aula.

A Camila Medeiros que com seus olhos verdes e seu encanto mostrou-me que amar é soma e não divisão.

RESUMO

O uso/abuso de drogas no Brasil revela-se um grande problema de saúde pública e os locais que acolhem e tratam a dependência química são os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas-CAPS AD. Um fenômeno constante nestes espaços de cuidado é o abandono do tratamento por parte dos(as) usuários(as) que buscam atendimento. O objetivo deste trabalho foi compreender a relação entre o abandono do tratamento por parte dos(as) usuários(as) e o cuidado ofertado pelas(os) psicólogas(os) no CAPS AD. Para tanto, buscamos de forma específica visualizar o lugar do CAPS AD no sistema público de saúde a partir da reforma psiquiátrica brasileira e da lógica da redução de danos; entender o fazer das(os) psicólogas(os) nos serviços e também entender o que se denomina por abandono do tratamento. Foram realizadas entrevistas com 08 (oito) profissionais psicólogas(os) que atuam nos CAPS AD do município do Recife-PE que atendem a população adulta. A partir das entrevistas semi-estruturadas realizadas e analisadas a partir do referencial da psicanálise, foi percebido, de acordo com a visão das(os) entrevistadas(os), que o abandono do tratamento é fruto da dinâmica de vida dos(as) usuários(as) e do sucateamento dos serviços que impedem a permanência dos mesmos nos CAPS AD.

Palavras-Chave: Álcool e outras Drogas. Dependência Química. CAPS AD. Abandono do tratamento. Psicanálise.

ABSTRACT

The use/abuse of drugs is a great public health problem in Brazil, and the treatment sites for drug addiction are the *Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPS AD*. A constant phenomenon in these spaces is treatment abandonment by those that seek assistance. The objective of this work was to comprehend the relation between treatment abandonment and the care offered by the psychologists on the CAPS – AD. The methodological path included understanding the specific locus of CAPS – AD in Brazilian public health system considering the psychiatric reform movement and harm reduction strategy, the work of the psychologists within the centers and the shared understanding of what is considered treatment abandonment. Semistructured interviews were conducted with eight psychologist that work in the community centers in Recife-PE, serving the adult population. The analysis, under psychoanalytic framework, concluded that, from the perspective of the psychologists interviewed, treatment abandonment is due to drug users life style and the pauperity of the community centers.

Key words: Alcohol and other drugs. Drug addiction. CAPS AD. Treatment abandonment. Psychoanalytic.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 É POSSÍVEL UM MUNDO SEM DROGAS?.....	15
2.1 Laço social e usuários(as) de drogas	20
2.2 Proibicionismo <i>versus</i> Antiproibicionismo.....	22
3 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E O CAMPO DA SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	26
3.1 Centros de atenção psicossocial para álcool e outras drogas – CAPS AD e a lógica da redução de danos.....	29
3.2 Rede de Atenção Psicossocial – RAPS	34
3.3 O que buscam os(as) usuários(as) nos CAPS AD?	37
3.4 O que fazem as(os) psicólogas(os) nos CAPS AD?	42
3.5 Abandono do tratamento	45
4 COMO FIZEMOS E O QUE BUSCAMOS COM ESTE TRABALHO.....	52
4.1 Como fizemos este trabalho.....	54
4.2 O que buscamos com este trabalho	55
4.2.1 Formação das(os) psicólogas(os)	56
4.2.2 Entendimento sobre o CAPS AD	58
4.2.3 O fazer no CAPS AD.....	60
4.2.4 Abandono do tratamento	64
4.2.5 Redução de danos	72
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
REFERÊNCIAS	80

1 INTRODUÇÃO

Construir um trabalho sobre drogas é sempre um desafio. Primeiro que, por ser um tema polêmico e já muito estudado, podemos repetir questões e talvez contribuir pouco para o debate, e depois, construir uma análise a partir de dados coletados e diante da realidade vivenciada hoje no nosso país de grandes e graves retrocessos na política de álcool e outras drogas, torna ainda mais complexa a tarefa de escrever sobre o tema.

Porém, para o primeiro desafio, acreditamos que não exista tema esgotável para a ciência, visto que sempre haverá questões a serem levantadas e estudadas em relação às drogas. Para o segundo, acreditamos que o fazer da ciência não é totalmente isento, pois quem pesquisa traz consigo uma posição diante do mundo e da realidade vivida num determinado momento histórico. Entendemos e possuímos muita nitidez que esta posição não deve intervir na análise e interpretação de dados coletadas, mas sim no olhar teórico a eles debruçado e na escrita, a partir de uma perspectiva crítica da ciência, com o objetivo de fomentar mais debates sobre a temática (HARAWAY, 1995).

Vale registrar uma observação importante na escrita deste trabalho em relação à forma de citar as(os) profissionais da psicologia. Invertemos a norma culta tradicional grifando a questão do gênero feminino quando nos referimos às(aos) profissionais da psicologia, pois no nosso país a grande maioria das pessoas que exercem esta profissão são mulheres. Assim, ao longo deste trabalho, sempre será escrita a palavra psicóloga, acrescida entre parênteses o artigo *o* que se refere ao gênero masculino.

Nosso interesse pelo estudo sobre o uso/abuso de drogas surgiu logo após o término da graduação em Psicologia, e desde a primeira atuação como profissional em atividades desenvolvidas pela Organização Não-Governamental Centro de Prevenção às Dependências - CPD, que possuía a redução de danos como base para o desenvolvimento de projetos. Portanto, este trabalho, especificamente, tem sua construção do lugar de profissional da psicologia, a partir dos diversos espaços onde trabalhamos com o tema e, principalmente, quando gerenciamos dois Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas - CAPS AD no município de Recife. Outro interesse fundamental para a realização deste estudo foi perceber como o imaginário social sobre o uso e sobre os(as) usuários(as) de drogas ainda são permeados pela estigmatização e preconceito. Além disso, este trabalho também tem a finalidade de proporcionar uma reflexão sobre o lugar do(a) usuário(a) de drogas no enlaçamento social.

A experiência de gerenciar dois CAPS AD nos proporcionou vivenciar uma série de desafios no âmbito da saúde pública brasileira. Apesar de conhecermos o Sistema Único de Saúde - SUS, fazer parte dele na qualidade de gestor de uma unidade de saúde especializada nos fez expandir o entendimento sobre a magnitude deste sistema e reforçou a necessidade de sua defesa. Além das questões administrativas, também vivenciamos aspectos relacionados ao gerenciamento de pessoas, desde funcionários(as) terceirizados(as) a servidores(as) públicos(as), e a relação com os(as) usuários(as) que buscavam atendimento no serviço, ou seja, gerenciar um CAPS AD possibilitou o contato direto com a política e com a clínica.

A partir dos efeitos desta relação política-clínica, um fato que nos chamou a atenção desde os primeiros momentos dentro dos serviços foi a constante percepção do abandono do tratamento por parte dos(as) usuários(as). A expressão “alta por abandono”, que se refere à interrupção do tratamento devido à evasão do(a) usuário(a) do serviço, lida inúmeras vezes nos prontuários, despertou o interesse para a realização deste trabalho e começamos a dialogar com a equipe técnica sobre quais os motivos de um número tão elevado. Esta inquietação levou-nos a colocar o tema do abandono do tratamento em pauta nas reuniões técnicas e a provocar uma reflexão sobre o nosso fazer no CAPS AD, apontando para discussões sobre o que buscam os(as) usuários(as), qual o fazer dos(as) profissionais e quais as possibilidades de transformação desta realidade percebida desde os primeiros dias nos serviços.

Após a saída da gerência dos serviços, e com um pouco mais de tempo, resolvemos construir um projeto de pesquisa para abordar o tema e submetê-lo a um processo de seleção de mestrado a fim de viabilizar sua discussão dentro do espaço acadêmico e assim construir uma ponte entre uma inquietação vivenciada no serviço e a academia – que proporciona a condição de discutirmos à luz de teorias e autores diversos – ou seja, buscamos discutir o abandono do tratamento e o cuidado ofertado pelos CAPS AD.

Assim, construímos este trabalho com o objetivo de compreender a relação entre o abandono do tratamento por parte dos(as) usuários(as) e o cuidado ofertado pelas(os) psicólogas(os) no CAPS AD. Para tanto, buscamos de forma específica visualizar o lugar do CAPS AD no sistema público de saúde a partir da reforma psiquiátrica brasileira e da lógica da redução de danos; entender o fazer das(os) psicólogas(os) nos serviços e também entender o que se denomina por abandono do tratamento.

Sendo assim, compreender o abandono do tratamento por parte dos(as) usuários(as) a partir da relação com o cuidado desenvolvido nos CAPS AD pelas(os) psicólogas(os) torna-se relevante primeiro por termos poucos estudos sobre este tema; depois por proporcionar um

olhar crítico sobre o fazer da psicologia dentro de um serviço público que se propõe cuidar de usuários(as) de drogas e por fim, por debruçar-se sobre o fenômeno do abandono do tratamento nestes espaços possibilitando portanto construir reflexões sobre este fato e apontar possibilidades de outras intervenções que venham proporcionar uma maior vinculação entre usuários(as), serviços e profissionais.

Ao longo deste trabalho decidimos apresentar algumas perguntas – mais do que afirmações –, de modo que nas suas considerações finais foram apresentadas ainda mais perguntas. Optamos por este formato pois acreditamos que as perguntas nos levam a inquietações e provocam reflexões ao mesmo tempo em que insistimos na construção de respostas singulares a partir da vivência de cada realidade em relação ao problema do uso/abuso de drogas. Não pretendemos com este trabalho apresentar soluções sobre o abandono do tratamento, pelo contrário, pretendemos jogar luz numa questão cotidiana nos serviços e apontar a necessidade de reflexões a partir do funcionamento de cada CAPS AD, pois ficou muito nítido, a partir da metodologia utilizada para realização desta pesquisa, que os CAPS AD, dentro de um mesmo município, possuem funcionamentos distintos.

Desde modo, podemos refletir: isto é um problema? Podemos pensar por dois vieses sobre este questionamento: é um problema sim, pois não há sequer um entendimento mínimo sobre o funcionamento de serviços num mesmo território; e, não é um problema, pois os serviços, a partir das suas construções, são pensados para uma atuação dentro de territórios de acordo com as especificidades de cada local. Pensamos, por incrível que pareça, que ambas proposições estão corretas. Porém, não podemos deixar de afirmar que alguns destes princípios os serviços devem seguir independente da sua posição no território: acolhimento, clínica ampliada, território, projeto terapêutico singular - PTS, princípios e diretrizes do SUS e redução de danos são ferramentas, tecnologias e conceitos indispensáveis – serão explicados no decorrer deste trabalho – para o funcionamento dos serviços e sem elas sendo vivenciadas no dia a dia dos serviços nos distanciamos da proposta do CAPS AD.

Assim, acreditamos que para uma atuação profissional que se coadune com este modelo proposto pelos CAPS AD, a(o) profissional de psicologia deve minimamente conhecer e se apropriar deste modelo, pautando sua atuação, independente da abordagem teórica, na forma de funcionar destes serviços e dos princípios que os regem.

Para tentar alcançar o objetivo desta pesquisa, como afirmado anteriormente, iniciamos nosso trabalho com uma pergunta: É possível um mundo sem drogas? Neste primeiro capítulo buscamos, com a ajuda de Bucher (1988) e Araújo (2012), discorrer sobre o lugar das drogas

no mundo e passeamos um pouco pela história e pelos diversos modos e finalidades de uso. Também buscamos em Carneiro (2008) apresentar uma discussão sobre autonomia e heteronomia em relação ao uso de drogas, questão relevante que aponta para o controle de corpos e subjetividades. Apontamos também duas outras questões neste capítulo: o laço social construído a partir de um modelo socioeconômico capitalista e neoliberal, que produz sujeitos subalternos, e na nossa realidade, a qual é marcada pela escravidão, dados revelam que a população negra é quem mais sofre os efeitos de uma política de drogas racista e proibicionista; o outro ponto discutido neste capítulo foi justamente sobre o proibicionismo *versus* antiproibicionismo, revelando os efeitos nocivos de um modelo fracassado de “guerra às drogas” que só tem contribuído para encarcerar e matar a população jovem, negra e periférica do nosso país. Além disso, no que diz respeito ao tratamento, o proibicionismo se coaduna com abstinência e internação, modelo que se fortalece no momento atual que estamos vivendo no Brasil desde as mudanças na lei de drogas implantadas a partir de junho de 2019.

No capítulo 2 discorremos sobre a construção da política pública de saúde, ou seja, fizemos uma breve explanação sobre o Sistema Único de Saúde-SUS e a política de saúde mental, apontando o processo da reforma psiquiátrica brasileira utilizando Amarante (1995). Explicamos a concepção dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, a formatação dos Centros de Atenção Psicossocial-CAPS a partir dos conceitos fundamentais apresentados por Rodrigues e Brognoli (2014), Cunha (2010), Oliveira (2010) e Monken *et al.* (2008), quais sejam, acolhimento, clínica ampliada, projeto terapêutico singular e território. A partir disto, apresentamos a construção da política para usuários(as) de álcool e outras drogas de acordo com o que nos diz um conjunto de legislações específicas (BRASIL, 2003, 2004).

Também buscamos apresentar o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras drogas-CAPS AD e a lógica da redução de danos a partir de Reghelin (2002) e Ribeiro (2013) e a inserção deste equipamento na Rede de Atenção Psicossocial-RAPS.

Ainda no capítulo 2 fizemos duas perguntas fundamentais para alcançarmos os objetivos desta pesquisa: O que buscam os(as) usuários(as) nos CAPS AD, e o que fazem as(os) psicólogas(os) nestes serviços? Em relação ao que buscam os(as) usuários(as) nos serviços, fizemos uma discussão sobre a questão do uso de drogas e a psicanálise utilizando Freud (1969, 1974, 1979), Conte (2003) e Gurfinkel (1995). Também Almeida (2010) e Rinaldi (2005) ajudaram-nos a compreender a questão da psicanálise e o uso de drogas. Por fim falamos do abandono do tratamento, tentando já articular estes três temas neste capítulo. Buscamos em

Gastaud e Nunes (2010) e em Endo (2017) possibilidades de compreensão do abandono do tratamento, serviço de saúde e profissional. Utilizamos aqui o conceito de transferência para discutirmos esta triangulação entre usuários(as), serviços e profissionais a partir do próprio Freud (1969) e Elia (2004).

O capítulo 3 dedicamos ao percurso metodológico, como fizemos e o que buscamos com esta pesquisa. Realizamos entrevistas semiestruturadas com 08 (oito) profissionais da psicologia que atuam em 5 (cinco) CAPS AD no município do Recife, ou seja, nossa amostra abarcou todos os serviços que atendem a população adulta de ambos os sexos da cidade do Recife, de modo que as entrevistas apresentaram três eixos: Formação, Compreensão e Atuação. A partir destes eixos foram feitas perguntas com o intuito de obter informações necessárias para a construção do trabalho articulando com os objetivos do mesmo.

Neste mesmo capítulo, apresentamos as entrevistas realizadas e construímos inferências a partir da análise das mesmas, categorizando a análise para facilitar a interpretação, buscamos elencar 5 (cinco) categorias a partir das próprias entrevistas e das respostas das(os) entrevistadas(os): formação das(os) psicólogas(os); entendimento sobre o CAPS AD; o fazer no CAPS AD; abandono do tratamento e redução de danos.

Por fim, nas Considerações Finais, iniciamos fazendo uma contextualização sobre o momento em que foi realizado este trabalho, todas as angústias, dúvidas e questionamentos sobre o momento vivido no país desde 2017, ano em que iniciamos o curso de Mestrado, todos os retrocessos em relação à política de álcool e outras drogas, que se apresentam atualmente priorizando a dupla abstinência-internação, aproximando-se da lógica manicomial através das Comunidades Terapêuticas, e retirando a redução de danos da política pública de álcool e outras drogas.

Posteriormente, apresentamos a discussão sobre o que alcançamos com os dados obtidos nas entrevistas e os objetivos da pesquisa. A necessidade de uma formação em psicologia que possa garantir um entendimento sobre a temática drogas e os modelos de cuidado, priorizando os que enfatizem o respeito a singularidade dos sujeitos e afastando-se dos que violam Direitos Humanos, uma formação pautada na implicação da(o) futura(o) profissional com a escuta e a construção de vínculos. Apresentamos também, a partir dos dados, uma discussão sobre o fazer dos profissionais de psicologia no CAPS AD; e, por fim, discorreremos sobre o abandono do tratamento, apontado três questões visualizadas a partir das entrevistas: o fato do abandono ocorrer por questões relativas aos usuários(as); como se dá a dinâmica de vida e “doença” destes; o abandono enquanto fruto da pouca efetividade dos serviços; e o sucateamento e a

vinculação dos(as) profissionais com usuários(as) e como os serviços são frágeis e contribuem para o abandono do tratamento.

Como iniciamos este trabalho, e ao longo dele fizemos algumas perguntas, também o finalizamos com outras perguntas: a partir da “nova” política de drogas sendo implantada no Brasil a partir de 2017, haverá espaço para a Redução de Danos? Os CAPS AD vão resistir ao desmonte e ao sucateamento que estão vivenciando?

Por fim, apontamos uma preocupação em relação a prática da psicanálise, pois a partir do momento que os CAPS AD se tornam dispensáveis a partir da “nova” política, a psicanálise perde um grande campo de atuação e o contato com a realidade fora dos consultórios privados. A Psicanálise pode deixar de incidir num campo importante de prática e assim pode também deixar de produzir um discurso sobre este campo de atuação, a partir deste local específico: os CAPS AD.

2 É POSSÍVEL UM MUNDO SEM DROGAS?

O uso de substâncias que alteram o funcionamento do sistema nervoso central, alterando várias funções psíquicas, acompanham a história da humanidade e fazem parte do nosso dia a dia (BUCHER, 1988). Estas substâncias, conhecidas como psicoativas ou psicotrópicas, que popularmente chamamos de drogas, vêm sendo utilizadas pelo ser humano para as mais diversas finalidades.

Desde o Paleolítico Superior, há cerca de 40 mil anos, nossos ancestrais vêm fazendo uso de drogas (ARAÚJO, 2012). O ser humano ainda era nômade e já tinha contato com plantas encontradas na natureza, que quando consumidas, alteravam sua consciência e seu comportamento. Assim, quando surgiram as primeiras civilizações, o uso dessas plantas já era de conhecimento da humanidade, que além de usá-las, começava também a produzi-las. Bebidas extraídas de frutos fermentados; papoulas cultivadas para a obtenção de bebidas à base de ópio; e *Cannabis Sativa* utilizada para vários propósitos, são alguns dos usos que nossos ancestrais fizeram destas substâncias (ARAÚJO, 2012).

Com o passar do tempo e o processo civilizatório se consolidando, o uso de substâncias foi se diversificando e encontramos as mais diversas finalidades para o uso de drogas. Nas cerimônias e rituais religiosos, na utilização com o objetivo de curar os mais diversos males, e no uso com a finalidade de obtenção de prazer, encontramos as três formas de uso mais comuns ao longo da história da humanidade, ou seja, as drogas fizeram, fazem e vão fazer parte da vida humana e não é possível um mundo sem drogas.

No campo religioso, tem-se, de acordo com estudos e pesquisas realizadas por arqueólogos e antropólogos (ARAÚJO, 2012), a confirmação da utilização de substâncias em rituais e cultos com o objetivo de entrar em contato com divindades a partir de alterações das funções psíquicas. Podemos considerar que este foi o primeiro tipo de uso de substâncias, classificadas como enteógenas, ou seja, substâncias que proporcionavam uma aproximação com os deuses.

As principais religiões, desde antes da era cristã, utilizavam drogas nos seus rituais. O uso de bebidas fermentadas está presente no Zoroastrismo, no Hinduísmo, no Cristianismo, dentre outras. No Brasil, especificamente, temos a utilização de uma bebida feita a partir de vegetais consumida nos rituais da União do Vegetal e pela seita do Santo Daime.

A utilização da *Cannabis Sativa* pelos Rastafáris aponta para um uso que ajuda a afastar espíritos indesejados. Faz parte da cultura religiosa de um país, Jamaica, e está presente no

conjunto de crenças e costumes de um povo. Assim, diversas substâncias foram e são utilizadas com finalidades religiosas, desde tempos remotos até os dias atuais. Importante destacar que este uso apresenta uma característica importante, ou seja, estes são usos pontuais, realizados por pessoas específicas destas comunidades religiosas, seguindo os rituais e dogmas, com um objetivo nítido de transcendência e ligação com os deuses e entidades de cada religião.

Outra possibilidade de uso de substâncias se faz com fins terapêuticos, isto é, com a finalidade de “curar” os seres humanos das mais diversas enfermidades. Também é uma prática bastante antiga e, em alguns momentos, confunde-se com o uso religioso.

A Psicofarmacologia é um ramo da ciência que vai se interessar pelos efeitos dos fármacos no sistema nervoso central e compreender a dinâmica destes medicamentos no apaziguamento do sofrimento causado pelos transtornos mentais. Este ramo da ciência divide-se em três fases ao longo da história, quais sejam: fase mística, pré-científica e científica (ALMEIDA, 2006).

Na fase mística, a utilização de substâncias encontradas na natureza para “curar” os mais diversos males, aproxima-se do uso religioso, pois devido à falta de conhecimento da origem das doenças, acreditava-se que estes males teriam uma relação com as questões espirituais. Estas substâncias eram “receitadas” pelos xamãs ou autoridades espirituais que acumulavam estas duas funções: líder espiritual e curandeiro. Neste período, foram encontradas diversas plantas, raízes e frutos com diversos “poderes” de cura, e foram sendo utilizadas como medicamentos para diversos males que acometiam os povos primitivos.

A partir do século XVII e XVIII, com a introdução do pensamento cartesiano e a consolidação do método científico, a Psicofarmacologia propôs as primeiras tentativas de classificar e sistematizar o uso de substâncias, associando, a partir de uma observação cuidadosa, os males sentidos pelos humanos e os efeitos das substâncias que eram ingeridas. Ou seja, a partir da observação cuidadosa dos efeitos das substâncias, houve uma seleção para utilização delas para os mais diversos tipos de doenças que acometiam os humanos. Então, é a partir desta fase que se consegue classificar os efeitos de várias substâncias: o ópio é um forte analgésico, a cocaína é um estimulante bastante potente, e o haxixe pode ser utilizado contra diversos tipos de dores, por exemplo. E assim, começa-se a construir uma relação entre os efeitos das substâncias nos organismos e as alterações do sistema nervoso central, identificando as possibilidades de utilização de substâncias psicotrópicas para a diminuição do sofrimento causado pelos transtornos mentais. Este período estende-se por muito tempo e só a partir da primeira metade do século XX, entramos na fase científica da Psicofarmacologia.

A utilização de medicamentos construídos sinteticamente, a partir do conhecimento acumulado sobre o sistema nervoso central e as substâncias encontradas na natureza, causam uma revolução no mundo a partir da década de 1940. Este período consolida-se como marco inicial da Psicofarmacologia como ciência e produz uma revolução no tratamento do sofrimento psíquico (ALMEIDA, 2006).

A construção de substâncias psicotrópicas em laboratório, juntamente com a incessante busca pela origem das doenças do sistema nervoso central, proporciona uma revolução neste campo. Além disso, o saber médico, através da psiquiatria, consolida-se como saber especializado para tratar, cuidar e construir narrativas sobre as doenças mentais e os tratamentos possíveis destas. Enfatizando o papel fundamental dos neurotransmissores na origem das doenças mentais, em 1952, na França, sintetiza-se a Clorpromazina, substância que revoluciona o tratamento da esquizofrenia. Assim, este fato consolida uma relação e torna-se base para a prática clínica da psiquiatria: a observação dos sintomas, a classificação destes sintomas dentro de um quadro clínico específico e a prescrição de um medicamento adequado (ALMEIDA, 2006).

