

UNIP – UNIVERSIDADE PAULISTA
Instituto de Ciências Humanas
Curso de Psicologia

Gabriela Campos de Andrade RA: F26GCG0
Gabielli Gomes Teixeira de Souza RA: N6520B0
Maria Fernanda Renzo de Camargo RA: N5442G8
Victoria Maria dos Santos Faccioli RA: F31JIH8

**A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO PARA PROMOÇÃO DA
SAÚDE NO CAPS AD**

LIMEIRA-SP

2024

UNIP – UNIVERSIDADE PAULISTA
Instituto de Ciências Humanas
Curso de Psicologia

Gabriela Campos de Andrade RA: F26GCG0
Gabrielli Gomes Teixeira de Souza RA: N6520B0
Maria Fernanda Renzo de Camargo RA: N5442G8
Victoria Maria dos Santos Faccioli RA: F31JIH8

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CAPS AD

Trabalho de conclusão de curso apresentado para a banca examinadora da Universidade Paulista - UNIP Campus Limeira como requisito para obtenção de bacharel em Psicologia, sob orientação do Professor Ms. Osvaldo Rocha da Silva.

LIMEIRA-SP

2024

Gabriela Campos de Andrade RA: F26GCG0
Gabrielli Gomes Teixeira de Souza RA: N6520B0
Maria Fernanda Renzo de Camargo RA: N5442G8
Victoria Maria dos Santos Faccioli RA: F31JIH8

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CAPS AD

Trabalho de conclusão de curso apresentado para a banca examinadora da Universidade Paulista - UNIP Campus Limeira como requisito para obtenção de bacharel em Psicologia, sob orientação do Professor Ms. Osvaldo Rocha da Silva.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Sandro Evandir de Oliveira Mestre em Ciências Médicas - UNICAMP

Prof. Universidade Paulista — UNIP.

Prof.(a) Adriana Ribeiro Passos Bacharel em Psicologia - UNIP

Psicóloga Clínica, Responsável Técnica da Ong Valentes de Davi.

Osvaldo Rocha da Silva Mestre em Educação – UFSCar

Prof. Universidade Paulista – UNIP

CIP - Catalogação na Publicação

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CAPS AD /
Gabriela Campos de Andrade...[et al.]. - 2024.
110 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) apresentado ao Instituto de
Ciência Humanas da Universidade Paulista, Limeira, 2024.

Área de Concentração: Psicologia.

Orientador: Prof. Me. Osvaldo Rocha da Silva.

1. CAPS AD. 2. Drogas. 3. Psicólogo. 4. Saúde. 5. Intervenção. I.
Andrade, Gabriela Campos de. II. Silva, Osvaldo Rocha da (orientador)

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha

Catalográfica da Universidade Paulista com os dados

fornecidos pelo(a) autor(a).

DEDICATÓRIA

Dedico à minha mãe Genice, pois com força e amor incondicional me acompanharam em cada passo desta caminhada. Seu apoio foi fundamental para que eu chegasse até aqui. Agradeço também aos meus tios, Adalvan, Gilson, Gisele, Gilvania e Genandra que sempre acreditaram em mim e me incentivaram a buscar meus sonhos. Suas palavras de encorajamento e apoio foram essenciais, motivaram a nunca desistir e principalmente, a começar. Este trabalho é resultado do amor e da dedicação de todos vocês. Muito obrigado!

- Gabriela Campos

Em primeiro lugar, dedico à Deus, que guiou meus passos e me deu forças para seguir em frente nos momentos mais difíceis. Aos meus pais, que sempre acreditaram em mim. O amor, apoio incondicional e os ensinamentos que recebi foram fundamentais para cada conquista que alcancei. Expresso meu profundo agradecimento ao meu namorado Wericlis cuja paciência, carinho e compreensão foram inestimáveis. Esteve ao meu lado em todas as etapas, compartilhando as vitórias e apoiando-me nas dificuldades. Sua presença tornou essa jornada mais leve e significativa. Também aos meus amigos, que sempre estiveram presentes, oferecendo palavras de incentivo e alegria, e tornando essa trajetória acadêmica muito mais especial. Por fim, agradeço a todos os professores que, ao longo do curso, contribuíram para a minha formação. Cada ensinamento recebido foi um passo importante rumo à realização deste trabalho.

- Gabrielli Gomes

Dedico sinceramente a todos que contribuíram para a realização deste trabalho, especialmente aos meus professores, colegas e à minha família, que me apoiaram e

inspiraram ao longo dessa jornada. Sem o apoio e a confiança de vocês, este projeto não seria possível.

- Maria Fernanda Renzo

Dedico aos meus pais, especialmente minha mãe Gracilene por todo suporte, incentivo e amor ao longo desta jornada, assim como aos meus amigos que estiveram ao meu lado me apoiando, fazendo com que esse processo se tornasse mais leve e tão único. Agradeço também aos meus professores que através de seu vasto conhecimento me auxiliaram. Sendo esse trabalho produto de toda essa confiança, suporte e amor.

- Victoria Faccioli

LISTA DE SIGLAS

ARD-FC	Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CETAD	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CMT	Centro Mineiro de Toxicomanias
CR	Consultórios de Rua
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CREPOP	Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas
ESF	Estratégia de Saúde da Família
LSD	Dietilamida do Ácido Lisérgico
MDMA	Ecstasy
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
NEPAD	Núcleo de Estudos e Pesquisa em Atenção ao Uso de Drogas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PROAD	Programa de Orientação e Assistência a Dependentes
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade
UA	Unidades de Acolhimento

UBS.....Unidades Básicas de Saúde

RESUMO

ANDRADE, G. C, SOUZA, G. G. T, CAMARGO, M. F. R, FACCIOLI, V. M. S, SILVA, O . R, (orientador). **A atuação do psicólogo para promoção da saúde no CAPS AD. Curso de Psicologia**, Instituto de Ciências Humanas, UNIP - Universidade Paulista. Campus Limeira.

Com o tempo, o uso problemático das substâncias químicas levou à criação de políticas de controle, especialmente com a Reforma Psiquiátrica e o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, que proporcionaram novos modelos de atendimento à saúde mental e ao tratamento de dependência química. Destacou-se a importância dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), especialmente o CAPS AD e também sua equipe multiprofissional, que oferece apoio a usuários de drogas através de uma abordagem integrativa e humanizada. O papel do psicólogo foi visto como essencial, pois envolve o uso de intervenções e técnicas, compreendendo a importância da reabilitação e reintegração social do usuário. A pesquisa teve abordagem qualitativa com caráter exploratório, sendo realizada com quatro profissionais da psicologia com experiência superior a seis meses e que atuam em unidades de diferentes cidades, a coleta de dados ocorreu através de uma entrevista semiestruturada e a análise foi baseada na modalidade temática. A partir das informações obtidas, foi concluído que apesar dos desafios, o psicólogo, assim como os demais profissionais envolvidos, têm um papel crucial para a promoção da saúde destes durante o processo de tratamento. Com isso, entende-se que os resultados contribuem para a produção de mais conhecimentos a respeito das unidades do CAPS AD, visto que não existem muitas pesquisas acerca dessa problemática.

Palavras-chave: CAPS AD, Drogas, Psicólogo, Saúde, Intervenção, Atuação

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1. Objetivo	18
1.2.1 Objetivo geral	18
1.2.2 Objetivo específico	18
1.3 Hipoteses	18
1.4 Justificativa.....	20
2. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA ACERCA DO USO DE DROGAS	20
2.2 Tipos de droga	23
2.2.1 Drogas depressoras	24
2.2.2 Drogas estimulantes	25
2.2.3 Drogas alucinógenas ou psicodislépticas.....	26
2.3 Aspectos sociais das drogas lícitas e ilícitas	27
3. AS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	29
3.2 Breve caracterização do CAPS AD	32
3.3 Saúde mental e a redução de danos	33
4. O PSICÓLOGO E A ATUAÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	35
4.1 A prática profissional consolidada no âmbito psicossocial	37
5. METODOLOGIA	39
5.5 Instrumentos	40
5.5.1 Aparatos da pesquisa	40
5.5.2 Procedimento de coleta	40
5.5.3 Procedimento para análise de dados	41
5.5.4 Ressalvas éticas	41
6. RESULTADOS E DISCUSSÕES	42
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
APÊNDICE	64
APÊNDICE A - Intenção de Pesquisa	65

APÊNDICE B - Parecer Consubstanciado do CEP	67
APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Instituição)	73
APÊNDICE D - Roteiro de Entrevista	75
ANEXOS	77
ANEXO A - Transcrição de entrevistas	78

1. INTRODUÇÃO

O consumo de drogas e substâncias que alteram nossos sentidos estão inseridos na sociedade e vivência dos homens desde a ancestralidade. Diversos estudos buscam por uma compreensão e também um olhar da saúde mental para os danos causados em consequência da dependência química.

Os comportamentos de um usuário de substâncias psicoativas podem ser visualizados na internet, através de uma matéria do jornal ou um comentário. No entanto, há a pergunta de porque uma pessoa se envolveria com o uso de algo que visivelmente traz mais malefícios do que benefícios? Para isso é válido a compreensão de como se dá o início do consumo destas substâncias na história.

Segundo Sullivan e Hagen (2002), a fome perseguia constantemente o homem pré-histórico. Os povos primitivos viviam da coleta e da caça. A dependência extrema das forças da natureza comprometia a provisão de aminoácidos essenciais à síntese de neurotransmissores, como a serotonina, dopamina, noradrenalina e acetilcolina.

Os hindus utilizaram substâncias psicoativas com propósitos religiosos, mas também pelos sentidos que eram causados pelo consumo e as civilizações amazônicas consumiam diversas plantas alucinógenas, com fins também religiosos durante a antiguidade clássica, as substâncias psicoativas foram utilizadas com finalidades médicas, rituais e profanas.

Sendo assim, historicamente o consumo de substâncias sempre esteve presente na humanidade, no entanto, com o passar dos tempos as drogas começaram a ter um novo olhar para discussão e controle de seu uso. O primeiro registro oficial para o controle das drogas, foi na Inglaterra durante a Primeira Grande Guerra, quando o uso de opióides e cocaína já estava descontrolado, sendo essas substâncias vendidas até mesmo em farmácias (Araujo e Moreira, 2006).

O primeiro ato de controle das drogas então foi a restrição da sua disponibilidade. Esta repressão levou à insatisfação da classe médica inglesa que perdia a autonomia de prescrição de tais substâncias (Araujo e Moreira, 2006). Acreditava-se que em situações onde o acesso às drogas é facilitado e mesmo estimulado, existe também uma tendência ao consumo descontrolado

(Silveira, 1993). Dessa forma a utilização passou a ser proibida em diferentes locais, devido ao uso desenfreado, causando muitos danos a quem consumia e aos que não faziam o uso também.

Entendendo o que é a droga e sobre o uso no passado para fins de medicina, profana ou religiosidade, com a proibição do consumo e com os estudos que temos hoje, o que levaria uma pessoa que não tem a necessidade de consumir tais substâncias consumi-la?

As substâncias, por causarem alterações de realidade e sentidos, podem ser um ótimo mecanismo de fuga dos problemas de uma sociedade, um relacionamento com família ou a falta deles, a droga pode fazer com que seja sentido coisas mágicas e boas sensações. Com isso o consumo, a fim de afastar a realidade e situações problemas vivenciados pelos usuários, pode ser um ótimo mecanismo de fuga. (Robazzi, 1999) A utilização de substâncias psicoativas cresceu assustadoramente a partir da segunda metade do século XX, configurando-se nas últimas décadas desse século como um fenômeno de massa e como uma questão de saúde pública.

Sendo assim, em função da complexidade desse fenômeno, a dependência química é um problema que vem recebendo crescente atenção, mobilizando o sistema de saúde (Pratta e Santos, 2009). O consumo com intuito de busca por não sentir-se triste, fuga da realidade ou determinado problema pode acarretar na dependência destas substâncias psicoativas levando a uma série de fatores e consequências.

A dependência química é algo atual para se discutir, uma vez que somente a partir da segunda metade do século passado o conceito de dependência deixou de ser focado como um desvio de caráter, ou apenas como um conjunto de sintomas, para ganhar contornos de transtorno mental com características específicas (Ribeiro, 2005). Um dos mecanismos que temos hoje como forma de enfrentamento são através das políticas públicas e instituições que prestam apoio.

Quando se trata da doença do vício, os olhares ainda são bastante carregados de estigmas e preconceitos e há muito para ser pensado no intuito de estabelecer os meios de prevenção e também de atuação de ajuda no processo de enfrentamento da doença, dado que esta não tem cura, e sim melhora.

Diante ao que foi discutido até o presente momento, focando no Brasil houve uma evolução na questão dos cuidados e prevenção acerca da dependência química, sendo colocada como pauta de questão de saúde, que teve início com a reforma psiquiátrica no país.

A Reforma Psiquiátrica no Brasil, foi um movimento de cunho político e social para superação dos hospitais psiquiátricos e propõe uma nova percepção da loucura e do sofrimento mental, se contrapondo ao modelo de hospitalização e asilamento do doente mental, criticando a psiquiátrica clássica que reforça a exclusão e a internação como único método de tratamento (Conselho Federal de Psicologia, 2013).

Não só no país, mas em muitos outros, esse movimento estava emergente dentre os profissionais da área. Houve então, uma série de denúncias e críticas aos modelos de cuidado à saúde mental abrindo espaço para a luta antimanicomial, fonte essa, de articulação com o Estado para repensar as políticas públicas dos doentes mentais e sua cidadania, visando agora a inclusão (Conselho Federal de Psicologia, 2013).

Conforme discutem Calassa, Penso e Freitas (2015) esse movimento, junto a Reforma Sanitária, serviu de base para o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS) baseado na Constituição Federal de 1988, visando o acesso universal à saúde, assim como reconheceu a dignidade humana como fundamento do Estado e ampliou os direitos da cidadania, dessa forma, as políticas públicas de saúde vão se orientar nos princípios de universalidade e equidade.

Em 2001 foi sancionada a lei 10.216 de autoria do deputado Paulo Delgado, que foi um marco da luta antimanicomial, pois garante aos usuários de serviços de saúde mental a proteção e direitos garantidos, além da a promoção por parte do Estado de novas formas de tratamento, visto que a internação passaria a ser um recurso extra hospitalar e o tratamento visaria a reinserção social (Brasil, 2001).

Diante disso, com a Reforma Psiquiátrica e baseado em suas diretrizes antimanicomiais surge a proposta dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)¹, buscando o resgate da singularidade do sujeito e sua autonomia.

¹O serviço é de caráter comunitário visando à atuação também no para o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico ou com transtornos mentais. Atuam no espaço uma equipe

O CAPS se constitui em diversas modalidades de acordo com a quantidade de habitantes, no entanto, discute-se aqui a respeito do serviço CAPS AD, que desempenha um papel crucial no âmbito da saúde pública, oferecendo atendimento e cuidado integral a indivíduos com transtornos relacionados ao uso e dependência de substâncias psicoativas.

Em suma, as diferenciações dos variados CAPS, se caracterizam como CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad, de acordo com os tipos de demanda dos usuários atendidos, da capacidade de atendimento e do tamanho.

De acordo com as referências técnica de atuação do psicólogo nas políticas de álcool e outras drogas, o Conselho Federal de Psicologia (2019) discute que o CAPS AD opera com uma variedade de atividades, abrangendo tratamento e a reabilitação.

O atendimento individual, que inclui intervenções medicamentosas, psicoterapia e orientação, oferece uma abordagem personalizada para enfrentar as complexidades dos transtornos relacionados ao uso de substâncias. Os atendimentos em grupos, como psicoterapia e atividades de suporte social, promovem a construção de redes de apoio e a partilha de experiências, contribuindo para a redução do isolamento social frequentemente associado

Dessa forma, no decorrer dos atendimentos é utilizado métodos como as oficinas terapêuticas, lideradas por profissionais de diversos níveis, fornecem um espaço criativo para expressão e reabilitação. O atendimento domiciliar e o envolvimento com a família reconhecem o impacto mais amplo do transtorno na vida cotidiana dos pacientes e incentivam uma abordagem centrada na comunidade. (Conselho Federal de Psicologia, 2019)

Um componente notável, é a ênfase dada à participação ativa dos usuários e familiares na gestão do CAPS-AD, para Vasconellos (2010) esse serviço terá benefícios ao usuário e família, visto que durante o tratamento vão fornecer um espaço de cuidado e transformações a longo prazo.

multiprofissional que vai agir com intervenções respeitando os direitos humanos e as políticas de saúde mental (Brasil, 2002).

As assembleias semanais proporcionam um espaço de expressão, onde as vozes dos pacientes são ouvidas, e suas demandas, necessidades e desejos são considerados na operacionalização dos serviços. Isso não apenas empodera os usuários, mas rompe com a visão estigmatizada e reducionista muitas vezes associada aos dependentes químicos (Conselho Federal de Psicologia, 2019)

Nesse contexto, a abordagem integrativa do CAPS-AD não apenas inclui as questões clínicas, mas contribui para a mudança de percepção social, promovendo uma visão mais humanizada e inclusiva das pessoas afetadas por transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Lacerda e Fuentes-Rojas (2007) pontuam que quando o abuso de drogas foi visto como problema surgiram medidas para o enfrentamento pautadas na criminalização e em outro momento como saúde pública, com a criação de novas legislações e espaços de cuidado.

Baseado nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica é criada pelo Ministério da Saúde em 2003 a política para Atenção Integral A Usuários de Álcool e Outras Drogas para superação das abordagens de antidrogas, levando em conta como estratégia a redução de danos e buscar envolver toda sociedade na participação para práticas de prevenção (Brasil, 2004).

Nesse viés, o trabalho desenvolvido no CAPS tem como objetivo uma equipe multiprofissional e ser desenvolvida em uma dimensão interdisciplinar. Os profissionais diversos precisam estar preparados mediante a quaisquer situações presentes no cotidiano e partindo das demandas do serviço realizar construções de intervenções personalizadas para cada paciente. (Conselho Federal de Psicologia, 2013). Por paciente, apenas um profissional não traz diversas perspectivas, o cuidado com o mesmo necessita ser compartilhado, baseado em reuniões e discussões sobre o caso, realizando construções a respeito do quadro clínico com estratégias de tratamento, possibilitando o compartilhamento de dificuldades, buscando soluções coletivas.

Mediante a demanda apresentada no CAPS, é essencial que os profissionais priorizem os casos de extrema importância e de maior complexidade, onde os temas principais giram em torno da fragilidade social sobre o paciente, a ausência sobre os tratamentos e a não concordância desses tratamentos. Faz-se como tarefa e função dos profissionais do CAPS o

agenciamento de intervenções e estratégias mediante as precárias condições do sujeito sobre o enfrentamento do sofrimento, realizando a inserção desse sujeito na sociedade (Conselho Federal de Psicologia, 2013).

A dinâmica profissional no CAPS viabiliza um processo de acolhimento com os pacientes, e o compromisso do serviço de saúde é apoiar e acolher os usuários, para que eles possam obter uma perspectiva de estarem de fato incluídos em uma sociedade, recebendo respostas mediante as suas demandas, para que isso ocorra é necessário empatia e uma postura profissional preparada. Como um dos principais objetivos, escutar o usuário é de extrema importância, pois a partir disso é construído uma visão de mundo e do próprio eu que ele apresenta.

Ao decorrer do processo de acolhimento, consequências positivas ocorrem em imediato, como por exemplo, o vínculo, surge a partir dos primeiros encontros com a demonstração de empatia desenvolvida perante os profissionais, quando o usuário se sente bem, se sente confortável automaticamente será criado um vínculo, possibilitando que durante os encontros não haja constrangimento das ambas as partes. Assim como descrito por CFP (2013) vínculo é processo, construção de objetivos que visam o bem estar dos usuários durante o tratamento, de maneira a não resultar em uma dependência emocional acerca do profissional, mas sim um auxílio mediante ao processo terapêutico. É importante se obter uma escuta e participações detalhadas do paciente, a fim de se encontrar soluções para o funcionamento positivo da busca por tratamento, dinâmicas com o intuito de mudanças na vida dos usuários.

