

**PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE PSICOLOGIA QUE TRABALHAM EM  
CAPS AD ACERCA DA RELAÇÃO ENTRE SUA ATUAÇÃO PROFISSIONAL E AS  
REGULAMENTAÇÕES DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA O ATENDIMENTO A  
USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS\***

Acadêmica: Jéssyka Costa\*\*

**Resumo:** A redução de danos é compreendida como uma estratégia que visa minimizar os prejuízos decorrentes do uso abusivo de substâncias psicoativas. Todas as políticas públicas vigentes até final de 2017 eram norteadas com base na estratégia de redução de danos para o tratamento de usuários. Contudo, a Resolução 01/2018 do Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (CONAD) orienta, não mais para a redução de danos mas, para a abstinência como política pública de tratamento ao uso de álcool e outras drogas. A fim de estabelecer a relação entre a atuação dos profissionais de psicologia nos CAPS álcool e outras drogas (CAPS ad) e as recomendações das legislações buscou-se caracterizar as estratégias de cuidado utilizadas por profissionais de psicologia que atuam em CAPS ad decorrente das regulamentações do Ministério da Saúde para o atendimento a usuários de álcool e outras drogas. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com quatro profissionais de psicologia que atuam em dois CAPS ad da Grande Florianópolis. As estratégias utilizadas pelos profissionais pautam-se principalmente na redução de danos, mas também em algumas situações na abstinência. Além disso, houveram divergências decorrente das práticas exercidas e o discursos sobre redução de danos. As principais atividades realizadas por estes profissionais são em processos grupais. Pode-se constatar ainda que, os profissionais compreendem as políticas públicas como fundamentais e que, as dificuldades da implementação para que essas políticas sejam efetivas ocorrem em função das gestões governamentais de instancias Federais, Estaduais e Municipais.

**Palavras-chave:** CAPS ad; Redução de Danos; Atuação em Psicologia.

Quais as diretrizes para a intervenção com usuários de álcool e outras drogas que orientam as práticas de profissionais de psicologia? As políticas públicas brasileira, na segunda década do século XXI, têm discutido com mais ênfase o tipo de cuidado e as

\* Artigo apresentado como trabalho de conclusão de curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de psicóloga. Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Juliane Viecili, Dr.<sup>a</sup>

\*\*Acadêmica do curso de Psicologia da Universidade do Sul de Santa Catarina.  
jessyka\_costafarias@hotmail.com

perspectivas de profissionais na atuação com os usuários de álcool e outras drogas. Com base nessas discussões, e na fragilidade política no presente momento em 2018, o Governo Federal elaborou a Resolução (01/2018) sobre as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) que devem ser realinhadas em território nacional, visando a abstinência como modo de intervenção. Com isso, é substituída a diretriz de intervenção da redução de danos (RD), como cuidado em rede, que tinha aprovação do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), no que diz respeito às condutas dos profissionais ou a qualquer pessoa que atue no âmbito da saúde. Sendo assim, a partir do dia 13 de março de 2018 a presente Resolução passou a vigorar. Com ela, portanto, a lógica da abstinência como diretriz passou a ter respaldo jurídico, um retrocesso para a luta antimanicomial. Quais os cuidados e as implicações éticas para com os usuários dos Centro de Atenção Psicossocial de Álcool Drogas (CAPS ad) que perpassam as legislações existentes para a atuação dentro dos CAPS ad, na perspectiva antimanicomial? Quais as implicações para o trabalho de profissionais de psicologia em CAPS ad? Nesse contexto, se torna relevante caracterizar as estratégias de cuidado utilizadas por profissionais de psicologia que atuam em CAPS ad decorrente das regulamentações do Ministério da Saúde para o atendimento a usuários de álcool e outras drogas.

A redução de danos (RD) e a abstinência são duas diretrizes interventivas muito diferentes. A RD foi praticada pela primeira vez no Brasil em 1989, com a distribuição de seringas aos usuários de drogas na tentativa de diminuir as transmissões do vírus da imunodeficiência humana (HIV/AIDS), (É DE LEI, s.d; FONSÊCA, 2012; ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE REDUÇÃO DE DANOS, s.d). Pode-se dizer que a redução de danos é uma prática, abordagem, programa ou até mesmo uma política na qual visa minimizar os danos, como também, aumentar a qualidade de vida do usuário de substâncias psicoativas, sendo construída em conjunto entre o profissional de saúde e o sujeito (CENTRO DE CONVIVÊNCIA É DE LEI, s.d; ESTADO DE SANTA CATARINA, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). Ainda, esta é uma prática de cuidado centrada na pessoa, a qual visa reduzir os agravos causados em decorrência do uso de drogas, lícitas e ilícitas, às pessoas que querem parar ou as que não visam parar de usar, seja porque não querem, seja porque não podem, buscando o “controle” sobre a droga, minimizando os riscos que a substância causa (CENTRO DE CONVIVÊNCIA É DE LEI, 2014; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003; CREPOP ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, 2013). Nesse aspecto, pode-se perceber que a redução de danos respeita as condições biológicas e sociais

do indivíduo em tratamento, como também visa construir com o usuário o modo de intervenção, trabalho que irá se construir a partir das escolhas e dentre as possibilidades existentes no meio social que o sujeito dê conta de articular e, caso seja desejo do sujeito se abster da substância, a RD vai promover ações graduais que respeitem o limite do sujeito tanto em práticas psicológicas como físicas que visem o objetivo final. Desta forma, a lógica da RD vai ao encontro da Reforma Psiquiátrica regulamentada pela Lei 10.216 (2001), na qual visa uma lógica de cuidado integral, em espaços públicos, com atividades de diversos profissionais de saúde, que escuta prioritariamente o sujeito, o dono da ação.

Já na perspectiva da abstinência, segundo Laranjeira e colaboradores (2000) a abstinência é composta por fatores prioritariamente genéticos, que envolve a “vulnerabilidade genética, o padrão de consumo, o gênero, as características individuais biológicas” (p.62) e só depois aborda questões “psicológicas e fatores socioculturais” (p.62), deste modo, as explicações para se utilizar a abstinência são pautadas em fatores predominantemente orgânicos. Além disso, as ações para minimizar os impactos da interrupção abrupta da substância seriam sobretudo por via medicamentosa, ainda sobre esses mesmo autores (2000), há três níveis de atendimento visando o cuidado para com a pessoa que precisa ou quer parar de usar substâncias psicoativas sendo estes: “tratamento ambulatorial, internação domiciliar e internação hospitalar” Laranjeira e colaboradores (p.67. 2000).

De acordo com o Ministério da Saúde (2003) quando discorre sobre a RD, propõem que a “abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado” (p.10), pois quando se cuida e olha para as pessoas, cada um possui uma forma e uma história que a constitui. Portanto, cada sujeito é singular, com diversas possibilidades e objetivos. É este cuidado proposto na RD, de possibilitar que o sujeito se torne responsável e consciente do uso de substâncias psicoativas, que o sujeito tenha controle sobre a droga e não o contrário.

Segundo Souza (2013) a abstinência fere o que se compreende por universalidade, tendo em vista que todos possuem direitos, mas quando se trata da abstinência o que permeia é que, todos os sujeitos devem se abster de usar drogas para poderem ter direito à saúde, além disso, a perspectiva de Laranjeira e colaboradores (2000) não propõe o que se institui sobre integralidade, outro princípio do SUS, a articulação entre as redes de saúde, como também garantindo ao sujeito ser visto de forma integral (biopsicossocial). Ainda, de acordo com Souza (2013), impor uma lógica unilateral não seria discriminar o sujeito por fazer uso de substâncias?

De acordo com o Ministério da Saúde (2015) um processo terapêutico pautado prioritariamente na dependência química, olhando para a droga e tendo como foco a abstinência como único resultado, tem poucos efeitos terapêuticos. Alguns programas como os Narcóticos Anônimos (NA) e Alcoólicos Anônimos (AA) trabalham com este viés da abstinência, pautados na perspectiva do “desejo do sujeito de parar de usar” (NA, s.d), como se bastasse apenas o “desejo” de parar, sem considerar o meio social, cultural, as relações e associações prazerosas que o sujeito tem com a substância, como se propõe em outros espaços de cuidado, como os centros de atenção psicossocial álcool e outras drogas (CAPS ad) e outras perspectivas de abordar a questão do uso, como a redução de danos (RD).

Deste modo, a abstinência como procedimento de tratamento é controversa. Segundo o Conselho Federal de Psicologia (2009), as abordagens ou locais que estabelecem a abstinência como foco do trabalho têm sido muito discutidas, uma vez que as pessoas são diferentes, se constituem de forma singular necessitando de atividades que promovam a pluralidade no tratamento, que vise a lógica integral e voltada para o sujeito e não para a substância, uma vez que o sujeito pode não querer ou poder parar com o uso, respeitando suas escolhas. Segundo a Política Nacional Antidrogas (2003), a maneira mais adequada para se trabalhar com usuários é sem discriminação pelo sujeito ser usuário de droga, de reconhecer que qualquer pessoa com dilemas advindos do uso prejudicial de drogas tem direito a um tratamento adequado e ainda esta Política parte do princípio de um viés de “responsabilidade compartilhada” (p.10). Se analisar o sentido que a abstinência possui, a responsabilidade é exclusiva do sujeito, uma vez que basta ele “querer”. Outro fator a se pensar na proposta da abstinência como único modo de cuidado, como propõe a nova Resolução 01 de 2018 do CONAD, são os riscos que ela pode trazer ao usuário, uma vez que, a retirada abrupta da substância no organismo pode causar impactos na saúde. Entre os impactos está a “síndrome da abstinência” ou, como descrito na Classificação de Transtornos Mentais e do Comportamento (CID-10, 1993), estado de abstinência, situação na qual a pessoa apresenta um conjunto de variações comportamentais, como perturbações psicológicas, fisiológicas (tremores) e/ou cognitivas decorrente da supressão do uso, ainda o estado de abstinência pode ser agravado com convulsões, situação comum quando a pessoa faz um uso demasiado de substância e para abruptamente, como também este estado pode causar delirium tremens que é um estado confusão mental, seguido de agitação e as vezes de alucinações. Além disso, o estado de abstinência pode provocar perturbações fisiológicas, psicológicas como: “ansiedade, depressão e transtorno de sono” (p.77).

Diante das duas possibilidades de intervenções com usuários de álcool e outras drogas, a Redução de Danos e Abstinência, pesquisadores e profissionais da área de saúde tem se preocupado em estudar as atuações dos profissionais para com os usuários visando os princípios de cuidado do SUS dentro das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Santos e Ferla (2017), realizaram uma pesquisa com 890 tutores do projeto Caminhos do Cuidado, com o objetivo de compreender o cuidado em saúde mental e atenção básica no SUS, estes concluem que a formação continuada para os profissionais que trabalham diariamente com usuários de álcool e outras drogas é necessária, tendo em vista os modelos e legislações que respaldam o cuidado necessário com o público alvo. Conte, Mayer, Reverbel, Sbruzzi e colaboradores (2004), realizaram uma pesquisa na qual avaliaram concepções sobre Redução de Danos e práticas em saúde a partir da RD, utilizando relato de experiência nacionais, internacionais e regionais, já que a Redução de Danos articula com os pilares do SUS, e apresentam diversas estratégias utilizando a RD como meio para um cuidado integral à pessoa usuária de álcool e outras drogas. A pesquisa realizada por Lima e Schneider (2011) entre 2008 a 2009, a fim de retratar as implicações dos modelos de cuidado para com pessoas dependentes de álcool e outras drogas, pautou-se em investigar ações de 15 profissionais, por meio de entrevistas, dentro da rede básica. Com esta pesquisa concluiu-se que, os profissionais não possuem manejo suficiente para realizar as propostas do SUS de cuidado integral com os usuários de álcool e outras drogas, o cuidado ainda é pautado no modelo assistencial e medicamentoso, sendo centralizado no sintoma e não na prevenção, e visam a abstinência, o que iria contra os princípios do SUS anterior à 2018. Apesar dos artigos serem dentro das unidades básicas de saúde, será que essas conclusões, como falta de capacitação de profissionais e o modelo hospitalocêntrico permeiam os CAPS ad, no que tange o cuidado integral e pautado nas legislações do Ministério da Saúde?