Entretanto, o uso terapêutico de substâncias psicotrópicas converte-se de solução – dos males causados pelas doenças mentais – para um grave problema de saúde pública, pois o consumo destas substâncias atingiu números alarmantes e tem se mostrado pouco eficiente nos cuidados de pessoas com transtornos mentais; além de causar dependência química em um grande número de usuários e usuárias destas substâncias (WHITAKER, 2017).

A excessiva medicalização a partir da patologização de determinados comportamentos e condições da própria vida humana, se tornou um grande problema a partir da segunda metade do século XX. A existência humana apresenta diversas condições de vivenciar experiências que podem causar certo sofrimento, visto que sofrer faz parte da vida, porém a promessa dos psicofármacos é a de uma vida sem sofrimento e de que diante de qualquer problema, ou dificuldade que possamos nos deparar durante nossa existência, caso insuportável, temos a disposição um verdadeiro arsenal de substâncias para evitar qualquer sofrimento (CECCARELLI, 2010).

A terceira forma de uso de substâncias psicotrópicas e a que mais nos interessa neste trabalho, trata da condição e construção do sujeito e da sua subjetividade. O uso de substâncias para alterar funções psíquicas, como a consciência, de forma deliberada é um fenômeno estritamente humano. O uso de drogas para obtenção de prazer a partir das alterações psíquicas

que este uso causa, se tornou um elemento chave para a compreensão da condição humana a partir do século XX.

Como percebemos até aqui, o uso de drogas ou substâncias psicoativas ou psicotrópicas faz-se presente de diversas formas e finalidades ao longo da história da humanidade. O uso recreativo ou uso social de drogas tornou-se uma prática recorrente no processo de socialização humana. Ingerir bebida, inalar fumaça, cheirar líquidos ou pó, injetar substâncias com ajuda de dispositivos é uma prática comum até os dias atuais (ARAÚJO, 2012). Deste uso surgem diversos desdobramentos que vão desde a condição de uma maior capacidade dos seres humanos de socializarem, a problemas causados pelo uso abusivo que pode levar à dependência química.

Além disso, apresenta-se uma questão importante para efeitos de problematização sobre a condição de sujeitos usuários de drogas: autonomia *versus* heteronomia. Segundo Carneiro (2008), há uma linha muito tênue entre o que seria autonomia e heteronomia na questão do uso de drogas, cabendo a cada cultura entender as diversas condições de tomada de decisões das pessoas.

Por um lado, incentiva-se uma maior autonomia possível dos sujeitos e que suas decisões possam ser tomadas utilizando critérios racionais que não venham causar danos à sociedade e aos outros na tentativa de firmar um laço social harmonioso. Por outro lado, na heteronomia, entregamos nossos corpos e subjetividades a determinados saberes, no caso específico da saúde, à medicina, para que este saber possa determinar o que podemos e o que não podemos fazer. No tocante ao uso de drogas, Carneiro (2008, p. 65) nos diz que:

o uso de drogas pode ser feito segundo critérios autônomos, do próprio usuário, ou heteronômicos, ou seja, de outros, em geral, as autoridades médicas. A dieta psicoquímica, diferentemente da alimentar, não é integralmente auto-prescritiva na sociedade contemporânea.

Ainda na esteira da discussão autonomia *versus* heteronomia, Freud (1974) nos revela que o uso de drogas possibilita ao sujeito a condição de afastar-se das preocupações diárias e de certa pressão da realidade, fazendo com que a relação entre o sujeito e a droga possa tomar um caminho preocupante, pois, na tentativa de aliviar a dor da existência, o uso pode ser perigoso e causar diversos danos. Assim, o médico vienense aponta que:

o serviço prestado pelos veículos intoxicantes na luta pela felicidade e no afastamento da desgraça é tão altamente apreciado como um benefício, que tanto indivíduos quanto povos lhes concederam um lugar permanente na economia de sua libido (FREUD, 1974, p. 97).

Utilizamos da nossa autonomia para fazermos usos de drogas e aliviar o difícil trato no dia a dia das nossas vidas, ou estaremos disponibilizando nossos corpos e subjetividades para que outros venham dizer sobre qual, quando e onde usar drogas. Desse modo, administrar essa questão tornou-se uma das mais relevantes tarefas em relação ao estudo sobre o uso/abuso de drogas.

Porém, o que intriga desde sempre o estudo sobre o uso de drogas e da dependência química é o fato de muitas pessoas usarem drogas e não desenvolverem uma dependência, enquanto outras usam e têm vários problemas. Para ajudar a compreender este fenômeno tomamos o que Nery Filho (2012) nos questiona: Por que usamos drogas? O próprio autor ajuda-nos a responder esta questão: porque somos humanos. Aponta ainda, com base em Olivenstein (NERY FILHO, 2019) a necessidade de compreensão do uso de drogas a partir da relação entre três elementos: o próprio sujeito; sua condição social e existencial e a substância que faz uso. E aqui, mais uma vez, entramos na questão autonomia *versus* heteronomia, pois buscamos cada vez mais sermos autônomos, para nossas escolhas serem respeitadas, de modo que possamos desfrutar das mesmas. Porém, no que diz respeito ao uso de drogas, esta autonomia torna-se relativa e vários agentes buscam limitá-la com a justificativa de ser para o bem do próprio sujeito e da sociedade.

Assim, a conjunção dos três elementos citados acima por Nery Filho (2019) e corroborada por Conte (2003), quais sejam, o sujeito, sua condição sócio-existencial e a substância, podem proporcionar diversas inferências sobre o fenômeno do uso de drogas; a mais comum seria a reprodução de estigmas e preconceitos, reforçando a ideia de que determinados sujeitos estariam mais propensos a desenvolverem sérios problemas com o uso de drogas devido a determinadas condições sócio-existenciais.

Outra questão que acreditamos importante diz respeito a legalidade ou ilegalidade da substância utilizada pelos(as) usuários(as). Neste momento histórico em que produzimos este trabalho, assistimos no Brasil um retorno às práticas manicomiais e um persistente entendimento sobre o uso/abuso de drogas que apontam para intervenções do poder público pautadas pelo binômio abstinência/internação – entendimento este que revela uma total heteronomia dos sujeitos e o conseqüente aprisionamento de corpos e subjetividades. Sendo assim, os sujeitos que fazem uso de drogas lícitas devem ser tratados como doentes e encaminhados para instituições fechadas, enquanto os sujeitos que fazem uso de drogas ilícitas devem ser tratados como criminosos e devem ser encaminhados para instituições fechadas.

Neste trabalho buscamos construir uma análise a partir desta complexa relação, apontando importantes aspectos que possam contribuir para entendermos a relação entre uso, tratamento, atuação do profissional de psicologia nos CAPS AD e abandono do tratamento por parte dos(as) usuários(as)

2.1 Laço social e usuários(as) de drogas

A sociedade ocidental, a partir da revolução industrial, define como sistema sócio-econômico o capitalismo de produção que revela a oposição entre dois pólos, as máquinas que produzem em série e seus donos, e os(as) trabalhadores(as), que trocam sua força de trabalho na operação das máquinas por dinheiro, deixando lucro para os donos das máquinas a partir do esforço do seu trabalho, ou seja, nosso enlaçamento social se dá a partir desta lógica. Para este sistema funcionar é necessário a adesão, por parte dos(as) trabalhadores(as), a duas ideias básicas: que com o seu trabalho, um dia poderão ser donos do capital, levando os(as) trabalhadores(as) a disponibilizar mais e mais tempo das suas vidas para o trabalho; e a ideia de que este mesmo sujeito sempre terá necessidades de consumir os bens produzidos pelas máquinas, ou seja, a troca do seu trabalho por dinheiro e do seu dinheiro por bens produzidos e apontados como necessários, e que nem sempre o são, para a vida das pessoas.

Essa rotina de ilusão e alienação provocada pelo capitalismo de produção gera a constituição de sujeitos e subjetividades de certa forma escravizados pela lógica do consumo, ou seja, sujeitos cada vez mais heteronômicos. Um grande contingente de pessoas não consegue entrar neste circuito e sofre por isso. O capitalismo tem a capacidade de transformar qualquer objeto em “objeto de desejo”, uma “fetichização” de determinados bens que indicam a capacidade dos sujeitos em transitar por diversos territórios objetivos e simbólicos do dia a dia das cidades e só serem reconhecidos através do consumo destes bens.

Além disso, vai se constituindo uma massa de pessoas dispostas a entregar sua força de trabalho em troca de dinheiro e submetendo-se as mais precárias condições de trabalho, e também vai se formando um contingente de pessoas que não conseguem ingressar no mercado de trabalho e ficam à disposição do capital para, a qualquer momento, preencher vagas e fazer girar a lógica capitalista.

No Brasil, junto a esse processo, temos uma particularidade que marca a constituição da nossa sociedade, quase 400 anos de escravidão, produzindo sujeitos e subjetividades subalternas e categorizando cidadãos (LOBO, 2008). A escravidão é um flagelo que nos

acompanha e, de forma persistente, produz feridas até hoje não cicatrizadas. A maior destas feridas é o racismo, que de forma estrutural, marca também nosso enlaçamento social.

Tanto Souza (2017) quanto Mbembe (2018) trabalham as relações de poder como central para entendermos as sociedades. O regime escravocrata vivenciado pela sociedade brasileira explicita de forma muito nítida a complexidade da questão do poder. Primeiro, forma uma ideia de que existem sujeitos “melhores” que outros. Depois, apresenta outra ideia de que determinados tipos de trabalho devem ser somente executados por determinados tipos de pessoas. Por fim, deixa um rastro de sequelas na construção do nosso laço social que perpetua a discriminação e a violência, materializada pelas diversas formas de racismo. Assim, foi-se sendo naturalizado e reproduzido uma série de práticas e consolidando-se a ideia presente que determinados corpos e subjetividades afastavam-se do que se entende por humano.

Importante frisar que estas ideias foram corroboradas pelos mais diversos tipos de saberes e contribuíram para a reprodução de práticas violentas que se perpetuam até hoje. Tanto a ciência, nos seus mais diversos ramos, quanto a religião cristã predominante no Brasil, construíram, ao longo do tempo, justificativas para a naturalização de relações de poder nas quais havia a subjugação de sujeitos negros por sujeitos brancos (SOUZA, 2017).

Os efeitos de tanto tempo de escravidão são desastrosos para a formação do nosso laço social. Os negros e negras hoje fazem parte de estatísticas que colocam o Brasil longe de ser um país igualitário em relação à cor da pele da sua população. Dados do IBGE (2017) revelam que a população negra tem os menores salários, sofre mais com o desemprego, não acessa o ensino superior e tem o maior número de analfabetos(as). Além disso, 64% dos quase 800.000 presos, hoje no Brasil, são negros e estão na faixa etária dos 18 aos 29 anos (BRASIL, 2017a). Não obstante, a população negra compõe a grande maioria dos pobres, em condições de extrema precariedade e com pouco acesso às políticas públicas.

A pobreza extrema, a pouca viabilidade em construir e pôr em prática projetos de vida que possam efetivar mudanças nas condições dos sujeitos, e a presença constante de dificuldades de sobrevivência de toda ordem, poderiam facilmente justificar o entendimento tido de que esta população teria mais problemas com o uso/abuso de drogas. Porém, seria uma análise muito frágil e correríamos o risco de reforçar estigmas e estereótipos já tão constantemente (re)afirmados. Entendemos que a partir da relação entre a substância, o contexto do uso e a condição sócio-existencial do sujeito (NERY FILHO, 2019; CONTE, 2003), a pobreza caracteriza-se como um importante fator que pode facilitar muito o desenvolvimento de problemas decorrentes do uso de drogas, pois a pobreza, sendo uma consequência do

capitalismo, configura-se como uma categoria social. Para Hart (2014), muito mais importante é analisar as condições de vida das populações e suas vulnerabilidades sociais e econômicas do que desenvolver políticas de combate ao tráfico de drogas ou medidas repressivas em relação ao seu uso.

Diante destas questões, juntamente com as transformações da sociedade e com a reafirmação de um modo capitalista de produção, as substâncias psicoativas, ou popularmente as drogas, passam a ganhar o status de mercadoria e começam a fazer parte de um intrincado sistema que envolve produção, distribuição e consumo, pautado pela lógica da oferta e da procura, posicionando-as em dois polos: lícitas e ilícitas. Esta classificação, com uma base médico-jurídica, considera os potenciais danos sociais e à saúde dos (as) usuários (as) causados pelo uso (ARAÚJO, 2012). Já Carneiro (2019) nos oferece uma distinção entre três modalidades de trânsito das substâncias, quais sejam, ilícitas, lícitas medicinais e lícitas recreativas, estigmatizando principalmente os(as) usuários(as) das drogas ilícitas, intrincando ainda mais a complexa relação entre autonomia e heteronomia, relações de poder e enlaçamento social.

2.2 Proibicionismo *versus* Antiproibicionismo

A ideia de se proibir o comércio e o consumo de determinadas substâncias tem início no século XIX e avança pelo século XX. Partindo de iniciativas isoladas de países, até a construção de regulações e critérios para controle – sistematizadas pela Organização da Nações Unidas-ONU a partir da década de 1960 –, a lógica proibicionista é a forma encontrada pela grande maioria dos países do mundo para lidar com a questão das drogas. Regida por uma base moral, a lógica proibicionista determina a construção de marcos regulatórios pelos Estados com o intuito de proibir a comercialização e o consumo de algumas substâncias (RODRIGUES, 2008).

A partir das Guerras do Ópio entre a Inglaterra e a China no século XIX, em que a disputa por dois produtos, chá e ópio, provocaram o fechamento de portos chineses e prejuízos financeiros enormes para as nações ocidentais, levaram a um dos primeiros encontros transnacionais para discutir formas de limitar o comércio de ópio (ARAÚJO, 2012; RODRIGUES, 2008). Porém, a iniciativa mais conhecida em efetivar o modelo proibicionista acontece nos Estados Unidos e parte de grupos organizados ligados a igrejas cristãs que exigem do Estado ações contra o uso de álcool, uma vez que este configurava-se como uma imoralidade

e ameaçava a formação de homens e mulheres na sociedade americana. Como exemplo, podemos citar a Liga Anti-Saloon, que foi uma das organizações mais conhecidas da época, fundada em 1893, e pregava o fechamento de bares pois estes espaços concentravam uma série de desvios nocivos à sociedade (RODRIGUES, 2008).

A partir das ações contínuas de diversos grupos organizados, como a Liga Anti-Saloon, os Estados Unidos criam o primeiro conjunto de leis proibicionistas conhecido como *Volstead Act*, ou simplesmente como Lei Seca, em 1919. Segundo Rodrigues (2008, p. 94):

a meta da Lei Seca era sufocar práticas e eliminar uma droga como se ela jamais houvesse existido e sido consumida e desejada. O resultado imediato dessa proibição é bastante conhecido e comentado: o efeito automático da Lei Seca não foi a suspensão do álcool e dos hábitos a ele associados, mas a criação de um mercado ilícito de negociantes dispostos a oferecê-lo a uma clientela que permanecia inalterada.

Ou seja, o impedimento da comercialização e consumo de uma determinada substância não garante sua erradicação de uma sociedade. O uso de drogas, como já dissemos, faz parte e acompanha a história do ser humano. Portanto, tentar reduzir os problemas e questões envolvidas com as drogas somente a partir da proibição é um equívoco que se repete até hoje na maioria dos países.

Além disso, a lógica proibicionista gera dois grandes e sérios problemas. Primeiro, concentrando-se na oferta de drogas, tenta-se controlar o acesso das pessoas às substâncias, porém isso não consegue impedir o controle da demanda, ou seja, as pessoas continuam querendo usar drogas. Com isso, incentiva-se a construção de um mercado paralelo, sem qualquer regulação e controle, a mercê de grupos geralmente associados a práticas violentas e criminosas. Assim, podemos afirmar que a lógica proibicionista cria o narcotráfico (RODRIGUES, 2008). O segundo grande problema, e tão relevante quanto o anterior, criado pela lógica proibicionista, é a associação de determinadas populações ao uso de drogas proibidas. A criminalização do uso associado a grupos populacionais específicos contribuiu para a afirmação de que o uso de drogas por estas pessoas deveria ser punido com rigor, pois estes grupos poderiam pôr em risco a segurança e ameaçava o bom funcionamento da sociedade, ou seja, o uso de drogas por estas populações é um “caso” de polícia.

Pobres, estrangeiros(as), presidiários(as), negros e negras, desempregados(as), profissionais do sexo, loucos(as), e uma gama de pessoas vulneráveis e que estão fora, devido as suas vivências e práticas, diante do que se espera enquanto possibilidades de contribuir para construção de uma sociedade pautada pela moral e pelos bons costumes, são o alvo direto da lógica proibicionista. Esses grupos populacionais, em qualquer sociedade, sofrem os efeitos

nocivos desta lógica e carregam sobre suas condições de vida a construção de uma ideia que reforça ações punitivas e coercitivas e práticas autoritárias por parte dos Estados através do que se convencionou denominar “guerra às drogas”, além disso, gera o que Mbembe (2018) nos aponta como necropolítica, corpos e subjetividades “matáveis”, provocando no laço social o entendimento de que determinados corpos valem mais que outros.

O modelo proibicionista e seus efeitos, a partir da ideia de que enfrentamos uma guerra, gera a ideia de um inimigo a ser combatido (D’ELIA FILHO, 2015). Ideia esta que vivenciamos no dia a dia das grandes cidades em ações de combate ao tráfico que nada mais são do que populações vulneráveis combatendo populações vulneráveis, sem efetivamente alcançar o cerne da questão. É necessário uma política de drogas que de fato se afaste da lógica proibicionista e de guerra às drogas, e se aproxime de uma legislação que possa contribuir para a (re)construção de uma outra lógica que possa compreender que determinadas populações vêm historicamente sofrendo o peso das ações punitivas do Estado, sem efetivamente mudar nada em relação à questão das drogas no que diz respeito ao uso e comércio. Na verdade, o que se tem percebido é o aumento de mortes e encarceramento de determinadas populações devido a esta lógica e mesmo assim continuamos, enquanto sociedade, sem enfrentar diretamente o proibicionismo e a guerra às drogas.

Para efeito deste trabalho, levantar todas estas questões tem a finalidade de problematizar e analisar como se dá o encontro dos(as) usuários(as) de drogas e das(os) profissionais de psicologia no espaço de cuidado oferecido para tratar a dependência química através da Política Pública de Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas-CAPS AD e quais as relevantes questões que se apresentam nesta relação que possam influenciar no abandono do tratamento por parte dos(as) usuários(as).

Numa sociedade altamente hierarquizada como a nossa, quando estas diversas populações estigmatizadas pela lógica proibicionista apresentam problemas com drogas e desenvolvem dependência química, variadas possibilidades de assistência se apresentam, buscando compreender como a relação entre modelo sócio-econômico, sujeitos categorizados e uso/abuso de drogas possuem um efeito direto no cuidado ofertado para estes sujeitos. Ao longo da história, diversos saberes e práticas buscaram compreender e tratar a dependência química. Caminhamos do modelo biomédico, que enfatiza aspectos orgânicos e a toxicidade das substâncias concebendo o sujeito como doente, passando pelos modelos religiosos em que a falta de Deus aproxima o sujeito das drogas tornando-o um pecador, até o modelo da Redução de Danos que compreende certa admissibilidade do uso de substâncias e propõe ações para

reduzir os impactos negativos do uso, a partir da realidade de cada sujeito (ALARCON; JORGE, 2012). As práticas e os locais de tratamento variam entre instituições fechadas e extremamente normativas, ao cuidado no território com base num trabalho em rede.

Entendemos que diante do cenário específico do cuidado às pessoas que fazem um uso abusivo de drogas, a partir das particularidades da realidade brasileira e do modelo proibicionista, é fundamental oferecer serviços de saúde que possam compreender toda essa conjunção de fatores que marcam e determinam a posição de sujeitos que, além de desenvolverem uma dependência química, são sujeitos pauperizados, subjugados e estigmatizados diante da sociedade.

Aprofundaremos agora o entendimento sobre a constituição destes serviços, fazendo um breve percurso histórico sobre sua idealização e implementação no Brasil, a lógica de cuidado, os desafios apresentados e as transformações ocorridas na política pública de cuidado aos(as) usuários(as) de drogas nos últimos três anos.

Além disso, um tensionamento sempre presente neste trabalho é qual o laço possível que os profissionais de psicologia podem construir com sujeitos marcados pela pobreza e pela estigmatização, que desenvolvem uma dependência química, procuram um CAPS AD para cuidar do seu sofrimento e abandonam o tratamento.

3 POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE E O CAMPO DA SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

A Política Pública de Saúde do Brasil tem como sua expressão máxima o Sistema Único de Saúde – SUS. Estruturado a partir de princípios e diretrizes que buscam garantir e efetivar direitos, o SUS concretiza o que entendemos por Políticas Públicas, ou seja, uma demanda nascida no seio da sociedade e a implementação de ações pelo Estado (GONÇALVES, 2010). Desde sua ideia inicial, com a participação efetiva da população através de encontros, reuniões e conferências, até o seu marco legal, a Constituição de 1988 e as Leis n.ºs. 8.080/90 e 8.142/90, o SUS vem implantando ações e criando serviços e tecnologias para atender a população.

O SUS é responsável pela implantação de diversas ações de prevenção, promoção e assistência à saúde de problemas e agravos que atingem a população. Assim, ele cria e desenvolve políticas de atenção e cuidado para os mais diversos segmentos da sociedade. Idosos, crianças, população negra, mulheres, homens, indígenas, população LGBTQI+ e tantas outras populações com especificidades em relação às questões de saúde, são de responsabilidade do SUS, que cria políticas para cada segmento destes, respeitando as particularidades e construindo ações de cuidado, assistência, prevenção e promoção de saúde.

Infelizmente o SUS sofre de um problema crônico: o subfinanciamento, ou seja, os recursos destinados à execução da política pública de saúde são insuficientes e esta situação agravou-se mais ainda com a aprovação da emenda constitucional 95 em 2016, que prevê o congelamento de investimento tanto na saúde como na educação (BRASIL, 2016). A população não para de crescer, e os ataques à lógica do SUS são constantes pois as empresas privadas de saúde querem apoderar-se do mercado e comercializar seus “planos de saúde”. Além disso tudo, as gestões em todos os níveis (federal, estadual e municipal) não contribuem para o fortalecimento do SUS e não garantem os investimentos necessários para o seu bom funcionamento.

Assim, a Política Pública de Saúde no Brasil caracteriza-se de maneira peculiar, ensejando necessárias reflexões. Entendemos que uma política pública só tem essa nomeação por ser efetivamente capaz de atender a toda uma população, e o que vemos no SUS é que determinadas ações da política pública atingem a totalidade da população – como o caso das ações da vigilância sanitária, por exemplo. No que se refere à assistência à saúde, apenas um estrato da população acessa os serviços públicos de saúde, de uma maneira geral, construindo no imaginário social brasileiro que os serviços de saúde do SUS são para determinadas

populações vulneráveis, pois estas não teriam condições de pagar um “plano de saúde” das empresas privadas.

Este imaginário torna-se real e perpetua-se ao longo do tempo, associado ao problema crônico de subfinanciamento, deixando evidente, portanto, que o SUS serve para uma determinada faixa da população, faixa esta já descrita neste trabalho, marcada pela escravidão, pouco alfabetizada, com piores empregos e menores salários. Rosa (2015, p. 11), compreendendo esta situação, vai definir como “sujeitos situados precariamente no campo social”.