Partindo da construção do processo terapêutico, a criação de intervenções bem estruturadas permitem que tanto os profissionais quanto os pacientes consigam assimilar as estruturas e dinâmicas trabalhadas, com o intuito de melhorar e reinserção dos usuários na rede social, familiar e entre outros. Diante disso, é necessário compreender a influência que a dinâmica familiar produz sobre o processo do tratamento do paciente, podendo assim entender o envolvimento da família nas intervenções e contribuído para o tratamento desses usuários.

Mediante as palavras de Paz e Colossi (2013) quando a família se envolve no processo terapêutico do paciente é praticamente atestado um

avanço significativo na melhora e qualidade de vida do mesmo. Baseado nas palavras de Nascimento e col. (2019) a família é colocada como sendo um dos aspectos que elevam o sucesso para o tratamento dos dependentes químicos, sendo de extrema importância trazerem os familiares para perto, onde juntos entenderam cada demanda e seguiram buscando as melhores soluções para cada paciente.

Para os autores a família funciona como uma espécie de sistema, grupo, onde tudo se afeta e é afetado por ela, sendo assim a dependência química afeta o âmbito familiar em todos os aspectos, trazendo vulnerabilidade, frustração e sentimentos que podem sensibilizar e mudar o círculo familiar.

Com base no entendimento dessas substâncias, como elas atuam e conhecendo os meios de prevenção que possibilitam hoje o tratamento adequado para este público que se encontra em estado de vulnerabilidade social e emocional.

Diante todo o exposto, baseado no levantamento bibliográfico do presente trabalho, elaborou-se a problemática de que o psicólogo é um dos profissionais que atuam dentro do CAPS-ad com os dependentes químicos, diante disso, quais as possibilidades existentes de intervenção dentro do contexto da psicologia para promoção da saúde desses indivíduos?

1.1 Objetivo

1.2 1.2.1 Objetivo Geral

Analisar a atuação do psicólogo para a promoção da saúde no CAPS-ad.

1.2.2 Objetivo Específico

- Investigar as demandas do profissional da psicologia no CAPS-ad
- Compreender como a dinâmica familiar está presente e sua importância durante o tratamento no CAPS-ad
- Levantar as técnicas e intervenções aplicadas pelo psicólogo segundo as diretrizes da redução de danos.

1.3 Hipóteses

Uma dinâmica familiar estruturada ativa viabiliza significativamente avanços no processo terapêutico do dependente químico.

Dentre os diversos desafios dos profissionais, a falta de infraestrutura afeta significativamente o desenvolvimento dos processos de tratamento além de sobrecarregar a equipe.

Além disso, os estigmas trazidos pelos usuários influenciam na aplicação das atividades e suas perspectivas do tratamento, como por exemplo, na criação de vínculo com o psicólogo acarretando na dificuldade de aceitação do processo.

A reinserção social é um fator importante das diretrizes do CAPS, direcionando as intervenções para além do indivíduo, incluindo sua comunidade, sendo oposta ao objetivo de apenas alcançar a abstinência.

Sendo assim, a atuação do psicólogo junto a equipe multiprofissional é positiva devido à troca de informações para geração de técnicas de intervenções que vão promover a saúde.

1.4 Justificativa

O presente trabalho caracteriza a atuação do psicólogo dentro do CAPS AD para promoção da saúde dos atendidos visando a contribuição para os profissionais da área e seu trabalho. Nesse sentido, se fez necessário envolver a discussão a respeito da dependência química, principal tema do projeto.

Conforme Ramos *et al.* (2020) as ações tomadas pelos psicólogos devem se pautar na promoção da saúde e da autonomia do indivíduo com técnicas que fortalecem os vínculos comunitários e familiares. Como é previsto nas pautas criadas para as ações que o CAPS vai direcionar para o tratamento da dependência química.

Uma das dificuldades que se apresentou no processo de reunir dados foi encontrar artigos e relatos a partir do ponto de vista dos profissionais de psicologia dentro do CAPS-AD, em suma, todos os dados encontrados durante a pesquisa bibliográfica demonstraram, em sua maioria, a visão do dependente químico a respeito da instituição e a sua importância, como se dá o consumo dessas substâncias e quais os gatilhos geradores do vício, como solidão e negligência da família ou ainda quais os fatores do tratamento que ajudam na melhora desse indivíduo.

Dessa maneira, pouco se fala da atuação do psicólogo e seu papel para a promoção da saúde no CAPS AD e com a pesquisa surge o objetivo de compreender como são as técnicas de tratamento e as intervenções do psicólogo, pouco se tem conhecimento sobre como é esse trabalho para o profissional da saúde mental.

(...) CAPS ad foram criados como serviços de saúde cuja finalidade fosse a de atender ao aumento da demanda de usuários de álcool e outras drogas como a necessidade de atendimento diário. Constitui-se, assim, um dispositivo da saúde mental que acolhe e trata/cuida de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus familiares com prejuízos decorrentes do uso abusivo e dependente de substâncias psicoativas. (Ramos *et al*, 2020,p. 8)

Compreendendo o que é o CAPS AD pode-se entender a importância do profissional da psicologia com sua intervenção para o atendimento, assim não só tratando aspectos físicos e biológicos, mas psicológicos sobre como é a perspectiva de mundo do indivíduo e qual foi a relação estabelecido com aquilo que hoje ocorre por um vício, o levando a reconhecer os impactos que o consumo pode causar.

A pesquisa tem por relevância produzir conhecimentos a fim de complementar e orientar profissionais que querem trabalhar com a área ou gostariam de conhecer mais sobre este campo de atuação.

Ainda oferece ao leitor um meio de conhecer como ocorrem as técnicas de tratamento, intervenção e quais impactos sociais seu trabalho pode trazer dentro do ambiente do CAPS AD.

Além disso, pode apresentar as perspectivas de como o ambiente a ser trabalhado precisa oferecer uma conduta preparada, sem a ocorrência de falta de materiais, medicamentos, entre outros. A base do trabalho do CAPS AD, entra em acordo de manter o paciente seguro, possibilitando sua melhora e reinserção social.

2. BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA ACERCA DO USO DE DROGAS

Quando se trata do uso da palavra "droga" é comum a associar de forma negativa, assim como a um problema social. Algumas drogas ou substâncias

psicoativas como podem ser chamadas, são excludentes desse status negativo, tais como café, álcool e tabaco, isso se deve a diferentes fatores históricos, sociais, políticos e econômicos, contudo é necessário explorar alguns fatores históricos acerca das drogas.

As plantas e vegetais possuem grande valor desde a antiguidade quando usadas como alimento pelo os ancestrais humanos, visto que eram herbívoros e a sua fonte de alimentos se dava através das frutas, raízes, tubérculos e plantas psicoativas estavam presentes nessa dieta, além disso por serem caçadores e viverem em dependência do meio, essas plantas auxiliavam a tolerar adversidades, tais como a fome e fadiga, plantas essas como o tabaco e folha de coca (Araujo e Moreira, 2006).

Esse mesmo homem encontrou a necessidade de se conectar com o divino, surgindo o curandeiro que viajava pelo sobrenatural e trazia ao seu grupo a esperança de vida, sendo essa umas das primeiras relações da religião e consumo de drogas (Araujo e Moreira, 2006).

Os egípcios tinham as substâncias psicoativas para finalidades médicas e profanas, utilizando o cânhamo e papoula, frutas essas que eram fermentadas para extração do Ópio, produção de vinho e cerveja, logo a papoula, principalmente, era vista por essa sociedade como fonte de prazer e gozo (Araujo e Moreira, 2006).

Os hindus tinham como crença que o cânhamo foi dado pelos deuses, através de gotas de ambrosia que o fizeram brotar, desse modo os hábitos de fumar essas substâncias foram presentes nos tempos de meditação, segundo a mitologia hindu, quando Buda meditava as mesmas caíam do céu. Além disso possuíam um deus narcótico, o Soma que se personificava em forma de bebida (Araujo e Moreira, 2006).

Nas civilizações Pré-colombianas, como Astecas, Maias e Incas, era cultivado o maior número de plantas psicoativas de fonte alucinógena, usadas em rituais de purificação, pois acreditavam que conversariam com seus deuses, usando cogumelos e até mesmo fermentando outras plantas para produção de bebidas e infusões. Os Incas mascavam a folha de coca para suportar a fome e fadiga, considerando essa ser um presente dos deuses,

consumo esse exclusivo dos nobres como expressão de bravura (Araujo e Moreira, 2006).

Nesse sentido, as substâncias psicoativas são parte da experiência humana de várias culturas e tiveram diferentes funções tais como rituais, atos sagrados, práticas de cura ou uso para ações lúdicas (Escohotado, 2009). Sendo assim, entende-se que as drogas tinham possuíam um significado cultural sem valor econômico (Calvete e Souza, 2020)

Mais adiante, com o início da Idade Moderna, as drogas ganharam um novo viés, conhecidas nesse momento como as especiarias que impulsionaram um comércio de trocas e estimularam as navegações. Dessa forma elas eram produtos trocados nas expedições, predominando nesse comércio bebidas alcoólicas, tabaco, ópio e até café advindos da América, Ásia e África (Calvete e Souza, 2020)

Dessa forma, através das navegações ocorreu a expansão comercial, momento esse que começaram ter contato com o Novo Mundo, ou seja, com a exploração de terras e o contato com as civilizações que faziam o uso dessas substâncias (Araujo e Moreira, 2006).

Essas rotas de comércio e trocas culturais abriu um movimento para que os impérios em ascensão, nesse período, transformassem essas substâncias dos grupos nativos em *commodities*. Por exemplo, durante os anos de 1500 os espanhóis começaram a explorar a folha de coca usada pelas sociedades Pré-colombianas para intensificar a disposição dos trabalhadores das minas (Dias, 2019)

Logo, as drogas passaram da limitação cultural e agregaram valor se tornando uma mercadoria nesse comércio, se expandindo para outro continentes tornando o consumo delas como um hábito e não mais a um valor de uso, conseqüentemente intensificou-se a busca por consumidores e a causa de conflitos (Calvete e Souza, 2020)

Como ocorreu com o ópio no Oriente, esse psicoativo era usado há milênios, mas ao fim do século XVII a planta começou a ser fumada e trazer prejuízos à saúde, devido a isso foi proibida a venda e importação na China,

mas mesmo assim, o consumo não parava de crescer. Na Índia, os ingleses tinham monopólio da produção e venda dessa substância e devido ao contrabando sino-inglês o imperador chinês iniciou a Guerra do Ópio (Calvete e Souza, 2020)

Mesmo com o monopólio inglês no Oriente após vencer essa guerra, a popularização do ópio somente ocorreu na Europa durante século XIX associado ao álcool, ainda nesse momento ópio tinha aceitação mas o álcool começou se tornar um problema em decorrência do aumento do alcoolismo, sendo restrito pela Inglaterra (Calvete e Souza, 2020)

No entanto, concomitante a isso, houve a descoberta pela química de isolar e extrair substâncias psicoativas das plantas, tais como morfina, heroína e cocaína e, em 1884, um químico alemão descobriu as propriedades analgésicas dessa substância o que a tornou popular, sendo usada até pelos soldados na Segunda Guerra Mundial, nesse contexto, essas substâncias psicoativas foram se inserindo no mercado e tendo valor comercial e sendo parte de interesses econômicos (Calvete e Souza, 2020)

Em 1912 ocorreu então a Conferência Internacional do Ópio, em Haia, momento que foi colocado em pauta resoluções para proibição internacional do comércio e consumo das substâncias psicoativas. Nesse viés durante o século XX ocorre uma onda de controle e proibição de algumas substâncias, como maconha, cocaína, heroína e outros (CFP, 2019)

Com citado anteriormente, existe um componente econômico, político e cultural que fazem como que seja adotado a política proibicionista, muitas vezes não baseadas em evidências científicas, por exemplo no Brasil a *cannabis* foi criminalizada por estar associada a hábitos culturais dos povos negros (CFP, 2019)

Isso indica que as políticas das drogas também era usadas pelo Estado como um modo para racismo e violência, fazendo essa proibição não ser exceção para repressão de determinados sujeitos e grupos sociais (CFP, 2019)

2.2 Tipos de drogas.

No que diz respeito ao abuso de drogas, conforme indicado pelo DSM-5 (2014) todas as drogas possuem o mesmo efeito: ativar diretamente o sistema de recompensa do cérebro, reforçam o comportamento e produção de memórias e em alguns casos, indivíduos com baixos mecanismos cerebrais de inibição, são predispostos a desenvolver transtornos de uso de substâncias. Com base no tema dependência química, é de extrema importância destacar os variados tipos de drogas que fazem parte do processo de dependência, não se limitando somente a drogas ilícitas, por exemplo.

De acordo com as colocações do SENAD (Brasil, 2013, p. 85), diversas substâncias psicoativas, sejam naturais ou sintéticas, possuem a capacidade de funcionar como remédios ou venenos, dependendo do contexto de utilização. Os seres humanos exploram tanto os recursos naturais quanto os laboratórios em busca de medicamentos para curar doenças, bem como substâncias que possam influenciar seu estado de espírito e comportamento.

As drogas são classificadas como psicoativas por serem substâncias que atuam diretamente no cérebro, afetando a atividade mental. Basicamente, elas são de três tipos (Brasil, 2013)

2.2.1 Drogas depressoras.

As drogas depressoras são caracterizadas por afetarem o cérebro proporcionando a diminuição das atividades mentais, como a atenção, capacidade intelectual e concentração.

O consumo desse tipo de droga, como álcool e tranquilizantes, pode acarretar sérias consequências para a saúde. Entre os efeitos adversos estão comprometimento cognitivo, sonolência excessiva, diminuição da coordenação motora e, em casos extremos, risco de overdose fatal. O uso prolongado dessas substâncias pode resultar em dependência, causando danos ao fígado, sistema cardiovascular e sistema nervoso central. Além dos impactos físicos, o abuso dessas drogas pode contribuir para problemas sociais, como isolamento, dificuldades no trabalho e prejuízos nos relacionamentos interpessoais.

Segundo Alarcon (2008), a evolução das drogas depressoras teve origem na química e farmacologia, com substâncias como morfina e

clorofórmio sendo isoladas no século XIX para alívio da dor e como anestésicos. Ao longo do século XX, barbitúricos e benzodiazepínicos foram desenvolvidos para tratar condições psicológicas, como ansiedade e insônia.

O álcool, uma das substâncias mais antigas consumidas pela humanidade, tem uma história que remonta à antiguidade. Sua produção em larga escala e distribuição tornaram-no amplamente acessível em diversas culturas.

Apesar dos benefícios medicinais, o abuso dessas substâncias destaca a importância do uso responsável, considerando os riscos associados às drogas depressoras para a saúde mental e física.

2.2.2 Drogas estimulantes

De acordo com Laranjeira *et.al* (2004), as drogas estimulantes são caracterizadas por afetarem o cérebro aumentando os níveis das atividades mentais. Essas substâncias podem aumentar o estado de alerta, energia e a sensação de bem-estar, mas seu uso indevido pode levar a dependência, problemas de saúde e efeitos colaterais prejudiciais.

Ainda em seu diálogo, Laranjeira *et.al* (2004) aborda que o consumo de drogas estimulantes, como anfetaminas e cocaína, acarreta uma série de consequências adversas para a saúde. Imediatamente, os efeitos incluem aumento da frequência cardíaca, pressão arterial elevada, insônia, ansiedade e agitação. A longo prazo, o uso persistente dessas substâncias pode resultar em problemas mais sérios, como danos cardiovasculares, distúrbios crônicos do sono, comprometimento cognitivo, desenvolvimento de dependência química e aumento do risco de overdose. Além disso, o uso de estimulantes pode impactar negativamente a saúde mental, contribuindo para quadros de ansiedade, paranoia e depressão.

Conforme as concepções de Carlini *et.al* (2001) A história das drogas estimulantes remonta a civilizações antigas, onde plantas naturais eram empregadas para estimular mente e corpo. No século XIX, compostos ativos, como a cocaína das folhas de coca e a efedrina de plantas asiáticas, foram isolados.

As anfetaminas foram desenvolvidas no início do século XX para tratar condições médicas, como narcolepsia e obesidade. Durante a Segunda Guerra Mundial, foram amplamente usadas para manter os soldados alertas.

Neves e Souza (2022) discorre que em meados da década de 1980 se observou o aumento do consumo recreativo de cocaína, ligado à vida noturna agitada e à cultura pop. O surgimento de medicamentos como o Adderall, para tratar o TDAH, marcou uma tendência mais recente. Apesar de sua história diversificada, o uso indevido de drogas estimulantes levanta preocupações de saúde pública devido aos seus efeitos adversos e ao risco de dependência.

2.2.3 Drogas alucinógenas ou psicodislépticas

Caracterizadas como drogas que alteram o funcionamento do cérebro é a percepção dos usuários, essas substâncias podem proporcionar experiências sensoriais intensas e alterar a forma como uma pessoa percebe o tempo e o espaço.

Matos (2008) discutiu a respeito do uso de drogas alucinógenas ou psicodisléptica, em que podem resultar em uma variedade de efeitos, tanto imediatos quanto a longo prazo. No curto prazo, essas substâncias podem causar alucinações, distorções sensoriais, confusão mental e alterações intensas de percepção. Em alguns casos, podem ocorrer episódios de pânico e ansiedade aguda.

A longo prazo, o uso persistente de alucinógenos pode estar associado a efeitos psicológicos duradouros, como flashbacks (recorrência involuntária dos efeitos da droga), distúrbios de ansiedade e depressão. Além disso, o consumo inadequado dessas substâncias pode aumentar o risco de lesões físicas devido a comportamentos impulsivos e descoordenados durante o estado alterado de consciência. Vale ressaltar que as reações às drogas alucinógenas podem variar significativamente entre os indivíduos.

Mediante os relatos de Carlini *et al* (2001) a história das drogas alucinógenas tem raízes em práticas ancestrais de diversas culturas ao redor do mundo, onde certas substâncias eram empregadas em rituais religiosos, xamânicos e de cura. Cogumelos alucinógenos, como *Psilocybe*, eram

utilizados em tradições indígenas nas Américas Central e do Sul. A ayahuasca, originária de rituais amazônicos, é uma bebida enteógena conhecida por induzir experiências visionárias intensas. O cacto utilizado por povos nativos americanos, contém mescalina, um alucinógeno empregado em cerimônias religiosas, principalmente pelos Huichol.

Carlini *et.al* (2001) aborda que o LSD (Dietilamida do Ácido Lisérgico), sintetizado em 1938, e ganhou destaque nas décadas de 1960 e 1970, associado ao movimento *hippie* e à contracultura. O MDMA (Ecstasy), desenvolvido inicialmente para fins medicinais, tornou-se popular como droga recreativa, especialmente em ambientes de festas na década de 1980.

Apesar do aumento da exploração científica dessas substâncias, com pesquisas sobre seus efeitos psicológicos e terapêuticos, o uso recreativo e não supervisionado também apresentou desafios significativos de saúde pública e regulamentação.

2.3 Aspectos sociais das drogas lícitas e ilícita

Conforme as concepções de Matos (2008) o uso tanto de substâncias lícitas quanto ilícitas é comum na sociedade atual e ingestão excessiva dessas drogas tem sido considerada um problema social, principalmente devido aos impactos prejudiciais à saúde.

As drogas lícitas, como álcool e tabaco são de fáceis acesso e amplamente consumidas, e muitas vezes, integradas nas práticas sociais. No entanto, o uso excessivo dessas substâncias pode levar a problemas de saúde, dependência e impactos sociais negativos, como acidentes e distúrbios relacionados ao álcool.

Por outro lado, drogas ilícitas, como maconha, cocaína e ecstasy, são proibidas por lei devido aos seus potenciais efeitos prejudiciais à saúde e à segurança pública. O consumo dessas substâncias está associado a riscos significativos, incluindo dependência, danos psicológicos e envolvimento em atividades criminosas, podendo contribuir para o tráfico de drogas.