Spohr, Leitão e Schneider (2006), com o objetivo de caracterizar os serviços de atenção às pessoas dependentes de álcool de outras drogas na região da grande Florianópolis, realizaram questionários e entrevistas em instituições como: clínicas (1), ambulatórios (5), hospitais (3), comunidades terapêuticas (8), coordenações gerais de grupos de ajuda mútua (2) e programas de redução de danos (2). Vale ressaltar que, neste estudo havia instituições privadas, públicas e filantrópicas. Entretanto, independentemente de seu caráter particular ou governamental, praticamente todas elas recebem repasses de verbas públicas, além de muitas receberem repasses de convênios e pagamento dos próprios usuários. No que se refere a avaliação de resultados dos programas oferecidos aos usuários de álcool e outras drogas, as

pesquisadoras observaram que apenas duas instituições responderam que realizam avaliações de seu trabalho de forma “frequente”. Uma das instituições descreve analisar o serviço por meio da “Bíblia e outra por meio do coordenador, porém nada sistematizado como prevê na Resolução 101, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2002)”, (SPOHR; LEITÃO; SCHNEIDER, 2006, p. 229). Percebe-se que, a comunidade terapêutica, descreve usar a Bíblia para avaliar as ações de seus funcionários para com as pessoas que frequentam o serviço. Este meio de avaliação é contraditório às preconizações da Lei 8.080 (BRASIL,1990), uma vez que a lei expressa de forma clara que o cuidado as pessoas precisam visar a integralidade do sujeito, a participação na comunidade, o cuidado em rede, perto de sua família e amigos, onde o que prevalece é dar lugar às preferências dos sujeitos, não uma religião impondo atividades cuja finalidades é pautada na bíblia, na crença.

Ainda, segundo Spohr, Leitão e Schneider (2006), o Estado tem passado sua responsabilidade a locais que não são de caráter público, se esquivando, portanto, de seus deveres preconizados pela Lei 8.080 (BRASIL, 1990), que em seu Art.2º § 1º:

o dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

De acordo com a Câmara Municipal de Criciúma (2013), uma reportagem realizada em 2013 expôs que Santa Catarina tinha ao menos 140 comunidades terapêuticas, enquanto, de acordo com o Estado de Santa Catarina (2016), os CAPS ad no Estado são 10. Pode-se perceber que há muito mais comunidades terapêuticas do que locais pautados em leis, com fiscalização rígida e seguindo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Ainda, na realidade da Grande Florianópolis, no que tange o cuidado 24 horas quando necessário aos usuários dos serviços substitutivos, não há nenhum CAPS ad III, apesar da população para a implementação deste serviço ser de 200 mil habitantes pela Portaria e Florianópolis ter em média, segundo estimativa do IBGE (2017) 485.838 mil pessoas.

Segundo a Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina (2016) a grande Florianópolis é a cidade que mais tem índices de internações em unidades psiquiátricas, contabilizando em 2013, 2.560 internações. Este índice, segundo o estudo (2016), se deve ao fato de ainda se ter um hospital psiquiátrico localizado na região, o que faz com que a região e as demais localidades próximas, quando precisam de atendimento no qual os serviços substitutivos não deem conta, seja pelo horário de funcionamento, pela falta de serviços especializados, pela não implementação da rede conforme as legislações preveem ou pelas equipes de saúde se recusarem a atender determinadas situações, usem a unidade de

internação psiquiátrica. Ainda de acordo com o estudo da Secretaria do Estado da Saúde de Santa Catarina (2016) as situações, de acordo com o CID-10, que mais tem internado pelo Sistema Único de Saúde é o transtorno por álcool com 3.934 internações, o que equivale a uma média de 29,3%, seguido por transtorno de humor com 3.389 internações ou 25,3% e transtorno por outras substâncias psicoativas com 2.741 internações, equivalendo 20,3%. Se forem somados os dados de internações referentes ao uso de álcool e de outras substâncias psicoativas, chega-se a praticamente metade (49,6%) das internações psiquiátricas no Estado. Além disso, os artigos encontrados que se propõe a compreender a percepção dos profissionais que atuam nos serviços substitutivos acerca da Redução de Danos (RD) como procedimento a usuários de álcool e outras drogas se concentram nos Estados de Recife (MORAES, 2008), Distrito Federal (CALASSA; PENSO; FREITAS, 2015), e Sergipe, (VASCONCELOS; MACHADO; PROTAZIO, 2014). Nesse contexto, a região sul do país carece de estudos desta natureza.

De acordo com Relatório do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC, 2016) 1 a cada 6 usuários de drogas no mundo não tiveram acesso ou receberam quaisquer modos de tratamento para a dependência. Com isto, pode-se pensar, que espaços tem sido desenvolvido para o cuidado integral para as pessoas que usam álcool e outras drogas? Que ações fundamentam as intervenções com tais usuários? Os dados referentes ao consumo de droga pela UNODC (2016), demonstram-se relevantes uma vez que, na realidade brasileira há legislações que devem ser respeitadas no que tange o cuidado a pessoas que já usaram ou usam álcool e outras drogas, determinando a criação e perpetuação de espaços como os CAPS ad, CAPS ad III e os sistemas ambulatoriais, a fim de que se promova o cuidado em rede para a população. Portanto, há espaços especializados para o atendimento a pessoas que utilizam drogas. Contudo, pode-se pensar que não há conhecimento por parte da população sobre estes espaços e/ou não há locais especializados a este tipo de atendimento suficiente que deem conta de atender a demanda relacionado ao abuso de substâncias psicoativas. Os CAPS ad são espaços aberto ao público segundo a Portaria 3.088 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), que atendem adultos, crianças e adolescente que fazem uso de Crack, álcool e outras drogas; já o CAPS ad III destina-se para o mesmo público do CAPS ad, porém, possibilita o cuidado 24 horas para observação e monitoramento de pacientes caso necessário.

Os serviços substitutivos são ainda pautados por práticas de modelo psiquiátrico e pela falta de conhecimento dos profissionais a respeito das preconizações do SUS. Moraes

(2008) realizaram uma pesquisa que teve como objetivo averiguar a percepção dos usuários, acompanhantes e profissionais em dois CAPS ad da região de Recife, a respeito do modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas, a partir de observações de 36 participantes, estes constataram que ainda há indícios do modelo médico clássico nos espaços que deveriam ser substitutivos; percebe-se a falta de conhecimento por parte dos profissionais em relação aos princípios e diretrizes do SUS e o entendimento destes profissionais sobre a utilização a abstinência como modo de cuidado. A autora percebe o CAPS ad como uma instituição onde as práticas “estão norteadas pelos mecanismos de dominação e imposição da lei e da ordem” Tundis & Costa (apud MORAES, 2008, p.128).

É importante ressaltar que, por mais que existam legislações, como a Portaria 3.088 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), que prevê a existência de locais para o cuidado de pessoas com sofrimento e ou transtorno mental decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, não necessariamente elas são respeitadas, tendo em vista a realidade de diversos municípios que não possuem CAPS ad, CAPS ad III apesar de possuir uma população igual ou superior a setenta mil habitantes para haver um CAPS ad ou uma população de duzentos mil habitantes para CAPS ad III (PORTARIA 3.088, 2011). Nesse contexto cabe questionar, se as políticas públicas de atenção aos usuários não são efetivadas na implementação de espaços de atendimento, nos espaços que existem, de que forma é estabelecida a relação entre a atuação de profissionais que atuam em CAPS ad e as regulamentações do Ministério da Saúde para o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas? O que se torna direcionador das práticas profissionais em tais espaços? Produzir respostas a tais questionamentos é necessário para compreender as intervenções realizadas no atendimento ao usuário e a partir de tal compreensão promover o desenvolvimento de ações de capacitação e desenvolvimento profissional que levem em consideração as legislações vigentes e as necessidades dos usuários de CAPS ad a fim de promover melhor condição de vida e de saúde aos mesmos. Como também, avaliar a percepção de profissionais de psicologia no CAPS ad possibilita identificar a extensão das práticas profissionais e, com isso, subsidiar políticas públicas que deem conta de atender às necessidades da população, além de propiciar ações de qualificação profissional que promovam tais princípios.

A RD é ainda uma forma de atuação a ser inserida nos contextos de saúde, uma vez que nos espaços dos CAPS se pratica de forma informal a abstinência e não a redução de danos como prevê Regulamentações, Portarias e Leis até meado de 2017. A pesquisa realizada por Vasconcelos, Machado e Protazio (2014), por sua vez, teve como objetivo



compreender que cuidado tem sido realizado nos CAPS ad na perspectiva dos profissionais e usuários com o intuito de proporcionar novas possibilidades dentro da temática álcool e outras drogas. Neste estudo, percebeu-se despreparo dos profissionais para atuar com pessoas usuárias de álcool e outras drogas, e a pouca compreensão do que é RD. O objetivo da pesquisa realizada por Calassa, Penso e Freitas (2015), foi compreender a RD na visão dos profissionais, e como esta prática tem se efetivado nos CAPS ad, a partir de entrevista com dezenove profissionais, os autores concluíram de forma parecida com a pesquisa de Moraes (2008), no que tange a perspectiva da abstinência como finalidade do processo no tratamento aos usuários dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, tendo a RD como não aplicável à maioria dos pacientes, apesar dos profissionais compreenderem a estratégia.

Se as intervenções no CAPS ad não atendem às necessidades da população, eles não podem ser considerados eficazes. Segundo Silva (2015), em um estudo realizado em um CAPS ad na região Sul do Brasil, a fim de identificar a percepção de usuários em relação ao tratamento para a dependência química no CAPS ad. A pesquisadora identificou ao entrevistar dez usuários do CAPS ad que, a abstinência é um objetivo do CAPS ad em questão, constatou ainda o uso medicamentoso demasiado para amenizar os sintomas da abstinência no processo de desintoxicação, sendo portanto, o tratamento no CAPS ad de acordo com Silva “paliativo” (2015, p.16). Segundo o estudo realizado por Schneider e Lima (2013), a partir de revisões bibliográfica entre os anos de 2004 e 2011, teve como objetivo avaliar os CAPS, analisando se estes têm realizado sua proposta de serem substitutivos. As autoras concluem que os CAPS têm cumprido a sua função, construindo, portanto, um novo olhar para com os sujeitos, indo ao encontro das propostas do SUS e ainda as autoras destacam a falta de pesquisas envolvendo os CAPS ad.

No contexto apresentado, é possível examinar que há estudos que demonstram que ações realizadas em CAPS ad atendem a sua proposta de serem substitutivos (SCHNEIDER e LIMA (2013). Em contrapartida, há pesquisas, como realizadas por Moraes (2008), Calassa; Penso; Freitas (2015) e Vasconcelos; Machado; Protazio (2014), as conclusões foram distintas, uma vez que, houve a constatação de que, o tratamento aos usuários ainda é visando a abstinência e com resquícios dos manicômios, não atendendo às propostas do SUS.

## **2. POLÍTICAS DE ATENÇÃO A USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS COMO PARTE DE UM PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL DO BRASIL**

A Reforma Sanitária que, visava melhores condições de saúde para a população brasileira, logo, qualidade de vida, com a criação de um sistema integral de saúde e público, por consequência, fim de um sistema privado e excludente, possibilitou a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) que é respaldado pela Lei 8.080/90. Por decorrência deste movimento e da implementações do SUS, se consolidou a Reforma Psiquiátrica, esta tem como proposta cuidar do sujeito em rede, na sua cidade, entre família e amigos, ganhou legitimidade com a Lei 10.216 (TENÓRIO, 2002; BARROSO, SILVA, 2011), orientada pela Constituição Federal (1988). As Reformas promoveram ainda a modificação da visão centrada na pessoa como doença, podendo se pensar em estratégias singulares e diferenciadas para cada sujeito, possibilitando o debate e a abertura de espaços na sociedade para cumprir seus deveres legislados na Lei 10.216 de 2001 onde rege a “proteção, cuidado, respeito” às pessoas com sofrimento psíquico. De acordo com Amarante (1995), quando se fala em Reforma Psiquiátrica não se está pensando apenas na extinção dos manicômios, ou somente na desospitalização e sim pensando em desinstitucionalização, que é deixar de olhar apenas para a doença e tratar o sujeito como um todo, construindo possibilidades e subjetividades, possibilitando ao sujeito ser cidadão, que possui direitos.