Especificamente no campo da saúde mental estes problemas se repetem e criam uma série de dificuldades de acesso e cuidado às pessoas que apresentam algum sofrimento psíquico. Para esta população, o SUS construiu uma política específica capitaneada também por um conjunto de princípios, e que tem como dispositivo principal os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS.

Os CAPS foram concebidos a partir do processo da reforma psiquiátrica brasileira, com o objetivo de substituir os hospitais psiquiátricos. Forjados na lógica antimanicomial, estes serviços começaram a ser implantados no Brasil na década de 1980 ainda sem uma regulamentação específica ou uma ordenação jurídica. A implantação destes serviços substitutivos se fez necessária devido às diversas denúncias de maus tratos e mortes em instituições asilares espalhadas pelo país, e pela luta de trabalhadores que não aceitavam mais conviver com tanta violência. Um marco fundamental desse processo foi o fechamento da Casa de Saúde Anchieta em Santos-SP, lugar de exclusão, violência e mortes (AMARANTE, 1995).

A implantação deste novo modelo se concretiza em 2001, quando se deu a promulgação da lei 10.216, conhecida como lei da reforma psiquiátrica brasileira. Depois de um longo processo de discussão no Congresso Nacional, o Projeto de Lei apresentado pelo Deputado Federal Paulo Delgado (PT-MG), em 1989, tornou-se lei em 2001 após longos 12 anos de tramitações e discussões na casa legislativa federal (AMARANTE, 1995).

Idealizados a partir da experiência italiana de Franco Basaglia, os CAPS são instituições abertas e comunitárias que atendem pessoas de forma espontânea, encaminhadas por outros serviços de saúde ou por qualquer outra instituição governamental ou não-governamental. Organizam-se como serviços estratégicos dentro de uma nova lógica proposta para superar um modelo de atendimento centrado no hospital e na hegemonia de apenas um saber, médico-psiquiátrico. Assim, a constituição destes serviços passa, obrigatoriamente, pela formação de

equipes multiprofissionais, que possam desenvolver ações compartilhadas e interdisciplinares (BRASIL, 2015).

Os CAPS foram pensados com o objetivo de oferecer um atendimento especializado e personalizado para a população, numa nova experiência de cuidado que tem como principais objetivos a reinserção social dos(as) usuários(as) e o fortalecimento dos vínculos familiares. Para a efetivação desta nova experiência, cabe a compreensão de ferramentas e dispositivos por parte dos(as) técnicos(as) que compõem as equipes destes serviços.

Sendo assim, a compreensão da noção de território se faz necessária pois os CAPS são locais de cuidado que estão inseridos em determinados espaços físicos, mas para além do espaço físico-geográfico nas cidades, estes ocupam um lugar afetivo e proporcionam uma experiência de cuidado para todas as pessoas que neles circulam. A noção de território facilita a compreensão de realidades, tanto objetivas quanto subjetivas, das pessoas atendidas nos serviços. Assim, Monken *et al.* (2008, p. 25) nos apontam que:

no processo de construção do espaço geográfico, a vivência e a percepção são dimensões essenciais e complementares, como fenômenos que consolidam os aspectos subjetivos associados a esse espaço. A percepção do espaço é marcada por afetividade e referências de identidades socioculturais. Nessa perspectiva, o homem é o promotor da construção do espaço geográfico e, ao imprimir valores a esse processo, confirma-se como sujeito social e cultural.

O acolhimento é uma prática indispensável para o funcionamento dos CAPS, pois para além de uma atividade meramente formal de recebimento das demandas que chegam aos serviços, constitui-se como uma postura do(a) técnico(a) que vai refazer as relações entre trabalhadores(as) da saúde e usuários(as) dos serviços. O acolhimento é uma ação de aproximação, de estar com e perto do outro, e pode ser compreendido a partir de três ações: uma postura – atitude de receber e de tratar de forma humanizada quem procura os serviços de saúde; uma técnica – procedimentos que facilitam a escuta e encaminham a resolutividade das situações; e uma reorientação dos processos de trabalho – oferecendo respostas a questões do dia a dia dos serviços (RODRIGUES; BROGNOLI, 2014).

A ideia da Clínica Ampliada propõe um deslocamento das relações de saber e poder dentro dos CAPS, com a finalidade de estabelecer uma compreensão complexificada sobre o processo saúde-doença (CUNHA, 2010). Associada a ideia de território e acolhimento, apontará para uma prática de cuidado que não se define pelo lugar, mas por uma responsabilização do técnico(a) para com os usuários(as) do serviço, reconhecendo os limites da intervenção técnica, e uma abertura para a interdisciplinaridade e a intersetorialidade (BRASIL, 2008).

O Projeto Terapêutico Singular é uma ferramenta potente para a prática do cuidado nos CAPS. Elaborado a partir da relação entre o técnico(a) e usuário(a), este priorizará a singularidade de cada sujeito e cada situação vivenciada pelo mesmo, através da construção de vínculos, com o objetivo de compreender o processo de adoecimento e quais as possibilidades de intervenção que façam sentido para àquela situação específica. Segundo Oliveira (2010, p. 99), “O Projeto Terapêutico Singular é um movimento de co-produção e de co-gestão do processo terapêutico de um sujeito singular, individual ou coletivo, em situação de vulnerabilidade”.

Assim, todas essas ferramentas e dispositivos encontrados e vivenciados dentro dos CAPS têm como objetivo garantir uma nova lógica de cuidado às pessoas com sofrimento psíquico, baseada nos princípios da reforma psiquiátrica brasileira que, por sua vez, recebe toda uma influência basagliana. Ou seja, dentre esses princípios encontramos: revisão do processo saúde-doença; construção de vínculos entre trabalhadores(as) e usuários(as), gerando responsabilização e respeito às singularidades de cada sujeito para intervenções que façam sentido tanto para os(as) técnicos(as) como para os(as) usuários(as) e a admissão da nova postura diante do sofrimento do outro. Tudo isto visa consolidar o processo de reforma psiquiátrica brasileira, efetivando a desinstitucionalização e a reinserção social dos(as) usuários(as), e garantindo um cuidado numa lógica antimanicomial.

3.1 Centros de atenção psicossocial para álcool e outras drogas – CAPS AD e a lógica da redução de danos

Desde a primeira experiência de um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico na década de 1980, passando pela discussão e promulgação da lei 10.216 em 2001, até a expansão dos CAPS em todo território nacional nos anos 2000, a questão do uso de drogas e tratamento da dependência química esteve relegada a segundo plano. Aos(as) usuários(as) de drogas eram oferecidas, como possibilidade de tratamento, apenas a internação em hospitais psiquiátricos com o objetivo de alcançar a abstinência.

Esta lógica – internação e abstinência – como forma de tratamento para a dependência química, perdurou no país durante muito tempo, tendo como fundamentação teórica um misto da relação entre os saberes médico e jurídico, e um entendimento moral sobre o uso de drogas. Além disso, está presente neste entendimento a ideia de que haveria uma causa específica para as pessoas perderem o controle em relação ao uso de drogas, ou seja, a ideia de que uma única

causa explicaria a dependência química. O modelo biomédico consolida-se e tenta explicar a dependência química a partir da unicausalidade. Alarcon e Jorge (2012, p. 66) apontam que:

a longa duração do paradigma unicausal e sua definição negativa de saúde (como ausência de doença) facilitaram a disseminação quase universal da ideia de que apenas a abstinência total significaria um horizonte possível para o tratamento da dependência química.

As primeiras tentativas de mudar este paradigma na realidade brasileira surgem no contexto das discussões sobre a Reforma Psiquiátrica. É inegável que, mesmo relegando a segundo plano a questão das drogas, as ideias que sustentam a lógica antimanicomial influenciam diversos campos do cuidado à saúde. E é justamente no cuidado às pessoas infectadas pelo vírus HIV na cidade de Santos - SP que se iniciam as primeiras ações de Redução de Danos, novo paradigma que se apresenta para contrapor a lógica biomédica vigente até então. A distribuição de seringas descartáveis para usuários(as) de drogas injetáveis, experiência pioneira que inaugura o percurso da Redução de Danos no Brasil, é marcada por um conjunto de polêmicas e tem sua ação interrompida pelo Ministério Público de São Paulo (SANTOS; YASUI, 2016).

Passados vários anos, só a partir de 2003/2004 foi implementada a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Drogas (BRASIL, 2003), com foco na Redução de Danos e nas ações integrais de prevenção e promoção de saúde dos(as) usuários(as) de drogas. A partir da implementação da referida política, houve uma expansão dos serviços de atenção aos usuários e usuárias de drogas, o que ficou conhecido como Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas – CAPS AD. Seguindo as mesmas premissas básicas dos CAPS, os CAPS AD logo se consolidaram no cuidado às pessoas que desenvolviam uma dependência química e também foram sendo implantados em todo o Brasil.

Assim, a partir da Reforma Psiquiátrica e da implantação da Política Integral de Atenção ao Usuário de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003), o espaço prioritário especializado para o cuidado desta parcela da população são os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPS AD. Trata-se de serviços territoriais, abertos e comunitários que oferecem atendimento diário às pessoas dependentes (BRASIL, 2004), e que tem como lógica a prática interdisciplinar a partir da realização de atendimentos compartilhados, oficinas, passeios e grupos com efeitos terapêuticos, entre outros, com o objetivo de proporcionar aos(as) usuários(as) a possibilidade de dar um novo sentido, menos prejudicial, à sua relação com a droga, através da redução de danos e da gerência projetos de cuidado a partir das singularidades de cada um(a) (BRASIL, 2004).

Os CAPS AD são importantes equipamentos que fazem parte da política pública de saúde brasileira e que funcionam com base nos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, além de integrarem um marco regulatório específico que contém leis, decretos e portarias. Segundo Endo (2017, p. 24):

Os modos de cuidar em saúde, preconizados pelos princípios fundamentais do SUS, revelam um modelo de excelência, em que deve ser garantido o acesso universal aos tratamentos, a integralidade que compreende a atenção a todas as áreas da saúde e a equidade que determina a todo cidadão a igual oportunidade de saúde.

Além disso, os CAPS AD centralizam suas intervenções no sujeito e não apenas na doença, concretizando o que Campos e Amaral (2007) idealizam como Clínica Ampliada. Há um cuidado ofertado observando todas as dimensões do sujeito e suas relações com os diversos contextos em que o mesmo está inserido.

A lógica de funcionamento dos CAPS AD não se diferencia das premissas e princípios da reforma psiquiátrica brasileira e do funcionamento dos CAPS, apontando para um cuidado em liberdade a partir das noções de território e clínica ampliada, tendo como estratégia fundamental o acolhimento e a construção de um cuidado a partir da vivência de cada usuário(a) e da construção de projetos terapêuticos singulares. Assim, os CAPS AD inauguram no Brasil uma nova perspectiva de cuidado aos(às) usuários(as) de drogas, tirando o foco da substância e apontando a necessidade de compreensão da relação do sujeito com o seu contexto de vida e a droga que faz uso/abuso. De acordo com Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas:

Historicamente, a questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas tem sido abordada por uma ótica predominantemente psiquiátrica ou médica. As implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas são evidentes, e devem ser consideradas na compreensão global do problema. Cabe ainda destacar que o tema vem sendo associado à criminalidade e práticas antisociais e à oferta de “tratamentos” inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social. Constatamos assim que, neste vácuo de propostas e de estabelecimento de uma clara política de saúde por parte do Ministério da Saúde, constituíram-se “alternativas de atenção” de caráter total, fechado e tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência (BRASIL, 2003, p. 7).

Diante do que se propõe enquanto direcionamento de uma nova forma de cuidado, afastando-se da lógica biomédica – da internação e da abstinência – aponta-se para um novo entendimento sobre como cuidar dessa população, priorizando a relação entre os diversos saberes e setores, numa perspectiva multiprofissional e intersetorial que vai além do campo

específico da saúde. Além disso, a lógica da Redução de Danos, se contrapõe a abstinência como única meta a ser alcançada pelos(as) usuários(as) no seu tratamento.

A Redução de Danos como conceito e prática apresenta dois “nascimentos”: o primeiro na Inglaterra nos anos de 1920, quando um conjunto de médicos apresentaram o Relatório Rolleston, e apontaram a necessidade de prescrever opiáceos para um conjunto de pacientes dependentes de heroína, com o intuito de possibilitar mais qualidade de vida para estes pacientes; posteriormente, por volta dos anos 1980 na Holanda, ocorreram as primeiras experiências de troca de seringas entre usuários de drogas injetáveis com o intuito de minimizar a contaminação pelo vírus HIV entre estes usuários, experiência que foi reproduzida em Santos - SP e alvo da justiça brasileira no final dos anos 80 (REGHELIN, 2002).

Mas, afinal, qual o conceito de Redução de Danos, e qual sua real capacidade de possibilitar uma nova forma de cuidar das pessoas que fazem uso de drogas? Partindo da premissa que não existe sociedade sem drogas e que a experiência do uso de drogas é singular para cada sujeito – além de levar em consideração a relação com os diversos contextos em que os(as) usuários(as) estão inseridos–, a Redução de Danos se apresenta “[...] como um conjunto de estratégias que visam minimizar os danos causados pelo uso de diferentes drogas, sem necessariamente exigir a abstinência do seu uso” (RIBEIRO, 2013, p. 45).

Porém, vale salientar que a Redução de Danos, para além de um conjunto de estratégias, se configura também como um novo paradigma em relação ao entendimento sobre o uso de drogas e sobre o cuidado das pessoas. Paradigma este que constitui um novo olhar sobre a questão das drogas, propondo intervenções inovadoras a partir de uma aproximação e acolhimento das necessidades reais dos(as) usuários(as), convocando-os(as) a participar ativamente do seu processo de cuidado, respeitando o tempo de cada um(a) e compreendendo que as pessoas podem estabelecer as mais diversas formas de relação com as drogas. Então, longe de qualquer avaliação moral e intervenções com base em juízo de valores, busca, a Redução de Danos, dentre outras ações, a diminuição de estigmas e preconceitos desta população e a transformação do imaginário social sobre as drogas e seus/suas usuários(as), estendendo sua compreensão para questões sociais mais amplas. Além disso, não se opõem a abstinência, visto que esta é uma das possibilidades a ser alcançada.

A Redução de Danos também se propõe a fazer parte da política pública de atenção aos(as) usuários(as) de drogas. No caso brasileiro, a partir da criação da Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Drogas, a Redução de Danos se constitui como o principal

dispositivo para o desenvolvimento das ações de prevenção, promoção e assistência à saúde dos(as) usuários(as) de drogas (BRASIL, 2003).

A implementação da Redução de Danos como novo paradigma para a atenção às pessoas que fazem uso de drogas no Brasil nunca foi pacífica. Envolve em diversas discussões e polêmicas, esta é acusada de incentivar o uso de drogas, uma vez que propõe diversas estratégias de proteção e ações que garantam uma melhor qualidade de vida aos(as) usuários(as) que não conseguem, ou não querem, cessar o uso. Além de entender que a abstinência não deve ser a única meta a ser alcançada no cuidado dos(as) usuários(as) de drogas, o conceito e a prática da Redução de Danos ganham uma resistência a ser implantada como Política Pública no Brasil e sofrem diversos ataques ao longo do tempo, acirrando a disputa entre as lógicas biomédicas e religiosas e a Redução de Danos.

Todo esse conjunto de inovações em relação ao cuidado das pessoas que apresentam dificuldades em relação ao uso de drogas materializa-se nos CAPS AD. Estes serviços vão sendo implantados pelo Brasil a partir desta nova visão em relação ao cuidado da dependência química. Lógica territorial, inserção comunitária, serviços abertos garantindo a liberdade no tratamento, perspectiva multiprofissional e intersetorialidade, projetos terapêuticos singulares, entendimento de que o(a) usuário(a) é responsável pelas suas escolhas e lógica da Redução de Danos compõem um conjunto de teorias e práticas que estabelecem o novo paradigma do cuidado às pessoas que fazem uso de drogas no país, e confirmam um lugar onde tudo isso deve ser vivenciado, os CAPS AD.

Assim, os CAPS AD se configuram como espaços de cuidado que se distanciam da lógica exclusiva da abstinência e buscam estabelecer uma nova forma de cuidado pautado pela lógica da Redução de Danos. Compreendemos que os CAPS AD têm, para além das funções definidas pelos marcos legais, uma função primordial: a partir das suas ações e relações, contribuir para a transformação do imaginário social sobre a dependência química e os(as) usuários(as) de drogas, envolvendo, portanto, profissionais, os(as) próprios(as) usuários(as) e a comunidade. Mas, como estes serviços devem funcionar para pôr em prática esta nova perspectiva de entendimento e cuidado? Os serviços se propõem a construir estratégias de acolhimento e intervenções com base no território e alinhadas às características da comunidade e do próprio território, possibilitando também uma nova visão sobre as drogas e o seu uso. O acolhimento é um dispositivo indispensável para aproximar mais e mais os(as) usuários(as) dos serviços e contribuir para a transformação da relação entre usuários(as) e técnicos(as). Como afirmado no início deste capítulo, o acolhimento é estar próximo de, é caminhar ao lado, e não

se resume ao primeiro momento de chegada do(a) usuário(a) ao serviço, pois precisa ser diário, constante, uma atitude contínua, que possibilite uma aproximação e um vinculação entre usuários(as), profissionais e serviço.

Além da construção de projetos terapêuticos singulares, construídos entre usuários(as) e profissionais, e levando em consideração as particularidades do sujeito e da sua relação com a droga, ou drogas, que faz uso, e dos contextos em que está inserido, e também da perspectiva da clínica ampliada que enxerga uma nova relação entre saúde-doença –, acreditamos que a Redução de Danos tem um papel fundamental para pôr em prática esta nova perspectiva de entendimento sobre o uso de drogas e os cuidados ofertados pelos serviços.

Partindo desta nova lógica, as ações previstas para serem desenvolvidas nos CAPS AD estão determinadas especificamente pela portaria ministerial GM nº 336 de 19/02/2002 e são assim definidas: atendimento individual; atendimento em grupos; atendimento em oficinas; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias; atendimento de desintoxicação e fornecimento de alimentação (BRASIL, 2002). Entendemos que todas as atividades desenvolvidas nos CAPS AD precisam estar preenchidas de sentido. A letra fria de uma portaria não consegue expressar a dinâmica existente dentro de um serviço de tamanha complexidade. Assim, não é simplesmente visualizar o que diz uma portaria e executar o que está escrito, ou seja, toda atividade precisa ser construída a partir de uma lógica, a lógica da Redução de Danos, tentando, portanto, articular projetos terapêuticos singulares e atividades grupais e no território.

Fundamental também compreender, a partir da nova perspectiva em relação a política de saúde mental, álcool e outras drogas, a necessidade de atuação em rede. Assim, a noção de rede torna-se indispensável para a confirmação desta nova forma de atuar junto as pessoas com transtornos mentais e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

3.2 Rede de Atenção Psicossocial – RAPS

Assim, vai se configurando a política pública sobre drogas, unindo premissas, conceitos e práticas da Saúde Pública, da Reforma Psiquiátrica e da Redução de Danos, e tudo isto vai acontecendo dentro do Sistema Único de Saúde – SUS, especificamente nos CAPS AD. A partir do aumento do consumo de crack no Brasil, em 2011, através da portaria nº 3.088 de 23/12/2011, o Ministério da Saúde instituiu a Rede de Atenção Psicossocial-RAPS para facilitar o atendimento às pessoas com transtornos mentais e/ou transtornos decorrentes do uso de álcool

e outras drogas, no âmbito do SUS. A RAPS apresenta como principais objetivos ampliar e promover o acesso da população aos serviços e garantir a articulação e integração de todos os serviços que compõem um determinado território (BRASIL, 2011).

O funcionamento de um conjunto de serviços e ações em rede, torna-se o grande desafio para a efetivação de uma nova lógica de cuidado, com base na integralidade dos sujeitos. Este é um desafio, pois requer uma alta capacidade dos(as) gestores(as) e trabalhadores(as) em articular e possibilitar canais de comunicação e fluxos entre os serviços que compõem a RAPS e que, muitas vezes, esta comunicação e articulação é realizada de maneira informal e a partir das relações pessoais dos(as) integrantes dos serviços. São componentes da RAPS os diversos serviços que habitam um território, desde a Atenção Básica até serviços especializados, com o intuito de alcançar os objetivos propostos pela portaria ministerial.

Todos estes componentes trabalham com a ideia de rede, que pressupõe uma organização de serviços, equipamentos e profissionais interligados num território vivenciando uma relação de “[...] dependência mútua, apesar da diversidade de contextos institucionais, afinal, nenhum ator detém o controle dos recursos e do processo total” como explanam Souza, Abrahão e Guljor (2016, p. 206). Além disso, o trabalho em rede permite efetivar o cuidado integral aos(as) usuários(as) de drogas e garantir a hierarquização deste cuidado, possibilitando uma maior capacidade de resolução das questões de saúde de quem acessa a rede, a partir das demandas específicas e níveis de complexidade.

Infelizmente o modelo preconizado pela RAPS vem sofrendo, desde 2016, ataques que fragilizam suas ações e inviabilizam seu funcionamento. Estes ataques decorrem da tentativa de implantação de uma “nova” política de saúde mental no Brasil a partir de uma série de publicações pelo Ministério da Saúde, orientadas pelo retorno à lógica manicomial. Dessa forma, a Resolução nº 32 de 22/12/2017 (BRASIL, 2017b) – que inclui os hospitais psiquiátricos na RAPS e propõe o fortalecimento de parcerias com as Comunidades Terapêuticas –, e a Portaria nº 3.588 de 21/12/2017 (BRASIL, 2017c) – que incentiva a internação de pessoas com transtornos mentais e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas em Hospitais Psiquiátricos –, são exemplos desta “nova” política que está sendo implantada no país, desconfigurando a RAPS e fragilizando o cuidado em rede.

Além destes documentos, outros dois, não menos importantes, revelam o “novo” caminho que a política de saúde mental no Brasil está tomando: a resolução do CONAD 01/2018 que prioriza a abstinência e o encaminhamento de usuários(as) para Comunidades Terapêuticas e a Nota Técnica 11/2019 do Ministério da Saúde, a qual aponta o investimento

em máquinas de eletroconvulsoterapia para os serviços do SUS – porém, felizmente esta Nota Técnica, até o presente momento, está suspensa, fruto de intensas articulações e mobilizações que impediram a publicação deste documento (BRASIL, 2018, 2019).

Infelizmente, os tempos em que este trabalho se produz se configura como um tempo sombrio em relação aos caminhos tomados pelo poder público em relação aos cuidados das pessoas com transtorno mental ou transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Um tempo em que o retorno à lógica manicomial está prevalecendo e tornando-se a práxis diária, e tudo isto sendo corroborado por um conjunto de normativas que vão desde portarias e decretos, até alterações na legislação. A aprovação do Projeto de Lei da Câmara - PLC nº 37/2013 de autoria do atual Ministro da Cidadania, Osmar Terra, que altera a Lei nº 11.343/2006 (BRASIL, 2013), é um grande golpe em todos que estudam e trabalham numa perspectiva do entendimento sobre a questão das drogas a partir de uma lógica antimanicomial, antiproibicionista e de cuidado em liberdade. As alterações que este PLC propõe afetam diretamente toda a lógica de cuidado em rede, desconstrói a RAPS e afasta totalmente a possibilidade de cuidado a partir da lógica da Redução de Danos, retomando assim a ideia de unicausalidade sobre a dependência química, propondo a abstinência total como único objetivo possível a ser alcançado, e referendando a internação em massa de usuários(as) de forma involuntária em espaços violadores de direitos humanos.