Conforme dados fornecidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), aproximadamente 10% das populações residentes em áreas urbanas ao

redor do mundo fazem uso abusivo de substâncias psicoativas, independentemente de idade, gênero, nível educacional ou poder aquisitivo. Apesar do consumo de substâncias psicoativas ilícitas, o uso inadequado de álcool e tabaco apresenta a maior prevalência global, resultando nas consequências mais sérias para a saúde pública mundial, abrangendo todas as faixas etárias.

De acordo com Ministério da Saúde o álcool é amplamente consumido no Brasil, sendo uma das substâncias psicoativas mais utilizadas. Seu consumo generalizado abrange diversas faixas etárias e grupos sociais, contribuindo para uma importante questão de saúde pública. O uso excessivo pode levar o usuário a dependência, a detecção precoce e a intervenção no caso de dependência de álcool desempenham um papel crucial no desfecho desse transtorno, ganhando relevância em uma visão global de promoção da saúde e prevenção (Brasil, 2003)

Outras substâncias ilícitas podem ser citadas por seu uso indevido, potencialmente culminando em uma futura dependência química. Mediante as concepções de Alarcon (2012) o tabaco hoje é considerado como a substância mais disseminada pelo mundo contemporâneo, sendo que mais de um terço da população mundial a consome.

O tabaco, cultivado principalmente para fabricar cigarros, charutos e tabaco para cachimbos, está vinculado a um elevado risco de diversas doenças, incluindo câncer de pulmão e problemas cardiovasculares.

Alarcon (2012) abordou também as anfetaminas, relacionadas hoje por obsessão ao emagrecimento, em busca do corpo “perfeito” geralmente relacionado a corpos extremamente magros. As anfetaminas são substâncias estimulantes do sistema nervoso central. Elas são frequentemente utilizadas para tratar condições como o transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e a narcolepsia. No entanto, o uso não supervisionado ou recreativo dessas substâncias pode levar a efeitos colaterais sérios, incluindo dependência, insônia, ansiedade e aumento da pressão arterial.

Sob as percepções de Alarcon (2012) discutiu-se a respeito da maconha, cocaína e *crack*, podendo as relacionar como drogas ilícitas

causadoras de distúrbios no organismo afetando o sistema nervoso central. Uma semelhança entre a maconha, a cocaína e o *crack* é o potencial de criar dependência em quem as utiliza regularmente. Além disso, o uso dessas substâncias pode impactar negativamente as relações sociais, o desempenho acadêmico e profissional, contribuindo para problemas mais amplos de saúde mental e social.

Diante o exposto, verifica-se que é de grande importância discorrer sobre o abuso de substâncias ser um problema de saúde pública, tendo em vista os impactos que as substâncias causam não só ao usuário, mas ao contexto no qual ele se insere. Através dos princípios do SUS os usuários, bem como sua família possuem direitos para acesso ao tratamento centrado em uma rede de saúde e social, visando o cuidado, reabilitação e reinserção (Paula, 2014).

Logo, as ações a serem aplicadas não devem focar nos sintomas, mas serem de forma integral abrangendo a comunidade, educação, criação de recursos, envolvimento dos familiares e estratégias que visem a promoção direta da saúde (Paula, 2014). Portanto, a seguir será discutido a respeito das políticas públicas existentes no Brasil em torno dessa temática.

3. AS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.

No Brasil, as políticas públicas de saúde pautam-se na Constituição Federal de 1988, garantindo universalidade e acesso para ações que precisam de suporte social, muitas vezes, com ações de assistência social e psicologia, buscando estudar o campo a qual fornece suporte e criar meios de acessos a estes. (Lorenzo, 2006).

Para Lorenzo (2006) as políticas públicas se constituem como um conjunto de ações sociais dirigidas à garantia do direito à saúde em todas as suas dimensões, como promoção, proteção e recuperação da saúde, orientado uma melhoria para as condições de saúde da população e do ambiente em que o indivíduo vive, visando assim garantir suporte às populações e o direito à saúde.

Conforme a Portaria Nº 2.436 de 21 de Setembro de 2017, foi aprovado a Política Nacional de Atenção Básica, que considera atenção básica ser o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que vão envolver pontos tais como a promoção, prevenção, reabilitação, tratamento e redução de danos a população, pautados em uma prática integrada de cuidados através de uma gestão qualificada e multiprofissional, tendo como princípios a universalidade, equidade e integralidade.

A portaria acima, ao pensar sobre políticas públicas a respeito de álcool e outras drogas, por muito tempo a opção de atenção para os usuários foi dada através das internações em hospitais psiquiátricos tendo características manicomiais ou clínicas particulares. Além de também haver iniciativas religiosas que vinham dos próprios usuários que olhavam para o uso e abuso de drogas sobre uma perspectiva medicalizante, por acreditar ser uma doença incurável. (CFP, 2019)

A preocupação dos governantes brasileiros sobre o consumo de álcool levou a aparições de sociedades privadas, como por exemplo a Liga Antialcoólica de São Paulo, a Liga Brasileira de Higiene Mental e a União Brasileira Pró- Temperança, a Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária, que promoviam a tentativa de educação antialcoólica além de assistências para alcoolista. (Musumeci, 1994.)

O debate a respeito do tema álcool e drogas deu início nas pautas da década de 1980 através da Reforma Psiquiátrica, em que se iniciou a criação de alguns centros de pesquisas para verificar os aspectos em torno das substâncias químicas como o Centro de Estudos e Terapias ao Abuso de Drogas (CETAD), Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti (ARD-FC), Núcleo de Estudos e Pesquisa em Atenção ao Uso de Drogas (NEPAD), Programa de Orientação e Assistência a Dependentes (PROAD), Centro Mineiro de Toxicomanias (CMT) e o Centro de Referência para Assessoramento e Educação em Redução de Danos. (CFP, 2019)

Alguns desses centros também foram pioneiros em desenvolver estratégias clínicas em meados da década de noventa e outras ações de aproximação com os usuários de drogas nas cenas de uso, como é o caso do Consultório de Rua, desenvolvido em Salvador, na década de noventa, pelo CETAD. Essas ações experimentais, por sua eficácia em articular práticas de atenção e cuidado integral, ganharam

estatuto de política pública para a atenção psicossocial voltada para os usuários de álcool e outras drogas. Essas políticas foram importantes no desenvolvimento e consolidação das estratégias de cuidado e na afirmação à cidadania política das pessoas que fazem uso de drogas lícitas e ilícitas contra qualquer tipo de discriminação.(CFP, 2019, p, 30.)

No entanto, o movimento reformista tardou em debater estratégias psicossociais para esse tema, o terreno foi criado por iniciativa dos usuários em ações de grupo, através das comunidades terapêuticas, em que as técnicas de abstinência e medicalização são hegemônicas e integradas a outras estratégias motivacionais fora do conhecimento clínico. (CPF, 2019)

Referente ao consumo de álcool e outras drogas, a política pública responsável por disponibilizar o direito ao usuário de assistência de saúde de acordo com suas necessidades, foi a Lei N° 10.216, de 2001 que abordou e instituiu a respeito da proteção e os direitos de pessoas portadoras de transtorno mentais, a direcionando ao modelo assistencial de saúde mental.

Sendo dever do Estado o desenvolvimento de políticas, assistência e promoção da saúde com a devida participação da família e da sociedade. Além disso, a lei traz os direitos da pessoa portadora de um transtorno mental, tais como acesso ao melhor tratamento, ser tratada com humanidade, ter garantia de sigilo nas informações, direito à presença médica e ter informações sobre a sua doença.

Levanta também a respeito da internação como último recurso, sendo de modalidade voluntária, involuntária e compulsória mediante laudo médico que dialogue sobre os motivos para tal acontecimento e o regime de internação deve ser estruturado de forma que ofereça uma assistência integral à pessoa.

Desse modo, conforme Machado e Boarini (2013) os usuários foram incluídos como responsabilidade da saúde pública, dentro do campo de saúde mental, e essa lei traz como reconhecimento o direito a reinserção social, priorizando uma rede de cuidados extra-hospitalar como por exemplo CAPS-AD.

A Portaria N° 336 de 19 de Fevereiro de 2002 vai abordar a respeito de que os CAPS vão se diferenciar pelo seu serviço, mas funcionarão como um serviço ambulatorial de atenção diária, a partir disso o CAPS-AD trata de pacientes com transtornos relacionados ao uso de substâncias químicas,

oferecendo em seu serviço atendimento individual e em grupo, oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias para a reinserção do atendido.

Começa a ser implementado então a Redução de Danos nas políticas assistenciais que desenvolve práticas de cuidados baseado nos direitos humanos, além dos centros de referência, deu-se início a implementação do CAPS-AD e Consultórios de rua que trazem a cidadania, autonomia e os direitos do público atendido (CFP, 2019)

Nesse viés, a lei Nº 13.840 de 5 de Junho de 2019 foi reforçado o Plano Nacional de Políticas sobre Drogas que tem como alguns objetivos viabilizar a participação nessas políticas, priorizar programas para prevenção ao uso de drogas, ampliar alternativas da reinserção social, promover acesso do usuário a todos os serviços da rede pública, programas de incentivo ao emprego e promover autonomia do usuário.

Logo, ao longo dos anos foram sendo evoluídos os processos de atenção aos usuários de substâncias químicas e ao que diz respeito de seus direitos como uma pessoa humana, o inserindo nas diretrizes de saúde pública visando trazer melhora em sua qualidade de vida e ferramenta para chegar nesse objetivo.

3.2 Breve caracterização do CAPS AD

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) desempenham um papel crucial na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Brasil, focando no atendimento especializado de indivíduos com transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

Estes centros são uma parte essencial da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) e refletem a reforma psiquiátrica brasileira ao oferecer cuidados que vão além do tratamento clínico tradicional.

De acordo com Pereira e Andrade (2020), os CAPS AD adotam uma abordagem psicossocial integral que considera não apenas o transtorno de uso de substâncias, mas também o contexto social e familiar dos pacientes. Este modelo visa promover a autonomia dos usuários e facilitar sua reintegração social, contribuindo para uma rede de suporte mais inclusiva e eficiente.

Bernardi e Kanan (2015) discorrem que os CAPS possuem como composição uma equipe multidisciplinar que vai agir de forma interdisciplinar, logo a unidade vai se responsabilizar por agir em cuidados de saúde mental e no território.

Vasconcelos e Cardoso (2018) destacam que essa diversidade profissional permite um atendimento personalizado e adaptado às necessidades específicas de cada indivíduo. Além disso, os centros realizam atividades grupais e individuais que fomentam a reabilitação e a socialização, promovendo a participação ativa na comunidade.

Seguindo a portaria N° 336 de 19 de Fevereiro de 2002, já mencionada anteriormente, a unidade funciona durante os 5 dias úteis da semana das 8h às 18h em dois turnos, os pacientes têm direito a uma refeição diária.

A portaria ainda dita que o local deve conter de 2 a 4 leitos, tendo a equipe técnica mínima de 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro com formação em saúde mental, 1 médico clínico, 4 profissionais com formação superior em assistência social, pedagogia, enfermagem ou psicologia, e 6 profissionais com nível técnico nas mesmas categorias mencionadas.

Entretanto, os CAPS AD enfrentam diversos desafios, como a integração com outros serviços de saúde e a adequação dos recursos disponíveis. Silva et al. (2019) indicam que muitos centros enfrentam limitações orçamentárias e problemas estruturais que podem afetar a qualidade do atendimento. A estigmatização dos usuários de substâncias também continua a ser um obstáculo significativo, dificultando o acesso e a adesão aos serviços.

Apesar dessas dificuldades, os CAPS AD são fundamentais para a reforma psiquiátrica brasileira e a implementação de uma política de saúde mental mais humanizada. Lima e Souza (2017) argumentam que esses centros representam um avanço importante em relação ao modelo hospitalar tradicional, oferecendo cuidados mais centrados no usuário e adaptados às suas necessidades específicas.

3.3 Saúde mental e a redução de danos.

A Redução de Danos, marca a autonomia, diálogo e os direitos de todos os usuários de substâncias químicas, sem julgamentos morais e práticas que vão incriminar e punir os indivíduos, esses sujeitos são considerados pessoas

com direitos que devem ser acessados através das políticas públicas (CFP, 2019)

Compreende-se que como princípio a redução de danos tem alternativas de saúde pública para modelos moral/criminal, reconhece a abstinência como resultado ideal, mas aceita alternativas que reduzam danos, promove acesso a serviços de baixa exigência como alternativa para abordagens tradicionais, além de se basear nos princípios do pragmatismo empático contra o idealismo moralista. (Domanico, 2014)

Sendo assim, a Portaria Nº 1.028 de 1 de Julho de 2005, institui que a redução de danos seja desenvolvida por meio de ações de saúde dirigidas aos usuários ou dependentes que não podem ou não querem interromper o uso, objetivando a redução dos danos associados e incluindo ações de atenção integral para a adoção de comportamentos mais seguros no consumo que causem dependência por meio de informação, educação e aconselhamento.

Desse modo, a Redução de Danos é uma estratégia que incentiva intervenções junto a população, sem necessariamente interromper o uso, desse modo ela cria ações para uma população que sempre foi excluída da saúde pública, trazendo questões como liberdade de escolha, universalidade e responsabilidade individual (CFP, 2019)

Além disso, a Redução de Danos também representa a superação de uma visão simplificadora sobre o consumo de substâncias, pois incentiva a autonomia, resgatando ao indivíduo seus direitos como um ser humano, buscando a minimizar os riscos e impactos sociais a saúde desses sujeitos (CFP, 2019)

A Lei n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006, institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) que prescreve medidas para o uso indevido, atenção e reinserção social, repressão à produção e tráfico dessas substâncias. Tendo esse órgão os objetivos de atribuir inclusão social deixando o cidadão menos vulnerável e assumir comportamentos de riscos pelo uso, promover socialização do conhecimento sobre drogas e promover integração de políticas de prevenção.

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes

possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (Brasil, 2003, p. 10).

A Portaria N° 3.088 de 23 Dezembro de 2011 foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial no SUS em que a finalidade é a criação e ampliação de pontos de atenção à saúde de pessoas com transtornos decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas, respeitando os direitos humanos, garantindo a autonomia e liberdade, combate aos estigmas e preconceitos, atenção humanizada e centrada na pessoa, ênfase em serviços de base comunitária e territorial, ações pautadas na redução de danos.

Desse modo, os profissionais da Psicologia envolvidos na equipe profissional não devem julgar os comportamentos dos indivíduos no que diz respeito ao uso de substâncias químicas, o papel destes profissionais é a aceitação de cada um destes indivíduos como sujeitos e o respeito ao lugar que ocupam, entendendo que saíram de um lugar marginalizado pela sociedade, o que garante um vínculo de confiança (CFP, 2019)

Considerando as colocações apresentadas, é fundamental promover uma maior aproximação em relação à atuação profissional do psicólogo. Esta aproximação é crucial para compreender melhor as nuances e os desafios enfrentados na prática, além de facilitar a integração das teorias e métodos psicológicos no contexto real de trabalho.

4. O PSICÓLOGO E A ATUAÇÃO AOS USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.

No que se diz a respeito do contexto da prática do psicólogo no campo psicossocial, sobretudo em referência ao usuário de álcool e outras drogas, vale dizer que a abordagem não é limitada ao biomédico, isto é, só cuidar da resolução de sofrimento. Em vez de adotar uma abordagem tradicional, é preferível adotar uma abordagem psicossocial que respeite o contexto do território e do bairro em que o indivíduo está inserido. Nesse sentido, a autonomia do indivíduo é central, e a prática deve adotar uma postura horizontal. Isso significa criar um espaço de trabalho que valorize a

participação ativa e a autonomia do usuário, promovendo um ambiente mais colaborativo e respeitoso." (CFP, 2019)

Sendo assim é envolvido no processo entidades além do sistema de saúde, como assistência social, órgãos comunitários e até mesmo da educação. Nesse sentido, o psicólogo participa junto a uma equipe multiprofissional de saúde no CAPS-AD, Consultórios na Rua, Estratégia de Saúde da Família (ESF), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Acolhimento (UA), assim como nos dispositivos de assistência social (CFP, 2019).

Desse modo, para que esse trabalho seja realizado, o profissional da psicologia precisa adotar o princípio que suas práticas devem defender os direitos humanos, trazer autonomia aos usuários assim como a participação. Por isso, o psicólogo deve atuar junto a equipe, tendo como base a clínica ampliada, em que tem-se conhecimento que a doença faz parte de um sujeito que está inserido em um contexto social. (CFP, 2019).

A clínica ampliada faz com que o sujeito se sinta acolhido por mais de um profissional que vai atuar para a promoção de sua reabilitação, além disso é valorizado o sujeito como singular e protagonista do seu tratamento. Conforme é trazido à discussão pelo CFP (2019 *apud* Campos e Bedrikow, 2014) o usuário vai tomar decisões do tratamento com o objetivo de poder gerenciar sua vida e tomar decisões, sem ser somente reduzido a sua doença.

Diante o que foi exposto até o momento, cabe trazer quais as atividades que os psicólogos realizam nos equipamentos de saúde já citados, que atendem os usuários de álcool e outras drogas. No CAPS-AD são responsáveis pelo atendimento psicoterápico e individual e em grupo, as oficinas terapêuticas, visitas e atendimento domiciliares, até mesmo gestão do local (CFP, 2019).

Além disso, cabe ao psicólogo, com os demais da equipe, desenvolver atividades que possam incluir a participação da família por meio de assembleias para debater políticas públicas e de território, abrindo espaço para escutar os usuários e suas demandas, não o enxergando como um sujeito não

dominante, possibilitando uma transformação social para essa população (CFP, 2019).

No que diz respeito ao trabalho do psicólogo nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), devem ter ações que visem a promoção e prevenção da saúde para impactar positivamente a qualidade de vida das pessoas que são atendidas, bem como a questão da cura e reabilitação. No Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) o psicólogo vai participar da equipe de Estratégias de Saúde da Família (ESF) para identificar quais pontos impactam no processo de saúde e doença, tendo consideração a realidade daquele território, seja política, econômica e social (CFP, 2019).

Já os Consultórios de Rua (CR) tem como objetivo atender os usuários que vivem em situação de rua e não são acessados pelos serviços de saúde e dentro da equipe tem o psicólogo que vai utilizar das ferramentas de abertura de campo (verificar potencialidades do território), diário de campo (mapear as questões que foram visualizadas nas ações feitas) e trabalho de campo (prevenção e promoção da saúde) para a intervenção e cuidados primários (CFP, 2019).

Nos dispositivos de assistência social como o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e no Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), o psicólogo vai atuar junto com o assistente social, fazendo as visitas domiciliares para o primeiro contato com a família e desenvolvimento, por essa visita pode compreender a situação de vulnerabilidade, condições de vida e funcionamento da dinâmica familiar para que se possa fazer uma intervenção (CFP, 2019).

Por fim, de acordo com o CFP e CREPOP (2019) o psicólogo pode atuar na gestão desses serviços, como gestor, suas ações devem promover a saúde e considerar o individual de cada um, provocando mudanças em toda essa rede de cuidado, fomentando ações que para a atenção e prevenção de situações de vulnerabilidades, fortalecendo vínculos comunitários e familiares dos usuários, além do exercício das tarefas burocráticas por meio de mediações nas equipes para concretizar e integrar todas as práticas nesses serviços (CFP, 2019).

4.1 A prática profissional consolidada no âmbito psicossocial

A atuação do psicólogo no campo psicossocial enfrenta desafios notáveis, que requerem uma formação sólida e diversificada. Esses desafios incluem a abordagem de problemas sociais intrincados, a colaboração efetiva com equipes de diferentes especialidades e a promoção da saúde mental em contextos comunitários. Para enfrentar essas demandas, é essencial que a formação do psicólogo inclua não apenas conhecimentos fundamentais da psicologia, mas também uma compreensão das políticas públicas, uma consciência sensível à diversidade cultural e habilidades para intervenções comunitárias, garantindo assim uma resposta mais eficaz às questões psicossociais.