Decorrente de todas estas movimentações que são respaldadas por legislações criou-se, portanto, os serviços substitutivos, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), buscando ser os espaços para produzir subjetividades e de respeito ao sujeito que o frequenta, como também acolher, possibilitar a reinserção social, a autonomia, Portaria 3.088 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Estes serviços são regulamentados pelas Portarias 336 de 2002 e 3.088 de 2011 do Ministério da Saúde, objetivando definir as diretrizes dos CAPS, como espaço de promoção de singularidade na comunidade. Dentre estes serviços criou-se um espaço para as pessoas com sofrimento psíquico decorrente do uso prejudicial e ou dependência de substâncias psicoativas, os CAPS ad. Estas Portarias buscam garantir o cuidado em rede, como também assegurar a “atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas” (ART. 2º, V), bem como propõem o apoio multiprofissional, a partir da atenção interdisciplinar, promover a reinserção dos sujeitos na sociedade, garantido o atendimento em toda rede de saúde que seja necessária para o tratamento, propiciar as mais diversas atividades, como também plano terapêutico singular ou um cuidado em grupo, prevê a promoção de estratégias de redução de danos como forma de cuidado.

Os serviços substitutivos estão sendo deixados de lado com as novas políticas públicas, nas quais diversas Portarias, como a nº1 de 9 de março de 2018, do Ministério da

Justiça, 3.588 de 21 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde; Resolução nº32 de 14 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde, dentre outras, foram “realinhadas” e entraram a vigorar no início de 2018. Em tais legislações são apresentadas um modelo de cuidado que tenta voltar ao modelo manicomial, sem levar em consideração as escolhas e possibilidades do sujeito. Retratam uma lógica que, no passado não muito distante, mostrou à sociedade um processo de exclusão, exílio e condenação daqueles que a sociedade não consegue ver e conviver nos espaços públicos. Estas novas políticas públicas fortalecem a proposta das comunidades terapêuticas, no que retrata o cuidado em um espaço específico e não necessariamente esteja articulado com a rede, como também um cuidado que vise exclusivamente a abstinência. Na resolução nº01 de 2018 (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA), é proposta a abstinência como forma de cuidado e não mais a Redução de Danos. Na Resolução 3.588 de 2017, o que se prevê é que a taxa de ocupação mínima nos leitos em hospitais gerais seja de 80% para atender pessoas com transtornos mentais e/ou necessidade de saúde decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas. Os leitos mínimos para o repasse de verbas públicas segue a mesma lógica que existia para os manicômios, por mais que estivesse sendo construída uma proposta de diminuir os leitos nos hospitais psiquiátricos (antigos manicômios), tais como havia sido proposto com as Portarias nº52 de 20 de janeiro de 2004 (MINISTÉRIO DA SAÚDE) e nº 2.644 de outubro de 2009 (MINISTÉRIO DA SAÚDE), expressavam a necessidade de redução progressiva dos leitos em hospitais psiquiátricos, como também criam incentivos para a curta duração de pessoas em hospitais psiquiátricos.

A Resolução nº 32 de dezembro de 2017 (MINISTÉRIO DA SAÚDE) no Art.5º, veda a ampliação da capacidade já instalada de leitos, mas não propõem mais que haja diminuição progressiva dos leitos. Em contradição com legislações anteriores, nas quais vinham sendo construídas bases jurídicas para que se houvesse a diminuição de leitos nos hospitais psiquiátricos à medida que os serviços substitutivos fossem dando conta até a extinção dos hospitais psiquiátricos, como proposta na Reforma Psiquiátrica (lei 10.216); pelos princípios do SUS (lei 8.080) e pela Constituição Federal de 1988. O que se supõe com as novas resoluções é a manutenção da lógica psiquiátrica em manter os leitos em hospitais psiquiátricos.

A palavra substitutivo já demonstra a proposta dos CAPS, ser um local de cuidado em rede, de passagem, ser transitório e não de caráter “residencial” por período indeterminável como propõem a nova Resolução nº01 de 2018 (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA). Para este atendimento, que vise acolher o sujeito, existem as unidades de

acolhimento que são regulamentadas pela Portaria 3.088 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011), mas que tem sua própria Portaria a 121 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), são residências para pessoas que estão em atendimento devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas. As residências terapêuticas, possuem como características a sua transitoriedade e que se articula entre os pontos da saúde, oferecido pelo Sistema Único de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, s.d). De acordo com a Resolução 32 do Ministério da Saúde (2017), no Art. 7º, libera a criação de um novo Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas, o CAPS ad IV, que deverá funcionar 24 horas, para atendimento de urgência e emergência, “para ofertar linhas de cuidado em situações de crises de uso de droga, especialmente o crack (“cracolândias”)”. A Portaria 3.088 de 2011, já havia se preocupado em realizar atendimentos contínuos, quando necessário, às pessoas com necessidades de cuidado intensivo devido ao abuso de substâncias, como os CAPS ad III, mas infelizmente são poucos os serviços substitutivos pelo Brasil desta natureza. Segundo levantamento do Ministério Público (2015), em 2014 foram registrados a existência de 69 CAPS ad III, 85 CAPS III e 309 CAPS ad em todo o território brasileiro.

Visando uma atuação homogênea por parte dos profissionais de saúde, o Ministério da Saúde (2011) elaborou o Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas: guia AD, no qual aborda ações para o trabalho dos profissionais que atuam no campo álcool e outras drogas. Uma ação que o Ministério da Saúde (2011) no guia AD propõe que o trabalho do profissional não seja oferecendo aos usuários apenas a abstinência, desta forma “respeitando o momento e o desejo do usuário, utilizando estratégias da redução de danos” (p.16), como também o trabalho do profissional “deve evitar o juízo de valor moral” no atendimento, percebendo e considerando, portanto, a experiência de cada sujeito (MINISTÉRIO DA SAÚDE. p.17), como também não cabe ao profissional atuar no viés assistencialista e sim na “promoção de autonomia e protagonismo” (p.18). Desta forma, os profissionais de saúde que devem seguir este guia, são principalmente os profissionais que atuam com pessoas usuárias de álcool e outras drogas, equipes, por exemplo, como nos CAPS ad.

Segundo as Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogas (os) em Políticas Públicas sobre álcool e outras drogas (CREPOP ÁLCOOL E DROGAS) (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013), as “drogas fazem e farão parte da experiência humana” (p. 26). Dessa forma, a proposição de abstinência como diretriz parece indicar formas de

atenção a usuários de álcool e outras drogas anteriores às Reformas Sanitária e Psiquiátrica. Seria um retrocesso na atenção à saúde dessa parcela da população?

Ainda segundo o CREPOP álcool e outras drogas (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013) a abstinência como único modo de cuidado produz exclusão, um modelo moral, criminal e propõem o entendimento de doença pelo uso. O que, então, sustenta a proposição de tal diretriz no atendimento à população usuária de álcool e outras drogas?

No que tange o Código de Ética Profissional do Psicólogo (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005), nos princípios fundamentais:

II. o psicólogo trabalhará na promoção a saúde e a qualidade de vida das pessoas de forma individual ou coletiva e contribuirá na eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, no III. o psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural (p.7).

Portanto, o que se percebe é que a profissão de psicologia se preocupa e regula algumas ações para a promoção de saúde que possibilite o cuidado integral ao sujeito, reconhecendo que este está inserido em um meio social e cultural que perpassam a sua constituição e refletem em ações dentro da sociedade. Ainda, segundo o Código de Ética (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005) é vedado ao profissional de psicologia no Art. 2º

(b) induzir a convicção políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou qualquer tipo de preconceito, quando no exercício da sua função, no (e), é vedado ao psicólogo ser conivente com erros, falta éticas, violação de direitos, crimes ou contravenções penais praticados por psicólogos na prestação de serviços profissionais, (p.9).

Nesse contexto, os profissionais de psicologia precisam estar atentos ao seu modo de atuação. Ao local onde prestam serviço, aos princípios e objetivos do espaço para que possam fazer um trabalho adequado, tanto no que permeia a legislação da própria profissão quanto no respeito ético aos sujeitos que buscam a psicologia. Cuidado este que está respaldado no I Princípios Fundamentais no Código de Ética (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005. p.7) que o trabalho se baseará “no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos”. Desta forma, realizando um trabalho ético e respeitoso aos sujeitos que procuram o serviço.

### 3 METODO

A pesquisa respeitou os preceitos éticos em pesquisas com seres humanos de acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo autorizada pelo

CEP: nº 95377018.9.0000.5369. A metodologia utilizada caracteriza-se como descritiva, de natureza qualitativa, quanto ao delineamento é uma pesquisa de campo e o corte transversal, segundo Leonel e Motta (2007).

Os participantes da pesquisa foram quatro profissionais de psicologia que atuam em dois CAPS ad da Grande Florianópolis que aceitaram participar. Sendo estes três do sexo feminino e um do sexo masculino, portanto, os profissionais serão identificador como P1, P2, P3 e P4. O tempo de atuação dos profissionais de psicologia no CAPS ad variam de seis meses a cinco anos e o tempo de formação dos profissionais variam de dezenove anos a cinco anos. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, por meio de um roteiro previamente elaborado que conteve 23 perguntas. Das quatro entrevistas, três foram realizadas no ambiente e horário de trabalho e tiveram tempo médio de 1h de realização, sendo gravadas e posteriormente transcritas para análise dos dados. A quarta entrevista foi entregue o roteiro impresso para a participante e a mesma gravou em áudio as perguntas e respostas e o enviou por e-mail à pesquisadora.

Para realizar a pesquisa, foi obtido o consentimento das Secretarias Municipais de Saúde da Grande Florianópolis, como também do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina. Os profissionais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o Termo de Autorização de gravação e uso de voz.

Para organização dos dados obtidos utilizou-se a análise de conteúdo. Foi elaborada uma tabela com as categorias de análise: Estratégia de intervenção, Redução de Danos, Abstinência e Políticas Públicas e a partir destas, foram criadas subcategorias a posteriori a partir das falas dos participantes.

#### **4. RESULTADOS E DISCUSSÃO**

As políticas públicas em saúde tem decorrências diretas nas atuações de profissionais de psicologia. A histórica orientação para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas por meio da redução de danos, cujas políticas se consolidam com a criação da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) em 2003 e no Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), pautando-se na Lei 8.080, como também na Lei 10.216, tem sido substituída pela Resolução 01/2018 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) que institui a abstinência como estratégia de cuidado, retomando as ideias manicomiais. Nesse contexto, identificar de que forma tais políticas vem orientando o

trabalho de psicólogos que atendem usuários de álcool e outras drogas dentro de CAPS ad se torna necessário para compreender a atuação desse profissional.

#### 4.1 ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO UTILIZADAS POR PROFISSIONAIS DE PSICOLOGIA QUE ATUAM EM CAPS

Segundo a Portaria 336 de 2002 (MINISTÉRIO DA SAÚDE), as atividades que o CAPS ad se propõe a realizar são: atendimentos individuais, em grupos e oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atividades que incluam a comunidade a fim de proporcionar integração entre comunidade e as pessoas atendidas no serviço, bem como atendimento de desintoxicação. Todas estas atividades podem ser realizadas pelo psicólogo, segundo esta Portaria e as referências técnicas para a atuação de psicólogos (os) em políticas públicas de álcool e outras drogas (CREPOP álcool e drogas) Conselho Federal de Psicologia (2013).

Nesse sentido, todos os participantes expuseram realizar intervenção grupais e atendimentos individuais, além disso, uma participante enfatizou que realiza poucos atendimentos individuais, se focando mais em grupos. De acordo com as entrevistas e segundo P2. “eu tenho bastante intervenção grupal... eu tenho dois grupos”, a média dos profissionais como coordenadores de grupos são dois. Os relatos dos profissionais de psicologia corroboram no que preconiza a legislação e no CREPOP álcool e drogas.