Construímos até aqui uma exposição e reflexão sobre os dispositivos CAPS e CAPS AD, equipamentos que materializam a Reforma Psiquiátrica brasileira nos campos da saúde mental e álcool e outras drogas. Discutimos a lógica de cuidado proposta pelos serviços, em especial aos CAPS AD e a Redução de Danos, e, além disso, construímos também uma reflexão sobre a relação entre Política Pública de Saúde e Redução de Danos como uma nova lógica de cuidado para as pessoas que fazem uso/abuso de drogas. Também apresentamos um breve relato sobre a estratégia de construção de uma rede de cuidados para as pessoas com transtornos mentais e transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas – RAPS, e discutimos a ideia de rede e sua eficácia em relação a proporcionar um cuidado integral aos(às) usuários(as) que a acessam. Também atualizamos as discussões sobre a RAPS a partir dos intensos ataques e desmonte que vêm sofrendo.

Diante de todo o exposto, a discussão ainda não se completa pois faltam os atores principais que fazem parte deste modelo, quais sejam, os(as) usuários(as) que acessam os serviços e as(os) psicólogas(os) que desenvolvem suas ações nestes serviços, e que juntos, movimentam a rede de cuidados no território.

3.3 O que buscam os(as) usuários(as) nos CAPS AD?

Para iniciarmos a reflexão sobre o que os(as) usuários(as) buscam nos serviços públicos de saúde e, especificamente, nos CAPS AD, precisamos retomar a discussão da construção da Política Pública de Saúde no Brasil. Aguiar (2011) propõe fazermos uma viagem por diversos momentos da história para compreendermos esta construção. Divide em diversos períodos e tenta construir uma relação entre estes períodos que culmina com a criação do Sistema Único de Saúde-SUS. Não construiremos uma análise sobre estes períodos, nem tampouco vamos fazer este percurso histórico, pois não é objetivo deste trabalho. Apenas lançaremos um olhar a respeito da construção da Política Pública de Saúde para discutirmos sobre quem acessa a saúde no Brasil, quem são e de onde vem os(as) usuários(as) do SUS, conseqüentemente, quem são e o que buscam nos CAPS AD.

A partir do nosso processo de colonização, o acesso aos cuidados em saúde no Brasil era restrito a um pequeno e seletivo grupo de brasileiros(as). Assim, dos curandeiros e rezadeiras até as primeiras escolas de medicina do Brasil, e chegando à construção do SUS, a maioria da população brasileira sempre teve muita dificuldade em acessar serviços de saúde. É esta a lógica que se perpetua no país, visto que o acesso à saúde de qualidade é para poucos e para, especialmente, quem pode pagar. Ou seja, a lógica capitalista, que está presente na nossa formação sócio-econômica, se faz presente também, e de forma óbvia, no acesso aos serviços de saúde.

A primeira tentativa de organizar um sistema de saúde surge a partir da criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões - CAPs, que tinham como objetivo garantir assistência médica e aposentadorias às diversas classes de trabalhadores(as), ou seja, o acesso à saúde seria só para quem estivesse vinculado a um trabalho e a uma categoria. Assim, trabalhadores(as) mais organizados(as) e categorias mais fortes poderiam ter mais acesso à saúde e ter suas aposentadorias garantidas. Quem não estivesse trabalhando ou estivesse vinculado a categorias desorganizadas e mais frágeis teriam muitas dificuldades em acessar os serviços de saúde (AGUIAR, 2011).

Em paralelo a isto, vai se consolidando um modelo de medicina no Brasil voltado exclusivamente para cura, exercido por profissionais médicos, numa abordagem individual e medicalizante com pouca preocupação com as condições sociais dos sujeitos atendidos. Esta lógica perdura até hoje, a partir do que é oferecido à população enquanto “planos de saúde”. A

partir da década de 1950 surge um modelo que tenta relacionar o nível de desenvolvimento do país com as condições de saúde da população, que ficou conhecido como modelo sanitaria desenvolvimentista (AGUIAR, 2011).

Independente do período ou das propostas em relação à atenção e assistência à saúde da população brasileira, algumas questões precisam ser destacadas. Sempre houve recursos escassos para as ações de saúde pública no Brasil, como também sempre houve um acirramento entre as lógicas pública e privada no que diz respeito ao acesso à saúde da população. Outra importante característica deste processo é a luta da população por acesso à saúde. Desta forma, a partir da década de 1970, a luta por uma saúde pública, com acesso universal, que busca a equidade e integralidade, vai ganhando corpo e força e resulta no processo denominado de Reforma Sanitária Brasileira, que culmina com a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, em que todos os princípios e diretrizes de um sistema único de saúde são apresentados e discutidos (AGUIAR, 2011).

Assim, nasce o SUS e em 1988 a partir da Constituição Federal se institucionaliza e passa a ser definida como a Política Pública de Saúde brasileira. O SUS apresenta diretrizes e princípios norteadores que garantem a acessibilidade de toda a população aos serviços de saúde em todos os seus níveis e complexidades. Uma questão importante é que o SUS não apenas se preocupa com a questão da assistência numa lógica curativa, mas a base de seu sistema é o trabalho de prevenção e promoção da saúde. Além de diversas outras ações que vão da atenção básica da saúde até ações de vigilância sanitária. Um conjunto grande e diverso de ações que entendem a saúde não apenas como ausência de doença, mas como um processo construído no dia a dia a partir da relação das pessoas com o seu território, suas condições sócio-econômicas, culturais e afetivas. Uma lógica, portanto, que tem como foco o sujeito e não a doença (VASCONCELOS; PASCHE, 2009).

Porém, apesar de todos os avanços e da construção e efetivação de uma Política Pública de Saúde no Brasil, os problemas não deixam de existir e o principal deles é o financiamento desta política e deste sistema. A luta por recursos para garantir o bom funcionamento dos serviços é o ponto principal das discussões políticas no âmbito do Sistema Único de Saúde, como também a gestão destes recursos e o gerenciamento dos serviços e ações do SUS. Outra questão fundamental, e que tem uma relação direta com o objetivo deste trabalho, é quem acessa os serviços públicos de saúde. Há uma construção que está no imaginário social e enraizada na sociedade, desde as primeiras tentativas de organização da assistência à saúde no Brasil, que os ricos acessam seus médicos particulares e os pobres suas rezadeiras e curandeiros. Ainda hoje,

esta lógica se perpetua e se atualiza de forma perversa, visto que os ricos têm seus “planos de saúde” e os pobres, o SUS; além de que, estes mesmos ricos, acessam serviços de excelência do SUS, como transplantes, vacinas, acesso a medicação especial, dentre outros (BARATA, 2009).

E em relação as pessoas que fazem uso de drogas, como se dá o acesso aos cuidados oferecidos pelo SUS? Já sabemos e discutimos neste trabalho o percurso de construção da assistência às pessoas que fazem uso/abuso de drogas no Brasil. A criação dos CAPS AD, sua forma de funcionar e o que se espera destes serviços. Porém, cabe avançar a discussão sobre o que buscam os(as) usuários(as) nos CAPS AD.

Partindo do que nos revela o imaginário social da nossa população, que em sua grande maioria, é constituído pela ideia que o grande problema das drogas está na capacidade das substâncias e seu poder de tornar as pessoas, que delas fazem uso, dependentes. Deduz-se assim que as pessoas vão buscar nos CAPS AD uma solução para se livrarem das substâncias, ou seja, procuram os serviços com a ideia de que ali é o lugar para afastar-se das drogas.

Na nossa experiência prática, enquanto Gerente Operacional de dois CAPS AD no município de Recife - PE, não foi raro a escuta de frases do tipo “*o que vocês vão fazer para que eu me livre das drogas?*”, ou “*Estou aqui para vocês dizerem o que eu faço para parar de usar crack*”. Estas frases, e tantas outras com o mesmo sentido, revelam um lugar dos CAPS AD, lugar este onde existe uma solução para o problema vivenciado pelos(as) usuários(as) e familiares, ou seja, um lugar de “cura”; mas revela também um entendimento que o sujeito se torna passivo diante do “poder” da substância, sendo incapaz de pensar ou construir qualquer possibilidade de ação, sempre a mercê do que um outro poderá lhe dizer o que fazer.

Em artigo recente, Lacerda e Fuentes-Rojas (2017) relatam uma pesquisa realizada num CAPS AD que busca compreender o significado e o sentido deste serviço para os(as) usuários(as):

Decifrar os significados e sentidos que o CAPS tem para seus usuários indica compreender: suas formas de se relacionarem com o serviço, quais demandas buscam responder com esse cuidado especializado, e como o CAPS responde às suas demandas e solicitações. Dito isto, foi possível identificar quatro categorias apresentadas nas falas dos usuários em relação ao sentido e significado do CAPS: local de acolhimento, apoio e cuidado; espaço de resolução de problemas dos usuários; local que reinsere socialmente; e, por último, um serviço ineficiente em suas ações. (LACERDA; FUENTES-ROJAS, 2017, p. 367).

O CAPS AD ocupa um lugar importante na vida dos(as) usuários(as) que procuram este serviço. Tentamos nos aproximar, neste momento do trabalho, da compreensão de quem são

os(as) usuários(as) que acessam este serviço e, devido a um conjunto de características apresentadas e vivenciados pelos(as) mesmos(as), o serviço torna-se um local de fundamental importância para tentar suprir uma variedade de faltas dos sujeitos.

Porém, cabe salientar que na busca para solucionar sua relação de dependência com as drogas, o(a) usuário(a) acaba por refazer esta relação, acaba por estabelecer uma nova relação de dependência, e desta vez, com o serviço. Mas o que ocasionaria esta repetição da sua relação com a droga, com o serviço que se propõe a justamente intervir para possibilitar a autonomia do sujeito e possibilitar a (re) construção da sua vida?

Tentando compreender o que buscam os(as) usuários(as) nos CAPS AD, precisamos lançar mão do que nos diz a Psicanálise sobre o que é a dependência química e a relação entre sujeito e droga e como se estabelece o tratamento do sujeito numa instituição. Freud nos revela que a função da droga está associada à tentativa de solucionar um mal-estar (FREUD, 1974), sendo que cada sujeito vai estabelecer uma relação particular com a substância e, além disso, não há uma determinação sobre as estruturas psíquicas e a dependência química, ou seja, a dependência química vai estar presente nas três estruturações psíquicas apontadas pela psicanálise. Já Santiago (2001, p. 9) nos alerta para o desafio de situar o problema da toxicomania na perspectiva da psicanálise: “E, a despeito dessa insuficiência de cunho conceitual, deve-se tomar a toxicomania como um dos capítulos da história da psicanálise em que mais se consegue aproximar dos próprios limites tanto do seu saber como de sua prática.”

Freud ainda nos fala, no seu texto de 1912 sobre a diferenciação entre o objeto de satisfação tóxica e erótica. Na satisfação erótica, há possibilidade de diversidade de satisfação, enquanto a satisfação tóxica, aponta para uma rigidez desta satisfação com o mesmo objeto, ou seja, há um “casamento feliz” (FREUD, 1969, p. 171) entre o usuário e sua droga, pois não há possibilidade de satisfação pulsional com objetos diversos, levando a um processo de repetição. Com isso podemos afirmar que o uso de droga na perspectiva freudiana serve como um substituto da satisfação sexual.

Já para Gurfinkel (1995) e Conte (2003), o uso de drogas é uma tentativa de evitar o desprazer causado pela relação do sujeito com o social e, de certa forma, apresenta-se como uma conduta esperada, regida pelo princípio do prazer. Outra compreensão apontada pelos(as) autores(as) apresenta o uso de drogas como um sintoma com um sentido específico para cada sujeito e que independe da sua estruturação psíquica – neurótico, psicótico ou perverso – tendo uma relação direta com a teoria das pulsões, em que o objetivo de toda a pulsão é a satisfação, e seu objeto é o mais variável. No caso da dependência química, o objeto da pulsão é um só: a

droga, ou seja, não há possibilidade de obter a satisfação pulsional com outros objetos, corroborando com a ideia freudiana.

Torna-se importante ressaltar que a psicanálise propõe, desde o seu início, rompendo assim com o método predominante da época, o estudo singular das situações vivenciadas pelos sujeitos. A psicanálise não trata de generalidades, mas se debruça sobre a singularidade de cada situação e de cada relação específica dos sujeitos com a droga que faz uso (ALMEIDA, 2010).

Assim, a partir do que nos diz a psicanálise, podemos inferir que o sujeito busca nos CAPS AD uma possibilidade de (re)direcionar sua pulsão para a satisfação com outros objetos que não seja o objeto droga. E busca nesta instituição ser enxergado na sua singularidade, mesmo de forma inconsciente, a partir da sua história de vida e da sua construção enquanto sujeito desejante.

A Psicanálise tem contribuído na construção destas reflexões quando cresce seu interesse pelo trabalho em instituições, deslocando o discurso do consultório privado para o espaço público (RINALDI, 2005).

Segundo Campos (2014, p. 42):

Para a psicanálise, portanto, todo sujeito é portador de algo mais do que o *cogito* cartesiano [...]. Assumir que as pessoas, incluindo os pacientes e os trabalhadores da saúde, também atuam movidos por reações inconscientes, que eles mesmos desconhecem e sobre as quais não têm controle muda nossa forma de abordar os equipamentos de saúde e as relações que ali se desenvolvem, pois estaríamos sempre desconhecendo uma porção de nós mesmos. Nosso inconsciente irrompe quando menos esperamos em meio de uma ação racional.

Contudo, essa busca dos(as) usuários(as) está envolvida em várias questões e pode ter vários desdobramentos que nem sempre é o que socialmente se espera de um serviço que se propõe a cuidar de pessoas usuárias de drogas, por exemplo, a não cessação do uso de drogas por parte do(a) usuário(a). Isto gera críticas ao modelo e possibilita argumentos para mudanças significativas na lógica de cuidado, o que vem se concretizando atualmente na realidade brasileira.

A procura de um serviço por parte dos(as) usuários(as), como e quando estes(as) chegam aos CAPS AD, proporciona o encontro com psicólogas(os) que realizam diversas ações nestes espaços de cuidado. O que fazem estas(es) psicólogas(os) nos CAPS AD é o que vamos discutir a seguir.

3.4 O que fazem as(os) psicólogas(os) nos CAPS AD?

Os CAPS são serviços complexos, compostos por diversos profissionais e os CAPS AD apresentam certas particularidades em relação a composição do seu quadro técnico. De acordo com a portaria ministerial GM 336 de 12/02/2002 os CAPS AD devem conter os seguintes profissionais: médico(a) psiquiatra e clínico, enfermeiro, psicóloga(o), assistente social, terapeuta ocupacional ou qualquer outro profissional de nível superior de acordo com o projeto institucional do CAPS AD. Vamos nos ater a atuação da(o) profissional de psicologia e construir uma discussão sobre esta atuação (BRASIL, 2002).

A formação em psicologia no Brasil propõe oferecer à população profissionais generalistas, que a partir de sua área de interesse e atuação buscam uma formação complementar a partir de cursos de pós-graduação tanto *lato sensu* quanto *strictu sensu*, unindo teoria e prática. Não existe uma formação específica para qualificar a(o) profissional para atuar nos CAPS AD, porém espera-se desta(e) um entendimento sobre as transformações que ocorreram em relação à lógica do cuidado e uma compreensão sobre o uso de drogas que se distancie de julgamentos morais. Assim, espera-se que a(o) psicóloga(o) possa ter conhecimento da proposta dos CAPS AD, o que eles se propõem enquanto serviço público, que faz parte do Sistema Único de Saúde-SUS, que compõe uma Rede de Atenção Psicossocial-RAPS e que apresenta dispositivos e ferramentas para atuar junto à população.

O ingresso de profissionais da psicologia nos CAPS AD geralmente se dá por meio de concurso público ou processos seletivos com contratos temporários de trabalho. Por se tratarem, na sua imensa maioria, de serviços municipais, as prefeituras são responsáveis por organizar estas contratações, além de definir o direcionamento da política de saúde mental do município, alinhado com a direção apontada pelo Ministério da Saúde, articulando com outras políticas e proporcionando o funcionamento de uma rede de cuidados intersetorial.

Assim, a partir do que é esperado enquanto funcionamento dos CAPS AD, ou seja, que o serviço possa constituir-se como referência num determinado território para atender as pessoas que fazem uso/abuso de drogas lícitas ou ilícitas, oferecendo acolhimento às diversas demandas que chegam ao serviço, com na clínica ampliada e construindo projetos terapêuticos singulares que visam a reinserção social dos(as) usuários(as), a atuação das(os) psicólogas(os) devem coadunar-se com esta lógica de funcionamento.

As diversas atividades realizadas pelas(os) psicólogas(os) nos CAPS AD tem como objetivo principal o acolhimento do sofrimento dos sujeitos, decorrente do uso/abuso de drogas,

e a construção de projetos de cuidado que possibilitem aos usuários(as) uma ressignificação da sua relação com a droga, além de possibilitar sua (re)inserção social. Para tanto, as(os) psicólogas(os) precisam pensar e desenvolver atividades que se articulem com as premissas destes serviços especializados, levando em consideração as particularidades de cada situação vivenciada pelos(as) usuários(as).

No Manual dos CAPS (BRASIL, 2004, p. 17) há uma série de recomendações e também uma direção para as atividades propostas pelos serviços. Todas as atividades devem acontecer num “ambiente terapêutico e acolhedor” e devem ter como objetivo principal evitar que os(as) usuários(as) sejam internados(as), pois a internação constitui-se como o último recurso de cuidado, e somente deverá ser utilizada quando todas as possibilidades de atenção nos recursos extra-hospitalares tiverem sido esgotadas. As atividades podem ser realizadas individualmente ou em grupo e as(os) psicólogas(os) vão realizar escutas individuais aos(às) usuários(as) e seus familiares sempre numa atitude de acolhimento, realizar oficinas e grupos terapêuticos, visitas domiciliares, articulação de atividades junto à comunidade, ações que envolvam a sociedade em geral e participação nas Assembleias do CAPS AD. Além disso, devem construir intervenções de prevenção que devem ter como base a Redução de Danos e que possam contemplar o maior número de pessoas possível. Assim:

As estratégias de prevenção devem contemplar a utilização combinada dos seguintes elementos: fornecimento de informações sobre os danos do álcool e outras drogas, alternativas para lazer e atividades livres de drogas; devem também facilitar a identificação de problemas pessoais e o acesso ao suporte para tais problemas. Devem buscar principalmente o fortalecimento de vínculos afetivos, o estreitamento de laços sociais e a melhora da autoestima das pessoas. (BRASIL, 2004, p. 24).

O dia a dia das(os) psicólogas(os) nos CAPS AD é composto por uma série de atividades que buscam uma articulação constante entre o saber e o fazer da psicologia. Segundo o Conselho Federal de Psicologia-CFP, a atuação das(os) profissionais nestes espaços, independente da abordagem ou da teoria, aponta para um modo de fazer que preconiza a desinstitucionalização, o respeito as diferenças, a cidadania, a liberdade e aos direitos humanos, atuando junto a uma equipe multiprofissional, no território articulado a uma rede intersetorial (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013). Tudo isto com objetivos nítidos: a construção de vínculos e o cuidado em liberdade.

Independente da abordagem teórica, as(os) profissionais realizam acolhimento diário aos usuários(as) que frequentam os serviços, desenvolvem atividades grupais que possibilitem uma reflexão sobre o uso de drogas, constroem entendimentos a partir das atividades grupais

propostas sobre as complexas relações familiares dos(as) usuários(as) e quais as possibilidades de intervenção em cada situação específica. Além disso, uma gama de atividades burocráticas, como preenchimento de documentos, prontuários e registro de atividades para controle e envio para os órgãos de controle e fiscalização, tanto municipais como Federal, fazem parte da rotina diária das(os) psicólogas(os) nos CAPS AD. Vale salientar que estas ações devem ultrapassar a perspectiva protocolar e devem se apresentar como atividades constituídas de sentido.

Outra atividade importante é o matriciamento ou apoio matricial às equipes da Atenção Básica. Idealizado por Campos (1999), esta atividade tem a função de criar um novo modo de produzir saúde, a partir da construção de intervenções compartilhadas entre equipes, possibilitando o acompanhamento mais efetivo das demandas dos(as) usuários(as), evitando a lógica do encaminhamento e da possibilidade do(a) usuário(a) “se perder” nos percursos entre um serviço e outro. A tarefa de apoio matricial é de fundamental importância, pois aproxima os CAPS AD da Atenção Básica e de outros serviços, fortalecendo a RAPS e propiciando um cuidado mais efetivo às demandas dos(as) usuários(as). Assim, estes dispositivos e ferramentas são oferecidos à população que acessa os CAPS AD e se materializam a partir do encontro entre usuários(as) e psicólogas(os) dentro e fora dos serviços.

Ainda em relação as atividades desenvolvidas pelas(os) psicólogas(os), a construção e acompanhamento do Projeto Terapêutico Singular-PTS é de fundamental importância, pois este instrumento possibilita a visualização das particularidades de cada usuário(a) do serviço, suas especificidades e as ações que devem ser desenvolvidas e que fazem sentido exclusivamente para cada usuário(a), afastando-se assim, de práticas generalizantes e uniformes.

O conhecimento para realizar tão grande gama de ações não é fácil de ser adquirido pelas(os) profissionais da psicologia e torna-se um grande desafio no processo de formação destas(es). Somos marcados por uma formação que prioriza a prática clínica individual, um a um, profissional e paciente, herança da influência da medicina. A atuação num serviço público de saúde que atende à usuários(as) de drogas não deve se restringir a uma atuação individualizada, é preciso atuar na relação com outros saberes que compõem o serviço, é preciso conduzir grupos e compreender processos grupais, é preciso caminhar no território e aqui é andar literalmente por ruas, becos e vielas, geralmente marcado pela desigualdade social e pela precariedade e subalternidade de determinados grupos populacionais, é preciso dialogar com outras equipes de saúde, outros serviços, outras lógicas de cuidado.

Compreender o lugar da droga na vida de sujeitos marcados pela violência tanto social quanto institucional e compreender que este uso, em muitas situações, é justamente o que faz o

sujeito estar vivo (NERY FILHO, 2012). A principal ferramenta das(os) psicólogas(os) para efetivar estas ações é a escuta, e é esta escuta que possibilitará a construção de vínculos entre trabalhadores e usuários(as).

O que buscam os(as) usuários(as) quando procuram os CAPS AD, quando esta busca ocorre, em que momento de vida do(a) usuário(a), como chegam aos serviços e como se dá este encontro com a(o) profissional de psicologia, o que faz esta(e) profissional a partir deste encontro, como e porque faz as atividades atribuídas. Dentre diversas possibilidades que podem surgir deste encontro, o abandono do tratamento por parte dos(as) usuários(as) configura-se como uma realidade presente nos serviços e passaremos a discorrer sobre esta realidade a seguir.

3.5 Abandono do tratamento

Diante de tantos resultados possíveis do encontro entre profissionais da psicologia e usuários(as) de drogas nos CAPS AD, a partir da relação entre o que buscam os(as) usuários(as) e o fazem as(os) profissionais, o abandono do tratamento por parte dos primeiros é uma realidade presente nos serviços e provoca uma grande inquietação em boa parte dos(as) envolvidos(as) neste processo de cuidado.

O abandono do tratamento é um fenômeno que ocorre rotineiramente no processo de psicoterapia (GASTAUD; NUNES, 2010). Isto revela que um grande número de pessoas deixa de se beneficiar de um tratamento adequado para o seu sofrimento psíquico e o que envolve a decisão de um(a) usuário(a) abandonar um tratamento possui as mais variadas motivações.