Hoje, a Psicologia enfrenta o desafio de se reinventar como uma prática efetivamente libertadora, que busca promover a autonomia e empoderar os indivíduos, com um foco particular nas pessoas em situação de vulnerabilidade. (CFP, 2019)

Para abordar o problema do uso excessivo de substâncias como drogas e álcool, é essencial realizar uma investigação detalhada das causas sociais subjacentes. Deve-se evitar focar apenas o indivíduo, pois esses frequentemente levam a rótulos, diagnósticos e ações legais contra o usuário e seus familiares. Desconsiderar as influências sociais e culturais relevantes, discutidas anteriormente, limita a compreensão plena e a eficácia das estratégias de intervenção. (CFP, 2019)

O uso de drogas e álcool não deve ser visto apenas como uma questão de caráter social. É necessário considerar um panorama amplo que inclua aspectos psicológicos, biológicos e culturais que contribuem para esse comportamento.

Sob esse olhar, no atendimento a usuários de substâncias, a pesquisa do CFP e CREPOP (2019) revelou que os profissionais de psicologia enfrentam uma carência de diretrizes e orientações adequadas. Apontaram a ausência de uma base sólida tanto teórica quanto prática para lidar com os casos e a desconexão entre os ensinamentos acadêmicos e as demandas enfrentadas na prática profissional cotidiana. (CPF, 2019)

Mediante as concepções do CFP (2019), assegurando a especificidade profissional, é crucial alinhar-se às particularidades de outros profissionais, promovendo a integração de perspectivas, interpretações e conhecimentos. Essa integração deve ocorrer de maneira interdisciplinar, interinstitucional e intersetorial, sendo fundamental para a compreensão e criação de abordagens inovadoras de intervenção. Tais abordagens são essenciais para encontrar soluções inovadoras para questões antigas. (CFP, 2019)

A interdisciplinaridade, nesse contexto, envolve a interação de diversas profissões, conhecimentos científicos, conceitos, diretrizes, metodologias e procedimentos, todos voltados para o objetivo comum de fornecer atendimento a indivíduos que enfrentam problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas.

As considerações anteriores destacam a imprescindibilidade de aprimoramento do profissional de Psicologia para enfrentar os desafios relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas.

Esse aprimoramento começa durante a graduação, passando por meio da formação contínua e da supervisão técnica, as quais devem ser respaldadas por recursos financeiros incorporados no planejamento e orçamento das ações conduzidas pelos responsáveis pela política de atenção integral ao uso de álcool e outras drogas, em âmbito municipal, estadual e nacional. No que diz respeito à graduação, urge uma reformulação nas estruturas curriculares dos cursos de Psicologia, abrangendo aspectos cruciais. (CFP, 2019)

A partir dessa perspectiva de competência, a formação do profissional destinado a atuar nesse campo deve estimular uma visão crítica e indagadora de sua prática, concebida como práxis. Esta vai além de uma simples ação, transformando-se em uma intervenção que impacta efetivamente a realidade, conforme expresso por Rios (2007, p. 80): "Na direção do bem comum, da ampliação do poder de todos como condição de participação na construção coletiva da sociedade da história".

A adequada e contínua qualificação do profissional é essencial para conscientizá-lo de que não detém, por si só, o poder ou conhecimento para modificar a condição do uso abusivo de álcool e outras drogas.

Simultaneamente, essa qualificação capacita o profissional a desempenhar de maneira coerente o papel que lhe cabe no processo de

superação do sofrimento psíquico das pessoas envolvidas no uso abusivo dessas substâncias, agindo de forma responsável e comprometida com a construção de uma sociedade que aborda as questões psicológicas com respeito e tolerância. Este comprometimento leva em consideração a diversidade humana, tendo a liberdade do sujeito como orientação central em qualquer abordagem de tratamento.

5. METODOLOGIA

Foram entrevistados 4 profissionais da psicologia, com idades entre 27 e 50 anos que compõem a equipe multiprofissional do CAPS AD. O critério de participação se deu através da atuação do profissional no local, sendo mais de 6 meses.

5.5 Instrumentos

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, mediada por um roteiro prévio baseado nas hipóteses e objetivos desta pesquisa.

5.5.1 Aparatos da pesquisa

Os aparatos utilizados na investigação foram gravador e computador.

5.5.2 Procedimento de coleta

As integrantes do grupo contataram as unidades do CAPS AD de 8 cidades no interior de São Paulo, via e-mail explicando sobre o projeto e seus aspectos éticos. Foi solicitado se haveria possibilidade da autorização para as entrevistas. No entanto, houve dificuldades no retorno dessas unidades, sendo necessário contato telefônico ou o envio de um novo e-mail, das 8 cidades, apenas 3 deram autorização para ocorrerem as entrevistas, as negadas justificaram a alta demanda, enquanto outras não deram respaldo.

Todas as entrevistas, antes de iniciadas, era informado aos entrevistados sobre a gravação, explicação sobre os aspectos éticos e solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A primeira ocorreu de forma presencial, visto que a unidade era da cidade das integrantes, foi feita com o coordenador da unidade, o local recentemente havia

mudado para zona central da cidade. Houve dificuldade para o contato inicial, havendo demora para agendamento, contudo a entrevista ocorreu com participação ativa do entrevistado.

Para a segunda realização, conversaram com o coordenador da primeira entrevista para que o mesmo informasse se havia outros psicólogos na unidade para a realização de mais entrevistas, inicialmente, pareceu disposto e nos encaminhou o contato de mais um psicólogo para a realização de uma segunda entrevista.

Na seguinte entrevista se fez contato com coordenador novamente para a tentativa de agendamento, no entanto nos informou sobre alta demanda e que não conseguiria mais profissionais da psicologia para entrevistas. Deu-se então andamento para realizar as demais entrevistas em outras unidades que concordaram, sendo essas de forma remota, no entanto ainda foi presente a dificuldade de realizar esse agendamento, sendo preciso insistir no contato.

Com as entrevistas finalizadas, foram realizadas as transcrições a partir das gravações para dar seguimento na análise de dados.

5.5.3 Procedimento para análise de dados

Com a transcrição na íntegra, foi realizada uma análise temática, método de análise dos dados qualitativos, envolvendo a leitura dos dados coletados em busca do levantamento dos temas emergentes. Dessa forma, tem-se a familiarização e leitura dos dados para identificação, definição e nomeação de temas e, por fim, a análise do material.

Para tanto, foi feita uma pré-análise, que consistiu em avaliar inicialmente antes da exploração do material, que se caracteriza em analisar os dados trazidos na entrevista para que fosse feita uma interpretação e comparação, a fim de realizar as devidas inferências, desse modo, após separar os dados em categorias, as mesmas foram distribuídas em 3 eixos temáticos para a análise e discussão.

5.5.4 Ressalvas éticas

O projeto de pesquisa foi conduzido com a premissa de não causar danos ou eventuais malefícios aos participantes através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). No espaço deste projeto de

pesquisa, a confidencialidade da identidade dos entrevistados e seus dados foram assegurados, além disso todas as medidas foram tomadas para minimizar qualquer risco ou danos aos envolvidos

Os dados coletados foram utilizados exclusivamente para os fins desta pesquisa, podendo ser empregados no próprio projeto e em eventuais artigos e publicações derivadas do tema. O estudo foi realizado com estrita conformidade com as regulamentações em vigor, conforme estabelecido na Resolução CNS 466 de dezembro de 2012 e resoluções suplementares do Conselho Federal de Psicologia.

6. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Caracterização do CAPS AD e seus desafios

Os entrevistados são psicólogos com experiência há mais de 6 meses nas unidades do CAPS AD com idade entre 27 e 50 anos. As abordagens divergem, mas todos possuem especializações semelhantes, sendo dois deles em políticas públicas e os outros dois em psicologia social e psicodrama.

[...] A minha graduação foi na Universidade Federal do Espírito Santo. Eu finalizei em 2000, entre 2003 e 2014. Foi uma formação bastante voltada para as políticas públicas. (P1)

[...] Eu tenho especialização em psicanálise e psicologia social, estou trabalhando no CAPS AD a dois anos. (P2)

[...] Minha formação, a minha especialização é em psicodrama, que é a abordagem da qual eu tento fazer a leitura dos pacientes que se apresentam [...] Eu sou formada em psicologia aqui e sou formada em políticas públicas também. (P3)

O Centro de atenção psicossocial álcool e drogas (CAPS AD) é um serviço especializado em saúde mental que atende pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de álcool e outras drogas em diferentes níveis de cuidado.

[...] a gente é um serviço que busca tratar dessas pessoas com transtornos graves e persistentes (P1)

O CAPS AD tem como principais objetivos proporcionar tratamento adequado, promover a reintegração social dos usuários e reduzir os danos

associados ao uso de substâncias. Seus princípios incluem a oferta de um cuidado humanizado, centrado na pessoa, e a atuação em rede com outros serviços de saúde e assistência social.

[...] O nosso objetivo é ampliar a autonomia das pessoas, mas para fazer essa ampliação... então, a gente precisa, às vezes, fazer coisas que até são, poderiam ser consideradas básicas, até, de certa forma... faz sentido? [...] o nosso serviço é ser um serviço clínico e terapêutico, porém não reduzido a esses atendimentos de sala. O CAPS atua muito na promoção de saúde sendo ponte para que o sujeito retome algumas relações da vida, né? Amplie esses prazeres, mesmo que ele não deixe de usar droga, mas que ele consiga fazer outras coisas da vida, além de usar a substância. (P4)

[...] Assim, eu vejo que tem um objetivo que, às vezes, está aquém de uma parte técnica do atendimento, que é auxiliar na compreensão dos processos relacionados à subjetividade do sujeito. (P1)

[...] o nosso objetivo é trazer a esses usuários a possibilidade de se reconhecerem como indivíduos, sabe? De certa forma seria que queremos que eles vejam que não são pertencentes a esse lugar que o uso das drogas os coloca. (P2)

Conforme Ribeiro (2005) o tratamento no CAPS visa desenvolver a autonomia dos usuários, reconstruir laços sociais e familiares, e apoiar a reinserção social. O CAPS deve ajudar na integração dos usuários em suas comunidades, sem se tornar o único espaço de vida para eles, evitando assim a alienação e o risco de impossibilidade de alta.

A estrutura da instituição envolve diversos aspectos, desde a composição da equipe até a adequação física dos espaços. O CAPS AD conta com uma equipe multidisciplinar, composta por psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, entre outros profissionais. A atuação conjunta dessa equipe é fundamental para proporcionar um cuidado.

É importante no CAPS a gente ter uma equipe multi, a gente ter uma equipe diversa, né? Porque não é todo mundo que se vincula comigo da mesma forma que se vincula com o outro [...] A gente tem então psi, médicos psiquiatras, técnico de enfermagem, enfermeiro, terapeuta ocupacional, assistente social, educador físico, eu não deixo pensar se eu estou dizendo ninguém, falei né, enfermeiro, técnico, PO, assistente social, psi, educador físico, médico psiquiatra. E aí a gente tem as recepcionistas, né, da parte administrativa a gente tem as recepcionistas, temos as auxiliares de limpeza, temos os redutores de danos, né, e alguns estagiários. (P4)

Aqui a gente tem médico, médico, psiquiatra, terapeuta ocupacional, fisioterapeutas, enfermeiras. (P3)

Logo, relacionando a fala do entrevistado, e segundo Fernandes e Faria (2021) O cuidado multiprofissional é uma abordagem de trabalho que envolve profissionais de saúde com experiências e habilidades complementares, unidos por objetivos comuns de saúde. Eles colaboram de maneira interdependente, com comunicação aberta e decisões compartilhadas, visando oferecer uma avaliação, planejamento e atendimento integrados ao paciente. Esse esforço conjunto resulta em benefícios tanto para o paciente quanto para a instituição e a equipe.

Existem tantos atendimentos compartilhados, ambientes compartilhados, grupos compartilhados e as nossas reuniões, né? E não é um serviço transdisciplinar, mas é um serviço que a gente está sempre em interface com outros profissionais. Então, é um serviço que necessariamente funciona interdisciplinarmente. (P1)

Temos reuniões entre psicólogos e também com a equipe multidisciplinar e também tem os prontuários que todos os profissionais têm acesso. (P2)

O mecanismo que a gente tem são as reuniões de equipe, mas a gente está junto o tempo todo e aí, dependendo da situação, a gente pede auxílio àquele profissional. (P3)

Apesar da importância dos CAPS AD, muitos enfrentam desafios significativos relacionados à infraestrutura. Estes desafios podem comprometer a qualidade do atendimento e o alcance dos objetivos do serviço.

[...] ainda tem alguns problemas de infraestrutura sim, viu? Um exemplo é o calor que estamos lidando, tem salas que não tem ventilador, a questão de salas, materiais para dinâmicas e também tem a questão do suporte, há muitas pessoas precisando de atendimento e o espaço não suporta. (P2)

[...] Então, mas, assim, até porque a gente tem algumas barreiras aqui no município para isso. Por conta disso, como eu falei, muitas pessoas que são atendidas aqui estão com vulnerabilidade social, são pessoas pobres e tal. E a gente, muitas vezes, tem que articular com outros serviços. Mas, também, assim, se é atendido no centro comunitário, no CRAS, no bairro, passa por uma atividade lá, outra aqui, outra lá e tal. Só que o nosso município oferece muito poucas coisas. [...] Sim, eu acho que ainda dá para melhorar. Na verdade, eu acho que o principal é olhar para os profissionais. Por exemplo, a gente precisa ter computador funcionando direito em todas as salas. (P4)

[...] A gente precisaria de mais profissionais, a gente precisaria de mais serviços na rede para poder dar o suporte e para a gente poder fazer os encaminhamentos necessários. (P1)

Segundo Xavier e Monteiro (2013) Uma das dificuldades identificadas é a alta demanda por serviços de atendimento a usuários de drogas em relação ao número insuficiente de CAPS AD e CAPS AD 24 horas disponíveis para cobrir a população atendida. Essa discrepância é especialmente evidente nos municípios que possuem esses serviços em comparação com o número de habitantes. É de extrema urgência implementar essa expansão em alguns municípios, considerando a densidade populacional da região.

A falta de verba representa um desafio crítico para o funcionamento eficaz dos CAPS AD, impactando todas as áreas de atuação desses centros. Para garantir um atendimento de qualidade e alcançar os objetivos de reintegração social e cuidado integral, é essencial que haja um investimento adequado e contínuo. Somente com recursos financeiros suficientes será possível superar as dificuldades atuais e fortalecer o papel dos CAPS AD na Rede de Atenção Psicossocial.

A multifatorialidade por trás do abuso de substâncias

No que diz respeito à história pessoal do usuário, os entrevistados destacam que apesar de não haver uma regra fixa, ao longo dos anos trabalhando na área foi notório que o abuso de substâncias se inicia na adolescência.

Geralmente começam na adolescência mesmo. Tem aqueles casos de as pessoas já começaram na idade adulta, mas num volume muito menor. A maioria começa na adolescência, por volta dos 14, 15 anos. (P3)

Então, normalmente, quem vem para o CAPS já faz uso, às vezes, desde a adolescência, ou às vezes até a infância. Então, muitos que passam pelo CAPS já fazem uso desde os 13 anos, é uma faixa média. (P1)

Primeiro contato com a maioria ainda na adolescência. Principalmente com o uso de bebida alcoólica. (P4)

Desse modo, a fala corrobora ao fato de que a adolescência é um momento frágil no desenvolvimento de um indivíduo, conforme Soares *et al* (2020) é nessa etapa que a pessoa está suscetível a alterações biopsicossociais que implicam diretamente na construção de sujeito. Ainda sob

a perspectiva de Soares *et al* (2020), o contexto a qual está inserido, como laços familiares frágeis e a pressão da sociedade, causam desgastes e a droga surge como um modo de fuga às responsabilidades exigidas nessa fase.

Logo, com essa perspectiva, um adolescente que vive em vulnerabilidade numa teia de relações frágeis nesse momento do desenvolvimento, vai recorrer às drogas como um modo de aliviar as pressões.

Através disso, além da idade, é observado que muitos dos usuários experimentam a maconha, vista como “menos perigosa” e com o tempo buscam efeitos mais intensos, evoluindo até o crack.

No geral que a gente vê, começa na adolescência com maconha, depois progride para cocaína, e dependendo da estrutura da pessoa, acaba chegando no crack. Mas essas três, maconha, cocaína e crack, são os que mais aparecem [...] (P3)

Por outro lado, outro entrevistado chama atenção que o álcool está sempre associado e presente no consumo de múltiplas substâncias.

Você percebe que a maioria começou consumindo álcool e aí foi aumentando pra outras coisas [...] nunca é só crack, ou só cocaína. O álcool sempre perpassa a vida do sujeito. (P4)

Segundo a pesquisa realizada por Da Paz *et al* (2024) com uma amostra de 67 usuários, os dados apontam que existe uma prevalência de 89,65% de consumo de álcool, 56,89% de maconha, 67,24% de crack e cocaína. Além disso, segundo Scheffer *et al* (2010) o álcool, como expõe os autores, é a substância ilícita mais usada do país e quando em combinação com outras drogas prolonga a euforia.

Dado essas informações, uma reflexão acerca disso é que de modo geral, o uso se inicia pela droga de fácil acesso, como o álcool e a maconha, no entanto existe uma progressão para intensificar os efeitos desejados e reduzir os sintomas de angústia, gerando um ciclo vicioso.

A partir desses fatos, pode-se considerar que existem transtornos frequentes que estão relacionados ao uso de substância, três entrevistados destacaram que depressão, ansiedade e esquizofrenia se destacam.

Tem pessoas que fazem uso de substâncias e desenvolvem, por exemplo, esquizofrenia, questões de ansiedade [...] Depressão, também, está relacionada ao uso. (P1)

Eu diria depressão, situações como psicose, alguma esquizofrenia (P2)

[...] a gente se depara muito com transtornos de personalidade, questões de ansiedade, depressão (P3)

Contudo, dentre os três entrevistados, um deles dialoga da perspectiva que a droga é usada para diminuir os sintomas latentes desses transtornos, como forma de reduzir os sintomas.

Eu não enxergo muita questão direta com o uso da substância, na verdade o uso da substância vem mais como uma forma de manejar esse humor deprimido ou essa ansiedade do que de fato é causadora dela, então é o que a gente percebe [...] (P4)

[...] fica naquela dúvida. Se foi a dependência que se enfadou, ou se já tinha aquele transtorno de base e acabou lançando ao uso de substância para dar conta daquilo. (P3)

[...] eu acredito que seja consequência, acho que na maioria dos casos sempre esteve lá, sabe? é que costuma ficar evidente após o consumo (P2)

Conforme Scheffer *et al* (2010), os indivíduos que são diagnosticados com a dependência possuem um diagnóstico psiquiátrico relacionado, conforme os dados 26%, Transtornos do Humor; 28%, Transtorno de Ansiedade; 18%, Transtornos de Personalidade Antissocial; e 7%, Esquizofrenia. A pesquisa de Da Paz *et al* (2024) aponta que o uso abusivo de substâncias faz com que exista uma predisposição para o surgimento de transtornos psiquiátricos, as chamadas comorbidades.

Logo baseado nesses dados e os relacionando as falas dos entrevistados, nota-se uma conexão entre as drogas e os transtornos psiquiátricos, de modo que o indivíduo entra nesse ciclo para sanar os sintomas de um transtorno com as drogas ou ainda através delas desencadear um transtorno relacionado que aumentará o uso problemático das substâncias.

Aprofundando o assunto, comentaram sobre a multifatorialidade que leva a droga ser o recurso a priori na vida do usuário, usada como ferramenta devido a falta de recursos para lidar com as mais diversas situações enfrentadas.