No que se trata às atividades desenvolvidas nos grupos, uma profissional expôs realizar um grupo no formato operativo, outra profissional relatou que realiza o grupo por meio de oficina. Três profissionais explicitaram utilizar o diálogo como forma de intervenção nos grupos que coordenam. Tiveram duas ocorrências relacionada às atividades relatadas como integrativas e quanto ao uso de dinâmicas, e com uma ocorrência utilizar o espaço grupal para esclarecimentos assim, de acordo com P3. “em grupo estar promovendo o diálogo”.

Em relação aos atendimentos individuais, os participantes, expressaram que é por meio de conversas, podendo ser chamando a família de acordo com o desejo do paciente, segundo P3. “no individual é justamente fazendo uso daquilo que a pessoa está trazendo”. Portanto, percebe-se que a fala é utilizado pelos profissionais como o meio principal de se vincular e trabalhar com as pessoas que frequentam o serviço. É através da fala que possíveis modificações na vida dos sujeitos se darão, a partir da interação entre psicólogo e paciente no âmbito dos atendimento individuais, como também nas relações e interações sociais na qual o sujeito está inserido (SKINNER, 1957 apud PASSOS, 2003).

Em relação a continuidade dos usuários nas intervenções grupais e individuais que os profissionais de psicologia realizam, dois profissionais relataram não conseguir quantificar a média de permanência dos usuários em uma mesma atividade exercida por este profissional, uma profissional não respondeu a questão e outra profissional relatou que a média é de dois à quatro meses, conforme fala explicitada pela profissional P1. "eu estou percebendo é que ele é muito sazonal em termos de número de pacientes em tratamento".

Ainda em relação a permanência dos usuários nos CAPS ad, dos quatro profissionais entrevistados apenas três responderam à pergunta, sendo que uma respondeu que existe paciente que está frequentando o CAPS ad há oito anos, outra profissional explicitou que percebe que a média é de dois anos e outro profissional relatou perceber uma média de três à quatro meses de tratamento dos usuários no serviço. Não existe nenhuma legislação ou orientações que descrevam quanto tempo uma pessoa deva permanecer em um CAPS. Entretanto, se seguir a lógica antimanicomial na qual foi pautada este serviço, os Centros de Atenção Psicossocial se propõem a ser um espaço transitório e não institucional asilar. Desta forma, a permanência de oito anos de uma pessoa em um serviço substitutivo é duvidoso, no que tange o que o serviço vem se propondo a ser, e a construir com o sujeito uma vez que um dos princípios do Sistema Único de Saúde é a integralidade, que propõe a articulação em rede, atendendo as necessidades do sujeito em diversos setores da saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, s/d). Ainda segundo a Portaria 3.088 no Art. 2º, VII - faz parte da diretriz "o desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania". Deste modo, para que se garanta a autonomia e inclusão social é preciso que os serviços se articulem entre si e que o próprio usuário seja incentivado a articular entre a rede, buscando criar novos laços, fazendo com que o serviço seja utilizado esporadicamente.

No que tange os motivos que orientam as estratégias utilizadas por estes profissionais no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, entre os quatro profissionais entrevistados, dois (P1 e P4) relataram que se pautam nas Políticas Públicas, duas ocorrências (P3 e P4) por pós graduação e seguido com uma ocorrência (P4) conhecimentos adquiridos na graduação em psicologia e igualmente com uma ocorrência a profissional (P4) relatou que utiliza o protocolo do próprio serviço, conforme pode ser explicitado pela fala por ela (P4)

"psicologia, na minha formação em psicanálise, nas diretrizes das Políticas Públicas sobre álcool e drogas, que focam na Redução de Danos, nas redes de atenção psicossocial, no cuidado integral, na autonomia e na participação social do usuário".



Apesar dos profissionais relatarem se pautarem em suas formações em psicologia, será que sua formação básica deu conta de apresentar e dialogar sobre as políticas públicas e as formas de atuação que os profissionais de psicologia careceriam ter com usuários de álcool e outras drogas? Uma profissional de psicologia expressou não ter tido políticas públicas na graduação, já que se formou em 1999. Um profissional relatou que apesar de ter se formado em 2007 não teve informações sobre políticas públicas na área de álcool e outras drogas. Outra profissional, formada em 2013 relatou que não teve nenhuma disciplina específica para tratar deste tema. Já outra profissional, relatou que teve políticas públicas em geral e também sobre álcool e outras drogas, expressando serem estas de grande importância. Os relatos corroboram para o que Schneider, Cerutti, Martins e Nieweglowski (2014) discutem em sua pesquisa quando expressam que as graduações nem sempre contemplam ações que preparem o estudante para atuar ou compreender a temática álcool e drogas. Apesar disto, se a política pública dos centros de atenção psicossocial se concretizaram a partir de 2002 com a Portaria 336, o que leva as graduações não terem se ajustado e disseminado a política que reformulou a base do cuidado em saúde mental? Inclusive na criação de novos espaços de cuidado que incluem a atuação do profissional de psicologia, que previamente tinha sido concretizada pela lei 10.216 de 2001.

Apesar das graduações de três de quatro destes profissionais (P2, P3 e P4) não terem tido informações sobre as políticas públicas, os profissionais procuraram se atualizar e se informar em cursos de pós graduação e cursos na área, conforme fala:

P3. “ainda que a academia, a universidade não tenha naquela época, á 10 anos me orientado com relação a essa prática né, eu fui atrás de qualificação né, eu estudo, eu debato. Meu mestrado eu dedico vários capítulos a essa parte né, então eu tô tendo que estudar muito sobre o que eu vou escrever claro, né e daí seria na questão álcool e droga, então o meu projeto tem a ver com as pessoas, com os usuários desse serviço, álcool e outras drogas”.

Percebe-se pelas falas dos profissionais que estas qualificações foram necessárias para atuar com as pessoas que frequentam o serviço, assim facilitando o manejo com os usuários.

Em relação aos facilitadores para realizar o seu trabalho no CAPS ad, dois profissionais (P1 e P4) relataram ser a equipe e a autonomia que tem no trabalho, bem como, com uma ocorrência cada foram citados: liberdade para exercer sua função (P2), valorização do trabalho (P2), gestão local (P3), trabalho multiprofissional (P1), vínculo (P1) e retorno com os usuários do serviço (P1) e reunião de equipe (P1). Contudo, ao mesmo tempo que a equipe foi relatada como facilitadora, também foi citada como dificultadora para realização do trabalho em alguns momentos dentro do serviço por duas profissionais. De acordo com a

Portaria 336 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002) a equipe do CAPS ad é composta por uma equipe multiprofissional, abrangendo psicólogas, assistente social, médicas dentre outros profissionais de nível superior e profissionais da área técnica. O intuito de haver a equipe multiprofissional é justamente para que se possa possibilitar um cuidado integral, para isso é importante reuniões de equipe para que possam conversar e juntos ampliar a concepção de vida das pessoas que procuram o serviço.

A gestão política foi um eixo no qual todos os profissionais relataram como dificultadora para a realização do trabalho geral do Centro de Atenção Psicossocial e consequentemente interferindo no trabalho desenvolvidos por estes profissionais. A falta de recursos para o transporte coletivo gratuito e alimentação aos usuários foram relatados por duas profissionais e a falta de materiais de trabalho foram relatadas por três profissionais. Segundo a Portaria do Ministério da Saúde nº3.089 de 2011, o CAPS ad recebe R\$ 39.780,00 (trinta e nove mil, setecentos e oitenta reais) mensais para custear as atividades desenvolvidas por este centro. Essa dificuldade relatada pelos profissionais corrobora o que foi descoberto por Spohr, Leitão e Schneider (2006) quando, em sua pesquisa sinalizam que o Governo não tem cumprido sua função básica com esses locais de cuidado e tem passado a se preocupar com outras instituições conforme fala do profissional P3. “eu acho que muitas vezes é a questão da gestão e, eu não digo de uma gestão local, eu digo de uma gestão maior, assim ó, o que diz os manuais para se abrir um CAPS? Qual a função destinada a verba de cada CAPS?” como também a fala da profissional P1. “tá tendo uma tendência alguns retrocessos né, a priorizar alguns outros dispositivos que não são CAPS, como por exemplo a comunidade terapêutica”. Essa lógica manicomial de cuidado corrobora para a permanência da institucionalização das pessoas, que nada mais é do que a exclusão pela internação (BARBOSA, MARTINHAGO, HOEPFNER, DARÉ, CAPONI, 2016)

A fala dos profissional explicitam as dificuldades que os centros estão tendo por se respaldarem em um cuidado que deve ser realizado por profissionais qualificados e não apenas pessoas escolhidas pelas gestões, como muitas vezes ocorre nas comunidades terapêuticas, para qual existe a legislação nº29 de 30 de junho de 2011 a ser seguida. Entretanto, não se tem respeitado as legislações e nem respeitado as pessoas que frequentam esses espaços, como pode ser explicitado pelo Conselho Federal de Psicologia que, em 2017 realizou inspeções por todo o Brasil às comunidades terapêuticas (CT) a fim de verificar o que estas tem realizado. De acordo com esse estudo as CT tem muita dificuldade em realizar o que a legislação nº 29 de 2011 propõe, em desconformidade com a Lei nº10.216 quando não

possuem um quadro mínimo de profissionais que sejam capazes de exercer o cuidado as pessoas que neste local, “há poucos profissionais com formação na área da saúde e muitos monitores” (p.97).

A insegurança da existência do CAPS e a sobrecarga de trabalho foi citado por uma profissional. Sendo explicitado pela fala:

P1. “a sobrecarga de trabalho e o movimento frente a esse retrocesso nas políticas aí impacta diretamente a gente né, uma insegurança de saber neste momento nosso, levando em conta o cenário atual, deste momento, a gente se questiona até quando que o CAPS vai funcionar”.

A fala da profissional é pertinente quando se percebe que os recursos financeiros não estão chegando aos CAPS e quando existe mais CT no Estado de Santa Catarina do que os CAPS. Como demonstrou a Câmara Municipal de Criciúma (2013) sobre os Centros de Atenção Psicossocial que, apesar de ser necessário o número mínimo de setenta mil habitantes para a construção deste serviço e a existência de alguns destes a rede que fortalece esse serviço para compor um cuidado integral e em comunidade está sendo negligenciada a partir do momento que não há CAPS ad III quando há uma população acima de duzentos mil habitantes (PORTARIA N° 3.088 DE DEZEMBRO DE 2011) quando não há Unidades de Acolhimento para a população que já ultrapassou duzentos mil habitantes (PORTARIA N° 121, DE 25 DE JANEIRO DE 2012). Além disto, existem poucos ou quase inexistentes leitos de atenção integral em Hospitais Gerais para população de cem mil habitantes (PORTARIA N° 148 DE 31 JANEIRO DE 2012). Vale lembrar que, segundo estimativa do IBGE (2017) apenas em Florianópolis há em torno de 485.838 mil pessoas. Desta forma, quais os motivos que levam a não implementação dos serviços que compõe a rede substitutiva que vem sendo implementada há mais de dezesseis anos? A falta de interesse público pode ser um fator, como explicitado por P1 nos dificultadores para o trabalho “ela é uma decorrência do cenário político né, da política de governo né, porque a política pública é uma política de Estado mas, também num grande guarda-chuva é uma política de Estado, mas ela é gestada pela política de governo né”, e por P3 “eu acho que muitas vezes é a questão do, da gestão, e eu não digo de uma gestão local, eu digo de uma gestão maior”.