Em artigo de revisão bibliográfica, Gastaud e Nunes (2010) propõem-se a revisar as definições de abandono de tratamento no processo de psicoterapia psicanalítica e afirmam que:

Grande parte dos estudos dedica-se a encontrar relações entre abandono de tratamento e características dos pacientes, dos terapeutas ou dos serviços. Preocupa-se, assim, em levantar e estimar prevalências de abandono, encontrar preditores de abandono e/ou descobrir variáveis correlacionadas, objetivando propor estratégias para minimizar as altas taxas de evasão de tratamento (GASTAUD; NUNES, 2010, p. 248).

Já na pesquisa realizada por Fernandes *et al.* (2017), que se debruçaram sobre 593 prontuários de um serviço ambulatorial de tratamento da dependência química no Rio Grande do Sul entre os anos de 2012, 2013 e 2014, deste número total de prontuários analisados, 487 tinham registro de abandono do tratamento, equivalendo a 82,1% dos casos analisados.

Exatamente por nos depararmos com números quase que equivalentes aos citados acima no dia a dia dos serviços gerenciados, foi que nos interessamos por realizar esta pesquisa e tentar analisar a relação entre atuação das(os) profissionais de psicologia nos CAPS AD e o abandono do tratamento por parte dos(as) usuários(as).

No tocante ao tratamento da dependência química, uma das justificativas clássicas para o abandono são as recaídas, sendo que estas fazem parte do tratamento. Assim, o encontro entre as(os) profissionais da psicologia e usuários(as) de drogas nos CAPS AD requer uma tentativa de análise que possa abrir outros caminhos para a compreensão deste evento. Um encontro entre corpos e subjetividades que tem como consequência a construção de uma relação terapêutica que visa possibilitar uma mudança, por parte do(a) usuário(a), da sua posição em relação ao objeto droga. Desta forma, entende-se que a(o) psicóloga(o) reuniria condições de provocar nos(as) usuários(as) possibilidades de efetivação destas mudanças a partir do seu saber-fazer.

Freud inaugura uma nova forma de tratar as pessoas, sua clínica difere das práticas da sua época porque, justamente, se distancia das questões exclusivas do corpo e faz falar a histórica. Consequentemente a necessidade de escutar o que é dito e o que não é dito se faz presente de forma primordial na clínica proposta por Freud (CAMPOS, 2014).

O que a(o) psicóloga(o), que atua num serviço público de saúde que atende usuários(as) de drogas, vai escutar? Com que corpos e subjetividades este profissional vai se deparar? Universos completamente distintos que se encontram num espaço específico de cuidado regido por uma lógica, ou seja, sujeitos vindos de realidades completamente diferentes que se encontram num CAPS AD, espaço regido por uma série de regras, normas e sentidos, buscando uma saída possível para a dependência química. Como nos questiona Campos (2014, p. 79) “[...] o que acontece com esse sujeito que um dia se transformou, por obra da academia, ou da vida, em um profissional de saúde.”.

Ingressar como profissional de saúde num serviço público através de um concurso precisa estar além de garantir uma estabilidade e um salário. É preciso compreender o local onde se vai atuar, entender o processo de construção deste lugar e a lógica que o rege. Sabemos de todas as dificuldades em relação a execução da política de álcool e drogas no Brasil, poucos recursos, falta de material, dificuldades em executar atividades por inúmeros motivos, espaços físicos inadequados e atualmente todo um desmonte de uma série de ações e serviços para um retorno à lógica manicomial. Segundo Endo (2017, p. 74-75):

No cotidiano das práticas institucionais, o projeto de separar corpos e lugares destinados a trabalhadores e usuários fracassa, principalmente na intenção de se evitar a contaminação pela dor do outro. Prevalece o estado de autodepreciação e apequenamento de si, identificados com as paredes

descascadas, o mobiliário triste e roto, onde paira o ritmo moroso dos atendimentos; profissionais de saúde parecem ocupar o lugar destinado a nada acontecer. [...] a escuta burocratizada pretende acolher o usuário com suas repetitivas queixas.

Dada as condições de trabalho precárias, a relação entre profissional e usuário(a) ainda recebe influência de três aspectos importantes: de onde vem a(o) profissional, de onde vem o(a) usuário(a) e o entendimento sobre o uso de drogas para cada um.

Geralmente as(os) psicólogas(os) pertencem a uma classe social que acessa bens e serviços, tiveram acesso à educação, frequentaram universidades, residem em locais com infraestrutura de água, esgoto, energia elétrica, não tem dificuldades em se alimentar e construíram um entendimento do mundo a partir destes referenciais. Já a grande maioria dos(as) usuários(as) que acessam os CAPS AD pertencem às classes subalternas, na sua imensa maioria são negros(as) e residem em locais periféricos, e muitos sem acesso as condições básicas de moradia. Além disso, a formação da(o) psicóloga(o) está muito distante de trabalhar esta realidade vivenciada pelos(as) usuários(as) no percurso da sua formação acadêmica, salvo raríssimas exceções. Por fim, a questão do entendimento construído pela(o) psicóloga(o) sobre o uso de drogas. Entender este uso afastando-se dos julgamentos morais e reproduzidos pela sociedade torna-se um desafio diário na prática dos CAPS AD.

Diante de tantas questões, o que esperar deste encontro totalmente antagônico entre pessoas com realidades completamente distintas que tentam estabelecer uma relação terapêutica num serviço com inúmeras dificuldades de funcionamento. Facilmente pode-se escorregar para escutas burocratizadas, como nos afirma Endo (2017) ou o estabelecimento de relações de poder onde só é aceitável sujeitos submetidos a uma normatividade excessiva dos serviços, ou seja, um controle de corpos e subjetividades em favor de uma lógica coercitiva e normativa (SOUZA, 2107; MBEMBE, 2018).

O encontro entre psicólogas(os) e usuários(as) pode provocar diversas reflexões e suscitar questionamentos, de acordo com o que Rosa (2015) propõe: como escutar sujeitos situados de forma precária no campo social? Como compreender a constituição destes sujeitos e qual o seu enlaçamento social? Como acolher e colocar-se diante deste outro que traz consigo um sofrimento que perpassa pela sua condição sócio-econômica? Estas questões são pertinentes pois a partir delas podemos pensar quais os desdobramentos e efeitos possíveis da relação entre psicólogas(os) e usuários(as) no abandono do tratamento por parte destes(as) últimos(as), que procuram os serviços públicos de saúde para tratar a dependência química.

Assim, nos cabe também refletir sobre qual o tratamento possível de ser oferecido por serviços e profissionais que se estabelecem em posições estáticas diante de dinâmicas de vida complexas e que fogem da realidade vivenciada pelas(os) profissionais da psicologia.

Infelizmente, diversas(os) profissionais apresentam dificuldades em construir uma compreensão deste novo lugar que o CAPS AD as(os) coloca, e aqui precisamos entender que não podemos culpabilizar as(os) profissionais por esta não compreensão que reflete na sua prática. Nossa formação ainda é bastante conservadora e pouco política, refletindo o que nossa sociedade entende de forma geral e que faz parte do seu imaginário, sobre as drogas e as pessoas que fazem uso delas. Ela ainda é carregada de julgamentos morais e isto é um processo de formação que se reproduz ao longo do tempo e se configura como um dos maiores desafios para o campo de álcool e outras drogas. A(o) profissional está inserida(o) nesta sociedade e também é influenciada(o) no seu processo de formação pessoal e construção subjetiva por estas ideias e valores. Assim, é fundamental que no seu processo de formação profissional haja um aporte teórico que promova uma reflexão sobre sua formação, prática e a realidade social em que vai atuar, que no nosso caso é marcado pela desigualdade (YAMAMOTO; OLIVEIRA, 2010).

Estas(es) profissionais chegam aos serviços públicos de saúde, entendendo estes espaços apenas como mais um campo de trabalho e totalmente despolitizada(o) em relação a sua atuação (SCARCELLI; JUNQUEIRA, 2011). Algumas alternativas se apresentam para contribuir na transformação deste cenário e este trabalho se propõe a discutir apenas um entrelaçamento de perspectivas teóricas que podem facilitar e contribuir para uma possível transformação das práticas das(os) profissionais de psicologia nos CAPS AD. Compreender a construção dos CAPS AD a partir da sua função enquanto propulsora da transformação da lógica do cuidado, entender que a dependência química não é fruto de uma única causa, mas sim do encontro entre três fatores fundamentais, o próprio sujeito, os diversos contextos em que ele está inserido e a própria substância que faz uso (CONTE, 2003; NERY FILHO 2019). E por fim, a ideia de que a dependência química é um sintoma social a partir da lógica capitalista que aponta o consumo como responsável pelo laço social. Como nos diz Conte (2003, p. 25) “pelo fato de o discurso social também ser constituinte da subjetividade, pode se considerar que todo sintoma é social. Assim, que dita o imperativo CONSUMA! apresentando-se como a expressão de um sintoma social ou uma resposta aos imperativos sociais de consumo.”.

Os(as) usuários(as) e profissionais da Psicologia dentro dos CAPS AD, a partir desta aproximação no cotidiano dos serviços, deveriam se implicar na (re)construção de projetos de

vidas que foram devastadas pelo uso/abuso de drogas. Porém, o que se vê são serviços extremamente burocratizados e coercitivos, gerando angústia nas Equipes devido a não “adesão” ao tratamento por parte dos(as) usuários(as). Fugindo assim, da ideia original de construção destes serviços substitutivos a partir dos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Além disso, o que preconiza a Redução de Danos se afasta totalmente do cotidiano dos serviços. Verifica-se assim, a dificuldade das(os) profissionais em respeitar as escolhas dos(as) usuários(as), querendo o tempo todo incidir nas suas decisões; dificuldade também em construir projetos de vida nos quais a droga possa ter um lugar na vida dos(as) usuários(as), pois o que se espera é a abstinência e tornar o sujeito “livre” das drogas. Tudo isso é também fruto das construções sociais que permeiam a discussão sobre as drogas, num viés extremamente conservador e autoritário.

De acordo com o Conselho Federal de Psicologia “a adequação do sujeito à norma, lembramos, não responde à sua necessidade singular” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p. 100). Serviços que funcionam transitando entre os diversos modelos de cuidado – da abstinência à redução de danos, passando pela fê – sem uma definição do seu papel no território e longe de uma compreensão das demandas dos(as) usuários(as). As demandas dos(as) usuários(as) podem ser compreendidas quando buscamos a Psicanálise para nos auxiliar neste percurso. Conte (2003), a partir das contribuições de Freud, nos indica que há duas possibilidades de compreender a função das drogas na vida dos sujeitos: como substituto do ato sexual enquanto uma ação auto-erótica e como uma ação de evitação do desprazer pela dureza da vida cotidiana, ou seja, usamos drogas para uma satisfação intrapsíquica e/ou usamos drogas para suportar o laço social.

Freud sempre associou o uso de drogas à sexualidade humana afirmando, inclusive, que o uso do narcótico pretende servir direta ou indiretamente como substituição a uma insatisfação sexual instalada no indivíduo. A busca pelo prazer, como substituto (momentâneo) do desprazer em não se satisfazer sexualmente. Foi em "Três ensaios sobre a sexualidade" que Freud (1979) sugeriu que o ato da satisfação auto erótica nas crianças ao chupar o polegar (fase oral), através da sucção, poderá tender à repetição na vida adulta por meio do hábito do uso de narcóticos por via oral, como o tabaco e o álcool.

Os referenciais teóricos da Psicanálise podem contribuir para que a(o) profissional de psicologia, que atua nos CAPS AD, tenha uma possibilidade de compreender esse fato corriqueiro que acontece nos serviços – o abandono do tratamento por parte dos(as) usuários(as) – e a partir disto refletir e construir intervenções possíveis diante de tal realidade.

Diante disto, os CAPS AD, enquanto serviço de saúde que se propõe a cuidar de pessoas que fazem uso de drogas, e as equipes multiprofissionais que dele fazem parte, e principalmente as(os) psicólogas(os), precisam refletir sobre o que estes serviços tem produzido a respeito do fenômeno da dependência química. Os saberes e os fazeres construídos ao longo do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira e da implantação dos serviços substitutivos necessitam efetivamente proporcionar a construção de vínculos entre usuários(as) e profissionais, afastando-se da lógica de cuidado manicomial, viabilizando a participação efetiva dos(as) usuários(as) no processo de cuidar. De acordo com Dias (2008, p. 91) “os saberes dos usuários de drogas ainda são desqualificados sistematicamente quando se trata de pensar as políticas de drogas no Brasil.”

Porém, toda essa discussão sobre o abandono do tratamento por parte dos(as) usuários(as) e a posição das(os) profissionais de psicologia diante destes(as) e a função dos CAPS AD, também pode ser entendida a partir do conceito de transferência. Visualizando uma triangulação entre usuários(as), profissionais e serviço, como se dá este processo transferencial, que é fundamental para o tratamento psicanalítico e para o entendimento de fenômenos que ocorrem na relação entre estes “atores” envolvidos.

Inicialmente Freud associa o conceito de transferência ao de resistência (FREUD, 1969), afirmando que a transferência aparece no decorrer do processo analítico como a mais potente forma da resistência. Essencial para o trabalho analítico, torna-se, ao mesmo tempo um fator de sucesso do tratamento ou um grande empecilho, sendo imprescindível o seu manejo na clínica.

Conceitualmente nada mais é que a atualização do desejo inconsciente em relação a figuras parentais, ou figuras importantes na vida do sujeito, para substitutos que podem ser outras pessoas ou instituições. De fácil compreensão conceitual, a transferência torna-se um dos principais conceitos da psicanálise pois é através dela que podemos acessar e fazer circular a energia libidinal e observar um conjunto de afetos vivenciados pelos sujeitos (FREUD, 1969). Porém, o manejo deste conceito na prática diária da psicanálise requer da(o) profissional uma capacidade de lidar com afetos e atitudes, tanto suas como dos seus pacientes, que podem impedir efetivamente o tratamento e provocar sentimentos diversos.

Para Elia (2004, p. 32), a transferência presentifica o inconsciente na relação com o outro quando convoca “O sujeito a falar segundo o método introduzido pela regra da associação livre, leva a que algo se produza, para além da palavra, mas nela inteiramente ancorado, e esse algo é a transferência.”

Desta forma, podemos lançar mão deste conceito fundamental da psicanálise para tentar inferir algo na relação que se estabelece entre profissionais, usuários(as) e serviço. Relações entre usuários(as) e profissionais da psicologia dentro dos CAPS AD, permeadas por afetos e que estes podem provocar desgastes nestas relações. Um exemplo prático, vivenciado no dia a dia dos serviços, é aquele usuário ou usuária que abandona o tratamento, mas logo em seguida retorna ao CAPS AD solicitando novo ingresso. Isto pode ser um gerador de grandes conflitos a partir da presentificação de afetos sem que ambos os(as) envolvidos(as) possam se dar conta. Raiva, desprezo, indiferença dentre outros afetos, podem gerar atitudes que dificultem ainda mais a permanência do(a) usuário(a) no serviço, fazendo com que a(o) profissional de psicologia ratifique alguns discursos e reforce o lugar do(a) usuário(a) de drogas como aquele que *“não tem jeito”*.

Importante apontar que as instituições CAPS AD têm um papel fundamental, pois são nestes espaços onde ocorrem variadas vivências afetivas entre usuários(as) e profissionais. E procurar compreender como este serviço se instala no território, que representação possui para os(as) usuários(as), que ações desenvolve, como acolhe quem os procura, quais suas propostas de atividades diárias, o que promove, pode facilitar o manejo transferencial entre profissionais, usuários(as) e serviço, ou seja, que tratamento é disponibilizado por estes serviços às pessoas que o procuram.

Após esta discussão sobre o que buscam os(as) usuários(as) e o que fazem as(os) profissionais, e quais resultados surgem deste encontro, que no nosso caso é o abandono do tratamento, partiremos agora para demarcar como este trabalho foi realizado, o que fizemos e o que buscamos para analisar a relação entre atuação profissional das(os) psicólogas(os) e abandono do tratamento por parte dos(as) usuários(as). E também apresentar o que pretendemos com isso, ou seja, a construção de uma análise/discussão a partir do que foi colhido das entrevistas com as(os) profissionais que trabalham nos CAPS AD do município de Recife-PE.

4 COMO FIZEMOS E O QUE BUSCAMOS COM ESTE TRABALHO

O interesse em construir este trabalho surgiu da experiência de gerenciamento de dois CAPS AD, no município de Recife, e de percebermos a grande reincidência de casos de abandonos de tratamento por parte dos(as) usuários(as), sendo este fenômeno comum no dia a dia dos serviços. Porém o que nos chamou mais atenção foi o fato de sempre que questionávamos este fenômeno com as equipes, as mesmas apontavam que esta seria uma atitude comum dos(as) usuários(as), pois isto fazia parte da dinâmica da dependência química, ou seja, abandonar o tratamento seria algo esperado pela equipe, colocando o(a) usuário(a) como exclusivo protagonista deste fenômeno. Outra justificativa para o grande número de abandonos de tratamento, apontados pelas equipes que tivemos contato, foi a incapacidade do serviço em “*segurar*” o(a) usuário(a) devido as suas condições precárias de funcionamento, que envolviam desde material para realização de oficinas e grupos, e equipe técnica insuficiente, até a dificuldade de utilização de veículo para realização de atividade externa.

Assim, na nossa experiência enquanto Gerente Operacional de CAPS AD, a questão do alto número de abandono de tratamento se dava por uma questão exclusiva do(a) usuário(a), ou se dava pela ineficiência do serviço. Esta constatação se deu pelas inúmeras falas nas reuniões técnicas dos profissionais quando discutíamos os “casos clínicos”, apontando que todo o esforço era realizado por parte das(os) profissionais para garantir a permanência dos(as) usuários(as) no serviço, mas que devido as condições do espaço físico e das dificuldades materiais, dificilmente os(as) usuários(as) se motivariam a permanecer nos CAPS AD, pois não tínhamos nada para “oferecer”, de modo que eles(as) abandonavam o tratamento. Associado a isto, outra questão recorrente nas reuniões apontava para as condições do sujeito, que a partir de um histórico de uso de drogas, não conseguiria ficar no serviço muito tempo, pois a recaída era esperada, determinando assim a condição de um sujeito “sem jeito” no que dizia respeito a ressignificação do lugar da droga na sua vida. A partir disto, decidimos estudar este fenômeno, tentando analisar um fato ausente na fala dos profissionais: poderia existir alguma implicação da atuação profissional que contribuísse para o abandono do tratamento por parte dos(as) usuários(as)? Assim, partimos para a construção deste trabalho tentando analisar possíveis relações entre o trabalho das(os) psicólogas(os) e o abandono do tratamento por parte dos(as) usuários(as).

Inicialmente ficou definido que nossa coleta de dados seria realizada apenas com profissionais de psicologia que atuassem nos CAPS AD do município de Recife. Assim,

submetemos nosso projeto ao setor responsável na Prefeitura da Cidade do Recife-PCR e seguimos todos os passos necessários para o cadastramento do projeto junto à Secretaria de Saúde do Recife, ao mesmo tempo que submetemos o projeto para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP da Universidade Católica de Pernambuco-UNICAP, pois só conseguiríamos entrar nos serviços para realizar as entrevistas após a aprovação do projeto no CEP e cadastro do parecer no processo junto a Secretaria de Saúde do Recife. Apesar de algumas dificuldades e entraves burocráticos que causaram certo estresse e tensionamento, o projeto foi autorizado pelo CEP e foi possível adentrar nos serviços para a realização das entrevistas. Infelizmente, houve a necessidade de solicitar dilatação do prazo para apresentação desta dissertação junto a Universidade Católica de Pernambuco-UNICAP.

Após liberação do Parecer e entrega do mesmo junto a Secretaria de Saúde, ficamos no aguardo do documento que liberou nossa entrada nos serviços para realização das entrevistas. Chegando aos serviços com a documentação que autorizava a sua realização, é importante registrar como cada serviço agiu de forma distinta, de modo que uns prontamente agendaram as entrevistas com os profissionais; outros solicitaram o encaminhamento do documento para a pessoa responsável por pesquisas no Distrito Sanitário, e responsável pelo território no qual estava inserido o CAPS AD; outros ainda dificultaram bastante o agendamento das entrevistas, fazendo com que o pesquisador ficasse esperando até duas horas para falar com a chefia do CAPS AD para agendá-las. Tudo isto levou bastante tempo e também contribuiu para a solicitação de dilatação do prazo para entrega e apresentação deste trabalho.

Alcançamos, dentro do proposto enquanto amostragem, entrevistar pelo menos uma/um profissional de psicologia de cada CAPS AD do município de Recife. Assim, todos os serviços estão representados na análise da coleta de dados, sendo que entrevistamos um total de 08 (oito) profissionais de psicologia. Só não entrevistamos as(os) profissionais de um serviço, pois não estavam no campo da nossa amostra, uma vez que este tratava-se de um CAPS AD específico para o atendimento de um outro público que não o público adulto.

Em sua grande maioria as entrevistas ocorreram de forma tranquila e sem maiores interrupções – ou qualquer outra situação que pudesse interferir na coleta dos dados. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE, como também autorizaram a gravação das entrevistas de acordo com o Termo. Todas as entrevistas foram transcritas e submetidas as devidas correções, e a partir das entrevistas transcritas e audição das mesmas, foi realizada a análise dos conteúdos, fomentando toda discussão desta pesquisa.

4.1 Como fizemos este trabalho

Toda pesquisa utiliza-se do método científico para a construção de conhecimentos no campo da ciência. Inaugurado por Descartes, transformou-se num marco da filosofia moderna, orientando a elaboração do pensar a partir da razão humana e de um conjunto de regras que ajudam a explicar e compreender determinados fenômenos (TURATO, 2003). Como um caminho percorrido para se chegar a um determinado fim, o método sempre almeja um objetivo. Já a compreensão da metodologia científica aponta para o estudo dos mais variados métodos utilizados num campo específico do saber (TURATO, 2003; GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

A metodologia científica não é, entretanto, meramente a descrição dos diversos procedimentos que serão utilizados na pesquisa, mas envolve questões epistemológicas e toda a capacidade do(a) pesquisador(a) em usar sua criatividade na busca do conhecimento (MINAYO, 2010).

Segundo Rezende (1993), no campo específico da Psicanálise, a investigação pode se dar em três espaços: na biblioteca, no mundo vivido e no consultório. Além de uma prática e de uma teoria, a Psicanálise também nos oferece um método de investigação. Ainda segundo o autor, estaria a Psicanálise dentro das ciências humanas, com as especificidades próprias deste lugar do conhecimento, afirmando que:

Investigar, em psicanálise, é interpretar a polissemia das situações observadas, ao contrário do que ocorre nas ciências formais e empírico-formais. Nessas ciências, o ideal é a univocidade, de tal sorte que uma proposição científica (uma equação, um teorema...) seja entendida no mesmo sentido, em qualquer tempo, em qualquer lugar, por qualquer pessoa. Em rigor dos termos, não há lugar para interpretações (REZENDE, 1993, p. 105).

Na pesquisa em Psicanálise a interpretação faz-se sempre presente e necessária, pois a compreensão das polissemias pode revelar diversos sentidos para quem investiga os fenômenos. Vale salientar ainda que nenhum objeto de estudo é compreendido fora de um contexto histórico, pois é justamente dentro destes contextos que as pesquisas ganham sentido e significações para todos os(as) envolvidos(as) (TURATO, 2003).