[...] pensando nisso... nessa questão multifatorial, é importante ter em vista que quanto menos recursos a pessoa tem, né? Mais... Maior a chance dela ficar dependente, né? [...] Recursos, tanto pessoais,

recursos sociais, recursos familiares, né? Rede de suporte, né? Recursos que eu digo... tudo aquilo que pode ser potencialmente... favorável,(P1)

Majoritariamente na minha avaliação são questões relacionadas, são multifatoriais [...] Muita falta de vínculos significativos, rede de apoio, então são pessoas com rede de apoio que vão se fragilizando ou já foram muito, muito frágeis desde o início. Pessoas com um longo histórico de violência e negligência sofridas tanto pela família como pelo Estado (P4)

[...] já percebi nesse tempo que venho atendendo que muitas vezes a recaída vem de conflitos com a família, conflitos em geral na verdade percebo que muitas vezes emoções que eles não conseguem lidar ou até mesmo o acesso ao dinheiro pode ser um problema (P2)

Crives e Dimenstein (2003) apontam em sua pesquisa que as motivações para contribuir ao uso de drogas são multifatoriais, desde conflitos pessoais, pressão da sociedade até como um modo de prazer e fuga da realidade. Logo, as fragilidades vivenciadas pelo indivíduo dentro da sociedade impactam de forma direta como a pessoa se relaciona com a droga, a fim de escapar desses problemas, portanto a droga é apenas um sintoma que revela um conjunto de questões presentes.

Por outro lado, um dos entrevistados ao abordar o tema da multifatorialidade, trouxe uma perspectiva que nenhum havia citado antes, a questão social vivenciada pelo usuário.

[...] a questão das drogas não é só uma questão das drogas, ela é um produto social, porque as pessoas, isso não só a população que frequenta o CAPS, mas porque a gente enquanto ser humano tem a necessidade de se entorpecer para passar por alguns processos de vida [...] (P4)

Além disso, o mesmo entrevistado prossegue articulando esse quesito social ao tema das diversas formas de violência e violação de direitos que sofrem enquanto inseridos nesse contexto.

A população do CAPS que eu atendo ela tem classe social e ela tem cor, então são pessoas que sofrem com muito estigma, com muita violação de direito, sofrem bastante violência policial, violência de Estado [...] eu percebo muito esse humor deprimido por conta desse contexto de violência e de vulnerabilização[...] É uma clínica muito perpassada pela violência. Então muitos homens que reproduzem questões de assédio, questões de violência mesmo verbal, racismo. Eu acho que em questão de problemática, assim, que atravessa muito a clínica, acho que a violência tem estado muito presente no nosso cotidiano. Tanto das pessoas que vêm para atendimento que estão vítimas de múltiplas violências, como também pessoas que

chegam para o atendimento e reproduzem com outros usuários e com a gente, com os profissionais também, muitas formas de violência (P4)

Portanto se faz necessário ver o usuário como um indivíduo presente em um contexto social, cultural e envolto numa teia de relações interpessoais. Para Mendes *et al* (2019) o uso de drogas está ligado às desigualdades sociais, apontando que para que a sociedade dite ou não o uso problemático se baseia no fator moralizante culpabilizando o usuário e sua condição por estigmas, ainda na perspectiva dos autores, o estigma causa a prática da opressão, reduzindo os usuários a agressivos ou ainda a pobreza.

Baseado nessa ideia e nas falas do entrevistado, fica evidente que os estigmas fazem com que seja ignorado os múltiplos fatores por trás do abuso de substâncias, questões essas de ordem de direitos básicos que são violados, deixando o indivíduo preso no processo de marginalização e exclusão, sentindo-se incapazes de lidar com a situação.

O uso abusivo de substâncias é compreendido como uma doença que traz impactos nas alterações cerebrais como nos sistemas de recompensa, controle e estresse. A Organização Mundial da Saúde (OMS) classifica a dependência como um transtorno de saúde mental, afetando o funcionamento cognitivo e comportamental.

Considerando as falas dos entrevistados, um deles afirma que os pacientes se reconhecem como doentes mediante ao encontro com o uso abusivo de álcool e outras substâncias, enquanto outros dois, reconhecerem maior resistência.

A maioria das pessoas que chegam ao CAPS chegam desejando um cuidado, chegam conseguindo dizer que está tendo prejuízos por conta da relação com a substância, então sim, a maioria das pessoas que chegam até o serviço se colocam disponíveis, lógico, algumas ou outras vão acompanhadas às vezes por familiares, e acabam só indo porque às vezes esses familiares estão ali insistindo (P4)

[...] grande maioria não percebe a doença, só vai lá e pronto, consumiu. grande maioria vem aqui por conta de companheiros, alguma relação ou suporte, mas ainda tem aqueles que vem porque a família pediu ou porque acabou perdendo muito com o consumo. (P2)

Na verdade, é bem comum que as pessoas não reconheçam a necessidade, né? Sim, cuidado. Então, é muito comum que venha primeiro o familiar, ou que venha acompanhado de alguém que insistiu muito, né? Então, acontece. Ou a pessoa vem já depois de ter tido muitas perdas, como eu falei antes, né? Por isso que, às vezes, não vem tão... não é um novo, mas, às vezes, também vem (P1)

O processo de se reconhecer doente, pode ser um desafio aos usuários, considerando a distância que tem sobre a consciência da doença, a dificuldade de superar os estigmas e os preconceitos da sociedade com relação ao sujeito e suas necessidades, podendo compreender muitos dos comportamentos de negação.

O papel do psicólogo para efetivação do tratamento

O papel do psicólogo no CAPS AD é fundamental para a eficácia do tratamento de usuários de álcool e drogas. Esse profissional emprega diversas abordagens e técnicas para promover a saúde mental e a reintegração social dos pacientes.

[...] o papel do núcleo da psicologia dentro do CAPS vai podendo trazer, vai ajudando o sujeito a conseguir nomear algumas coisas que ele já viveu ao longo da história e que ele só passou por elas. [...] Então acho que o psicólogo tá nesse lugar de ter aquela leitura mais sensível pro fenômeno que outras profissões não vão ter, pra ajudar o outro a nomear, a nomear o próprio desejo, a nomear o que está sentindo, a construir repertório, porque isso é muito da psicologia, [...] E aí é o nosso papel também de ir com essa pessoa construindo outros repertórios e jeitos de resolver os problemas e lidar com sofrimentos, de ressignificar pra mim é muito esse lugar. (P4)

O nosso objetivo é ampliar a autonomia das pessoas, mas para fazer essa ampliação... então, a gente precisa, às vezes, fazer coisas que até são, poderiam ser consideradas básicas [...] Assim, eu vejo que tem um objetivo que, às vezes, está aquém de uma parte técnica do atendimento, que é auxiliar na compreensão dos processos relacionados à subjetividade do sujeito. (P1)

Através das concepções de Dimenstein (2000), o papel do psicólogo é transformador. Ele facilita mudanças significativas na vida do paciente, promovendo sua autonomia e capacitando-o a assumir o controle de sua própria recuperação, desenvolvendo autoconfiança. O psicólogo também oferece suporte contínuo durante todo o processo de recuperação, ajudando o paciente a enfrentar desafios e a comemorar seus progressos.

Um dos aspectos centrais da atuação do psicólogo no CAPS AD é ajudar os pacientes a nomear e compreender as experiências que vivenciaram ao longo de suas vidas. Muitas vezes, os indivíduos passam por situações traumáticas ou significativas sem conseguir articular o que sentiram ou como essas experiências os afetaram. O psicólogo, com sua formação específica, está apto a explorar o passado, ajudando o paciente a revisitar eventos

passados, identificar sentimentos e compreender como esses eventos moldaram seu comportamento e emoções atuais. Além disso, o psicólogo auxilia o paciente a identificar e articular seus desejos e necessidades, promovendo uma compreensão mais profunda de si mesmo e de suas motivações.

A sensibilidade do psicólogo permite uma leitura mais profunda e empática dos fenômenos que os pacientes enfrentam. Essa sensibilidade é expressa através de uma abordagem empática que permite ao paciente sentir-se ouvido e compreendido, com a capacidade do psicólogo de interpretar comportamentos e sintomas no contexto da história de vida do paciente.

Conforme as "Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos nos CAPS", elaboradas pelo CFP (2013), às atividades dos psicólogos devem abranger: acolhimento, discussão de casos em equipe, psicoterapias, atendimento a crises, elaboração de planos individuais de cuidado, realização de grupos e oficinas e atividades voltadas para a reintegração social, demonstrando a importância do vínculo como exemplo. (CFP, 2013, p. 85).

Com base nas concepções das entrevistas realizadas com profissionais da área, torna-se evidente a importância fundamental do papel do psicólogo na efetivação do tratamento. O vínculo estabelecido entre o psicólogo, o paciente e sua família é um dos pilares essenciais para o sucesso terapêutico. Esse vínculo não é apenas um aspecto desejável, mas um componente crítico do processo de tratamento.

[...] O vínculo é o que faz, é o principal fator que faz a pessoa continuar seguindo o nosso sentido. [...] vínculo é uma técnica também, mas não é uma técnica especificamente psicológica, é uma tecnologia leve do nosso trabalho, assim, que é que diz respeito a como pensar formas de estabelecer laços com o sujeito. Então, essa é a principal forma da pessoa continuar no nosso serviço (P1)

[...] acho que com a equipe mas também com as amigadas que constroem aqui, alguns chegam até a criar um relacionamento. é claro que isso pode ser bom e ruim, mas tem situações que acabam fortalecendo o outro para que continua no tratamento (P2)

O vínculo é a base do nosso trabalho. Se a gente não consegue estabelecer o vínculo, dificilmente a pessoa fica e dificilmente a pessoa acredita. A pessoa segue o que a gente orienta. Quando a pessoa não se vincula, ela aparece uma, duas vezes e some. (P3)

Quando chega esse usuário no CAPS é a gente estar disponível para construir vínculo, né? E isso se faz a gente ouvindo o outro, a gente sendo, né, tendo também aquela coisa da compaixão, da generosidade em ouvir a história do outro. (P4)

A construção de um vínculo terapêutico sólido é um aspecto crucial do trabalho do psicólogo. Estabelecer uma relação de confiança e empatia com o paciente é fundamental para o engajamento e a adesão ao tratamento. O psicólogo também desempenha um papel importante ao envolver a família no processo terapêutico, oferecendo suporte e orientação para que possam contribuir efetivamente para a recuperação do paciente.

Sobre os relatos de Pimentel e Lima (2018), o vínculo terapêutico pode ser definido como a relação de confiança, empatia e respeito mútuo entre o terapeuta e o paciente. Esse vínculo é essencial para criar um ambiente seguro e acolhedor, onde o paciente se sente à vontade para explorar seus problemas e desafios. Um bom vínculo pode facilitar a adesão ao tratamento, a abertura para mudanças e a cooperação com as intervenções propostas.

A participação da família no tratamento é fundamental para criar um sistema de suporte que pode impactar positivamente na recuperação do paciente. O envolvimento familiar assegura que o tratamento se estenda além do ambiente clínico, influenciando de maneira benéfica o contexto doméstico e social do paciente.

Por outro lado, a família pode também dificultar a eficácia do tratamento, pois pode não saber como lidar com a condição do paciente ou manter comportamentos que incentivam o uso de substâncias.

[...] Mas, às vezes, o que acontece é que as pessoas não sabem. Então, a família acaba contribuindo para sustentar determinados comportamentos, determinados ativos de energia. (P1)

[...] as famílias podem ser um problema antes e ser uma solução, sabe? A família as vezes cria expectativas ou tem ideias formadas, além de também já estarem muito machucadas (P2)

A questão da família é uma situação complicada. Porque, dependendo do nível de...do tempo que a pessoa está em uma circunstâncias, é uma família que também está adoecida, né? [...]
(P3)

Muitas vezes a gente percebe que as famílias são a grande questão do sofrimento dessas pessoas, né? Às vezes, são vínculos muito rompidos, ou mães, pais, muito superprotetores que nunca deixaram essas pessoas fazerem escolhas, né?. (P4)

Embora a participação da família no tratamento de pacientes em CAPS AD seja crucial para a recuperação, ela também pode apresentar desafios significativos que podem dificultar a eficácia do tratamento. Em alguns casos, a família pode não estar suficientemente preparada para lidar com a condição do paciente, o que pode levar a comportamentos que, inadvertidamente, sustentam o uso de substâncias e dificultam o progresso do tratamento.

Um dos principais desafios é o desconhecimento da família sobre como lidar com a condição do paciente. Muitas vezes, a família não possui as informações ou habilidades necessárias para apoiar efetivamente o tratamento, o que pode levar a comportamentos que, em vez de ajudar, acabam sustentando os hábitos prejudiciais do paciente, a falta de conhecimento pode fazer com que a família acabe contribuindo para manter certos comportamentos ou padrões que são contraproducentes para a recuperação.

Sobre um olhar da autora Siqueira (2007), a família pode também criar expectativas irreais ou ter ideias preconceituosas sobre o tratamento e a condição do paciente. Ressalta que as famílias podem ser tanto uma fonte de problema quanto uma solução. As expectativas exageradas ou as crenças preconceituosas podem colocar uma pressão adicional sobre o paciente, gerando mais estresse e dificultando a adesão ao tratamento. Além disso, o sofrimento acumulado e a frustração da família, que pode estar "muito machucada", pode influenciar negativamente a dinâmica familiar e o processo terapêutico.

Em resumo, embora o envolvimento da família seja essencial para a recuperação no CAPS AD, é crucial que a família receba orientação e suporte adequados. Sem esse suporte, a família pode contribuir para a manutenção de comportamentos prejudiciais e dificultar o progresso do tratamento.

[...] trabalho com o grupo de família, nas quintas fazemos um grupo com os familiares, porque dessa forma conseguimos trabalhar com eles no processo de recuperação mas também dar suporte para a família, que muitas vezes precisa da mesma forma que o usuário precisa. (P2)

[...] os psicólogos é que fazem orientação para os grupos de família aqui, a gente tem um grupo de família, né? O psicólogo dá muitas orientações voltadas para essa dinâmica. De como se relacionar com os usuários. Então, a gente compreende que os grupos familiares são uma aula muito importante. (P1)

Então, aqui, no Caps, a gente tem um grupo de família que é um espaço, esse grupo não sou eu e faço, é um espaço que a gente disponibiliza para os familiares. E, ao mesmo tempo, poderem ser orientados de como eles podem lidar com esse familiar. [...] (P3)

O papel do CAPS, com essas famílias, está em promover um espaço de escuta, um acolhimento breve, né? E até mesmo algumas orientações parentais. A gente também faz isso. O auxílio seria mais assim, um momento de escuta ali, faz um acolhimento, escuta, mas também um encaminhamento para outras áreas que talvez seja mais efetivo [...] a gente tem um grupo de família, onde essas famílias podem ir e ter trocas entre eles. De situações vividas, um grupo que as famílias podem compartilhar coisas juntos, né? Então o CAPS AD abre esse espaço. (P4)

O suporte adequado para as famílias é para garantir que a participação delas no tratamento seja efetiva e benéfica. Sem orientação e suporte, na maioria das vezes as famílias podem não estar preparadas para lidar com a complexidade da situação como fundamentado.

Durante o decorrer das entrevistas, outro ponto crucial apresentado fez referência a técnicas e ferramentas utilizadas durante os atendimentos para promoção de melhorias.

[...] com os pacientes têm as entrevista iniciais, além de também com cada um se constroi o que vai ser trabalhado, então cada um tem uma demanda diferente, mas inicialmente tempo a entrevista inicial, tanto a de triagem quanto o começo para tentar entender, também usamos jogos, algumas rodas de conversa, arte terapia leituras e por aí vai, mas é, cada paciente é uma técnica que seria mais apropriada. (P2)

Não sei se é propriamente técnica, mas a premissa básica do atendimento psicossocial é ter uma postura acolhedora. A pessoa chega aqui, ela não precisa ser julgada, criticada, culpabilizada (P3)

[...] Mas é mais uma questão de que não tem isso pré-determinado. Porque o que a gente define em nosso serviço são os objetivos do cuidado, né? O projeto de terapia do singular é... É olhar o que a gente quer fazer, o que vai ser feito, né? (P1)

A importância das técnicas e ferramentas utilizadas pelos psicólogos no CAPS AD reside em sua capacidade de oferecer abordagens personalizadas e adaptativas para o tratamento. Essas técnicas, como jogos, rodas de conversa, arteterapia e leituras, são fundamentais, por exemplo, em permitir que os psicólogos ajustem as intervenções às necessidades específicas de cada paciente, garantindo que o tratamento seja relevante e eficaz.

Então, a gente, CAPS, eu, por exemplo, eu uso muita prática de grupo, de leitura de grupo, dos papéis grupais, né [...] usa muito para algumas atividades, é o formato de grupo operativo, de onde a gente construiu ali o significado da atividade junto com as pessoas. Então, na minha prática, essa leitura de grupo faz muita diferença [...] às vezes é mais interessante uma intervenção de redutor de danos, às vezes é mais interessante uma intervenção mímica ou psíquica, então vai dependendo muito do caso. [...] e aí nesses momentos a gente vai formar muito a escuta ativa, a observação, eu uso muito o diário de campo na minha prática [...] (P4)

Como ressaltado nas entrevistas, a utilização de práticas de grupo e leitura de grupo é uma estratégia que ajuda a construir o significado das atividades junto com os pacientes, promovendo um tratamento mais personalizado e ajustado às suas necessidades específicas. Esse tipo de abordagem é crucial para assegurar que as intervenções sejam apropriadas e eficazes para cada indivíduo.

A reinserção social é um processo que considera a recuperação além de entender a importância de intervenções que buscam integrar os usuários à sociedade, oferecendo autonomia, respeito e dignidade. Segundo Silva (2019) a reinserção social deve ser apoiada por redes de suporte comunitário e programas que envolvem treinamento profissional e apoio psicológico a fim de incluir, remanejar os atendidos à sociedade.

Na fala dos entrevistados pode-se perceber que essa reinserção social pode ter auxílio dos profissionais, mas conta com a participação e suporte da família, além de compreender a importância da conscientização da sociedade, por outro lado ela nem sempre é colocada em prática devido as recaídas dos usuários e desistência do tratamento, dificultando esse processo tão importante.

[...] fica muito a critério dessas pessoas que têm família, as pessoas que estão em situação de rua. Até porque, assim, é muito difícil uma pessoa permanecer em situação de rua e conseguir aderir ao tratamento de uma maneira consistente. A maioria das pessoas que vivem em situação de rua, elas oscilam muito, né? Entre estar aqui, abandonar, depois voltar, né? (P3)

Tentamos sempre trabalhar com eles essa questão da sociedade, além de reforçar a importância da interação com a família, buscamos falar dessas questões, mas isso quando tem espaço para falar sobre o assunto com os paciente, porque muitos desistem ou tem recaídas frequentes, mas aqueles que dão continuidade e apresentam melhora nós buscamos sim formas de trabalhar essas questões de entrarem em contato com a sociedade novamente. (P2)

De acordo com Gomes (2024), a flexibilidade das técnicas é fundamental para atender às diversas necessidades dos pacientes. Cada paciente no CAPS AD pode enfrentar desafios únicos e ter diferentes estilos de aprendizagem e formas de expressão. A flexibilidade das técnicas permite que os psicólogos escolham e ajustem as intervenções com base nas necessidades específicas de cada paciente.

Se chama projeto terapêutico singular, que a gente tem que entender o que funciona para cada um. Não dá para a gente fazer um jeito de funcionar que vá dá conta de todo mundo (P3)

[...] esse projeto terapêutico é uma costura entre o que eu avalio enquanto profissional e o que uma pessoa também deseja na vida, o que ela tá afim de experimentar junto. O CAPS propõe um cuidado que é colaborativo (P4)

Em conclusão, a utilização de técnicas e ferramentas pelos psicólogos no CAPS AD é essencial para a eficácia do atendimento e a promoção da recuperação dos pacientes. A variedade de métodos disponíveis enriquece o processo terapêutico e facilita o desenvolvimento de habilidades sociais, emocionais e cognitivas, promovendo um envolvimento mais profundo dos pacientes no tratamento.

Portanto, a implementação estratégica de técnicas e ferramentas é indispensável para a prática psicoterapêutica no CAPS AD. Ela contribui para um atendimento mais eficaz e promove um ambiente de cuidado às complexidades e individualidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do que discutido fica claro que as drogas são um problema de saúde pública, que trazem problemas não só ao usuário, mas a toda sua dinâmica como família e comunidade. Desse modo, o abuso de substâncias acarreta problemas de saúde mental e agrava problemas já existentes, além disso afeta a teia de relações no qual está envolvido. Portanto, o CAPS AD se torna crucial no oferecimento de um tratamento adequado, acessível e eficaz, promovendo de forma humanizada à saúde.