Ainda sobre os dificultadores para realizar o trabalho dentro do CAPS ad, o sigilo e a ética profissional foram explicitados por uma profissional (P2) sendo um fator de difícil compreensão dos colegas de trabalho que não são de sua área de formação, como também o prontuário eletrônico que é um dispositivo implantado para que a rede de saúde básica municipal tenha acesso a todas as consultas em seus mais diferentes serviços. Tais aspectos

são representados na fala de P2. “a gente sempre trabalha o sigilo desse paciente nos atendimentos, ta no nosso código de ética né, eu sempre procuro colocar o mais, por exemplo no prontuário eletrônico ele, coloco o mais básico possível desse paciente”. Segundo o código de ética do psicólogo no Art. 6º -

“o psicólogo, no relacionamento com profissionais não psicólogos: b) compartilhará somente informações relevantes para qualificar o serviço prestado, resguardando o caráter confidencial das comunicações, assinalando a responsabilidade, de quem as receber, de preservar o sigilo” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, p.12).

A questão levantada pela profissional é pertinente no tocante a sua atuação enquanto psicóloga uma vez que, apesar de ter o prontuário eletrônico que é fundamental para que todos os profissionais da rede de saúde pública possam verificar por quais serviços a pessoa tem sido atendida, quais medicamentos utilizados e dosagens, este sistema limita a escrita do profissional de psicologia pois, não é necessários que toda rede saiba alguns pontos que possivelmente seria importante para a comunicação dentro do serviço especializado CAPS ad, conforme fala de P2 e ainda o Código de Ética do/a Psicólogo/a é claro quanto as informações repassadas do paciente.

Ainda, uma profissional (P2) relatou que a não adesão dos usuários do serviço de fato ao tratamento é um dificultador para o seu trabalho, contudo outra profissional relatou que em relação a equipe e as dificuldades enfrentadas por ela na sua atuação está ligada ao modo como a equipe percebe e atua com os usuários, de acordo com a profissional P1.

“o nosso papel aqui não é dizer que ele não está aderindo, é tentar ver o que que a gente pode fazer do jeito que ele consegue e tentar entender o que que tá faltando, então talvez, vamos entender, porque ele não está aderindo né, o nosso sentido é garantir acesso, não é barrar acesso”

Além disso, segundo o Ministério da Saúde (2003), muitos usuários de substâncias psicoativas não aderem e/ou desistem do tratamento por não compactuarem com o desejo e expectativa do profissional que atuam na saúde pelo viés da abstinência. Ainda, segundo as mesmas referências (2003), é relevante compreender que a substância afeta cada pessoa de modo diferente.

Apesar do contexto apresentado pelos profissionais como facilitadores e dificultadores dentro do serviço, quando questionados sobre sua satisfação no trabalho, todos os profissionais relataram estar satisfeitos com o seu trabalho dentro do CAPS ad. Conforme falas: P4. “me sinto bem satisfeita com a minha atuação né, em poder participar e contribuir na promoção de saúde né”, P1. “é satisfatório sim, é essa relação que a gente estabelece com eles no momento, do grupo, do atendimento individual”, P3. “me sinto satisfeito com o meu

trabalho, talvez, eu me sinta satisfeito com o meu trabalho porque eu me dedico com o que eu faço, e eu sempre estou aberto a diálogos” e P2. “eu me sinto bem satisfeita, né”.

Relacionado aos resultados que estes profissionais tem alcançado com a sua atuação com os usuários do serviço, de acordo com três profissionais entrevistados são: volta do usuário à função laboral com duas ocorrências (P1 e P3), percebem o paciente estabilizado e comprometido com o tratamento (P1 e P3), e com uma ocorrência cada estão: que os resultados são lentos (P2), o resgate de laços familiares (P1), estratégias para o uso (P1) e alta do serviço (P2). Pode-se perceber que, a satisfação com o trabalho está diretamente ligada com os resultados obtidos, já que, os profissionais de psicologia se percebem satisfeitos com os trabalhos realizados e o resultado destes trabalhos elaborados e executados por estes, proporcionam o resgate familiar, estratégias para minimizar os danos do uso e que as pessoas recebam alta do serviço. Portanto, os profissionais tem conseguido realizar os objetivos do serviço.

#### 4.2 PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE PSICOLOGIA ACERCA DA REDUÇÃO DE DANOS COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.

A redução de danos busca promover autonomia e liberdade (CREPOP ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, 2013) e talvez desafiadora ao se deparar com as possibilidades e desejo do paciente, ao se realizar um plano terapêutico que dê voz para aquilo que o sujeito queira. Além do mais, a RD busca promover uma atenção qualificada e acolhedora por parte dos profissionais para que assim possa ser aberta possibilidades de construção de vínculo e confiança com as pessoas que fazem o uso abusivo de substâncias psicoativas (CREPOP ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, 2013) pensando na permanência do usuário para realizar o seu tratamento dentro de um serviço qualificado. Nesse sentido, em relação ao que os profissionais compreendem por redução de danos (RD), três dos quatro profissionais responderam que compreendem a redução de danos como a redução do uso e a diminuição dos impactos do uso, e com uma ocorrência cada relataram: diminuir o sofrimento, retomada do vínculo social, reinserção social, qualidade de vida, um movimento, estratégia, ações e diferente. Conforme falas de P2. “tu tentar meio que diminuir o sofrimento do paciente né, e fazer ele se colocar dentro da sociedade através desse retorno desse pro trabalho, pra família, pro lazer, através de diminuição do consumo de substância” e P3. “ eu entendo redução de

danos enquanto um movimento tá, pra tu diminuir os estragos, pra tu diminuir o consumo e correlativo aos estragos ao ingerir as substâncias que tu acaba tendo”.

Nesse contexto, os profissionais tem compreensão acerca desse tipo de procedimento pois, estes indicaram com uma ocorrência cada que as possibilidades podem ser na questão de reduzir o consumo (P2), na troca de substâncias (P2) e para reduzir a variedade de substância(P1), falas parecidas como a forma que definiram a redução de danos. Sobre quando eles utilizam a redução de danos dentro do serviço, os profissionais relataram com uma ocorrência que utilizam em casos que envolvam a família no processo e que depende da realidade do sujeito que procura o serviço, e com duas ocorrências utilizam na troca do uso por outros prazeres. Desta forma, a estratégia da redução de danos busca em conjunto, entre sujeito e profissional articularem práticas que promovam o cuidado em relação ao uso, minimizando os riscos e conseqüentemente aumentando a qualidade de vida, não só em relação ao não uso, mas também nas suas relações sociais (CENTRO DE CONVIVÊNCIA É DE LEI, s.d; ESTADO DE SANTA CATARINA, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015). O que se pode compreender é que os profissionais de psicologia tem buscado promover o cuidado com os usuários levando em consideração suas singularidades e desejos, articulando novas formas de prazeres que não apenas a droga conforme fala de

P1. a redução de danos é muito diferente, tem um aqui que chega usando todos os tipos de droga e ele quer ficar só com uma isso também é redução de danos, então tá, ele chega aqui e tá usando muito de uma e quer reduzir nesse sentido específico do uso, mas tem outras coisas associadas aí então de enfim moradia, lazer, cultura, o que que pode se proporcionar aí que vai reduzir danos na medida que, bom existe outras formas de sentir prazer e outras formas de lidar com as minhas questões que não somente o uso da droga"

A partir do que os profissionais descreveram compreender sobre redução de danos, estes avaliaram a RD com uma ocorrência cada como: eficaz, necessária, boa, angustiante, excelente quando bem compreendida e que esta estratégia proporciona cuidado. Pode-se pensar que a RD é angustiante uma vez que a pessoa tem um tempo dela, e muitas vezes é difícil para o usuário largar sua droga de preferência, como também para o profissional pode ser difícil lidar com as próprias expectativas, conforme fala da profissional P1. "em alguns momentos ela é bem angustiante assim porque a gente tem que lidar também as vezes que com as nossas expectativas". Também pode-se compreender que é angustiante em relação à quando o paciente percebe uma possibilidade para uso de uma determinada substância na qual quer parar de fazer o uso mas enfrenta certa resistência, conforme retrata

fala da profissional P1. “em alguns momentos em relação ao uso, às vezes é o que eles nos demandam mais é a questão do uso sim”.

Além disso, pode-se compreender que a RD é eficaz e necessária na fala de P2. “acho ela boa, eu acho que ela muitas vezes é necessária, em muitas vezes, tem paciente que não da. É necessário e é bom, é eficaz” e P4. “eu penso que é uma estratégia de cuidado que permite né, autonomia e direito às pessoas que fazem algum uso de substâncias psicoativas”.

Ao contrário do que Vasconcelos, Machado e Protazio (2014) concluíram em sua pesquisa com profissionais e usuários relacionado a compreensão da redução de danos pelos profissionais que atuam em CAPS ad, o que se percebe é que na Grande Florianópolis os dispositivos que foram pesquisados definem a redução de danos de forma adequada e a utilizam dentro das possibilidades oferecidas pela equipe que a compõem. Entretanto, a fala de uma profissional deixou em dúvida o quanto o CAPS ad de fato cumpre as legislações e orientações para um cuidado integral, que vise liberdade e autonomia quando a mesma relata que:

“tipo assim, se o paciente não vem, ele abandona, vamos dizer assim, pra ele voltar, ele tem que estar 21 dias sem... Dai ele volta tudo de novo, faz o acolhimento o plano terapêutico né, revê a avaliação com o psiquiatra... existe várias, várias perguntas que tu não pode deixar de passar, uma delas é isso, quanto tempo tu ta abstinente?”

Esta mesma profissional (P2) relata que, para realizar o acolhimento utiliza o protocolo do serviço que foi e está sendo organizado é obrigatório perguntar para a pessoa quanto tempo a pessoa não usa mais. Se, apesar dos profissionais compreenderem e, em alguma medida utilizarem a redução de danos, o que faz um serviço pautado em políticas de inclusão social a perguntar o tempo de não uso de substâncias psicoativas, essa questão já não estaria induzindo que para realizar o tratamento a pessoa precisaria estar sem usar drogas, a lógica da redução de danos cabe em que momento? Segundo a pesquisa feita por Silva (2015) em relação a perspectiva dos usuários para com o CAPS ad do Sul do Brasil, concluiu que a abstinência é um objetivo do serviço em questão. Pode-se perceber que em um CAPS ad da Grande Florianópolis em que a pesquisa foi realizada a abstinência parece ser um objetivo, mesmo que o discurso da RD tivesse sido sinalizado em procedimento humanizado e eficaz.

Além disso, ficou claro com a pesquisa que dois profissionais de psicologia utilizam a redução de danos nos serviços substitutivos como prevê as Regulamentações e Legislações do Ministério da Saúde e as Orientações Técnicas do Conselho Federal de Psicologia. E dois profissionais apesar de compreender o que é a RD, quando expresso de que

forma utilizam, quase não apareceu por estes realizarem grupos que são prioritariamente abstinência.

#### 4.3 PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE PSICOLOGIA ACERCA DA ABSTINÊNCIA COMO ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.

Segundo Laranjeira e colaboradores (2000) abstinência é a interrupção total do uso e se necessário, substituir pela via medicamentosa. A partir disso, em relação há como os profissionais compreendem a abstinência, todos eles relataram ser: o não uso da substância por um período, como também um profissional relatou que compreende a abstinência como uma questão orgânica na qual a substância pode ser substituída pela medicação. Quanto às possibilidades do uso da abstinência, cada profissional percebe que pode usa-la de diferentes modos, como: em situações fisiológicas (P2), para atividades coletivas (P1), que possa ser substituído pela via medicamentosa (P3) e dependendo da realidade do sujeito (P4). Fala explicitada por P2. “estratégia de melhora pra várias coisas, tanto para questões desde essas questões fisiológicas até relações de afetos né, entre pessoas da família”. Pode-se compreender que, o não uso seria relacionado para o fortalecimento de vínculos e para amenizar os danos do uso abusivo no corpo.

Quando questionados em que situações utilizam a abstinência dentro do serviço, os profissionais relataram que: em alguns grupos (P2), no acolhimento (P2) e substituído pela via medicamentosa (P3). Segundo P2. “no grupo de apoio psicológico, mas é mais enfático, o tempo inteiro é abstinência no grupo de prevenção a recaída”. Ainda que a abstinência seja trabalhada dentro dos espaços que se propõe a ser substitutivo, é relevante cuidar que tipo de cuidado e a forma de cuidado que se propõe para que no espaço que deveria ser calcado no desejo e respeitando as singularidades não vire uma massificação de imposições, como pode ser visto nos programas de narcóticos anônimos (NA) e alcoólicos anônimos (AA) (CREPOP ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS, 2013).