Assim, fizemos esta pesquisa propondo construir uma análise que permita verificar se o trabalho de cuidado desenvolvido pelas(os) psicólogas(os) nos CAPS AD apresenta alguma relação com o abandono do tratamento dos(as) usuários(as), levando portanto, em consideração, o momento histórico por qual passamos – marcado pela disputa entre lógicas de cuidado manicomiais e antimanicomiais – devido à grande discussão sobre regulamentação, legalização

e liberação das drogas, além do desmonte da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS que estamos presenciando.

A natureza da pesquisa é qualitativa, pois neste tipo de pesquisa não há preocupação com representação numérica, e sim com a possibilidade de construir novas informações sobre o fenômeno estudado. Trata-se de uma pesquisa descritiva, que pretende observar e descrever os fenômenos vivenciados em uma realidade específica. E por fim, os procedimentos de coleta foram realizados no campo, pois para além da pesquisa bibliográfica necessária, a coleta de dados a partir de entrevistas semiestruturadas é ferramenta valiosa para compreender a posição dos sujeitos frente a outros sujeitos, como também aos fatos vivenciados na realidade estudada. (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

A escolha pelo formato semiestruturado das entrevistas revela uma preocupação com alguns questionamentos necessários e previamente construídos, bem como outros que podem aparecer no momento de sua execução. Foram entrevistados 08 (oito) psicólogas(os) que trabalham nos CAPS AD do município do Recife e que atendem a população adulta. Com os subsídios teóricos da Psicanálise, é possível acessar material consciente e inconsciente, a partir da possibilidade de uma atenção e análise flutuante, debruçando-se sobre tudo o que foi traduzido como material a ser trabalhado, de forma a entender suas importâncias nos processos que se busca analisar (FREUD, 1969).

Assim, a técnica da entrevista configura-se como um instrumento valioso de obtenção de dados a partir do encontro entre duas pessoas. De natureza profissional, este encontro proporciona ao pesquisador informações necessárias com fidedignidade e confiabilidade (LAKATOS, 2010). As entrevistas foram gravadas e sucessivamente transcritas e analisadas, salvaguardando os cuidados éticos e seguindo as orientações da resolução nº 466/2012 e nº 580/2018 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, como explicações pertinentes, sigilo de identidade e consentimento através de termo assinado (BRASIL, 2012, 2018).

No tocante aos dados obtidos a partir da aplicação das entrevistas, foi utilizada a análise interpretativa, técnica que possibilita a explicitação de significados ocultos de um discurso ou texto, permitindo o acesso aos conteúdos latentes (TURATO, 2003).

4.2 O que buscamos com este trabalho

Como afirmado anteriormente, todas as entrevistas ocorreram sem maiores problemas e foram realizadas no próprio ambiente dos serviços, em salas reservadas e sem maiores

interrupções. Conseguimos estabelecer uma boa relação com todos(as) os(as) entrevistados(as) desde o início, fato que contribuiu para o bom andamento da atividade.

O desafio de elaborar as perguntas que estariam contidas na entrevista se constituiu como um exercício árduo, pois a cada pergunta pensada e elaborada, outras questões surgiam. Junto a isto, a dúvida sobre quais destas estariam mais próximas de nos ajudar a alcançar o objetivo deste trabalho. Tomamos o cuidado necessário para que a entrevista não fosse muito extensa e trabalhamos as perguntas a partir de três eixos: formação profissional; atuação no CAPS AD e compreensão sobre o abandono do tratamento. As entrevistas duraram entre 30 e 40 minutos, tempo suficiente e que não provocou qualquer incômodo nas(os) entrevistadas(os).

Assim, após aplicação e transcrição das entrevistas, partimos para a análise das mesmas e decidimos construir categorias sobre aquilo que consideramos mais relevante para facilitar o que buscamos com este trabalho, sendo elas: formação das(os) psicólogas(os); entendimento sobre o CAPS AD; o fazer no CAPS AD; abandono do tratamento e Redução de Danos.

Decidimos também que nesta etapa vamos analisar as entrevistas estabelecendo um diálogo com as mesmas e já realizando uma discussão sobre os eixos abordados e categorias definidas, articulando com a fundamentação teórica que embasa esta pesquisa.

Com todo o cuidado necessário para não identificar as(os) psicólogas(os), nem tampouco os locais de trabalho das(os) mesmas(os), iremos identificar as profissionais com numeração de 01 a 08, escolhida aleatoriamente. Assim, utilizaremos a definição ‘Psi 01’, ‘Psi 02’ e assim sucessivamente até o ‘Psi 08’, para identificar os profissionais neste trabalho.

4.2.1 Formação das(os) psicólogas(os)

A graduação em Psicologia garante a formação de profissionais generalistas, e para a atuação em áreas mais específicas é recomendado que haja um processo de formação complementar a partir de cursos de pós-graduação que possibilitem um aprofundamento na área escolhida de atuação profissional. Assim iniciamos as entrevistas buscando saber sobre o processo de formação das(os) profissionais.

A partir das entrevistas, ficou constatado que apenas 02 (duas/dois) profissionais possuíam, para além da graduação em Psicologia, formação sobre o tema Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, que facilita a atuação nos CAPS AD. Das(os) 08 (oito) profissionais entrevistadas(os) identificamos o que se segue:

3 (três) com Especialização em outras áreas;

- 1 (uma/um) com Especialização em Álcool e outras Drogas;
- 1 (uma/um) com Residência Uniprofissional em Saúde Mental;
- 2 (duas/dois) com Mestrado em outras áreas;
- 1 (uma/um) com Doutorado em outra área.

Perguntada(o) se possuía alguma formação sobre o tema Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas para trabalhar nos CAPS AD, a(o) Psi 01 respondeu:

“Cheguei aqui só com minha graduação e minhas especializações e não sabia nada de dependência química. Absolutamente nada, só curiosa muito e queria trabalhar com dependência química.”

Revelando, assim, uma realidade muito comum nos serviços, o ingresso de profissionais em serviços especializados sem uma aproximação mínima com a temática. Já a(o) Psi 04 aponta que não houve qualquer preparo para ingresso no CAPS AD e o dia a dia no serviço foi o responsável pela sua aprendizagem no tema específico, inclusive nas supervisões. E aí cabe um questionamento: as supervisões institucionais podem ser consideradas lugares para formação profissional?

“Acho que a parte clínica. Não especificamente o... vamos dizer assim, um preparo para isto, não. O conhecimento veio, a clínica veio a partir da... da prática né. Então assim, a busca do conhecimento vem a partir da prática. E a gente tem assim, vamos dizer uma... uma formação com as supervisões né.”

A(o) Psi 02 também revela que não possui formação que auxilie sua atuação no CAPS AD:

“É... tiveram alguns cursos né, que são cursos AD. Mas numa formação específica não... Não, num fiz nenhum curso mas tem alguns cursos... E material é... audiovisual e de ensino a distancia.”

Como também a(o) Psi 07 e Psi 08:

Psi 07:

“Não. Na verdade sim. Ah... é... não especialização, alguns cursos que eu fiz na área sim. Cursos de menor duração.”

Psi 08:

“Específica, não. Só fiz cursos assim, de, de reciclagem, capacitação, Supera. Esses cursos que a prefeitura também tão fazendo, é... anualmente, tão fazendo agora mensalmente, né.”

É possível verificar, a partir das respostas, que o processo de formação dos profissionais resume-se a graduação em Psicologia, e para atuar nos CAPS AD seria importante um

aprofundamento na temática. A partir dos relatos percebemos que muitas das ações e entendimentos sobre a temática são fruto das práticas diárias das(os) profissionais, ou seja, as(os) profissionais vão aprendendo e discutindo as questões relativas à dependência química no dia a dia dos serviços, lidam com os(as) usuários(as) sem que haja muita experiência. E atrelado a isso, a questão da formação do curso de Psicologia que não proporciona às(aos) futuras(os) profissionais o contato com o tema no processo de formação.

Assim, Scarcelli e Junqueira (2011) nos ajuda a compreender este fenômeno, pois apontam a questão da formação do profissional como fundamental para uma atuação que corresponda ao que é preconizado pelo serviço. Chegar num serviço especializado sem uma formação mais específica e começar a atuar tendo que pôr em prática uma série de procedimentos específicos que o serviço requer, configura-se como um fator relevante para a rigidez de práticas e uma busca por enquadramentos que assegurem a(o) profissional que o seu fazer não foge do que está previsto, podendo nos levar a pensar que prepondera uma espécie de “ensaio e erro”. Além disso, pode-se rapidamente recorrer a construção de relações com os(as) usuários(as) baseadas no poder, com práticas normativas e coercitivas, pois estas práticas garantem o cumprimento do que está estabelecido pela letra fria das legislações e portarias, impossibilitando manejos clínicos menos rígidos que facilitem a construção de vínculos entre profissionais e usuários(as).

Podemos inferir, a partir destas primeiras respostas, que existe um encontro de vulnerabilidades, ou seja, uma vulnerabilidade dos(as) usuários(as) pela sua condição de vida e relação com a(s) droga(s) e uma vulnerabilidade das(os) psicólogas(os) por conta de uma formação que se distancia das realidades vividas pelos(as) usuários(as).

Além disso, a especificidade do cuidado aos usuários(as) que fazem uso de álcool e outras drogas requer a capacidade de uma plasticidade da prática, como nos afirma Lancetti (2015), afastando-se necessariamente de uma mecanização dos atendimentos que tem como foco apenas o cumprimento de procedimentos.

4.2.2 Entendimento sobre o CAPS AD

Após a discussão inicial sobre o processo de formação, foi perguntado às(aos) entrevistadas(os) sobre qual o seu entendimento a respeito do que seria um CAPS AD.

Fazer este questionamento, aparentemente simples, nos mostrou que a questão não é tão simples assim e que há uma complexidade revelada nas respostas das(os) profissionais sobre o que são os CAPS AD.

A(o) Psi 01 aponta o pioneirismo do serviço, porém não avança na discussão sobre qual realmente é o seu entendimento sobre o serviço:

“Uma pergunta bem ampla. O CAPS AD é um serviço que pra mim pioneiro. Foi um serviço pioneiro. Onde a gente começou, toda equipe praticamente não tinha experiência nenhuma. Então um serviço pioneiro que começou a tratar o mais é... cuidado a dependência.”

A(o) Psi 02 discorre sobre a relação do serviço com os(as) usuários(as), enfatizando o lugar destes(as) no serviço e também fazendo uma marcação sobre quem são estes(as) usuários(as). Assim, revela o que destacamos neste trabalho sobre os lugares distintos de onde vêm as(os) profissionais e os(as) usuários(as):

“Então são vários profissionais de diversas áreas, onde a concepção do usuário é a concepção integral. O usuário é percebido como sujeito biopsicossocial em sua integralidade.”

“As pessoas têm de um nível de escolaridade muito baixo. Geralmente a grande demanda, a grande maioria dos usuários são pessoas que provém de classes econômicas desassistidas.”

“É um espaço também de acolhimento, de suporte no sentido de é... junto com o usuário tentar proporcionar a ele novos objetivos de vida.”

A(o) Psi 04 também vai focar sua resposta sobre o seu entendimento sobre o CAPS AD na questão do(a) usuário(a), mostrando-nos que faz uma relação sobre o entendimento do serviço e o público que atende, ou seja, aponta também para o que discutimos ao longo deste trabalho sobre o acesso aos serviços públicos de saúde. Os serviços públicos de saúde são acessados por populações pauperizadas que não podem pagar por um “plano de saúde”.

“Pois é. A compreensão é bem ampla né. Mas hoje em dia, a gente tem uma mudança muito grande de perfil de usuários de CAPS AD. É porque a gente tem uma demanda muito grande de pessoas com situação... em situação de rua. Num é. Muita vulnerabilidade e risco social. E aí muda hoje em dia o... a concepção de, vamos dizer, 10 anos atrás de 8 anos atrás. A concepção que a gente tem do serviço CAPS AD, era uma, hoje está sendo outra.”

Já as(os) Psi 07 e 08 fazem uma discussão a partir das suas respostas sobre o lugar do CAPS na RAPS e uma discussão sobre o território. Diante do cenário atual de desmonte da RAPS e de mudança da lógica de cuidado e enfraquecimento dos serviços CAPS, torna-se bastante relevante a discussão levantando pelas(os) entrevistadas(os):

Psi 07:

“É... entendo que é um... um centro né, de tratamento, um espaço de saúde né, pra quem é dependente químico né. Que infelizmente não tá da forma que deveria num é. Infelizmente a gente tá sofrendo muita pressão em relação a... a RAPS né. O cuidado que teríamos antes e que deveríamos ter, e que hoje não está funcionando dessa forma, da melhor forma possível.”

Psi 08:

“Eu acho que um CAPS AD né, como fala né, é um Centro de Apoio, tanto psíquico quanto, quanto social. Né. Então eles seriam vamos dizer um ponto de apoio. Eu acho que não só aqui dentro, mas lá fora, na rede, que a gente chama tanto essa rede, essa rede, e os apoios fora do território, dentro do território mas fora do CAPS, e que a gente poderia atender a todas as pessoas...”

Vale ressaltar a diversidade de caminhos revelados pelas entrevistas sobre o entendimento do que é um CAPS AD, apontando assim um desafio sobre a prática das(os) profissionais que lá atuam. Uniformizar um entendimento sobre um serviço tão complexo que se propõe a tratar também de uma questão tão complexa que é a dependência química, parece-nos que não é uma coisa fácil, mas poder encontrar minimamente um fio que trace um linha onde estes diversos pontos levantados pelas(os) entrevistadas(os) se entrelacem parece ser uma saída importante para fornecer um entendimento sobre este equipamento de saúde.

Ainda cabe aqui uma discussão sobre a relação entre entendimento sobre o serviço e cuidado ofertado por ele. Podemos entender a Reforma Psiquiátrica brasileira como um processo de (des/re) construção do modelo de cuidado às pessoas com sofrimento psíquico. Isso passa por uma mudança que, antes centrada apenas em um saber e que aponta para um tratamento com foco na doença, propõe a relação entre diversos saberes com o intuito de construir caminhos de cuidado com foco na produção de saúde.

4.2.3 O fazer no CAPS AD

Buscando estabelecer uma associação entre a formação das(os) profissionais e o seu entendimento sobre os CAPS AD, foi solicitando que as(os) profissionais discorressem sobre o seu fazer nos serviços.

A(o) Psi 01 revela-nos o seu fazer centrando suas ações na realização de grupos, na verdade ela revela que está fazendo apenas uma atividade grupal. Foca sua atuação na realização de grupos e deixa-nos um pouco confuso em relação ao conceito desta ferramenta tão importante e tão utilizada nos CAPS AD:

“Atualmente... eu já fiz tanta coisa (risos) Atualmente é... o que que eu faço? O meu trabalho é bem técnico da questão do cronograma de atividades que o CAPS AD é... contempla aos usuários. Então atualmente eu faço grupo. É... já fiz mais grupos. Atualmente eu só tô com um grupo. É... Um grupo que ele hoje tá se chamando “Reflexivo”. Mais ele na essência é operativo, porque é a forma como eu gosto de trabalhar.”

Além disso, faz questão de frisar que o seu fazer é técnico e segue o cronograma das atividades propostas pelo serviço.

A(o) Psi 02 também revela uma certa confusão em relação ao conceito de grupo, e aponta também, como seu fazer no serviço, uma escuta individual com o objetivo de buscar uma compreensão sobre o sofrimento do sujeito, mas não deixa nítido qual o objetivo desta compreensão ou o que fazer com este conteúdo trazido pelos(as) usuários(as)

“Já houveram momentos em que fazíamos alguns grupos é... terapêuticos, é... grupos operativos e hoje em dia a gente não tem muita condição de fazer isso. Eu... nós fazemos... É... grupos é... terapêuticos mas na perspectiva de grupos reflexivos, fazemos o atendimento individual onde eventualmente a gente tem a possibilidade também de é... fazer uma escuta mais qualificada sob o ponto de vista da psicologia, no sentido de compreender o sofrimento psíquico desse sujeito.”

Já a(o) Psi 03 levanta uma questão importante também discutida neste trabalho, a formação das(os) psicólogas(os) para atuação nos CAPS AD e a relação com o conceito de Clínica Ampliada:

“E a última estudante que acompanhei né, o professor queria que ela fizesse né, um relatório onde ela é... é... trabalhasse é... a visão mais tradicional da psicologia né, a... o psicólogo com um modelo teórico específico. Eu disse: Olhe o modelo num é... não tão assim fechado. O modelo da clínica ampliada é uma outra lógica de construção. Mas enfim, eu a... isso é pra falar da dificuldade que eu ainda percebo da academia se aproximar disso, entendeu?”

Também revela certa confusão em relação ao conceito de atividade grupal, muito comum até então no relato das(os) psicólogas(os) que atuam nos CAPS AD:

“Mas assim, em relação as atividades a gente faz num é, triagem, é... faz é... grupos de acolhimento né, que são os grupos que funcionam é... como porta de entrada mas acabam assumindo uma função psicoterapêutica também né. A gente faz grupos né de diversos formatos. O psicólogo faz muito grupo operativo, é... que tem uma leitura mais é... uma intervenção e uma... um acompanhamento mais psicoterapêutico.”

Por fim, revela a necessidade de realização de atividades fora do CAPS AD e aponta o apoio matricial como atividade fundamental para a relação com o território, e também revela a dificuldade do horário de trabalho além da dificuldade da equipe em “sair” do serviço e ir ao território:

“Faz atividades externas, faz matriciamento. Embora a equipe esteja muito engessada aqui, eu... eu a noite assim, é... gosto dos grupos mas eu gosto muito mais de tá fora entendeu? Acho que o modelo né era pra ter profissionais muito mais fora do que dentro do serviço reproduzindo um modelo puramente ambulatorial, que eu acho que é isso acontece na prática. Entendeu?” Eu não faço, ultimamente eu não tenho feito pela dificuldade mesmo do turno. Porque no turno da noite geralmente os serviços ambulatoriais estão fechados entendeu?”

Mais uma vez a questão sobre o entendimento da atividade grupal aparece na fala das(os) entrevistadas(os). A(o) Psi 05 revela-nos a condução de três grupos no serviço em que atua:

“Hum. É... eu faço atendimento individual, faço grupos, eu trabalho com três grupos aqui. Grupo operativo que é um grupo de fala, um grupo extremamente subjetivo né, que tem que ter uma formação uma formação do grupo operativo. Eu trabalho com o grupo projeto de vida que eu acredito que quem tá na fase de preparação, é importante o projeto de vida, pra reintegrar, num é, os vínculos na sociedade, num é? Com novas op.. opções nas áreas profissionais, financeira, educacional, social, de lazer, de relacionamento. Eu faço prevenção de recaída pra aquelas pessoas que tem o objetivo de se permanecer em abstinência do álcool ou de outras drogas.”

Analisando as falas das(os) entrevistadas(as), podemos perceber que umas das atividades em que todos colocam como sendo realizadas pelas(os) profissionais de psicologia é a coordenação de grupos. Freud (1976) vai discorrer sobre o papel e a importância dos seres humanos participarem de grupos, mas na verdade, ele aponta que estamos participando o tempo todo de grupos, seja de forma espontânea ou de maneira “forçada”. Assim, ele vai definir o interesse pelo estudo dos grupos:

A psicologia de grupo interessa-se assim pelo indivíduo como membro de uma raça, de uma nação, de uma casta, de uma profissão, de uma instituição, ou como parte componente de uma multidão de pessoas que se organizaram em grupo, numa ocasião determinada, para um intuito definido. (Freud, 1976, p. 92).

Fundamental então para a compreensão do funcionamento do sujeito, logo o estudo dos processos grupais ganha importância, e eles começam a ser utilizados como ferramenta para

aplicação nas mais diversas áreas da prática clínica. No campo da saúde mental, álcool e outras drogas, constitui-se como principal dispositivo clínico dentro dos CAPS AD (BRASIL, 2004), proporcionando aos sujeitos possibilidades de ressignificação das suas relações com as diversas drogas que fazem uso. Várias possibilidades de utilização desta ferramenta vão sendo disponibilizadas para as(os) psicólogas(os) lançarem mão no cuidado realizado nos CAPS AD, porém uma grande dificuldade conceitual e de aplicação se apresenta, como identificamos nas falas dos profissionais, pois parece haver certas confusões em relação aos conceitos e aplicações das atividades grupais.

Assim, esta confusão é percebida em quase todos os relatos, pois as(os) profissionais não conseguem distinguir o que realmente é um grupo operativo ou uma psicoterapia de grupo, bem como o que seria a denominação de “Grupo Reflexivo” ou “Grupo Psicoterapêutico”; parece que qualquer atividade, realizada nos CAPS AD, em que há um agrupamento de pessoas, pode ser considerada uma atividade grupal.

Dentre as modalidades mais comuns de atividade grupal há uma bastante utilizada no campo da saúde mental, álcool e outras drogas, a dos Grupos Operativos. Idealizado por Pichon-Rivière (2009), caracteriza-se pela centralidade da realização de uma tarefa, em que é fundamental observar e compreender a relação entre sujeito, grupo e tarefa a ser realizada, além da própria relação entre os integrantes do grupo e a atividade desenvolvida. Assim, todo grupo operativo precisa ser conduzido a partir de uma tarefa a ser realizada pelos seus integrantes, pois é a partir desta tarefa que poderemos perceber a transformação de situações dilemáticas – que sugerem um dilema e uma paralisação do grupo – em situações dialéticas – nas quais seus integrantes possam construir, a partir da tarefa, uma condição de transpor resistências e possibilitar trocas dentro da atividade grupal (PICHON-RIVIÈRE, 2009; OSÓRIO, 2003).

Outra questão importante percebida a partir das falas das(os) profissionais entrevistados é a dificuldade em encontrar uma especificidade da prática da psicologia nos CAPS AD, além da dificuldade em relacionar-se com a academia, pois uma(um) das(os) entrevistadas(os) relatou a falta de compreensão de um professor sobre o fazer nestes espaços, exigindo assim uma nova compreensão da prática da psicologia nos CAPS AD, sendo fundamental que no processo de formação das(os) psicólogas(os) possa haver uma aproximação maior da realidade vivenciada nos serviços e a psicologia.

4.2.4 Abandono do tratamento

O foco principal das entrevistas realizadas foi escutar das(os) profissionais de psicologia qual o seu entendimento sobre o abandono do tratamento por parte dos(as) usuários(as), assim a análise deste ponto torna-se fundamental para o desenvolvimento deste trabalho e vamos analisar, nesta seção, a fala de todas(os) as(os) profissionais entrevistadas(as).

Buscaremos, através das entrevistas, uma compreensão sobre qual o entendimento das(os) profissionais sobre o abandono do tratamento por parte dos(as) usuários(as), e isso nos exigiu um esforço para não escorregarmos para análises superficiais, nem tampouco construirmos julgamentos precipitados sobre a atuação e entendimento das(os) profissionais sobre esta delicada situação.

O momento atual por qual passa a política de atenção às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas no país é de mudança, de um modelo pautado pelos CAPS AD e pela Redução de Danos, para um modelo de abstinência e internação que tem como foco as Comunidades Terapêuticas como locais de tratamento. É uma disputa de saberes e lógicas e que tem a clínica como elemento principal para defesas e questionamentos sobre os modelos.

Falar de abandono do tratamento aponta para o fazer clínico, o dia a dia dos serviços, lidando com usuários e usuárias nas mais extremas situações, que perpassam pelas suas condições de existir no mundo como seres desejantes, pelos contextos sociais e econômicos que rebatem diretamente nas suas vidas e nas suas diversas relações afetivas com as pessoas do seu entorno. Além disso, tentar compreender a relação que estes sujeitos estabelecem com o objeto-droga que fazem uso, torna-se fundamental para nos aproximarmos da sua realidade e de seu funcionamento psíquico, possibilitando, assim, a construção de intervenções singulares que fujam de generalizações.