Com base em tudo que foi exposto ao longo deste trabalho, pode-se notar que o psicólogo, juntamente com a equipe multidisciplinar, tem um papel fundamental para que o tratamento ocorra de maneira integral, social e humanizado para aqueles que procuraram por ajuda no momento de fragilidade que a dependência química ocasiona.

Nesse sentido, como informado nas entrevistas, o tratamento ocorre de forma única e pensada para as necessidades de cada paciente, de modo que o reconheça como um ser autônomo e através de um vínculo terapêutico bem sucedido faça com que o indivíduo permaneça em tratamento e assim se efetive a recuperação e promoção da saúde dos atendidos.

Outro ponto relevante é que o psicólogo dentro deste ambiente não só atua de modo clínico, mas social também, visto que trabalha o fortalecimento daquele paciente para ser inserido socialmente de volta ao contexto que convive. O profissional trabalha a teia de relações, envolvendo e dando suporte para a família que nem sempre está preparada para lidar com a situação ou ainda deixa o paciente mais doente.

A família desempenha um papel interessante ao longo do tratamento, pois ela se torna uma rede de apoio para o usuário. Como algumas famílias desconhecem a dependência química ou estão fragilizadas contribuindo para recaídas, é importante o envolvimento delas no tratamento e o psicólogo atua junto a elas para sanar essas questões e auxiliar nos momentos de crise.

Logo, o psicólogo precisa ter uma postura empática e sensível para compreender aquele sujeito no momento atual de sua vida, não o excluindo do meio que está inserido, ampliando sua visão em torno da situação e trabalhando para facilitar mudanças, autonomia e os ajudarem no controle de suas decisões fora da instituição, evitando o risco de recaídas.

Por outro lado, existem dificuldades presentes na instituição em relação a infraestrutura, como materiais e a necessidade de inserir outros serviços na rede para um suporte maior, além de mais profissionais dispostos a trabalharem neste meio. Visto que existe uma sobrecarga para os profissionais e a instituição de demandas que podem não estar sendo cumpridas com êxito, sendo preciso um maior investimento de políticas públicas que vão garantir condições mais adequadas na execução das ações.

De forma geral, conclui-se que o psicólogo, assim como os demais profissionais envolvidos, têm um papel crucial para transformar as vidas desses atendidos e promover a saúde, indo além da clínica. Logo, é fundamental que mais pesquisas sejam desenvolvidas acerca do assunto para contribuir com esse campo da psicologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALARCON, S. **O Diagrama das Drogas: cartografia das drogas como dispositivo de poder na sociedade brasileira contemporânea**, 2008. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. (Mimeo.)

ALARCON, S. Drogas psicoativas: classificação e bulário das principais drogas de abuso. In: ALARCON, S.; JORGE, M. A. S. (orgs.). **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo [online]**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. p. 103-129. ISBN 978-85-7541-539-9. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575415399.0006>.

American Psychiatric Association (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARAÚJO, Marcelo Ribeiro; MOREIRA, Fernanda Gonçalves. Histórias das drogas. Silveira DX, Moreira FG, organizadores. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006.p. 9-14.

BERNARDI, A. B.; KANAN, L. A.. Características dos serviços públicos de saúde mental (Capsi, Capsad, Caps III) do estado de Santa Catarina. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 107, p. 1105–1116, out. 2015.

BRASIL. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Brasília: Diário Oficial da União, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.197** de 14 de outubro de 2004. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.028, de 1 de julho de 2005. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 4 jul. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 22 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 dez. 2011. Seção 1, p. 122.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Presidência da República. Lei n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 ago. 2006.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 jun. 2019.

CALASSA, Glacy Daiane Barbosa; PENSO, Maria Aparecida; FREITAS, Lêda Gonçalves de. Redução de danos na visão dos profissionais que atuam no CAPS AD II do Distrito Federal. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora, v. 9, n. 2, p. 177-187, dez. 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472015000200008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 abr. 2023. <http://dx.doi.org/10.5327/Z1982-12472015000200008>.

CALVETE, Cássio da Silva; SOUZA, Taciana Santos. História e formação do mercado de drogas. **Revista de Economia**. Curitiba, v.41, n. 76, p. 401-429, 2020. Disponível em <https://revistas.ufpr.br/economia/article/view/69094/41834> Acesso em: 14 de mar. 2024

CARLINI E. A. *et al.* | **Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas da Universidade Federal de São Paulo (Cebrid/Unifesp), Secretaria Nacional Antidrogas (Senad), 2001.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. (2013). **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília: CFP, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. (2019) **Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) em políticas públicas de álcool e outras drogas** Brasília: CFP, 2019.

CRIVES, M. N. DOS S.; DIMENSTEIN, M.. Sentidos produzidos acerca do consumo de substâncias psicoativas por usuários de um programa público. **Saúde e Sociedade**, v. 12, n. 2, p. 26–37, jul. 2003

DA PAZ, AC; BARROS, ABC; MELO, JCF de S.; LIMA, MB Associação entre o uso de substâncias psicoativas e transtornos de ansiedade e depressão. **Revista Brasileira de Revisão de Saúde**, [S. l.], v. 2, pág.

E67726, 2024. DOI: 10.34119/bjhrv7n2-002. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/67726>. Acesso em: 24 jul. 2024.

DIAS, Luiza. Reflexões sobre as drogas como objeto de pesquisa histórica. **Temporalidades**, Belo Horizonte, Vol.11, n.1, p. 1-15, jan.,2019. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/temporalidades/article/view/12674>. Acesso em: 25 jan. 2024.

DIMENSTEIN, M. A inserção da psicologia nas instituições públicas de saúde: uma análise de práticas institucionais. **Psicologia & Sociedade**, v. 12, n. 1, p. 13-36, 2000.

DOMANICO, Andrea. **História, Conceito e Princípios de Redução de Danos**. Univesp-Universidade Federal de São Paulo, 2014.

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

FERNANDES, Paulo Manuel Pêgo; FARIA, Gabriela Favaro. A importância do cuidado multiprofissional. **Diagnóstico e Tratamento**, v. 26, n. 1, p. 1-3, 2021.

GOMES, G. A prática psicoterapêutica no CAPS: técnicas e ferramentas. **Revista Brasileira de Psicologia**, v. 18, n. 2, p. 115-129, 2024.

ISRAEL, Pinto Alexandre. O uso de substâncias psicoativas: história, aprendizagem e autogoverno. **Revista UFSCar**, v. 7, n. 4, p. 15-54, 2012.

LACERDA, Clarissa de Barros e Fuentes-Rojas, Marta. Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]**,2017, v. 21, n. 61, pp.363-372. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0060>>. Epub 24 Out 2016. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0060>.

LARANJEIRA, Ronaldo; CASTRO, Jorge R.; NÓBREGA, José N. Neurobiologia da dependência de cocaína. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 29-37, 2004.

LIMA, Fernanda; SOUZA, Carlos. **Reforma psiquiátrica e a atuação dos CAPS AD**. Porto Alegre: Editora Universidade, 2017.

LORENZO, Cláudio. Vulnerabilidade em saúde pública: implicações para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 2, n. 3, p. 299-312, 2006.

MACHADO, L. V.; BOARINI, M. L.. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 3, p. 580–595, 2013.

MATOS, A. N. **Um pouco sobre a história das drogas e de sua proibição, ou como o crime sem vítima se tornou uma questão de Estado**. 2008. Disponível em: <http://www.redepsi.com.br/2008/12/02/um-pouco-sobre-a-historia-das-drogas-e-de-sua-proibicao-ou-como-o-crime-sem-vitima-se-tornou-uma-questao-de-estado/>. Acesso em: 3 out. 2018.

MENDES, Kíssila Teixeira, RONZANI, Telmo Mota e PAIVA, Fernando Santana de. POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA, VULNERABILIDADES E DROGAS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA. **Psicologia & Sociedade [online]**. 2019, v. 31 [Acessado 29 Julho 2024], e169056. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31169056>. Epub 20 Dez 2019. ISSN 1807-0310. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2019v31169056>.

MUSUMECI, Bárbara. **O consumo de álcool no país**. Zaluar, Alba. Organizadora. Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos. São Paulo: Brasiliense, p. 83-96, 1994.

NASCIMENTO, Aline P.; MORAES, Danielle S.; FERREIRA, Bruno Eduardo S. A dependência química e seu impacto sobre a família do dependente. **Dspace/Manakin Repository**, 2019. Disponível em: <http://dspace.doctum.edu.br/xmlui/handle>. Acesso em: 16 abr. 2023.

NEVES, T. I.; SOUZA, V. J. DE L.. Patologia do Desempenho: TDAH, Drogas Estimulantes e Formas de Sofrimento no Capitalismo. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 42, p. e236353, 2022.

Organização Mundial da Saúde. **Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001 – Saúde Mental: Nova Conceção**, Nova Esperança. OMS, Genebra, 2001.

PAULA, M. L. DE . *et al.*. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. **Psicologia em Estudo**, v. 19, n. 2, p. 223–233, abr. 2014.

PAZ, Fernanda Marquez; COLOSSI, Patrícia Manozzo. Aspectos da dinâmica da família com dependência química. **Estudos de Psicologia**, 18. n. 4, outubro-dezembro/2013, pp.551-558. Disponível em: <https://www.scielo.br/ijepsic/a/hSfRJVTrXD3Jrt7nP9ZkRGw/?lang=pt#>

PEREIRA, Ana Cláudia; ANDRADE, Paulo. **O papel dos CAPS AD na rede de saúde mental**. São Paulo: Editora Hucitec, 2020.

PIMENTEL, A. R.; LIMA, M. D. C. L. O vínculo terapêutico nos CAPS: um estudo sobre as práticas dos psicólogos. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas e Comportamentais**, v. 14, n. 1, p. 35-45, 2018. DOI:

10.5935/1677-0393.20180007.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. DOS. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25, n. 2, p. 203–211, abr. 2009.

RAMOS, P. de O.; JESUS, S. A. de; JACINTO, P. M. dos S.; ROCHA, R. V. de S. O papel da(o) profissional de psicologia nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD): revisão da literatura (2009-2019). **Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, e9668, 2020.

RIBEIRO AM. Uma reflexão psicanalítica acerca dos CAPS: alguns aspectos éticos, técnicos e políticos. **Psicol USP [Internet]**. 2005;16(4):33–56. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642005000300003>

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

ROBAZZI, Maria Lúcia do Carmo Cruz et al. Substâncias químicas, trabalho e alterações neurológicas: possíveis relações entre estas variáveis. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 7, p. 39-48, 1999.

SCHEFFER, M.; PASA, G. G.; ALMEIDA, R. M. M. DE .. Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 3, p. 533–541, jul. 2010.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. **Capacitação para comunidades terapêuticas – Conhecer para cuidar melhor: curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2014. SENAD-MJ/NUTE – UFSC.

SILVA, Ricardo *et al.* **Desafios e perspectivas dos CAPS AD: uma análise crítica**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2019.

SILVA, M. L.; COSTA, A. B.; OLIVEIRA, J. R. Reinserção social e recuperação de dependentes químicos: um estudo longitudinal. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 41, n. 2, p. 125-132, 2019.

SILVEIRA, Dartiu Xavier da. Considerações sobre a prevenção do uso indevido de drogas. **Revista ABP-APAL**, v. 15, n. 1, p. 17-20, 1993.

SIQUEIRA, L. Família e saúde mental: desafios e intervenções. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas e Comportamentais**, v. 13, n. 1, p. 45-58, 2007.

SOARES, F. R. R. et al.. Reasons of drug use among adolescents: implications for clinical nursing care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, p. e03566, 2020

SULLIVAN, R. J.; HAGEN, E. H. Busca de substâncias psicotrópicas: patologia evolutiva ou adaptação? **Addiction (Abingdon, England)**, v. 97, n. 8, p. 1101-1108, 2002.

VASCONCELOS, Maria Clara; CARDOSO, Luiz. **Práticas e desafios dos CAPS AD no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

XAVIER, Rosane Terezinha; MONTEIRO, Janine Kieling. Tratamento de pacientes usuários de crack e outras drogas nos CAPS AD. **Psicologia Revista**, v. 22, n. 1, p. 61-82, 2013.

APÊNDICE

APÊNDICE A – Intenção de Pesquisa



UNIVERSIDADE PAULISTA – UNIP
 Campus Indianópolis
 Comitê de Ética em Pesquisa - UNIP

Rua Dr. Bacelar, 1212 – 4º andar – Vila Clementino
 CEP: 04026-002 – F. (11) 5586-4090
 E-mail: cep@unip.br
 Horário de funcionamento das 08:00 às 19:00

INTENÇÃO DE PESQUISA

À / Ao: CAPS - CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - ÁLCOOL E DROGAS

Eu, Osvaldo Rocha da Silva, responsável principal pelo projeto de graduação, tenho a intenção de realizar a pesquisa intitulada "A atuação do psicólogo para promoção da saúde no CAPS AD", cujo(s) alunos participante(s) Gabriela Campos de Andrade, Gabrielli Gomes Teixeira de Souza, Maria Fernanda Renzo de Camargo e Victoria Maria dos Santos Faccioli, portador (es) do(s) RG(s) 59.234.327-3, 57.742.830-5, 63.339.02-3, 58.657.501-7 está (ão) regularmente matriculado(s) no Curso de Psicologia da Universidade Paulista nesse ano corrente.

A Coleta de dados desse projeto somente poderá ser realizada, após a aprovação do Comitê de Ética em pesquisa da UNIP.

Limeira, 18 de Setembro de 2023

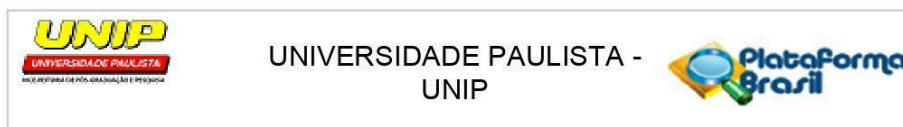
(local, data)

Assinatura do (a) pesquisador principal

Nome por extenso do (a) responsável da Instituição Coparticipante

Assinatura e carimbo do (a) responsável da Instituição Coparticipante

APÊNDICE B – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CAPS AD

Pesquisador: OSVALDO ROCHA DA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 75770623.3.0000.5512

Instituição Proponente: ASSOCIACAO UNIFICADA PAULISTA DE ENSINO RENOVADO OBJETIVO-

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.731.227

Apresentação do Projeto:

As informações descritas abaixo foram retiradas do documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2235362.pdf" de 14/11/2023:

RESUMO:

"O presente projeto de pesquisa tem como objetivo caracterizar a atuação do psicólogo no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) para promoção da saúde do público atendido, visando uma análise aprofundada das funções e desafios enfrentados por psicólogos que trabalham nessa instituição com o tratamento de dependência química. Dessa forma trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa com caráter exploratório, que será realizada com profissionais da psicologia que atuam nessa instituição, a coleta de dados ocorrerá através de uma entrevista semiestruturada e a análise será baseada na modalidade temática. Espera-se que os resultados contribuam para a produção de mais conhecimentos a respeito do trabalho realizado por esses profissionais no que diz respeito a dependência química, visto que não existe muitas pesquisas acerca dessa problemática."

HIPÓTESE:

"Uma dinâmica familiar estruturada ativa viabiliza significativamente avanços no processo

Endereço: Rua Dr. Bacelar, 1212 4º andar

Bairro: Vila Clementino

UF: SP **Município:** SAO PAULO

Telefone: (11)5586-4086

CEP: 04.026-002

E-mail: cep@unip.br



Continuação do Parecer: 6.731.227

terapêutico do dependente químico.

Dentre os diversos desafios dos profissionais, a falta de infraestrutura afeta significativamente o desenvolvimento dos processos de tratamento além de sobrecarregar a equipe.

Além disso, os estigmas trazidos pelos doentes influenciam na aplicação das atividades e suas perspectivas do tratamento, como por exemplo, na

criação de vínculo com o psicólogo acarretando na dificuldade de aceitação do processo.

A reinserção social é um fator importante das diretrizes do CAPS, direcionando as intervenções para além do indivíduo, incluindo sua comunidade,

sendo oposta ao objetivo de apenas alcançar a abstinência.

Sendo assim, a atuação do psicólogo junto a equipe multidisciplinar é positiva devido à troca de informações para geração de técnicas de intervenções que vão promover a saúde."

MÉTODO:

"2. MÉTODO

A presente pesquisa irá se propor explorar mais a respeito do papel que psicólogo realiza no CAPS AD, buscando a compreensão de seu trabalho

no local e as intervenções e técnicas que utiliza para promoção da saúde. Portanto se caracteriza como uma pesquisa de caráter exploratório com abordagem qualitativa.

2.1 PARTICIPANTES E LOCAL

O local escolhido para coleta dos dados foi o CAPS AD - Centro De Atenção Psicossocial (Álcool E Drogas), localizado nas cidades de Leme/SP e

Limeira/SP. A escolha foi feita, devido a organização ter contato direto com o tema da pesquisa e ainda contar com psicólogos que realizam um trabalho com foco específico no tratamento da dependência química.

Foi definido para estudo, como participantes da pesquisa, os psicólogos da equipe multiprofissional do CAPS AD. O critério de participação se deu

pelo tempo de atuação do profissional no local, sendo mais de 6 meses, visto que dessa forma o mesmo já tem mais familiaridade a respeito do tipo

de trabalho realizado no local e as especificações de sua atuação.

2.2 INSTRUMENTOS

O instrumento utilizado para a coleta de dados será a entrevista semiestruturada, mediada por um roteiro prévio baseado nas hipóteses e objetivo do

Endereço: Rua Dr. Bacelar, 1212 4º andar	CEP: 04.026-002
Bairro: Vila Clementino	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5586-4086	E-mail: cep@unip.br



Continuação do Parecer: 6.731.227

projeto de pesquisa.

2.3 APARATOS DA PESQUISA

Os aparatos a serem utilizados na investigação serão gravador e computador.

2.4 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

Para que os dados possam ser coletados, será realizado um primeiro contato com o local, solicitando a autorização de realização da pesquisa na instituição, através da prévia explicação a respeito do projeto.

Desse modo, se autorizado pelo local, será agendada uma data para que se possa ir até a instituição e realizar solicitação de participação aos sujeitos, após apresentação dos objetivos da pesquisa e consentimento através da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

As entrevistas ocorrerão de forma individual e o local de aplicação será o disponibilizado pela organização, com autorização serão gravadas, para posterior transcrição e análise"

As informações descritas abaixo foram retiradas do documento "PROJETOPESQUISADEPENDENCIAQUIMICA.docx" de 14/11/2023:

CRITÉRIO DE INCLUSÃO:

"[...]O critério de participação se deu pelo tempo de atuação do profissional no local, sendo mais de 6 meses"

CRITÉRIO DE EXCLUSÃO:

não descrito

Objetivo da Pesquisa:

As informações descritas abaixo foram retiradas do documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2235362.pdf" de 14/11/2023:

OBJETIVO PRIMÁRIO:

"Analisar a atuação do psicólogo para a promoção da saúde no CAPS-ad"

OBJETIVO SECUNDÁRIO:

"- Investigar as demandas para o profissional da psicologia no CAPS-ad"

Endereço: Rua Dr. Bacelar, 1212 4º andar	CEP: 04.026-002
Bairro: Vila Clementino	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5586-4086	E-mail: cep@unip.br



Continuação do Parecer: 6.731.227

- Compreender como a dinâmica familiar está presente e sua importância durante o tratamento no CAPS-ad
- Levantar as técnicas e intervenções aplicadas pelo psicólogo segundo as diretrizes da redução de danos."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As informações descritas abaixo foram retiradas do documento "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2235362.pdf" de 14/11/2023:
RISCOS:

"mínimo, pois o teor das questões versa sobre a atuação do profissional, mesmo assim, o participante poderá ou não responder as perguntas sem qualquer prejuízo e se houver situação de desconforto a entrevista será interrompida."