Ainda, segundo a mesma referência (2013), por muitos anos, a lógica da abstinência foi perpetuada como única alternativa por meio de internações em hospitais psiquiátricos ou em instituições de caráter asilar, que nada mais é do que a marca do saber psiquiátrico no Brasil, o que hoje tenta-se desconstruir, trabalhando no viés da lógica multidisciplinar. A partir da compreensão dos profissionais sobre abstinência e suas formas de intervenção a partir dela, cada profissional avaliou a abstinência com uma visão diferente, sendo: difícil (P2), que para alguns cumpre sua função (P1) e abstinência como positiva (P3),



apenas uma profissional não respondeu a questão. Ficou claro que, dois profissionais utilizam a abstinência dentro do serviço, sendo uma atividade apenas para pessoas que estejam abstinentes, o tempo abstêmio não ficou claro para participar da atividade, ainda segundo a fala de uma profissional a respeito da sua avaliação sobre a abstinência, P2. “eu acho que é o eixo norteador para o cuidado, mas é muito difícil, difícil sabe, tem gente que aguenta, aguenta bastante tempo abstinente, 9 meses, 1 ano, 2 ou 3, mas tem gente que não funciona assim”.

Por esses fatores que, a abstinência pode ser uma estratégia de uso quando for desejo do sujeito parar de usar e não ser na lógica da obrigatoriedade para estar e participar do serviço de saúde ou tentar estar abstêmio afim de seguir o desejo do profissional, como explicitado pelo Ministério da Saúde (2003) quanto retratado os dificultadores no trabalho.

#### 4.4 PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE PSICOLOGIA ACERCA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS COMO ORIENTADORAS PARA INTERVENÇÕES A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.

A Portaria 336 de 2002 (MINISTÉRIO DA SAÚDE) é a que legisla o funcionamento dos CAPS, sendo de fundamental importância para quem atua dentro deste serviço, para compreender quais profissionais compõe a equipe, turnos e repasses de verbas para realização das atividades executadas. Em consonância a isto, foi questionado em relação as políticas públicas conhecidas pelos entrevistados, uma profissional não respondeu a questão, os outros três profissionais de modo geral responderam conhecer a política do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), a atenção primária, as políticas trabalhistas, política de assistência, a Lei 10.216 e apenas dois profissionais citaram a Portaria 336, conforme fala de P1. "conheço atenção primária, tive formação na rede básica de saúde atenção primária, a gente articula tanto com política de saúde quanto com política de assistência, com a questão trabalhista também", essas políticas fazem parte da articulação dos serviços, já que muitas vezes se fazem necessária para um cuidado integral dos sujeitos que procuram os CAPS.

Com a finalidade de compreender quais possibilidades as políticas públicas proporcionam aos profissionais de psicologia, os participantes responderam: funcionamento do CAPS (P1), visibilidade profissional (P2), campos de atuação (P1), orientação (P3) e ética profissional (P4). Apesar de todos terem usados termos diferentes, o propósito das falas articularam para um trabalho pautado em diretrizes para um exercício profissional ético e que

proporcione visibilidade para as ações realizadas pelos psicólogos dentro do serviço substitutivo que também é assegurado pelas políticas públicas. De acordo com P1. “eu estar trabalhando aqui né, sou agente de uma política pública, então ela que me permite, ela que permite o CAPS estar onde está, funcionando como está e oferecendo um campo de atuação quanto psicóloga né”. Essas perspectivas, portanto, só são possibilitadas pela existência das políticas públicas.

Um profissional relatou que as políticas públicas talvez não fossem tão efetivas, quando questionado sobre que avaliação este faz as políticas públicas, conforme fala P3. “eu acho que estão deixando a desejar, eu acho que as políticas públicas precisam ser mais efetivas né, as políticas públicas precisam sair do papel”, a questão é, as políticas públicas são efetivadas por quais instâncias? As políticas públicas por si só podem ser implementar de forma autônoma? As políticas públicas de forma geral são ações elaboradas por instâncias públicas, como no caso da saúde pelo Ministério da Saúde. Contudo, é expresso pelo Ministério da Saúde que cada Município e/ou Estado exerça e promova a efetividade de tais ações preconizadas para a saúde, visando os princípios do SUS, possibilitando flexibilidade e autonomia das gestões, tanto na criação, quanto na manutenção da saúde pública.

Em relação a como os profissionais avaliam essas políticas públicas responderam com uma ocorrência cada que são fundamentais (P2), ótima (P1), na lógica antimanicomial (P1), não serem efetivas (P3), que geram possibilidades (P4) e fortalecedoras do cuidado (P4). O relato da profissional P1 articula bem com a fala anterior de P3 em relação a percepção sobre as políticas públicas.

P1. "em termos da política, o dispositivo é ótimo assim, dispositivo o CAPS né, vem todo de uma lógica antimanicomial, dispositivo ao meu ver riquíssimo assim no sentido do que a legislação diz, por isso também corresponde com a realidade que a gente tem né, a política pública, ela tem sim alguns furos sim, mas no amplo ela é ótima, nossa, se ela funcionasse assim como ela está ali, mas eu acho fantástico, acho que é ótima, a ideia do que ta no papel é lindo, mas agora a gestão dele que não é, e é isso que barra nosso trabalho né. Falando, a gente percebe pelo cenário político que tá tendo uma tendência alguns retrocessos né, a priorizar alguns outros dispositivos que não são CAPS, como por exemplo a comunidade terapêutica "

Ainda segundo a profissional P4. “importantes para desenvolver e fortalecer as estratégias de cuidado né, pois elas, possibilitam a confirmação dos direitos dos usuários” e segundo P2. “elas são fundamentais, não tem outro modo pra trabalhar a questão, de abuso e uso de substâncias, o outro modo que teria é o retrocesso né, volta o manicômio, é voltar a internação, é o que se pensa muito agora né”.

Deste modo, se faz necessário ressaltar a importância das políticas públicas tanto para os profissionais de psicologia, na proporção de trabalho e orientações que auxiliem a realizar um trabalho ético e centrado no sujeito, como na necessidade de fortalecer a rede, afim de continuar a promover o cuidado integral conforme os princípios do Sistema Único de Saúde. Como também é necessário reafirmar que, conforme relato dos profissionais, as legislações são boas, contudo, a efetividade destas só podem e vão ocorrer a partir do cenário político, visando desde o repasses de verbas em nível Federal para os Municípios e a efetividade do uso adequado das verbas aos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas dos Municípios.

Vale ressaltar que, o que se percebe é que a partir de 2017 há um movimento de retorno à lógica manicomial, pela falta do interesse político em investir no SUS, nos CAPS, já que não são lucrativos ao Estado ou ao capital privado, conforme expressou também duas profissionais (P1 e P2). Isto pode ser suposto a partir dos repasses de verbas que o Governo do Estado de Santa Catarina, por exemplo, realizou para pelo menos trinta Comunidades Terapêuticas em 2017 por todo o Estado, valor mínimo de R\$756.187,00, enquanto que, para incentivo financeiro estadual aos Centros de Atenção Psicossociais (verbas destinadas às prefeituras) no mesmo ano de 2017, o repasse foi de R\$ 385.000,00 (PORTAL TRANSPARÊNCIA DO PODER EXECUTIVO DE SANTA CATARINA, 2017). Isso ocorre apesar da Portaria n° 3.089, Art. 4°, que visa estabelecer que os recursos federais para os custos dos CAPS serão repassados de forma automática, pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) “para os respectivos fundos de saúde”. Quando pesquisado no site do FNS em 2017, não é disponibilizado pelo sistema, a movimentação específica que comprove o valor do repasse de verbas diretamente aos CAPS da grande Florianópolis. Nesse contexto, mesmo que as políticas públicas sejam uma estratégia delineada, a orientação dos órgãos executivos que administram as verbas parece não privilegiar a execução da proposta.

Apesar das incertezas apresentadas pelos profissionais da continuidade do CAPS ad e do SUS, em relação a como os profissionais se atualizam sobre as políticas públicas, dois deles responderam ser por meio de Portarias, como também, com uma ocorrência cada: por meio de capacitações, mestrado, cursos, congresso, pesquisas e leituras. Percebe-se que os profissionais tem buscado se inteirar sobre as políticas públicas, conforme falas: P3. “Capacitações e o meu mestrado”; P4. “através de leituras e cursos”; P2. “Uma forma de me atualizar foi esse congresso em setembro que eu fui e na literatura né, livros, leituras”. As atualizações são um processo importante no trabalho em rede justamente para que se possa

continuar exercendo um papel pautado nos princípios éticos da profissão, bem como nas orientações do serviço e do SUS. Além disso, se faz relevante manter-se atualizado já que, de acordo com o CREPOP álcool e outras drogas (p.30) “as políticas públicas sobre álcool e outras drogas estão em constante movimento de disputa, seja na própria sociedade civil, seja na máquina do Estado”.

#### **4.1.2 Resolução 01/2018 como Política Pública orientadora por uma prática de abstinência**

Especificamente em relação a nova resolução que entrou em vigor neste ano de 2018, os profissionais quando questionados se conheciam, expuseram já ter conhecido e que já ouviram falar, conforme fala de P3. “Conheço, já li, não vou dizer que conheço a fundo, mas já li sobre isso”. O que demonstra que estes profissionais tem buscado se atualizar aos temas que envolvem seu trabalho conforme explicitado por eles quando questionados sobre as políticas públicas conhecidas. Sobre a forma como a compreendem, três profissionais descrevem ser: radical, retrocesso e limitadora, conforme fala de P2. “eu acho muito radical, não concordo porque pelo que eu li, e o que eu vejo nos pacientes aqui, na prática, a maioria trabalha com RD”, além disso, segundo P1 “tendência ao retrocessos né, a priorizar alguns outros dispositivos que não são CAPS”. De fato, propor apenas abstinência vai contra os princípios do SUS, como também não prevê as singularidades e autonomia dos sujeitos, o que é necessário para a adesão efetiva do usuário e para um trabalho ético e comprometido com as diversas pessoas que procuram atendimento, necessidade explicitada por P4 “ o reconhecimento das diferenças entre os usuários né... a redução de danos, eu penso que é uma estratégia de cuidado que permite né, autonomia e direito as pessoas que fazem algum uso de substâncias psicoativas” e P1 “ao meu ponto de vista é o serviço (CAPS ad) assim que olha para esse sujeito da forma como ele se apresenta, e que prevê autonomia”.

Além disso, esta Resolução propicia a ampliação de espaços que não deem visibilidade para o desejo do sujeito como era anterior ao ano de 2001, onde os espaços que proporcionavam a abstinência como único modo eram os hospitais psiquiátricos, mais conhecidos como “manicômio”. Atualmente, em 2018, após a implementação da Lei 10.216 de 2001 que, redireciona o modelo assistencial em saúde mental, assim prevendo o cuidado em rede, sendo os hospitais psiquiátricos recursos em última instancia, estes hospitais eram para terem diminuído progressivamente. Contudo, por mais que estes espaços tenham estagnado a ampliação de leitos, o recurso que tem se demonstrado como substituto a este modelo são as comunidades terapêuticas. Em 2017 o Conselho Federal de Psicologia realizou

o relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, onde foi constatado que não há profissionais de saúde mínimos necessários para realizar o cuidado integral, além de situações de insalubridade, condutas muito parecida com o que se tinha antes da implementação do SUS e principalmente antes da existência da Lei 10.216.

Apesar da preocupação expressa por este Conselho, segundo o Ministério da Saúde (2018) em matéria, o Ministério da Justiça, Ministério da Saúde e do Desenvolvimento Social irão custear no total de \$90 milhões de reais para ampliação de novas vagas em CT, seguindo a média realizada por estas instituições “vamos chegar a 9 mil vagas e essas vagas podem ter uma média de 4 meses de tratamento, elas se multiplicam por três durante o ano, algo em torno de 28 mil atendimentos em todas as regiões brasileiras”. Primeiramente, a proposta de pré-determinar uma média para o tratamento parece controversa com a noção de necessidade individuais, segundo, parece que, mais do que exercer um tratamento adequado aos usuários de substâncias psicoativas visando a constituição, parece que existe maior preocupação em demonstrar números e a possível efetividade deste tratamento conforme retrata pela reportagem “o índice de sucesso desse tratamento é de 30%, pois é voluntário e o paciente fica próximo da família e da comunidade”.