O que constatamos de forma muito explícita a partir das entrevistas é que ainda há um entendimento, de forma geral, de que o abandono do tratamento passa por dois agentes: o(a) próprio(a) usuário(a) e as condições de funcionamento dos serviços. Senão vejamos o que nos revela a(o) Psi 01:

“Olha eu acredito que o abandono acontece pelo momento do próprio usuário num é. É... quantas vezes ele abandona. Quantas vezes ele abandona a própria vida dele. Porque o abandono tá muito relacionado a... é... a vida do sujeito. Então, é... é um conjunto. Eu não acredito que o abandono acontece por um único motivo não. Há um conjunto de fatores. Fatores pessoais que entra aí a questão de, de... da pessoa não conseguir pessoalmente, não

tá pronta pra executar algum tipo de mudança na vida dela, do momento da vida da pessoa, e nos fatores relacionados a vida deles, social..., fatores sociais, econômicos, políticos, enfim...”

Também aqui percebemos que a(o) Psi 01 aponta às questões sociais como responsáveis pelo abandono do tratamento. Estas questões sociais também estarão presentes em grande parte das entrevistas.

Já a(o) Psi 02 inicia sua resposta apontando não gostar do termo “abandono” e põe o foco na questão das ações desenvolvidas pelo serviço quando percebe a ausência do(a) usuário(a) no CAPS AD, além de enfatizar o papel da condição do sujeito, enquanto dependente químico, e da substância neste processo:

“Veja é... eu não gosto da palavra abandono... E eventualmente quando ele passa a não frequentar ou deixa de vir, nós sempre procedemos com um grupo de agentes de redutores de danos que a gente solicita que faça... Então vão existir dificuldades das mais diversas ordens. É... o... a pergunta que você traz é a questão do abandono num é? Deixa de vir. Pode haver diversas razões né. É, ele pode também estar numa situação em que ele volte ao seu equilíbrio normal e consiga se readaptar né. Porque o... a dependência química vai ter peculiaridades, o dependente químico ou só de álcool ele tem um determinado padrão de comportamento, uma determinada dificuldade de relação com a substância do álcool ou de ele... é, é... um alcoolista crônico.”

A(o) única(o) entrevistada(o) que colocou a questão da atuação da(o) profissional como um elemento a ser considerado no abandono do tratamento foi a(o) Psi 03. Além disso, esta(e) apontou a rigidez do serviço como um ponto a ser considerado, e a necessidade de rever posturas, saindo de uma rigidez pautada pela regra e pelas normas do serviço para uma flexibilidade que leve a uma aproximação da realidade dos sujeitos:

“Olhe é... essa tem que ter muita teoria né, que justifica esse abandono. Que vá falar da psicodinâmica do dependente, inclusive de origem psicanalíticas que reforçam a ideia de que o dependente tem uma determinada maneira de ser, com determinada subjetividade que influencia. Eu acho que até influencia, mas assim: A leitura que eu faço em relação ao abandono é que ele tem uma relação é... direta com a forma como a equipe faz a gestão desse acompanhamento. Sabe? Utiliza a técnica pra ficar no lugar, pra não sair do lugar. É... assim, deixa eu dar um exemplo: É... no... no começo quando eu cheguei aqui logo no serviço, é... tinha um determinado protocolo é... de é... pra estabelecer a alta que era o seguinte: Duas faltas é... seguidas duas faltas seguidas, ou três alternadas já se dava alta no prontuário. Sem se quer procurar saber o que aconteceu com o usuário. Né, entendeu? Então assim, esse... esse

serviço em particular, ele tem uma coisa muito enrijecida. A minha... a minha sensação... melhorou muito mas ainda tem coisas muito duras como se o regimento fosse é... prioridade em relação a clínica mesmo, a gestão da clínica.”

A(o) Psi 03 aponta também a importância do Projeto Terapêutico Singular-PTS como elemento importante para, justamente, identificar o que é singular de cada sujeito na relação com a substância que faz uso, além de construir intervenções que façam sentido para aquele(a) usuário(a) específico:

“De como você vai conduzindo, como você vai dialogando. Que muitas vezes o regimento precisa ser revisto. Que levando em consideração o PTS você não pode aplicar a mesma regra pra todos. Mas ainda tem muitos profissionais que de vez em quando tem umas brigas aí que ainda tem muito profissional que pensa assim: Não mas o que é que o usuário vai pensar? Eu vou tratar esse diferente? Mas a gente tem que tratar diferente os tratamentos. A gente não pode colocar todo mundo no mesmo... Na mesma lógica. Agora é claro que tem que ter ne, alguma espinha dorsal pra guiar esse acompanhamento, esse PTS, como a equipe vai gerir as situações. Né? Mas isso não pode ser duro, enrijecido. Tem que ter flexibilidade”.

A(o) Psi 04 aponta a questão individual do sujeito, mas também coloca a importância da família no processo de tratamento, afirmando que o suporte da família é fundamental para o “sucesso” do tratamento:

“Na verdade eu acho que não é só de tratamento não, sabe Paulo. Eu acho que o abandono é de tudo, inclusive de si. Né, agora isso é muito frequente. Principalmente naqueles casos que a gente considera uso mais grave, mas que não tem um suporte da família, quando a gente tem a família mais presente, e quando o usuário se sente é... vamos dizer assim, com o sentimento que pertence aquela família e sente que as pessoas têm uma certa preocupação com ele, é mais fácil pra gente levar o tratamento adiante né.”

O que nos chamou atenção ainda na fala da(o) Psi 04 é a lógica exclusiva da abstinência presente no entendimento sobre o tratamento da dependência química dentro do CAPS AD e a questão da vinculação com o serviço apontada pela(o) profissional:

“Então esse abandono muitas vezes ele se dá por não acreditar em si, não acreditar que seja capaz de conseguir né a abstinência isso leva muito às recaídas e conseqüentemente ao abandono. Mas ao mesmo tempo que eles abandonam, quando eles se dão conta que estão no fundo do poço é aqui que eles buscam num é. Então assim, algum vínculo, algum é... algo de bom fica pra eles no sentido de que, aqui eu posso buscar ajuda né. Porque vão me compreender sem me julgar, sem me criticar.”

Ainda em relação a(ao) Psi 04 não é de estranhar quando a(o) mesma(o) fala em cura, pois já havia apontado a questão da abstinência, e essa relação é direta a partir da lógica biomédica, na qual o foco é a substância. Além disso, nos chamou a atenção a questão da relação estabelecida com o(a) usuário(a), depositando nele toda uma confiança e expectativas de mudança da sua relação com a substância que às vezes pode se tornar insuportável para o(a) usuário(a) e contribuir para o abandono do tratamento, além de recaídas. Isso pode gerar sentimentos de vergonha e fracasso por parte dos(as) usuários(as), pois se havia tanta confiança e o sujeito recaí, a confiança se perde, gera decepção e dificulta o retorno do sujeito ao serviço. Esta lógica de alta exigência, que associa cura e abstinência é justamente o contrário da proposta dos CAPS AD, fazendo assim, uma confusão em relação ao entendimento do que seja este serviço:

“Então, isso é o que leva muitas vezes ao abandono porque eles passam assim, a desacreditar inclusive da possibilidade de se curar num é? Quando a gente retoma isso com eles e mostra que olha, eu tô investindo em você porque eu acredito em você porque eu sei que você é capaz aí a gente vê uma mudança de comportamento.”

A proposta de cuidado apresentada pelos CAPS AD e a realidade destes serviços, a responsabilidade do sujeito no que diz respeito ao estágio da sua “doença” e a questão da faixa etária foram os elementos principais apontados pela(o) Psi 05, como responsáveis pelo abandono do tratamento:

“Muitos abandonam e voltam num é? E qual é a causa do abandono? Eu acho que alguns porque não estão ainda em estágio de contemplação do tratamento da dependência química, não reconhece a sua doença propriamente dita num é? Algumas pessoas eu percebo que são mais novas e não se identificam com a proposta de CAPS que não tem um programa mais ligado a juventude. Então muitos não se identificam com a proposta num é. Aí eu acho que isso é... promove abandono nos mais novos. Alguns tem abandono por não se identificar com a proposta, tem pessoas que tem identificação maior como por exemplo um... um grupo de autoajuda, com o AA, NA... outros com comunidades terapêuticas, outros com outro tipo de... de referencial num é?”

Podemos aqui apontar a relevância, a partir da fala da(o) profissional Psi 05, da construção do PTS como elemento fundamental para o cuidado nos CAPS AD. É a partir da construção conjunta entre usuários(as) e profissionais que poderemos tentar dar conta de questões geracionais e também de intervenções que possam fazer sentido para aquele determinado sujeito dentro do serviço.

A(o) Psi 06 apresenta na sua fala a questão da relação do sujeito com a droga fazendo uma distinção importante em relação a frequência do uso:

“Eu acho que as pessoas interrompem o tratamento por vários motivos e é por isso, é por vários motivos que elas buscam o tratamento. Mas eu acho que no próprio processo de pessoas que fazem uso intenso, de qualquer tipo de droga, né, não pode dizer de uma dependência química, mas eu vejo independente, se aquela droga mesmo que seja só no final de semana, tá fazendo mal àquele sujeito, tem que repensar a relação.”

E aponta, assim, a relevância da Redução de Danos para tentarmos compreender o abandono do tratamento fugindo da perspectiva de uma cobrança excessiva e de muitas expectativas em relação a abstinência:

“É tão... presente, que... é uma coisa que a gente trabalha nos próprios grupos, no individual, que o uso pode acontecer, às vezes é um sentimento de fracasso muito grande: tava não sei quantos dias sem usar, usei. Pronto, acabou meu tratamento. E a gente vem desconstruindo que não. Aqui a gente também atende pessoas que fazem uso, e fazem a escolha de continuar fazendo uso. É.. essa coisa mesmo da redução de danos. Tem pessoas que usam diariamente o álcool e tão aqui todos os dias. Quem bom que tão aqui. É o lugar deles também.”

A condição existencial do sujeito também é um fator importante para analisarmos a abandono do tratamento, segundo a(o) Psi 06, corroborando com a ideia de que, às vezes, o que “segura” o sujeito no enlaçamento social é justamente o uso de drogas. Além disso, a excessiva cobrança em relação a abstinência por parte do entorno do(a) usuário(a) contribui para afastá-lo(a) do CAPS AD, ou seja, o imaginário social que construímos e reproduzimos é de um mundo sem drogas e de pessoas abstinentes:

“Eu acho que o abandono, vem muito mais forte naquelas pessoas que não conse... desejam tá sem uso nenhum. Eu acho que é muito difícil para algumas pessoas que tão com os vínculos tão fragilizados, não tem família, tá em situação de rua, desempregado, tirar a droga, não fazer uso de nada, se deparar com isso, aí consegue por um tempo, quando usa: não, não posso mais voltar praquele espaço, porque aquele espaço.... Até os próprios usuários colocam: ah sicraninho vem aqui ainda usa né? Há uma cobrança muito grande do CAPS das pessoas tarem em abstinência.”

A(o) Psi 06 ainda apresenta a questão da excessiva normatividade dos serviços, o momento em que os serviços estão passando e a necessidade de uma revisão em relação a questão do vínculo. A necessária vinculação entre usuários(as), profissionais e serviço que facilita a permanência dos(as) usuários(as) no tratamento:

“Então a gente rebate num sucateamento. Mas assim, antes. Então antes era assim: faltou três vezes, tinha regras. Perai. Faltou três vezes, no mês. Ou duas vezes ou era três vezes consecutivas, e cinco vezes no mês. Era abandono, hoje em dia não. A gente vai no singular mesmo. Eu acho que a grande sacada do CAPS é criar vínculo, essas pessoas que tem vínculo tem que se sentir bem aqui nesse espaço, porque eles vão e voltam. Né. Quando faltam, eu digo: eu senti sua falta. Eu faço, mas eu faço isso é: eu senti sua falta no grupo, cadê você no grupo? Ahhh doutora, eu esqueci. Me ligue pra gente. Então assim, eles se sentem é, importantes. Poxa. É criar... Acho que o CAPS é, acho que a grande pegada é quando os profissionais se disponibilizam a criar vínculos, vínculos com esse sujeito porque ele vai vim. E o abandono, diminui. Imensamente. Amarra esse sujeito: aqui é teu lugar.”

A necessária vinculação do(a) usuário(a) com o serviço, passa pela questão discutida acima sobre o conceito de transferência. Fundamental a(o) psicóloga(o) poder manejar a transferência e colocar-se na posição entre o usuário(a) e o serviço, entendendo sua função acolhedora da especificidade de cada situação singular que chega ao serviço, e compreendendo a função também acolhedora do serviço enquanto até espaço físico e objetivo para dar conta de certas demandas dos(as) usuários(as), para além das atividades diárias de grupos e atendimentos individuais.

A(o) Psi 07 revela-nos a questão da presença-ausência dos(as) usuários(as) no serviço, ou seja, para ela(e) há usuários(as) que estão presentes fisicamente, mas não há uma implicação subjetiva no seu tratamento, colocando a responsabilidade exclusivamente no(a) usuário(a):

“É... eu até questiono muito isso dos usuários. As vezes o abandono não é deixar de vir, eu digo, tem usuário que tá aqui, frequentando mas não está em tratamento ainda, num é. Então abandono do usuário acho que é muito aquele... não é só o usuário que deixa de frequentar o serviço, num é. É aquele desinteresse é... em se cuidar, em participar das atividades num é. E tá efetivo nesse tratamento Conheço alguns usuários que estão frequentando, mas não estão em tratamento. Então pra mim eles abandonaram”

Fica muito nítida a ideia para a(o) Psi 07 que o abandono do tratamento é uma responsabilidade do(a) usuário(a) ou responsabilidade dos serviços, especificamente pelo seu sucateamento vivenciado neste momento histórico. Além disso, apresenta a questão das normativas do serviço, o que é preciso fazer para definir determinada situação como abandono do tratamento:

“Pronto. Ele deixa de vir a serviço pode ser... podem ser inúmeras é... situações, num é. Aquele usuário que a fissura tá muito grande, e que não conseguiu, não consegue se vincular né, por

conta dessa fissura, por conta desse uso. As vezes chega aqui e alguma... tem algum tipo de frustração e termina não voltando no serviço, não se identifica né. E pode também acontecer daquele usuário de fato estava empenhado, estava tentando e por alguma questão do sucateamento que estamos hoje, termina se desmotivando. Sim. Normalmente assim, é... quando um usuário deixa de vir, pelo menos por duas semanas, a gente faz o contato telefônico e ele vai né... ou ele vai tentar dizer: ô num tô indo por algum motivo de saúde ou de outras questões, ou ele de fato ô: não quero mais. Ou se ele falta três semanas... normalmente eu espero... confesso que eu aguardo um mês.”

Para a(o) Psi 08 a burocratização do CAPS AD em que trabalha dificulta a vinculação dos(as) usuários(as) ao serviço e facilita o abandono do tratamento. Também apresenta a ideia de que o abandono só deve ser considerado após a mínima vinculação dos(as) usuários(as) ao serviço. Buscamos tentar compreender o que a(o) profissional quis dizer com vinculação e deduzimos que a vinculação referida perpassa pelo ingresso e permanência dos(as) usuários(as) na programação do CAPS AD. Além disso, apresenta uma crítica ao entendimento que outros(as) profissionais têm do serviço, senão vejamos:

“Ai, é, é difícil dizer né, mas vamos lá. Abandono para mim é só depois que você tem adesão. Que você fez o vínculo né. E o que eu vejo aqui é que muitos nem chegaram a fazer o vínculo. A gente tem gavetas lotadas de admissões, que eles vem, ou por conta, aqui vem muito de imposto, imposto, por imposição da Justiça. Adultos, né, aí vem muitos da vara, que ainda tá em processo andamento deles, aí eles vem pra cá. Aí fica, eles tem que passar pelo médico, uma outra coisa eu acho, que aqui dificulta. Porque, a gente faz essa admissão, e por consenso da equipe acha que deveria passar pelo médico clínico. Depois psiquiátrico, pra depois voltar pra quem fez a triagem e a triadora é que coloca é, nos grupos. E antes, ainda tinha o grupo de admissão, que era o grupo de acolhimento. Então eles passavam por tudo isso e ainda iam pra um grupo de acolhimento. Três, quatro semanas. Então quer dizer, mais um mês. Eles saem da triagem, vai pros médicos e só depois que os médicos liberam... ainda tem essa visão que alguns CAPS já não tem mais Mas aqui ainda tem, tem que passar e ser liberado pelo médico Isso atrasa, desestimula, né, É um teste de paciência para quem não tem. Que é um usuário de droga, de álcool né, droga ilícita ou lícita ele já quer de imediato, Ou você pega ele naquele momento ou vai esperar um mês ele não vem.”

A(o) Psi 08 apresenta-nos uma realidade que nos deixa impactados, pois os serviços substitutivos foram criados justamente para romper com essa lógica burocrática e médico-centrada. Passado tanto tempo desde a implantação da Reforma Psiquiátrica brasileira, ainda

permanece a necessidade de transformação dos serviços com base em conceitos como Acolhimento e Clínica Ampliada que facilitem o acesso das pessoas aos serviços e possam ter suas demandas efetivamente atendidas.

Perceber o funcionamento de um CAPS AD nestas condições corrobora a ideia que não é apenas mudando as estruturas físicas dos serviços que vamos garantir uma transformação na lógica do cuidado. Podemos ter serviços ditos substitutivos operando numa lógica exclusiva da abstinência, longe dos preceitos da Redução de Danos, reproduzindo práticas coercitivas, centradas ainda na hegemonia da saber médico, submetendo os outros saberes e impedindo uma relação interdisciplinar nos serviços.

O cuidado às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas sempre esteve envolto em disputas bastante acirradas, o modelo biomédico e religioso numa parceria que tem provocado encarceramento e mercantilização do sofrimento vem, desde 2016, buscando a hegemonia neste campo. A lógica da Redução da Danos tornou-se política pública a partir de 2003, porém nunca conseguimos vivenciar efetivamente práticas e saberes que pudessem estabelecer, dentro dos serviços, mas principalmente, junto a população e trabalhadores, uma verdadeira mudança de paradigma e transformação do imaginário social sobre o uso de drogas. Haja vista todos os esforços nesta direção realizados por pesquisadores e profissionais, ainda não conseguimos consolidar um entendimento que abarque a compreensão da necessidade de mudança do entendimento sobre a questão das drogas.

Partindo da necessidade de revisão da lógica proibicionista, e compreendendo os efeitos do modelo capitalista/neo-liberal em que vivemos, percebemos como nossa história, enquanto uma história marcada profundamente por um enlaçamento social onde existiram, por quase 400 anos, senhores e escravos, formando assim uma sociedade extremamente conservadora, que leva-nos a refletir o que temos feito para transformar esta realidade. Acreditamos que, até agora, as entrevistas realizadas confirmam toda a dificuldade em consolidar outro entendimento sobre o lugar das drogas na nossa sociedade e o modelo de cuidado ofertado às pessoas que necessitam de atendimento. Resiste nos serviços, mesmo com as(os) profissionais tendo em seus discursos expressões carregadas de significados como clínica ampliada, acolhimento e redução de danos, ainda persiste a ideia de culpabilizar os(as) usuários(as), entendendo, portanto, que a relação prejudicial com as drogas é exclusivamente de sua responsabilidade, apontando um modelo de saúde-doença ultrapassado sem levar em consideração as mudanças neste campo. Além de uma grande dificuldade em pôr em prática ações básicas de cuidado que levem em consideração a experiência singular do sujeito com a droga.

4.2.5 Redução de danos

Ainda em relação as entrevistas, solicitamos aos profissionais que discorressem sobre o que eles(as) entendiam sobre redução de danos.

A(o) Psi 01 entende a redução de danos como um conjunto de estratégias e afirma um processo de aprendizagem logo que chegou ao serviço:

“Uma gama de estratégias, não só vinculada ao uso de drogas, mas a redução de danos no cuidar da vida de uma forma geral, num é. Se a gente for tentar entender a gente vai perceber que a gente pode reduzir danos com relação a muita coisa não só a questão é... do... do uso de drogas. E a redução de danos também prioriza a liberdade de escolha né. O sujeito, ele tem o direito de escolher se ele deseja é... usar a droga ou não. Até porque, eu aprendi isso logo quando eu entrei aqui.”

Cabe apontar duas questões a partir da fala da(o) profissional: como se deu esse processo de aprendizagem e como isso se materializa no fazer da(o) profissional no serviço. Quando analisamos a fala desta(e) profissional, em relação ao seu fazer no CAPS AD, não identificamos nenhuma relação entre o seu fazer e a lógica da redução de danos, ficando a(o) profissional restrita(o) a realização de grupos com os(as) usuários(as).

A relação entre redução de danos, abstinência e abandono do tratamento foi colocado pela(o) Psi 02:

“Eu acho que poderia haver talvez um esclarecimento maior para os profissionais da lógica da redução de danos. E também aqueles que dão muita ênfase a redução de danos também entender que pode ser uma opção do usuário buscar a abstinência. Então são questões que aparentemente contraditórias, mas não são. Porque é... vai haver ai talvez pro abandono o sujeito achar que quando ele é colocado numa posição em que o outro espera dele é... somente a abstinência, ele vai se sentir impossibilitado.”

Esta é uma questão sempre muito relevante na disputa de lógicas de cuidado apontando para uma oposição entre redução de danos e abstinência, sendo que esta oposição é totalmente falsa, pois o paradigma da redução de danos não exclui a possibilidade do sujeito chegar a abstinência, e este percurso deve ser construído entre profissional e usuário(a), a partir da demanda deste último, sem imposição ou alta exigência.

A(o) Psi 05 aponta a necessidade de termos cuidado em relação a confusão que se faz em relação ao conceito de redução de danos:

“Muita gente ainda confunde o que é redução de danos. Acha que redução de danos é redução de uso de padrão, né, redução é troca de substância química, num é. Mas redução de danos é muito amplo, no meu ponto de vista. Né. É reduzir qualquer tipo de situação danosa ao organismo, a vida.”

Na esteira da pergunta sobre o que a(o) profissional entendia sobre redução de danos, também foi questionando se a redução de danos favorecia a permanência dos(as) usuários(as) no serviço ou facilitava o abandono do tratamento.

Todas(os) os(as) profissionais afirmaram que a lógica da redução de danos contribuía para a permanência dos(as) usuários(as) no serviço.

Assim, para exemplificar a fala de todos os entrevistados, apontamos a colocação da(o) Psi 07 que evidencia a necessidade do tratamento, no viés da redução de danos, não ser impositivo:

“Facilita com toda certeza. Assim, pelo menos no meu entendimento, eu acho que a gente consegue acessar o usuário justamente por isso. Porque a gente não deseja por ele, a gente não impõe pra ele num é. O tratamento não é uma coisa impositiva. Ele chega aqui e a gente vai conversar a partir do que ele traz e a partir daí a gente vai estabelecer um PTS né. Então é um desejo dele, a partir do desejo dele é que a gente vai trabalhar sobre. Eu acho que a gente aproxima, a gente se vincule nesse usuário a partir do momento que a gente não estabelece que ele tem que parar aquele uso. A gente começa a conscientiza-lo que naquele momento, aquele uso tá lhe trazendo prejuízos.”

Apesar de algumas confusões conceituais identificadas durante as entrevistas, conseguimos perceber que a ideia da redução de danos é a fala comum entre os profissionais dos CAPS AD do Recife. Porém, o que caberia em outro momento é aprofundar qual a repercussão desta ideia na prática, dentro dos serviços e qual o efeito no tratamento dos(as) usuários(as).