BENEFÍCIOS:

"Liberdade de expressar seu ponto de vista sobre a temática abordada, assim como a possibilidade de, ao expressá-la, possibilitar reflexões sobre sua atuação. Os resultados contribuirão para que as reflexões realizadas a partir do relato dos profissionais sobre o assunto possam contribuir com o aprimoramento do conhecimento na área acadêmica e no campo de trabalho da Psicologia, com vistas a uma prática cada vez mais voltada para o bem-estar dos indivíduos. Caso tenha interesse você pode pedir o envio por e-mail do resultado da sua participação"

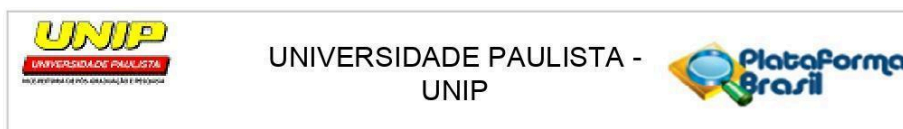
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo de centro único a ser realizado no Brasil. Possui caráter acadêmico de Conclusão de Curso de graduação em Psicologia, requisito necessário para obtenção do título de psicólogo. A pesquisa tem abordagem qualitativa com caráter exploratório. Serão coletados dados primários, como objetivo de analisar a atuação do psicólogo para a promoção da saúde no CAPS-ad. Estima-se a participação de 6 psicólogos que atuam na pelo menos há 6 meses em CAPS-AD. Os autores referem financiamento próprio e coleta de dados prevista para iniciar em 01/04/2024 e terminar em 31/05/2024.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos de apresentação obrigatória foram apresentados de acordo com os princípios da Resolução CNS-466/12

Endereço: Rua Dr. Bacelar, 1212 4º andar	CEP: 04.026-002
Bairro: Vila Clementino	
UF: SP	Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5586-4086	E-mail: cep@unip.br



Continuação do Parecer: 6.731.227

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto encontra-se APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ressalta-se que cabe ao pesquisador responsável encaminhar os relatórios parciais e finais da pesquisa, por meio da Plataforma Brasil, via notificação do tipo "relatório" para que sejam devidamente apreciadas pelo CEP, conforme Norma Operacional CNS nr 001/12, item XI.2.d.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2235362.pdf	14/11/2023 09:55:36		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOCONSENTIMENTODEPENDENCIAQUIMICA.docx	14/11/2023 09:54:03	OSVALDO ROCHA DA SILVA	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	CARTEAPRESENTACAODEPENDENCIAQUIMICA.pdf	14/11/2023 09:53:43	OSVALDO ROCHA DA SILVA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOPESQUISEDEPENDENCIAQUIMICA.docx	14/11/2023 09:53:24	OSVALDO ROCHA DA SILVA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTODEPENDENCIAQUIMICA.pdf	14/11/2023 09:53:08	OSVALDO ROCHA DA SILVA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMODECOMPROMISSODEPENDENCIAQUIMICA.pdf	14/11/2023 09:52:46	OSVALDO ROCHA DA SILVA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	INTENCAODEPESQUISEDEPENDENCIAQUIMICA.pdf	14/11/2023 09:52:19	OSVALDO ROCHA DA SILVA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMADEPENDENCIAQUIMICA.docx	14/11/2023 09:51:55	OSVALDO ROCHA DA SILVA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTODEPENDENCIAQUIMICA.pdf	14/11/2023 09:51:38	OSVALDO ROCHA DA SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Rua Dr. Bacelar, 1212 4º andar
Bairro: Vila Clementino **CEP:** 04.026-002
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5586-4086 **E-mail:** cep@unip.br



Continuação do Parecer: 6.731.227

Não

SAO PAULO, 28 de Março de 2024

Assinado por:
Bettina Gerken Brasil
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Dr. Bacelar, 1212 4º andar
Bairro: Vila Clementino **CEP:** 04.026-002
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5586-4086 **E-mail:** cep@unip.br

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Instituição)



UNIVERSIDADE PAULISTA – UNIP
 Campus Indianópolis
 Comitê de Ética em Pesquisa - UNIP
 Rua Dr. Bacelar, 1212 – 4º andar – Vila Clementino
 CEP: 04026-002 – Fone: (11) 5586-4090
 e-mail: cep@unip.br
 Horário de funcionamento: das 08:00 às 19:00

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro Participante:

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada "A atuação do psicólogo para promoção da saúde no CAPS AD", que se refere a um projeto de pesquisa do(s) participante(s) Gabriela Campos de Andrade, Gabrielli Gomes Teixeira de Souza, Maria Fernanda Renzo de Camargo e Victoria Maria dos Santos Faccioli, que pertence(m) ao Curso de Psicologia da Universidade Paulista.

O(s) objetivo(s) deste estudo é analisar a atuação do psicólogo para a promoção da saúde no CAPS AD. Os resultados contribuirão para compreender como se dá as técnicas de tratamento e as intervenções do psicólogo, visto que pouco se tem conhecimento sobre como é esse trabalho para o profissional da saúde mental.

Sua forma de participação consiste em conceder uma entrevista, mediante autorização de seu superior e serão gravadas, a partir de sua autorização, para posterior transcrição, a entrevista consistirá em perguntas abertas que envolvem a temática do projeto, tais como a dependência química e a atuação do profissional mediante essa questão, a duração será em torno de 50 minutos.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

Não será cobrado nada e não haverá gastos decorrentes de sua participação. Se houver algum dano decorrente da pesquisa, o participante será indenizado nos termos da Lei.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco pode ser avaliado como: mínimo, pois o teor das questões versa sobre a atuação do profissional, mesmo assim, o participante poderá ou não responder as perguntas sem qualquer prejuízo e se houver situação de desconforto a entrevista será interrompida.

São esperados os seguintes benefícios para você, decorrente da sua participação nesta pesquisa: Liberdade de expressar seu ponto de vista sobre a temática abordada, assim como a possibilidade de, ao expressá-la, possibilitar reflexões sobre sua atuação. Os resultados contribuirão para que as reflexões realizadas a partir do relato dos profissionais sobre o assunto possam contribuir com o aprimoramento do conhecimento na área acadêmica e no campo de trabalho da Psicologia, com vistas a uma prática cada vez mais voltada para o bem-estar dos indivíduos. Caso tenha interesse você pode pedir o envio por e-mail do resultado da sua participação.

Campus Indianópolis - Rua Dr. Bacelar, 1212 – 4º andar – Vila Clementino CEP: 04026-002

F. (11) 5586-4086 - E-mail: cep@unip.br Horário de funcionamento das 08:00 às 19:00

Página 1 de 2



UNIVERSIDADE PAULISTA – UNIP
 Campus Indianópolis
 Comitê de Ética em Pesquisa - UNIP
 Rua Dr. Bacelar, 1212 – 4º andar – Vila Clementino
 CEP: 04026-002 – Fone: (11) 5586-4090
 e-mail: cep@unip.br

Horário de funcionamento: das 08:00 às 19:00

Gostaríamos de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado. Caso queira retirar o seu consentimento entre em contato com o pesquisador responsável Osvaldo Rocha da Silva, pelo e-mail osvaldo.silva@docente.unip.br com cópia para o CEP-UNIP pelo e-mail cep@unip.br. Os seus dados serão retirados caso seja possível identificá-los no banco de dados.

Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Esse termo terá suas páginas rubricadas pelo pesquisador principal e será assinado em duas vias, das quais uma ficará com o participante e a outra com o pesquisador principal. Osvaldo Rocha da Silva. Rua Segisfredo Paulino de Almeida, 481 – Noiva da Colina – Piracicaba. tel. (19) 34263253 – osvaldo.silva@docente.unip.br

Eu _____

(nome do participante e número de documento de identidade) confirmo que Gabriela Campos de Andrade, Gabrielli Gomes Teixeira de Souza, Maria Fernanda Renzo de Camargo e Victoria Maria dos Santos Faccioli explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como, a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas. Eu li e compreendi este Termo de Consentimento, portanto, eu concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

Local e data: Limeira,

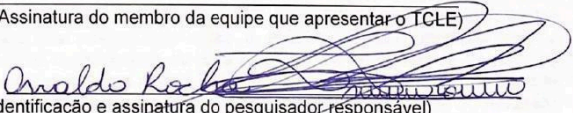
 (Assinatura do participante da pesquisa)

Eu, _____

(nome do membro da equipe que apresentar o TCLE)

obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido do participante da pesquisa ou representante legal para a participação na pesquisa.

 (Assinatura do membro da equipe que apresentar o TCLE)


 (Identificação e assinatura do pesquisador responsável)

APÊNDICE D – Roteiro de Entrevista Semiestruturada

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- 1) Qual o seu nome completo?
- 2) Qual a sua idade?
- 3) Conte um pouco sobre qual foi a sua formação e se houver, quais especializações e experiência profissional
- 4) Qual a sua abordagem e qual o motivo de sua escolha?
- 5) Com qual faixa etária os atendidos costumam ter seu primeiro contato com as substâncias químicas?
- 6) Quais drogas são mais comumente consumidas?
- 7) Poderia descrever quais são as características psicológicas dos atendidos? Por exemplo, quais comportamentos frequentes, situação de vida, o que costumam apresentar
- 8) Os atendidos percebem que estão doentes ao buscarem o atendimento? Como se dá a adesão ao tratamento por parte deles, é um processo difícil?
- 9) Para você, quais fatores contribuem para o uso de substâncias químicas?
- 10) Quais são os transtornos mais frequentes que se desenvolvem em consequência da dependência química?
- 11) Qual o objetivo do CAPS AD que difere do CAPS comum
- 12) Como o CAPS AD promove a saúde na vida dos atendidos?
- 13) Quais são os objetivos do psicólogo no desenvolvimento de seu trabalho dentro da instituição?
- 14) Qual a importância da psicologia para a promoção da saúde dos dependentes químicos?
- 15) Quais são os principais gatilhos trazidos que estimulam o uso de substâncias?
- 16) No que diz respeito aos gatilhos que levam a uma recaída, como é trabalhado com eles?
- 17) De que forma os psicólogos podem auxiliar as famílias dos atendidos?
- 18) Qual a contribuição da família durante esse processo de atendimento, por exemplo como podem ajudar o usuário fora da unidade

- 19) Há algum trabalho realizado especificamente com a família? Como é realizado?
- 20) Quais são as técnicas que os psicólogos utilizam para as intervenções?
- 21) Quais momentos elas são aplicadas?
- 22) É realizado um trabalho de reinserção social? Se sim, como funciona e que resultados trás a pessoa?
- 23) A infraestrutura atual da instituição possibilita um atendimento adequado aos atendidos?
- 24) Caso não seja, quais estratégias utilizadas para superação desses obstáculos?
- 25) De qual maneira o vínculo terapêutico entre paciente e psicólogo favorece a promoção da saúde?
- 26) Como é estabelecido o processo de troca de informações entre a equipe?
- 27) Existe um trabalho multidisciplinar na unidade? Pode descrever um pouco como ele funciona?
- 28) Quais as principais dificuldades a serem superadas na realização do seu trabalho?
- 29) Como a equipe lida com essas dificuldades?

ANEXOS

ANEXO A - TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS

PARTICIPANTE 1

Entrevistadora: eu vou fazer as perguntas, aí a nossa entrevista é semi estruturada. Então a gente monta algumas perguntas, mas também tem algumas que às vezes podem surgir no meio do processo. Qual é o seu nome completo?

Participante 1: P.H.P.R

Entrevistadora: E a idade?

Participante 1: 34

Entrevistadora: Só tem você de psicólogo aqui no CAPS AD?

Participante 1: Não, não. Na verdade, eu acho que eu cheguei a falar na época que eu era coordenador da unidade, mas eu sou psicólogo também. Na unidade atualmente tem uma... duas... três... quatro...cinco psicólogos.

Entrevistadora: Ah, legal. Bacana, é bastante, né?

Participante 1: É.

Entrevistadora: Então, conte um pouco sobre como foi a sua formação e especialização, se tiver.

Participante 1: A minha graduação foi na Universidade Federal do Espírito Santo. Eu finalizei em 2000, entre 2003 e 2014. Foi uma formação bastante voltada para as políticas públicas, não no sentido só de que o curso tem muito isso, mas pelo meu interesse também, né? Sempre tive esse interesse. Eu já tinha um movimento com questões relacionadas à saúde mental na época, assim, de movimento estudantil. Já tinha feito algumas ações na época. Fiz estágio na CAPS infantil.

Entrevistadora: Foi aqui em Limeira?

Participante 1: Não, no Estado do Espírito Santo.

Entrevistadora: Ah, tá. Você não é limerence, então?

Participante 1: Não, não sou limerence. Eu sou capixaba... E, então, eu fiz todo o meu estágio no AFA, no Vitória, que eu fiz o estágio na CAPS infantil de Vitória. E também na área de psicologia do trabalho, que assim, foi uma coisa que eu gostei também. E aí, eu logo depois que eu me informei... E na época eu participava de pesquisa, né? Em relação à saúde mental também, saúde mental infantil. E aí, logo depois... E eu prestei a residência. Aí eu vim fazer a residência de saúde mental, né? Que é a especialização na Unicamp. Então, aí eu fiz a especialização na Unicamp, trabalhando no CAPS 3, em Campinas, no primeiro ano. No segundo ano, eu cheguei a trabalhar num ambulatório lá na Unicamp. E, depois disso, eu fui para a cidade de Guarulhos, trabalhar no CAPS 2... e de lá, em 2017, depois, eu fui chamado para o concurso aqui e comecei a trabalhar no CAPS AD infantil. E eu trabalhei no CAPS AD infantil até o ano de 2021. E fui chamado para coordenar aqui o CAPS AD.

Entrevistadora: Nossa, você já tem uma vasta experiência no CAPS, né?

Participante 1: É, sim. A experiência toda é basicamente no CAPS.

Entrevistadora: Entendi. Tem muita diferença entre um e outro? As unidades? O AD, o infantil, a forma de trabalho, eu falo.

Participante 1: Olha, tem duas coisas. Tanto as diferenças por conta do público, mas existem diferenças relacionadas às gestões locais, né? Então, cada local vai ter um tipo de gestão diferente. Seja, como eu falo, gestão local, tem a ver tanto com o município, isso afeta, mas também o lugar onde eu estivesse. Sim. Vai depender do público. E também como gestor, os trabalhadores lidam com a questão da saúde mental. Porque não tem exatamente uma única maneira de atuar, né? E assim, como a gente lida com algo que é da ordem da subjetividade, não que não tenha, obviamente, teorias, né? Porque tem teorias, têm legislação que rege, tem portaria, tem uma série de coisas que buscam ajudar. Então, é uma organização de serviço.

Mas, o modo como as equipes se organizam, o modo como o gestor local ou o município se organiza, vai diferir. Entendi.

Por exemplo, só para citar um exemplo nesse sentido de gestão, né? Eu trabalhei num CAPS II, em Guarulhos, que funcionava das 7 às 19. Aqui funciona de 8 às 5, por exemplo. Então, às vezes pode haver mudança. Mas, existem também as mudanças por conta do público, de fato. Então, com cada público a gente tem que atuar de formas diferentes... Mas, de modo geral, os CAPS têm uma lógica de funcionamento mais ou menos semelhante. Entendi. Aí eu posso ir falando com o tempo, se você quiser. Ah, tá bom.

Entrevistadora: Qual a faixa etária que você percebe que os atendidos costumam ter o primeiro contato com a substância química?

Participante 1: Então, normalmente, quem vem para o CAPS já faz uso, às vezes, desde a adolescência, ou às vezes até a infância. Então, muitos que passam pelo CAPS já fazem uso desde os 13 anos, é uma faixa média. Mas, isso não está dentro da nossa... Como eu falo...? A gente não tem categorizado isso. Porque, como a gente só atende depois dos 18 anos, a gente tem essa faixa etária. Qual o maior percentual de atendidos? O nosso maior percentual de atendidos já é mais acima dos 30 anos. E também, assim, depende muito do tipo de uso. Por exemplo, o alcoolista, normalmente, o alcoolista vem já depois dos 40 anos. Normalmente. Porque é quando a pessoa já está com muitos prejuízos. Tem alcoolista que chega para a gente já depois dos 50 anos, que é aquele alcoolista com muitos prejuízos que mora com a mãe há muitos anos.

Aí, a mãe já é idosa e já não aguenta mais e só depois de muitos anos vai procurar ajuda, entendeu? Às vezes, procura ajuda de outras formas, tipo de internação em clínicas e aí, depois de muitas internações, muitas internações, aí chega para a gente com 50 anos. Depois de muito prejuízo e já ter se tornado um alcoolista crônico.

Entrevistadora: Nossa, você já tem uma vasta experiência no CAPS, né?

Participante 1: É, sim. A experiência toda é basicamente no CAPS.

Entrevistadora: Entendi. Tem muita diferença entre um e outro? As unidades? O AD, o infantil, a forma de trabalho, eu falo.

Participante 1: Olha, tem duas coisas. Tanto as diferenças por conta do público, mas existem diferenças relacionadas às gestões locais, né? Então, cada local vai ter um tipo de gestão diferente. Seja, como eu falo, gestão local, tem a ver tanto com o município, isso afeta, mas também o lugar onde eu estivesse. Sim. Vai depender do público. E também como gestor, os trabalhadores lidam com a questão da saúde mental. Porque não tem exatamente uma única maneira de atuar, né? E assim, como a gente lida com algo que é da ordem da subjetividade, não que não tenha, obviamente, teorias, né? Porque tem teorias, têm legislação que rege, tem portaria, tem uma série de coisas que buscam ajudar. Então, é uma organização de serviço. Mas, o modo como as equipes se organizam, o modo como o gestor local ou o município se organiza, vai diferir. Entendi.

Por exemplo, só para citar um exemplo nesse sentido de gestão, né? Eu trabalhei num CAPS II, em Guarulhos, que funcionava das 7 às 19. Aqui funciona de 8 às 5, por exemplo. Então, às vezes pode haver mudança. Mas, existem também as mudanças por conta do público, de fato. Então, com cada público a gente tem que atuar de formas diferentes... Mas, de modo geral, os CAPS têm uma lógica de funcionamento mais ou menos semelhante. Entendi. Aí eu posso ir falando com o tempo, se você quiser. Ah, tá bom.

Entrevistadora: Qual a faixa etária que você percebe que os atendidos costumam ter o primeiro contato com a substância química?

Participante 1: Então, normalmente, quem vem para o CAPS já faz uso, às vezes, desde a adolescência, ou às vezes até a infância. Então, muitos que passam pelo CAPS já fazem uso desde os 13 anos, é uma faixa média. Mas, isso não está dentro da nossa... Como eu falo...? A gente não tem categorizado isso. Porque, como a gente só atende depois dos 18 anos, a gente tem essa faixa etária. Qual o maior percentual de atendidos? O nosso maior percentual de atendidos já é mais acima dos 30 anos. E também, assim, depende muito do tipo de uso. Por exemplo, o alcoolista, normalmente, o alcoolista vem já depois dos 40 anos. Normalmente. Porque é quando a pessoa já está com muitos prejuízos. Tem alcoolista que chega para a gente já depois dos 50 anos, que é aquele alcoolista com muitos prejuízos que mora com a mãe há muitos anos.

Aí, a mãe já é idosa e já não aguenta mais e só depois de muitos anos vai procurar ajuda, entendeu? Às vezes, procura ajuda de outras formas, tipo de internação em clínicas e aí, depois de muitas internações, muitas internações, aí chega para a gente com 50 anos. Depois de muito prejuízo e já ter se tornado um alcoolista crônico.

Entrevistadora: Entendi. E tem algum tipo de droga, alguma substância que você percebe que é mais frequente?

Participante 1: É, tem cocaína, né? É uma substância que a gente usa, as pessoas buscam isso pelo uso da cocaína e derivados. Cocaína e derivados, né? Cocaína e crack, né? E o álcool, que são as duas substâncias com maior frequência.

Entrevistadora: Esses três você vê que é mais frequente?

Participante 1: É.