A criação desta nova Resolução parece proporcionar grande articulação para a manutenção de uma lógica manicomial. A partir dela há a necessidade de quantificar as ações, além disso, o repasse de verbas relatado na matéria entre as três instâncias Ministério da Justiça, Ministério da Saúde e do Desenvolvimento Social, foi possível também por conta da Resolução (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2018)

V - O fomento e incentivo aos programas de prevenção próprios ou adaptados à realidade brasileira em articulação com organismos internacionais devem ser direcionados exclusivamente às iniciativas cujos resultados de impacto sejam satisfatoriamente mensuráveis no cumprimento dos objetivos de proteção; VI - A imediata integração institucional e legal da gestão de programas entre os Ministérios da Saúde, Desenvolvimento Social, Trabalho, Justiça, Extraordinário da Segurança Pública e Direitos Humanos”

além disso no §2º expressa que

“A União deve promover de forma contínua o fomento à rede de suporte social, composta por organizações da sociedade civil e de prevenção, acolhimento, inclusive em comunidades terapêuticas, acompanhamento, mútua ajuda, apoio e reinserção social, definindo parâmetros e protocolos técnicos com critérios objetivos para orientação das parcerias com a União”.

Ainda de acordo a mesma matéria, o atendimento realizado em CT busca promover a reinserção social, o que é duvidoso, uma vez que grande parte das CT são em locais isolados da comunidade, aonde por mais que o tratamento seja voluntário, como ressaltado na matéria, o usuário não pode ir e vir para a comunidade durante a semana como bem compreender.

Além do mais, as CT deixam explícito que a recuperação está baseada nos pilares da espiritualidade e no programa narcóticos anônimos, o que causa contradição ter repasses de verbas públicas a estes locais uma vez que há espaços públicos precisando de verbas para continuar seu trabalho ético e respeitando os limites das pessoas, como expresso pelos profissionais a falta de recursos para ter comida no CAPS ad, a dificuldade de se ter passe de ônibus aos usuários, a falta de profissionais da equipe mínima.

Percebe-se o predomínio de interesses em ações que não sejam desenvolvidas diretamente pelo governo, que não tenham respaldo da constituição e dos princípios do Sistema Único de Saúde. Apesar de todas as dificuldades enfrentadas ao longo dos anos na busca de se fazer um cuidado na articulação em rede, pautado nas singularidades dos sujeitos, respeitando os princípios éticos profissionais, na contramão da lógica manicomial que já matou e fez sofrer tantas famílias como retratado no livro *Holocausto Brasileiro* (2013), ainda há insistências em não querer se deparar com a realidade de que as drogas, sejam elas ilícitas, ou lícitas sempre fizeram e farão parte da existência e condição humana (CREPOP *ÁLCOOL E DROGAS*, 2013).

Além disso, apesar da implementação da nova política pública elaborada pelo Ministério da Justiça, que visa a abstinência como único modo de cuidado que entrou em vigor no mês de Março de 2018, o Ministério da Saúde em parceria com o Estado de Santa Catarina em Novembro do mesmo ano, ofereceu uma capacitação online para os profissionais que trabalham no SUS em redução de danos. Deste modo, é contraditório as ações que vem sendo implementadas pelas gestões públicas, uma vez que, primeiramente passa vigorar a política de abstinência e em menos de oito meses depois, abre capacitações para o Estado de Santa Catarina que visa o oposto desta legislação e vai ao encontro das políticas públicas anteriores a 2018.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

De acordo com os resultados obtidos a partir da caracterização das estratégias de cuidado utilizadas por profissionais de psicologia que atuam em CAPS ad decorrente das regulamentações do Ministério da Saúde para o atendimento a usuários de álcool e outras drogas, pode-se compreender que os profissionais exercem e compreendem a redução de danos e a abstinência, utilizando-as como estratégia de cuidado dentro dos serviços substitutivos, buscando respeitar as singularidades e objetivos do sujeito. Além disso, os profissionais, de modo geral, expressaram ser as políticas públicas de grande importância para

o exercício do seu trabalho, auxiliando no exercício ético e possibilitando diretrizes para realização do trabalho com a população usuária de substâncias psicoativas.

Pode-se constatar que todos os profissionais de psicologia participantes da pesquisa realizam grupos e atendimentos individuais no CAPS ad, pautados na redução de danos e na abstinência em alguns momentos, como em grupos, utilizando dinâmicas ou criação de artefatos que possibilitem a expressão de sentimento. A abstinência foi relatada por uma profissional como o protocolo de um dos serviços para a reinserção dos usuários no serviço quando há abandono do tratamento. Não existe nenhuma prerrogativa do Ministério da Saúde relacionada a necessidade de abstinência para a inserção ou reinserção de usuários ao serviço, esta parece ser uma forma de barrar o usuário ao serviço no momento de maior necessidade de uso do serviço. A prevenção é importante mas, barrar o acesso não é o que o Sistema Único de Saúde propõe, é justamente o oposto, é dever do serviço garantir o acesso e as necessidades básicas.

Em relação a redução de danos, pode-se perceber que os profissionais de psicologia participantes da pesquisa, compreendem o que é, as possibilidades desta estratégia e a reconhecem como a prática que respeita os limites e possibilidades dos sujeitos. Entretanto, para alguns profissionais, a redução de danos é difícil de manejar quando relacionada diretamente a troca da substância por outra de menor danos à saúde, e difícil de exercer dentro do CAPS ad.

Com relação a abstinência, de forma unânime os profissionais compreendem como a interrupção do uso. Utilizando-a no exercício de seu trabalho, dentro do CAPS ad, principalmente em intervenções grupais. Pode-se observar que, em um grupo específico é necessário estar abstêmio para participar, decisão estabelecida pelo próprio serviço.

A respeito das compreensões e análises das políticas públicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, a maioria dos profissionais relataram serem efetivas e necessárias para uma articulação na rede em busca de um cuidado integral, como também as políticas públicas possibilitam a atuação de psicólogos (as) dentro da rede de saúde pública. A percepção dos profissionais, de modo geral é que as políticas públicas precisam de efetividades para conseguirem realizar as ações nelas dispostas como deve ser, contudo, não são as políticas públicas que poderiam realizar essa efetividade, e sim as gestões das esferas Federal, Estadual e Municipal. É por meio dessas gestões que as políticas públicas se fortalecem, como os próprios profissionais relataram, a política pública ser essencial, contudo os entraves políticos é que de certa forma sucateiam os serviços públicos, como pode ser demonstrado com os

repasse de verbas as comunidades terapêuticas, enquanto os CAPS em geral, que são serviços especializados, vem sendo desmanchados por falta de interesse governamental, já que estes serviços não visam lucros. Especificamente sobre a Resolução 01 de março de 2018 (CONAD) a maioria dos profissionais a avaliam como um retrocesso à lógica antimanicomial, bem como limitadora para o exercício profissional, uma vez que possibilita apenas uma forma de intervenção. Além disso, percebe-se a dificuldade de articulação entre as instâncias públicas a respeito de ações e/ou diretivas que devem de fato serem realizadas por profissionais que trabalham principalmente pelo Sistema Único de Saúde no cuidado a pessoas que usam substâncias psicoativas, uma vez que o Ministério da Saúde em conjunto ao Estado de Santa Catarina ofereceram um curso sobre a política de pública de redução de danos.

Compreender a percepção de profissionais de psicologia que trabalham em CAPS ad acerca da relação entre sua atuação profissional e as regulamentações do Ministério da Saúde para o atendimento a usuários de álcool e outras drogas, possibilitou a ampliação e conhecimento das atividades desenvolvidas pelos profissionais de psicologia, bem como a compreensão dos processos das atividades dentro dos serviços substitutivos e a visão dos profissionais que a exercem. Percebe-se também que, a redução de danos proporciona um leque de ações, mas que ela só é bem executada a partir do momento em que o profissional, mais do que compreender o que é redução de danos, compreende que todo sujeito é singular e constituído biopsicossocialmente, e que, existe uma rede que articula para o cuidado integral que não é apenas no CAPS ad. Esse fato pode ser constatado uma vez que, os próprios profissionais expressam que é preciso fortalecer a rede de saúde e a rede social do usuário, desde a família, amigos e sociedade. Também foi possível compreender que as políticas públicas são geridas por instâncias que, muitas vezes, tem seus próprios interesses transpassando a existência da sociedade e o cuidado público, que é um dever do Estado e não uma opção.

Apesar de todas essas compreensões obtidas, o maior limitador para se atingir ao objetivo de identificar a percepção de profissionais de psicologia que trabalham em CAPS ad acerca da sua atuação profissional e as regulamentações do Ministério da Saúde para o atendimento a usuários de álcool e outras drogas foram os prazos acadêmicos. Além disso, outro dificultador foi a aceitação dos próprios profissionais para realizar a pesquisa, com isso o critério de inclusão de abranger os profissionais mais antigos do serviço, acabou sendo alterado para os profissionais que aceitaram participar da pesquisa.



A partir do objetivo da pesquisa, pode-se constatar que os profissionais tem tido o cuidado de exercer uma postura ética e profissional, seguindo os preceitos do código de ética profissional do psicólogo, como também buscam fortalecer e exercer a proposta e os princípios do Sistema Único de Saúde. Além disso, apesar de haver resquícios de ações que vão contra a lógica antimanicomial, logo contrárias as preconizações do Ministério da Saúde, os profissionais exercem as funções que podem ser de competência da categoria, abrangendo o cuidado e respeitando os usuários de álcool outras drogas que buscam atendimento na rede pública de saúde.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo. **Novos Sujeitos, Novos Direitos: O debate em torno da Reforma Psiquiátrica.** Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro, 11 (3): 491-494, 1995.

Amarante, Paulo. **Revisitando os paradigmas do saber psiquiátrico: Tecendo o percurso do Movimento da Reforma Psiquiátrica.** Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro.** 1. Ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BARROSO, Sabrina Martins. SILVA, Mônica Aparecida. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: o caminho a desinstitucionalização pelo olhar da historiografia.** Rev. Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais o Estado de São Paulo. Vol. 12, pp. 66-78, 2011.

ASSOCIAÇÃO INTERNACIONAL DE REDUÇÃO DE DANOS. **O que é redução de danos?.** Disponível em: <<http://www.bialabate.net/news/novo-site-da-associacao-internacional-de-reducao-de-danos>> Acesso em: 15 de abril de 2018.

BRASIL. **Caderno HumanizaSUS.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Volume 5, Saúde mental. Brasília – DF, 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 4.345, de 26 de Agosto de 2002.** Presidência da República. Disponível em:< [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/2002/D4345.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/D4345.htm)> Acesso em: 08 de novembro de 2018

BRASIL. **Fundo Nacional de Saúde.** Governo Federal. Acesso em: 27 de maio de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios do SUS.** Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/index.php/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>> Acesso em: 05 de abril de 2018.

BRASIL. **Portaria nº52, de 20 de janeiro de 2004.** Ministério da Saúde. Institui o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052\\_20\\_01\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0052_20_01_2004.html)> Acesso em: 28 de maio de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012.** Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131\\_26\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0131_26_01_2012.html)> Acesso em: 10 de maio de 2018.

BRASIL. **Portaria nº2.644, de 28 de outubro de 2009.** Ministério da Saúde. Disponível em <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-2644-28-OUTUBRO-2009.pdf>> Acesso em: 28 de maio de 2018.

BRASIL. **Portaria nº2.840 de 29 de dezembro de 2014.** Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude-mental/portarias/portaria-msgm-2840-2014>> Acesso em: 28 de maio de 2018.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)> Acesso em: 06 de maio de 2018.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 04 de junho de 2001.** Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)> Acesso em: 05 de maio de 2018.