Ainda em relação as entrevistas, cabe registrar que foi direcionada uma pergunta a todas(os) as(os) profissionais, relacionando o seu fazer dentro dos CAPS AD e o abandono do tratamento: *“O seu fazer diário no CAPS AD contribui para a permanência dos(as) usuários(as) no serviço ou contribui para o abandono do tratamento por parte dos(as) mesmos(as)?”*

Todos os profissionais responderam que o seu fazer diário nos serviços contribuía para a permanência dos(as) usuários(as) no serviço.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciar esta parte do trabalho quer dizer se aproximar do término de uma jornada que envolveu muito esforço, dedicação e abdicção. Foram horas e dias de leituras, interpretações, discussões e escrita, sendo esta última efetivamente a parte mais difícil. Escrever é uma atividade solitária que requer uma capacidade de síntese, e ao mesmo tempo uma condição de expor ao leitor a possibilidade de ampliar entendimentos sobre determinados assuntos e provocar, a partir das nossas escolhas, uma reflexão e a construção de críticas sobre o tema abordado.

O fundamental é que chegamos ao final deste trabalho com a sensação de que construímos uma análise importante em relação a um tema tão caro para a nossa realidade. No meio de disputas intensas, de transformações políticas que atravessaram o tempo desta pesquisa e que a influenciaram sobremaneira, podemos afirmar: temos o que dizer. Em momentos onde a democracia é ameaçada, poder afirmar que isso é, além de um ato de coragem, um compromisso com o saber e com a ciência. Em tempos de anti-intelectualismo em pleno século XXI, chegar ao final de um trabalho é poder se colocar diante desse outro que insiste em nos calar, numa posição de ter o que dizer, e a isso não nos furtaremos.

A realidade vivenciada nestes últimos dois anos no Brasil em relação a política de álcool e outras drogas é, para nós, que acreditamos num fazer da psicanálise com base no respeito aos direitos humanos, no cuidado em liberdade e na singularidade dos sujeitos, uma afronta que nós coloca numa encruzilhada: como conviver com práticas incentivadas pelo Estado que violam direitos humanos e provocam mais sofrimento nas pessoas que fazem uso/abuso de drogas? Como permitir todas as transformações realizadas de forma pouco participativa e antidemocrática? Como não se indignar com todos os abusos e arroubos autoritários de um governo que, com um discurso patriótico, realiza diariamente ações que colocam seu povo e o Estado brasileiro à mercê do estrangeiro? Como permitir reformas aprovadas por um legislativo apartado da realizada do povo, povo este já tão marcado pela desigualdade e pelas sequelas da escravidão, que irão aprofundar mais ainda a desigualdade e a miséria deste mesmo povo? Como não se indignar com um judiciário igualmente apartado da realidade brasileira, com seus membros encastelados e tomando decisões que ferem nossa dignidade e provocam mais e mais injustiças?

Todas estas questões e muitas outras, perpassaram pela realização deste trabalho. Em vários momentos foi preciso parar, com o intuito de não permitir que a escrita fosse tomada

pela raiva e que, desta forma, influenciasse a análise dos dados coletados a partir das entrevistas realizadas. Foi preciso parar para não ser tomado pelo ódio, que tanto foi pregado e incentivado nas nossas relações. Foi preciso parar para arrumar as ideias e assim, reafirmar o nosso compromisso com a democracia e com a ciência, reafirmar o nosso compromisso ético por uma prática que escute efetivamente o sujeito, um fazer que não seja tomado pela intolerância, pelo preconceito e pelo reforço de estigmas. Assim, apesar de tudo, encontramos uma saída para suportar tudo isto: a leitura, a pesquisa, a escrita, ou seja, a produção de conhecimento. E em tempos onde a educação e a ciência são tão atacadas, podemos afirmar que produzir conhecimento passa a ser um ato revolucionário.

O desafio de pesquisar e escrever sobre drogas e seus usuários(as) num cenário de desmonte das políticas públicas e de alterações nas legislações, reforçou nosso compromisso com o tema e fez confirmar uma escolha feita no começo da atuação profissional que nos enche de orgulho e que nos dá muito prazer. Trilhamos um caminho, que envolve teoria e prática, e vamos continuar nesta trilha, desviando de percalços, evitando acidentes e com o olhar sempre para o horizonte.

Estamos vivenciado a reafirmação do cuidado pautado pelo binômio abstinência-internação, pautado pela lógica manicomial e de “guerra às drogas”, que tem no proibicionismo sua maior expressão. Esta conjunção de práticas e métodos causou e tem causado, mundo afora, pouca efetividade no cuidado de pessoas que fazem uso/abuso de drogas. Reforçando a reprodução de estigmas e estereótipos, estas práticas são responsáveis pelo aprisionamento da população negra, jovem e periférica do nosso país, além disso, a lógica da “guerra às drogas” tem produzindo ao longo do tempo um rastro de violência e morte nas cidades brasileiras.

Podemos apontar, como uma das compreensões obtidas com a realização deste trabalho, que é urgente a revisão da lógica proibicionista, lógica esta que reproduz a relação senhor-escravo vivenciada pela população negra deste país e a atualiza na relação traficante-usuário(a), confirmando uma posição de subalternidade desta população. Não podemos admitir mais a quantidade de pessoas mortas ou encarceradas, pela persistência desta lógica. Faz-se urgente a proposição de um amplo debate com toda a sociedade sobre a necessidade de revisão de toda legislação brasileira sobre drogas. Revisão que aponte para uma nova forma de experiência na relação com as drogas, tirando-as da ilegalidade e colocando-as dentro do circuito da regulação, fiscalização e controle por parte do Estado e de toda a sociedade.

Diante de todas estas inquietações e confirmando nosso desejo em produzir conhecimento, realizamos uma pesquisa tendo como principal participante as(os) profissionais

de psicologia que atuam nos CAPS AD do município de Recife-PE. Assim, construímos uma entrevista com o objetivo de compreender a relação entre o fazer destas(es) psicólogas(os) e o abandono do tratamento por parte dos(as) usuários(as).

Uma pesquisa que utiliza entrevistas para coletar dados requer do pesquisador uma criteriosa seleção de trechos para tentar apresentar aos leitores os resultados que se aproximem do objetivo do trabalho, sem qualquer tipo de manipulação ou alteração dos dados. Analisar as entrevistas, relacioná-las com o conjunto do trabalho e articular com os objetivos, necessariamente, vai deixar muitos conteúdos de fora da análise, o que é uma pena, pois há um material muito rico para ser explorado, das entrevistas realizadas para a construção deste trabalho.

Outra preocupação nossa foi com a questão da interpretação de algumas falas das(os) entrevistadas(os), pois certamente poderíamos ter construído análises discrepantes entre o que ouvimos e transcrevemos para o papel, com o intuito de satisfazer alguma vontade própria e assim, correr o risco da pesquisa perder o seu valor por apenas tentar satisfazer as ideias do pesquisador. Tivemos esse cuidado e acreditamos que nossas interpretações foram realizadas no intuito de garantir a necessária condição para a produção de um trabalho pautado pela ética e pelo compromisso com a ciência, além de condizer com a perspectiva psicanalítica.

Não obstante, várias inquietações surgiram a partir da análise das entrevistas e que cabem, mesmo após discussão anterior realizada neste trabalho, retornar alguns pontos nestas considerações finais. Uma delas, a formação das(os) psicólogas(os), nos chama atenção pois tem alguns rebatimentos no fazer diário das(os) profissionais nos CAPS AD. A necessidade de uma aproximação mais intensa entre as instituições de ensino que formam profissionais e os serviços, parece ser uma possibilidade viável para estabelecer momentos de formação na graduação e também nos próprios serviços, a partir da lógica da formação continuada.

O ingresso de profissionais nos CAPS AD através de concurso público requer a necessidade de construção de processos de formação continuada permanentes, pois não há exigência de experiência com o tema álcool e outras drogas ou saúde mental para se submeter a um concurso. Constatamos que apenas 02 (duas/dois) profissionais, das(os) 08 (oito) entrevistadas, tinham alguma formação ligada a área específica de atuação dos serviços.

Além disso, é fundamental que estes processos de formação continuada possam garantir a discussão sobre a temática com viés pautado na lógica da Reforma Psiquiátrica brasileira e na Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários(as) de Drogas, com foco na redução de danos, no cuidado em liberdade e no respeito aos direitos humanos.

Outra questão importante, ainda em relação a formação profissional, é a necessidade de compreensão que a(o) psicóloga(o) estará atuando numa política pública pautada pelo respeito aos direitos tanto dos(as) usuários(as) quanto das(os) trabalhadoras(os), ou seja, é importante deslocar a visão para além das vulnerabilidades desses entes envolvidos no cuidado, fato comum nos serviços onde as narrativas construídas são, na grande maioria das vezes, sobre dificuldades, incapacidades e vulnerabilidades dos(as) usuários(as) e das(os) psicólogas(os).

Foi possível perceber, através da realização deste trabalho, a potência contida nos CAPS AD. Serviços abertos, com atuação no território, equipe multiprofissional e uma gama de atividades voltadas para o cuidado integral dos(as) usuários(as) e a reinserção social. Mesmo com todo o desmonte da política pública e o direcionamento das recursos indo para as Comunidades Terapêuticas, os CAPS AD são serviços potentes e acolhedores capazes de efetivar um cuidado longe da lógica manicomial, prioritariamente por preservar o cuidado em liberdade e colocar o sujeito como centro das ações e intervenções.

Dentro destes serviços, as(os) psicólogas(os) desenvolvem seu trabalho e fazem diversas ações. Associado com a questão da formação, o fazer das(os) profissionais nos serviços foram objeto de análise deste trabalho. O que fazem, quando e como realizam suas atividades diárias nos serviços apontam para práticas ainda dissociadas de um entendimento mais próximo do que preconiza a ideia de um serviço substitutivo. Percebemos que todas(os) entrevistadas(os) possuem uma apropriação de conceitos, porém, quando relatam o seu fazer nos CAPS AD, as(os) profissionais apresentam algumas dificuldades em externar e explicar este fazer, principalmente em relação as atividades grupais.

Acreditamos fundamental ser a disponibilidade para a efetivação de uma clínica ampliada com a implicação no fazer diário. Junto a isto, a necessidade de uma escuta qualificada que proporciona a construção de vínculos entre profissionais e usuários(as). Pareceu-nos que a questão da vinculação é um grande entrave que pode interferir no abandono da tratamento por parte dos(as) usuários(as), pois a burocratização do fazer diário nos CAPS AD dificulta esta vinculação e, conseqüentemente, impede a experiência transferencial necessária entre usuários(as), psicólogas(os) e serviços que exige um manejo adequado no dia a dia.

A possibilidade de minorar os efeitos desta não vinculação devido a burocratização, como já afirmamos anteriormente, passa pelo processo de formação permanente das(os) psicólogas(os), associando academia e serviços.

Além disso, este fazer diário pode sofrer interferências diretas do sucateamento pelo qual vem passando os CAPS AD. Aqui, encontram-se três elementos importantes que se

entrelaçam e contribuem para construirmos algumas inferências sobre o abandono do tratamento, objetivo maior de análise deste trabalho: o desejo do(a) usuário(a); o sucateamento dos serviços e a implicação da(o) psicóloga(o).

Não restou dúvida a pouca implicação das(os) psicólogas(os) em relação ao abandono do tratamento por parte dos(as) usuários(as). As(os) profissionais não enxergam que o seu fazer diário possa contribuir para que os(as) usuários(as) deixem de frequentar os serviços. Construíram suas análises sobre o abandono do tratamento a partir de dois aspectos: a dinâmica do sujeito e as condições dos serviços, ou seja, a questão do abandono do tratamento não perpassa pela atuação da(o) psicóloga(o). A vinculação necessária, o manejo da transferência, a ideia de ser continente por parte da(o) profissional, estão presentes no discurso, porém quando aprofundamos o entendimento sobre o fazer da(o) psicóloga(o), a partir das entrevistas realizadas, estas questões ficam longe das falas das(os) profissionais.

Não queremos com isso culpabilizar ou responsabilizar as(os) profissionais da psicologia pelo abandono do tratamento por parte dos(as) usuários(as), mais sim, convocar todas(os) para uma reflexão sobre o fazer e a lógica do CAPS AD, a condição de vida das pessoas que acessam os serviços, os preconceitos e estigmatizações envolvidas neste processo, além da distância entre modos de vida e processos de constituição subjetiva das(os) profissionais e dos(as) usuários(as). Acreditamos, por tudo que apresentamos neste trabalho, que se faz mister a convocação de todas(os) as(os) psicólogas(os) para uma grande reflexão sobre o fazer diário nos CAPS AD.

Ainda em relação ao abandono do tratamento, as entrevistas revelaram diversos entendimentos descritos pelas(os) psicólogas(as) sobre este fenômeno, sinalizando para um deslizamento do termo “abandono” e dando a este vários sentidos que precisam ser melhor discutidos nos serviços.

Acreditamos ainda que a psicanálise pode e deve contribuir para a compreensão destes processos, além de possibilitar a construção de inferências sobre estes fenômenos. Porém, o que nos preocupa é o desmonte deste modelo que implicará no afastamento da psicanálise deste campo, deixando assim, de incidir sobre a política de pública e sobre os CAPS AD. Este lugar, conquistado pela psicanálise em extensão, fruto da necessidade de caminhar pela cidade, pode deixar de existir e poderemos perder mais um local importante de atuação e construção de saber.

Diante da realidade vivida no país no momento em que este trabalho se realiza, uma preocupação se tornou emergente: como apresentar esta pesquisa, apontando os desafios nas práticas dos serviços mas com a finalidade de reafirmar o compromisso com o modelo da

Redução de Danos e do cuidado em liberdade, ou seja, o modelo preconizado pelos CAPS AD? Apresentar os desafios e as críticas são necessárias para aprimorar o modelo e fortalecer a lógica antimanicomial e antiproibicionista e reforça nosso compromisso com um fazer ético e pautado pelo respeito aos Direitos Humanos.

Assim, outra questão importante, relacionada aos desafios e críticas apresentados neste trabalho, é a necessidade de utilizá-lo como ferramenta para realizar três furos em narrativas cristalizadas: na formação profissional da(o) psicóloga(o); no binômio abstinência-internação e no proibicionismo. Furos que possibilitem uma transformação no imaginário social sobre a dependência química e no cuidado possível aos(às) usuários(as) e, com isso, a possibilidade de (re) construção de outras e novas narrativas.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, Z. N. (org.). **SUS: sistema único de saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.
- ALARCON, S.; JORGE, M. A. S. (org.). **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- ALENCAR, R. **A fome da alma: psicanálise, drogas e pulsão na modernidade**. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.
- ALMEIDA, A. R. B. **Toxicomanias: uma abordagem psicanalítica**. Salvador: Edufba, 2010.
- ALMEIDA, R. N. (org.). **Psicofarmacologia: fundamentos práticos**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- AMARANTE, P. (coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.
- ARAÚJO, T. **Almanaque das drogas: um guia informal para o debate racional**. São Paulo: Leya, 2012.
- BARATA, R. B. Desigualdades sociais e saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009.
- BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei da Câmara nº 37, de 2013**. Brasília: Senado Federal, 2013. Disponível em: <https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/113035/pdf>. Acesso em: 2 set. 2019.
- BRASIL. Ministério da Justiça. Resolução N° 1, de 9 de março de 2018. Define as diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD – Política Nacional sobre Drogas, aprovada pelo Decreto 4.345, de 26 de agosto de 2002. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, n. 29, p. 239, 13 mar. 2018.
- BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. **Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias: atualização junho de 2016**. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 336, de 18 de fevereiro de 2002**. [Brasília]. Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 2 set. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 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). [Brasília]. Ministério da Saúde, 2011. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 2 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e n° 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. [Brasília]. Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 2 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 6 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução N° 580, de 22 de março de 2018**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso580.pdf>. Acesso em: 9 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool, e Outras Drogas. **Nota Técnica N° 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília: CGMAD, 4 fev. 2019. Disponível em: <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Centros de atenção psicossocial e unidades de acolhimento como lugares de atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAOS e de UA**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução N° 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece diretrizes para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, n. 245, p. 239, 22 dez. 2017b.

BRASIL. Presidência da República. **Emenda Constitucional N° 95, de 15 de dezembro de 2016**. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo

Regime Fiscal, e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 15 dez. 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc95.htm. Acesso em: 6 set. 2019.

BUCHER, R. (org.). **As drogas e a vida**: uma abordagem biopsicossocial. São Paulo: EPU, 1988.

CAMPOS, R. O. **Psicanálise e saúde coletiva**: interfaces. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

CAMPOS G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>. Acesso em: 2 set. 2019.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000400007>. Acesso em: 26 ago. 2019.

CARNEIRO, H. Autonomia ou heteronomia nos estados alterados de consciência. *In*: LABATE, B. C. *et al.* (org.). **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: Edufba, 2008. p. 65-90.

CARNEIRO, H. **Drogas**: a história do proibicionismo. São Paulo: Autonomia Literária, 2019.

CECCARELLI, P. R. A patologização da normalidade. **Estud. psicanal.**, Belo Horizonte, n. 33, p. 125-136, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Documento de referências técnicas para a atuação de psicólogos (os) em políticas públicas de álcool e outras drogas**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013.

CONTE, M. **A clínica psicanalítica com toxicômanos**: o “corte & costura” no enquadre institucional. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

D’ELIA FILHO, O. Z. **Indignos de vida**: a forma jurídica da política de extermínio de inimigos na cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Revan, 2015.

DIAS, R. M. **Do asilo ao CAPSad**: lutas na saúde, biopoder e redução de danos. 2008. 169 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2008.

ELIA, L. **O conceito de sujeito**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2004.

ENDO, T. C. **Sofrimento psíquico à margem do SUS**: vastidão e confinamento na clínica. São Paulo: Zagadoni, 2017.

FERNANDES, S. S. *et al.* Evasão do tratamento da dependência de drogas: prevalência e fatores associados identificados a partir de um trabalho de Busca Ativa. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 131-137, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201700020268>. Acesso em: 28 maio 2019.

FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: volume VII, 1901-1905. Tradução do alemão e do inglês, sob a direção geral de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1972.

FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: volume XII, 1911-1913. Tradução do alemão e do inglês, sob a direção-geral e revisão técnica de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, c1969.

FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: volume XVIII, 1920-1922. Tradução do alemão e do inglês, sob a direção-geral e revisão técnica de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

FREUD, S. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**: volume XXI, 1927-1931. Tradução do alemão e do inglês, sob a direção-geral e revisão técnica de Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

GASTAUD, M. B.; NUNES, M. L. T. Abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica: em busca de definição. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 247-254, 2010. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000300012>. Acesso em: 28 maio 2019.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (org.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GONÇALVES, M. G. M. **Psicologia, subjetividade e políticas públicas**. São Paulo: Cortez; 2010.

GURFINKEL, D. **A pulsão e seu objeto-droga**: estudo psicanalítico sobre a toxicomania. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

HARAWAY, D. J. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 5, p. 7-41, 1995.

HANNS, L. A. **A teoria pulsional na clínica de Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1999.

HART, C. **Um preço muito alto**: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas. Tradução: Clóvis Marques. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua**: PNAD Contínua. [Brasília]: IBGE, [2017?]

KAËS, R. *et al.* **A instituição e as instituições**: estudos psicanalíticos. Tradução: Joaquim Pereira Neto. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

LACERDA, C. B.; FUENTES-ROJAS, M. Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, n. 61, p. 363-372, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0060>. Acesso em: 28 maio 2019.

LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LANCETTI, A. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. São Paulo: Hucitec, 2015.

LEBRUN, J. P. **Clínica da instituição**: o que a psicanálise contribui para a vida coletiva. Tradução: Sandra Chapadeiro. Porto Alegre: CMC, 2009.

LOBO, L. F. **Os infames da história**: pobres, escravos e deficientes no Brasil. Rio de Janeiro: Lamparina, 2008.

MBEMBE, A. **Necropolítica**: biopoder, soberania, estado de exceção, política da morte. São Paulo: N-1 edições, 2018.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MONKEN, M. *et al.* O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. *In*: MIRANDA, A. C. *et al.* (org). **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 23-41.

NERY FILHO, A. *et al.* (org). **As drogas na contemporaneidade**: perspectivas clínicas e culturais. Salvador: Edufba, 2012.

NERY FILHO, A. Claude Olievenstein e sua importância na história do cuidado aos usuários de drogas ilícitas no Brasil. *In*: REALE, D.; CRUZ, M. S. (org.). **Toxicomania e adições a clínica viva de Olievenstein**. São Paulo: Benjamin Editorial, 2019. p. 29-42.

OLIVEIRA, G. N. **O projeto terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

OSÓRIO, L. C. **Psicologia grupal**: uma nova disciplina para o advento de uma nova era. Porto Alegre: Artmed, 2003.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 8. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009.

REGHELIN, E. M. **Redução de danos**: prevenção ou estímulo ao uso indevido de drogas injetáveis. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

REZENDE, A. M. A investigação em psicanálise: exegese, hermenêutica e interpretação. *In*: SILVA, M. E. L (org). **Investigação e psicanálise**. Campinas, SP: PAPIRUS, 1993.

RIBEIRO, C. T. Que lugar para as drogas no sujeito? Que lugar para o sujeito nas drogas? Uma leitura psicanalítica do fenômeno do uso de drogas na contemporaneidade. **Ágora (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 333-346, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-14982009000200012>. Acesso em: 28 maio 2019.

- RIBEIRO, M. M. **Drogas e redução de danos**: os direitos das pessoas que usam drogas. São Paulo: Saraiva, 2013.
- RINALDI, D. Clínica e política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. *In*: ALTOÉ, S.; LIMA, M. M (org.). **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2005.
- RODRIGUES, T. Tráfico, guerra, proibição. *In*: LABATE, B. C. *et al.* (org.). **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: Edufba, 2008. p. 91-104.
- RODRIGUES, J.; BROGNOLI, F.. Acolhimento no serviço de atenção psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 6, n. 14, 2014. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/3323>. Acesso em: 14 maio 2019.
- ROSA, M. D. **Psicanálise, política e cultura**: a clínica em face da dimensão sócio-política do sofrimento. 2015. Tese (Livre-docência Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2015.
- SANTIAGO, J. **A droga do toxicômano**: uma parceria cínica na era da ciência. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.
- SANTOS, C. E.; YASUI, S. Muito além do Caps AD: o cuidado no território e na vida. *In*: SOUZA, A. C. *et al.* (org.). **Entre pedras e fissuras**: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2016.
- SCARCELLI, I. R.; JUNQUEIRA, V. O SUS como desafio para a formação em Psicologia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 31, n. 2, p. 340-357, 2011.
- SOUZA, J. **A elite do atraso**: da escravidão à Lava Jato. Rio de Janeiro: Leya, 2017.
- SOUZA, A. C.; ABRAHÃO, A. L.; GULJOR, A. P. A conformação da rede de atenção à saúde e sua importância para a garantia de uma atenção integral aos usuários de drogas. *In*: SOUZA, A. C. *et al.* (org.). **Entre pedras e fissuras**: a construção da atenção psicossocial de usuários de drogas no Brasil. São Paulo: Hucitec, 2016.
- TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **World drug report 2017**. Vienna: United Nations, 2017.
- VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O sistema único de saúde. *In*: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009.
- WHITAKER, R. **Anatomia de uma epidemia**: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

YAMAMOTO, O. H.; OLIVEIRA, I. F. Política Social e Psicologia: uma trajetória de 25 anos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 26, n. especial, p. 9-24, 2010.