BRASIL. **Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006.** Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm)> Acesso em 19 de Abril de 2018.

BRASIL. **Portaria nº3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Ministério da Saúde. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)> Acesso em: 05 de maio de 2018.

BRASIL. **Portaria nº336, de 19 de fevereiro de 2002.** Ministério da Saúde. Portaria que define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossociais. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)> Acesso em: 05 de maio de 2018.

BRASIL. **Política Nacional Antidrogas.** Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas, 2003. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PNAD\\_VersaoFinal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PNAD_VersaoFinal.pdf)> Acesso em: 25 de abril de 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília, 2003. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_atencao\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf)> Acesso em: 13 de março de 2018

BRASIL. **Resolução nº 01, de 19 de agosto de 2015**. Acesso em: 15 de maio de 2018.

BRASIL. **Resolução nº1, de 9 de março de 2018**. Ministério da Justiça. Disponível em: <[http://portal.imprensa nacional.gov.br/materia/-/asset\\_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/6285975/do1-2018-03-13-resolucao-n-1-de-9-de-marco-de-2018-628597](http://portal.imprensa nacional.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/6285975/do1-2018-03-13-resolucao-n-1-de-9-de-marco-de-2018-628597)>1Acesso em: 05 de abril de 2018

BRASIL. **Resolução – RDC nº 29 de 30 de junho de 2011**. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

BAGRICHEVSKY, Marcos; PALMA, Alexandre; ESTEVÃO, Adriana; DA ROS, Marcos. **A saúde em debate na educação física**. Nova Letra, Blumenau. v. 2, p. 44-66. 2006. Acesso em: 31 de março de 2018.

CÂMARA MUNICIPAL. **Santa Catarina conta com 140 Comunidades Terapêuticas**. Poder Legislativo de Criciúma, 2013. Disponível em:

<<http://www.camaracriciuma.sc.gov.br/noticia/santa-catarina-conta-com-140-comunidades-terapeuticas-2447>> Acesso em: 27 de maio de 2018

CALASSA, Glacy Diane Barbosa; PENSO, Maria Aparecida; FREITAS, Lêda Gonçalves. **Redução de danos na visão dos profissionais que atuam no CAPS AD II do Distrito Federal**. Psicologia em Pesquisa, UFJF, 9 (2), 177-187, 2015.

CENTRO DE CONVIVÊNCIA É DE LEI. **Drogas e Direitos humanos**. Disponível em: <[http://edelei.org/\\_img/\\_banco\\_imagens/cartilha-dh\\_e-de-lei.pdf?phpMyAdmin=d5k1Zke7bAb7b0FX4U9Wg5xnHh5](http://edelei.org/_img/_banco_imagens/cartilha-dh_e-de-lei.pdf?phpMyAdmin=d5k1Zke7bAb7b0FX4U9Wg5xnHh5)> Acesso em: 1 de maio de 2018.

CLASSIFICAÇÃO DE TRANSTORNOS MENTAIS E DE COMPORTAMENTO – CID 10. **Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Porto Alegre. Editora, Artmed, 1993.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de ética profissional do psicólogo**. Brasília, 2005. Disponível em: < <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>> Acesso em: 20 de Abril de 2018

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Diálogos, Álcool e outras Drogas**. Psicologia, Ciência e profissão. Ano 6. nº 06, 2009.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas**. Brasília: CFP, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas**. Ministério Público Federal, 2018. Disponível em: <

<https://site.cfp.org.br/publicacao/relatorio-da-inspecao-nacional-em-comunidades-terapeuticas/>> Acesso em: 10 de Julho de 2018

CONTE, Marta; MAYER, Rose Teresinha da Rocha; REVERBEL, Carmem; SBRUZZI, Clarissa; MENEZES, Carolina Baptista; ALVES, Gisele Travassos; QUEIROZ, Raquel; BRAGA, Patrícia. **Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica**. Boletim da Saúde, Porto Alegre, v. 18, n° 1, 2004.

FEDERAÇÃO PARANAENSE DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS ASSOCIADAS (COMPACTA). **Diretrizes e Panoramas das Comunidades Terapêuticas no Brasil, Critérios Terapêuticas, Contábeis e Jurídicos**. Universidade Positivo, Ed. n°1, 2016.

Disponível em:

<[http://www.politicassobredrogas.pr.gov.br/arquivos/File/Cartilha\\_Comunidades\\_Terapeuticas.pdf](http://www.politicassobredrogas.pr.gov.br/arquivos/File/Cartilha_Comunidades_Terapeuticas.pdf)> Acesso em: 25 de abril de 2018.

FONSÊCA, Cícero José Barbosa. **Conhecendo a Redução de Danos Enquanto uma Proposta Ética**. Rev. Psicologia & Saberes, 2012, 1(1), p. 11-36.

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA. **Lei 11.063, de 28 de dezembro de 1998**. Disponível em:<<http://www.leisestaduais.com.br/sc/lei-ordinaria-n-11063-1998-santa-catarina-autoriza-a-secretaria-de-estado-da-saude-a-distribuir-seringas-descartaveis-aos-usuarios-de-drogas-e-estabelece-outras-providencias>> Acesso em: 15 de maio de 2018.

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA. **Portal da Transparência o Poder Executivo de Santa Catarina**. Acesso em: 27 de maio de 2018.

GOVERNO FEDERAL. **Portal da Transparência**. Ministério da Transparência e Controladoria Geral da União. Disponível em:

<<http://www.portaltransparencia.gov.br/convenios/consultam.asp?fcod=8105&fuf=SC&forcao=00&fconsulta=0>> Acesso em: 28 de maio de 2018

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População de Florianópolis**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/florianopolis/panorama>> Acesso em: 15 de maio de 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2010**.

Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>> Acesso em: 12 de março de 2018.

LARANJEIRA, Ronaldo. JNICASTRI, Sérgio. ERÔNIMO, Claudio. MARQUES, Ana C. e colaboradores. **Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool (SAA) e o seu tratamento**. Rev. Brasileira Psiquiátrica, p. 62 – 71, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v22n2/a06v22n2.pdf>> Acesso em: 7 de outubro de 2018.

LEONEL, V.; MOTTA, A. M. **Ciência e Pesquisa: livro didático**. 2 ed. Palhoça: UnisulVirtual, 2007.

LIMA, Fabiani Cabral; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. **Avaliação dos centros de atenção psicossocial: uma revisão integrativa da literatura nacional**. Revista Caminhos “Humanidade”, Rio do Sul, a.4, n.6, p.39-64, 2013.

MINISTÉRIO PÚBLICO DE SANTA CATARINA. **Acompanhamento das Comunidades Terapêuticas em Santa Catarina**. Disponível em: <<https://www.mpssc.mp.br/programas/acompanhamento-das-comunidades-terapeuticas-em-santa-catarina>> Acesso em: 26 de maio de 2018.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. **Histórico da Política Nacional sobre Drogas**. Disponível em: < <https://obid.senad.gov.br/pessoas-sujeitos-drogas-e-sociedade/politicas-e-legislacoes>> Acesso em: 09 de novembro de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Capacitação em Redução de Danos**. Estado de Santa Catarina, 2018. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/noticias-geral/10411-capacitacao-em-reducao-de-danos-inscreva-se>> Acesso em 7 de Novembro de 2018

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conselho Nacional de Saúde**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/apresentacao/historia.htm>>. Acesso em: 02 abril de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Comunidades Terapêuticas: Governo amplia acolhimento para dependentes químicos**. 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44488-governo-amplia-acolhimento-para-dependentes-quimicos-comunidades-terapeuticas>> Acesso em: 07 de novembro de 2018

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 121, de 25 de Janeiro de 2012**. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121\\_25\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html)> Acesso em: 10 de Setembro de 2018

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 148 de 31 de Janeiro de 2012**. Disponível em: < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148\\_31\\_01\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0148_31_01_2012.html)> Acesso em: 10 de Setembro de 2018

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 3.089 de 23 de dezembro de 2017**. Dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o financiamento dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3089_23_12_2011_rep.html)> Acesso em: 27 de maio de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012**. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)> Acesso em: 17 de maio de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas: guia AD**. Brasília, Distrito Federal, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Princípios do SUS**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>> Acesso em: 02 abril de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental em Dados 12**. Secretaria de Atenção à Saúde, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Projeto “Caminhos do Cuidado”**- Formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde e auxiliares/técnicos em enfermagem da Atenção Básica. Boletim informativo, 2013.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Unidades de Acolhimento (UA)**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/unidades-de-acolhimento-ua>> Acesso em: 28 de maio de 2018.

MORAES, Maristela. **O modelo de atenção integral à saúde para o tratamento de problemas decorrente do uso de álcool e outras drogas: percepção de usuários, acompanhantes e profissionais**. Ciência e Saúde coletiva, 13 (1): 121-133, 2008. Acesso em: 20 de março de 2018.

NACÕES UNIDAS NO BRASIL (ONU). **29 milhões de adultos dependem de drogas, aponta relatório do UNODC**. 2016. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/29-milhoes-de-adultos-dependem-de-drogas-aponta-relatorio-do-unodc/>> Acesso em: 16 de março de 2018.

NARCÓTICOS ANÔNIMOS (NA). Disponível em: <<http://www.na.org.br/>> Acesso em: 12 de maio de 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS/WHO). **Constituição da Organização Mundial da Saúde**. Biblioteca Virtual de Direitos Humanos. São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>> Acesso em: 06 de maio 2018.

PASSOS, Maria de Lourdes Rodrigues da Fonseca. **A análise funcional do comportamento verbal behavior (1957) de B.F.Skinner**. Rev. Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva. Vol, nº2, 195-213, 2003.

RODRIGUES, Jeferson. BROGNOLI, Felipe Faria. **Acolhimento no Serviço de Atenção Psicossocial**. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, v.6, n.13, p.61-74, 2014. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)**, 2012. Ronaldo Laranjeira (Supervisão), São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014.

SANTOS, Francéli Francki; FERLA, Alcindo Antônio. **Saúde mental e atenção básica no cuidado aos usuários de álcool e outras drogas**. Rev. Interface, Comunicação, saúde e educação. 21 (63); 883-44, 2017.

SCHMIDT, Moema Belloni. FIGUEIREDO, Ana Cristina. **Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental**. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund. São Paulo, v.12, n.1, p.130 – 140, Março de 2009.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro; CERUTTI, Mônica Girardi; MARTINS, Mariana Teixeira; NIEWEGLOWSKI, Viviane Hultmann. **A atuação do psicólogo no centro de atenção**

**psicossocial voltado para álcool e outras drogas (CAPSad): os desafios da construção de uma clínica ampliada.** Revista eletrônica, Florianópolis, v. 11, n.17, p. 101-113, 2014.

SCHNEIDER, Daniela Ribeiro; LIMA, Dálberti Sciamana. **Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde.** Psico, Porto Alegre, PUCRS, v. 42, n. 2, pp. 168-178, 2011.

SOUZA, Tadeu de Paula. **A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”:** direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectiva da redução de danos). Tese (Doutorado) - UNICAMP, 2013.

SPOHR, Bianca; LEITÃO, Carolina; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. **Caracterização dos serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas na região da grande Florianópolis.** Revista da Ciências Humanas, EDUFSC, n. 39, p. 219-236, 2006.

TENÓRIO, Fernando. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos.** Rev. História, Ciência, Saúde. Rio de Janeiro, Vol. 9 (1): 25-59, 2002.

VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria; MACHADO, Dagoberto de Oliveira; PROTAZIO, Mairla Machado. **Considerações sobre o cuidado em álcool e outras drogas: uma clínica da desaprendizagem.** Interface, Comunicação, Saúde, Educação, 2014.

BARBOSA, Valquiria Farias Bezerra, MARTINHADO, Fernanda, HOEPFNER, Ângela Maria da Silva, DARÉ, Patrícia Kozuchovski, CAPINI, Sandra Noemi Cucurullo. **O cuidado em saúde mental no Brasil: uma leitura a partir dos dispositivos de biopoder e biopolítica.** Rev. Saúde e Debate. Rio de Janeiro, v. 40, N. 108, P. 178-189, 2016.