Entrevistadora: Entendi. Há um público específico para cada uma dessas que você vê... assim, chegando, por exemplo, o crack, você vê que tem um público específico ou não?

Participante 1: Você quer dizer um perfil específico?

Entrevistadora: Isso, tem um perfil....

Participante 1: Mais ou menos... porque, assim, a gente atende tanto pessoas que têm casa, né? Tem uma organização, assim, até financeira, de trabalho e tal. E tem pessoas em situação de rua... É comum que pessoas em situação de rua já tenham passado por muitos usos de drogas. O uso de múltiplas drogas, né? Que aí inclui álcool, crack, enfim. Pessoas que têm uma organização, que têm moradia e tal, normalmente o uso do álcool e a cocaína, né? Então, assim, o crack é muito associado ao público que está em situação de rua. Entendeu? Mas não fechado, não é fechado isso. Não é uma coisa específica, certa. É, não, não é assim. Não é todo mundo que está em situação de rua que faz uso de crack. Não é isso. Mas, assim, as pessoas que mais fazem uso de crack estão em situação de rua.

Entrevistadora: Entendi. Ah, ok. A respeito da dependência química, os usuários reconhecem que estão doentes? Você percebe que eles chegam aqui já reconhecendo que estão doentes? Às vezes porque alguém chega, traz eles aqui...

Participante 1: É, isso é um ponto bem importante, porque, na verdade, é bem comum que as pessoas não reconheçam a necessidade, né? Sim, cuidado. Então, é muito comum que venha primeiro o familiar, ou que venha acompanhado de alguém que insistiu muito, né? Então, acontece. Ou a pessoa vem já depois de ter tido muitas perdas, como eu falei antes, né? Por isso que, às vezes, não vem tão... não é um novo, mas, às vezes, também vem. Mas, é mais comum ver pessoas um pouco mais velhas, depois de já terem tido muitas perdas, muitos prejuízos.

Entrevistadora: Entendi.

Participante 1: Aí, sim, ela começa a reconhecer, entendeu? Mas, principalmente, em função do álcool, né? Até porque o álcool é uma substância legalizada e tem uma questão do ritual social do uso do álcool. Então, as pessoas não reconhecem tanto esse prejuízo em relação ao álcool. Só vai reconhecer, realmente, depois que está muito com isso, depois de muitos prejuízos mesmo.

Entrevistadora: Entendi. Mas, não chega identificar como uma pessoa doente, né?

Participante 1: É. Não. A conta... Tem pessoas que veem e reconhecem, né? A necessidade de demanda, né? Tem pessoas que começam o acompanhamento reconhecendo, mas depois fala que acha que não precisa, porque acha que dá conta sozinha. Tem pessoas, por exemplo, que começam aqui e aí falam que precisam muito internar. Aí, passa por uma internação. Aí, acha que passou por uma comunidade terapêutica, seis meses internado, vai resolver a vida dela. E, depois, só não aparece. Só vai aparecer depois que já está tudo muito ruim de novo.

Entrevistadora: Entendi... E, para você, quais fatores contribuem para o uso dessas substâncias? Tem alguma coisa que você sente que contribui mais para que eles continuem o uso ou comecem o uso?

Participante 1: Então, é sempre multifatorial, né? Pensar a questão do... O uso da substância, né? Não dá nem para a gente reduzir a algum problema, especificamente familiar, por exemplo. Nem dá para a gente colocar... culpabilizar a droga como se a droga fosse, tipo assim, isso que fosse... por exemplo, a pessoa fez um mundo e aí, por conta disso, necessariamente vai ter um dependente, né? Então, é sempre multifatorial. É multifatorial. Mas, pensando nisso... nessa

questão multifatorial, é importante ter em vista que quanto menos recursos a pessoa tem, né? Mais... Maior a chance dela ficar dependente, né?

Entrevistadora: Recursos, você fala...?

Participante 1: Recursos, tanto pessoais, recursos sociais, recursos familiares, né? Rede de suporte, né? Recursos que eu digo... tudo aquilo que pode ser potencialmente... favorável, né? Interessante. Fator de proteção, né? Vamos colocar assim, né? Então, pensar em termos de fator de risco, fator de proteção. Então, é... assim, a pobreza, né? Algo que interfere muito, né? Assim, quanto mais... assim, por exemplo...Pessoas que estão em bairros mais vulneráveis são as que são atendidas aqui, entendeu? Além das pessoas em situação de rua. Então, é difícil vir alguém que está em uma condição boa... aí, alguém pode falar assim... Ah, mas é porque as pessoas procuram tratamento particular e tal. Pode ser também, mas não só isso. Porque, às vezes, vem pessoas aqui com uma condição melhor, né? Assim, de organizar... Tanto a questão do trabalho, que é um suporte familiar e tal. Essas pessoas, até para elas... até a evolução... até porque acho que a questão também é pensar nisso. Não só a chegada, mas a evolução. A evolução é muito mais fácil, né? Então, pessoas muito vulneráveis é muito mais difícil... por isso que a gente tem que pensar o trabalho de forma psicossocial, né? Entendi. Então... Não sei se eu já respondi. Você quer que eu fale mais um pouco sobre isso?

Entrevistadora: Não, respondeu. Mas é bem interessante. Mas, então, você percebe que quando o público é mais vulnerável... Então, em uma situação social mais vulnerável, ele está mais... Mais propensos.

Participante 1: Mais propenso... não é que seja só isso, né? Que a gente não pode reduzir a droga a uma coisa só. Mas o uso da droga era sempre contextual. Então, assim... A gente tem que olhar para a droga, o tipo da substância, para as questões pessoais da pessoa, né? Tanto a questão biológica, genética, em que as pessoas têm mais tendência a ter dependência e tal. Tem pessoas com um funcionamento diferente umas das outras. Então, essas duas coisas são bem importantes. Mas o terceiro fator também é muito importante. Não dá para desconectar uma coisa da outra, assim. E até porque... não dá muito para a gente... É... Como... Falar de algo pessoal, de respeito à subjetividade também, é mais difícil a gente esquadrihar isso e categorizar, entendeu? Então, é mais fácil a gente olhar para a questão social, né? E categorizar, falar especificamente. Está entendendo o que eu quero dizer? Tipo assim, ah... por exemplo, ah, eu tenho a lista de pacientes, aí eu vou falar, ah, esse aqui tem um funcionamento assim, não funciona desse jeito. Não tem diagnósticos e tal. Mas não é tão assim. E por isso também tem gente, assim, não é tão a minha abordagem, mas tem gente que trabalha, pensando na questão das drogas, como a clínica das toxicomanias, né? E não apenas falando das toxicomanias. Porque falam isso. Porque toxicomania no sentido da relação, da relação subjetiva que a pessoa tem com o uso de substância e a clínica disso sendo algo mais do que falar de uma droga em si. Então, tipo assim, não é simplesmente a dependência. É mais do que falar da dependência. É falar de várias coisas que estão relacionadas à dependência.

Entrevistadora: Qual é a sua abordagem?

Participante 1: Olha, é... eu, eu especificamente, eu sou, eu me considero analista institucional, né? Até pela posição que eu ocupo hoje, né? Também não estou, então, atendendo assim. Mas eu sempre tive a aproximação com uma abordagem chamada esquizoanálise. É... Mas, honestamente falando, eu acredito que tudo aquilo que vem para contribuir com o atendimento, com a... Serve de ferramenta para o cuidado das pessoas, isso deve ser levado em consideração. Entendi. Não vejo como coisas excludentes, não.

Entrevistadora: Entendi, interessante. Quais são os transtornos mais frequentes que se desenvolvem em consequência da dependência química? Tem algum que você percebe que é mais frequente?

Participante 1: Ah... então... Boa parte das pessoas que são atendidas aqui, são atendidas especificamente pelo transtorno, pelo, pelo, pelo F19, entre aspas, né? Se for olhar pelo CID, né? O F19, que é o transtorno decorrente dos substâncias. Que é, ahn... Que aí são os prejuízos diretamente relacionados a isso. Porém, se for pensar de forma mais ampliada em transtornos, outros transtornos, né? Tem pessoas que fazem uso de substâncias e desenvolvem, por exemplo, esquizofrenia, questões de ansiedade, né? Por exemplo, ahn... Tem pessoas que... Ah, eu acho que esses são os principais. Ah, é... Depressão, também, estão relacionados ao uso. Não quer dizer que... Só que isso é isso. Que assim, é... É difícil dizer que é causado, né? Não tem como dizer que é causado. É uma coisa a gente falar dos sintomas do uso, né? Que é, aí, por exemplo, o F19, né? Ahn... O uso de múltiplas

substâncias. É... Outra coisa é falar... Eu não sei se eu consigo explicar agora. Vou... Vou reformular... Por exemplo... É comum que as pessoas façam associação, assim, por exemplo... Tem pessoas que fazem uso de maconha e, a partir disso, ela tem um gatilho para desenvolver uma esquizofrenia, por exemplo. Isso acontece, né? Não necessariamente vai acontecer, mas muitas vezes acontece. Então, às vezes, a gente tem pacientes assim, né? Que... E aí, assim... Depois, mesmo sem ficar sem uso, ela continua precisando de um cuidado... Por conta disso.

Entrevistadora: E aí, vocês fazem encaminhamento para outra unidade? Ou vocês não têm que ir?

Participante 1: Isso é algo mais... Isso é algo difícil, porque... É... Às vezes, fica nessa discussão de quem nasceu primeiro, o ovo ou a galinha, entendeu? Então, às vezes, isso é muito difícil. Mas um ponto importante é, assim... Tem... Tem literaturas que falam do uso por, no mínimo... Na verdade, o próprio DSM, ele fala de... De um uso... Dos prejuízos, né? Em algumas categorias de prejuízos... Do uso por, pelo menos, um ano. Tipo assim, se você... Por exemplo... Você... É... Vou dar alguns exemplos. Vamos começar por um exemplo mais besta. A pessoa que bebeu muito... É... Fez um uso nocivo do álcool... E aí, ela dirigiu alcoolizado... Por mais que isso aconteça algumas vezes... É... Isso, não necessariamente... É... Se enquadra numa dependência... Num transtorno relacionado ao uso... E não necessariamente... Se categoriza... É... Um atendimento pra gente. Hum... Tá? É... Aí, claro... Precisa de ser olhado... Precisa olhar pra isso, né? Avaliar e tal... Agora, se a pessoa continuar tendo prejuízo... E esse prejuízo for se ampliando... Aí sim, pode ser que necessite. O outro caso é o que eu falei, né? Do... Da pessoa que faz uso... Faz uso de maconha... E aí, desenvolve um transtorno. Se a pessoa acabou de fazer... Fez o primeiro uso... Né? Aí, você... Ou, às vezes, um uso... Teve uma intoxicação por uso de alucinógenos... Por exemplo... A pessoa fez um... Um... Teve uma intoxicação por uso de cogumelo... Ou de chá... Hum... Chá de cogumelo... Ou de ayahuasca... Alguma coisa assim... É... Isso não categoriza atendimento pra gente, necessariamente... Entendi... Vai ter que ser avaliado... Com cuidado... Muitas vezes, esses pacientes... Podem, sim, ser encaminhados pro... Pro... Um CAPS transtorno... Se desenvolver um transtorno mental... Entendeu? Porque... Não necessariamente... Que a pessoa fez... Não necessariamente... Por... Por ela... Ter tido um prejuízo... Aquilo quer dizer que ela é dependente... Você está entendendo...?

Entrevistadora: Entendi...

Participante 1: Então, isso é importante... Então, a gente não atende... Todo mundo... Que teve um prejuízo... É... É... Isso deve ser avaliado... Com cuidado... Entendi... Se é um prejuízo pontual... Se é um prejuízo por conta de uma dependência... Então, o próprio DSM... Entendi... Ele trata isso com... Ele sempre categoriza, né... Assim, por exemplo... Perda de interesse em outras coisas na vida... É... Isso é algo que é... Que é olhado, né... É... Prejuízos pessoais, né... É... A dificuldade de interrupção do uso... É... Mesmo que a pessoa veja que está tendo prejuízo com relação a isso... Então, isso é... É... Ah... São aspectos importantes que precisam ser tratados... precisam ser olhados para se avaliar alguma dependência.

Entrevistadora: Entendi. Não é um prejuízo em si, é um conjunto de fatores...

Participante 1: É, então a gente não é um serviço, inclusive a gente não é um serviço ambulatorial, a gente é um serviço que busca tratar dessas pessoas com transtornos graves e persistentes, entendeu? Então, todos os CAPS tratam transtornos graves e persistentes, não algo que aconteceu pontualmente. Então, isso é bem importante. Muito importante, entendeu?

Entrevistadora: Entendi... Como você vê que o CAPS AD promove a saúde na vida desses atendidos? Como você disse, não é um prejuízo, é um conjunto de fatores. E aí, com esse conjunto de fatores, como seria promovida a saúde para eles?

Participante 1: Então, a primeira coisa a ter em vista é que o nosso serviço é um serviço muito profissional. Então, a gente é um serviço de saúde. E aí inclui tanto a parte médica quanto a parte de outros tipos de atendimento. Então, de enfermagem, de psicólogos, de atendimento profissional, de atendimento social. São várias coisas. E é importante ter em vista que o nosso serviço tem esse nome de atenção psicossocial. E não, por exemplo, atenção terapêutica, atenção psicológica. Porque, quando se fala em psicossocial, é compreensão de que o sujeito está implicado na vida. Ele não é simplesmente... E assim, o nosso trabalho está implicado na vida do sujeito para além de um atendimento, de atendimentos pontuais. Entende? Então, estou... Começando a falar assim, por quê? Porque o nosso trabalho é sempre pensado a partir de projetos terapêuticos singulares, de TPS, por favor... E esses TPS, ele é mais do que assim, ah, vai ter um atendimento individual com o psicólogo, vai ter um atendimento com o médico.

Pode ser que seja também. Pode ser que a gente avalie que a necessidade seja só essa. Mas muitos dos casos nossos, das pessoas que são apoiadas por a gente, precisa de outras coisas além disso.

Então, assim, então, o nosso serviço é ser um serviço clínico e terapêutico, porém não reduzido a esses atendimentos de sala. Isso faz parte dos atendimentos. Faz parte do cuidado. Mas é mais do que isso. Então, assim, o próprio espaço em casa dele, ele é pensado para ser um espaço de proteção para essas pessoas. Então, por exemplo, você chegou e viu que tinha uma pessoa deitada ali, né? Embora, às vezes, tem pessoas que olham para isso como algo estranho, uma pessoa que está ali, assim, mas às vezes é um momento que a pessoa tem, consegue descansar um pouco e não está fazendo uso, é como se estava no CAPS. Então, isso, de certa forma, já é um cuidado e uma redução de danos. Não quer dizer que isso seja o cuidado afetado. Isso é uma das coisas para alguns dos pacientes e não para todos. Então, por exemplo, tem pessoas que fazem uso...

E não tem o nosso serviço, assim, porque, às vezes, pela situação de vulnerabilidade social, se não estivesse aqui, estaria ou apoiando na rua, ou arrumando confusão, brigando, ou estaria fazendo um uso muito destrutivo e que, assim, poderia realmente colocar a pessoa num risco muito grande. Né? É... Autodestruição mesmo, sabe? É prejudicial para si. Então, esse... É... Claro que a gente não está assim, a gente tem um serviço tipo 3, um serviço tipo 2, que tem um funcionamento reduzido. Então, a gente não está assim 24 horas na vida da pessoa, mas enquanto a pessoa está aqui, aí a gente está trabalhando várias coisas... buscando entender as potencialidades, buscando entender as dificuldades, buscando entender como construir com o sujeito formas de ele estar lidando com esse uso tão prejudicial de uma forma que seja menos destrutiva para ele, por exemplo. Então, às vezes vai ter esse momento que a pessoa está descansando, que a pessoa está se alimentando, mas vão ter espaços de cuidado para conhecer o sujeito, conhecer as potencialidades. Para a pessoa estar interagindo de uma forma menos prejudicial, interagindo de uma forma mais saudável. Nem sempre isso acontece. Também em nossos espaços, às vezes, acontecem dificuldades, atritos e tal. Mas, às vezes, isso é um pouquinho a reprodução do que acontece lá fora, sem a possibilidade, lá fora acontece sem a possibilidade de um manejo que tem tudo dentro. Para a gente poder cuidar disso, atender, compreender os processos relacionados à subjetividade deles, coletivamente, então a gente lida sempre com o processo de subjetivação, que é como a pessoa está no dia a dia envolvida com o uso, como ela está implicada com esse uso e como pensar a redução disso... Então, a partir disso a gente faz muitas coisas. Visita, não se dá, a gente faz um outro serviço, tenta pensar como articular outro serviço para a pessoa. Então, a gente precisa fazer essa ponte, se deixar só para a pessoa que vem aqui fazer tudo isso sozinha, às vezes ela não dá conta, precisa do nosso suporte. Às vezes a gente até acompanha os pacientes para consultas fora daqui, porque a gente não tem todo o serviço de saúde mental. Então, tem coisas básicas, por exemplo, o Papanicolau, e tem pacientes que às vezes não conseguem parar de fazer o dia a dia. Então, a gente precisa acompanhar na consulta. Então, é um serviço que a gente, como lida com casos muito graves, são casos que às vezes a gente precisa estar com cuidado muito próximo, não para tutelar, mas para conseguir dar o suporte, conseguir minimamente consertar o cuidado. O nosso objetivo é ampliar a autonomia das pessoas, mas para fazer essa ampliação... então, a gente precisa, às vezes, fazer coisas que até são, poderiam ser consideradas básicas, até, de certa forma... faz sentido?

Entrevistadora: Faz, faz bastante.... e uma dúvida, assim, que ficou. No caso desses que ficam, que passam mais tempo aqui, que vocês precisam prestar esse suporte maior. Vocês, a unidade CAPS, vocês têm o suporte para conseguirem ficar com eles? Por exemplo, a questão da alimentação que você falou. Ou levar, às vezes, para alguma consulta. Vocês têm esse suporte?

Participante 1: O nosso, a gente oferece lanche de manhã, de tarde e almoço. E aí, é para quem está nesse, faz um período completo. Se a pessoa fez um período completo de manhã, ela recebe o lanche. Se ela passa o dia inteiro, ela recebe o lanche, o almoço e o lanche à tarde.

Entrevistadora: Entendi... então, quais são os objetivos do psicólogo no desenvolvimento de seu trabalho dentro da instituição?

Participante 1: Assim, eu vejo que tem um objetivo que, às vezes, está aquém de uma parte técnica do atendimento, que é auxiliar na compreensão dos processos relacionados à subjetividade do sujeito. Eu falo subjetividade do sujeito, mas isso não é redundante, não. Porque subjetividade... subjetividade a gente pode... A gente pode pensar de formas

ampliadas. Eu acho que é importante falar disso, colocando-se complicado o sujeito. Por exemplo, às vezes, quem eu conheço, dependendo do que o paciente faz, às vezes, a gente pode olhar com um certo olhar de preconceito, um olhar, tipo assim, esse cara aí está de sacanagem, está fazendo... enfim. Tem várias coisas que acontecem no dia a dia que, no olhar do psicólogo, para conseguir pensar, seja o comportamento, seja o modo de sofrimento, esse olhar cuidadoso que o psicólogo tem, eu acho que é específico do psicólogo. Mas, não quer dizer que só o psicólogo vai ter. Como assim? Eu falei que é específico do psicólogo, mas não é só o psicólogo. O psicólogo vai ter. Pela nossa visão, sendo muito profissional, multidisciplinar, eu vejo uma função importante do psicólogo conseguir transmitir isso em equipe e auxiliar que os profissionais também possam estar implicados nesse processo dessa forma. E aí, profissionais muito experientes, que não são psicólogos, também têm esse olhar. Mas, o psicólogo tem uma formação mais específica nesse sentido. E aí, claro, tem a parte dos atendimentos. Específicos de psicologia, de nível profissional, que são também restritos ao profissional psicólogo. E acho que isso também, obviamente, não tem como se considerar. Porque é uma escuta mais específica do profissional. Então, eu acho isso importante. Assim, quando eu falo essas coisas, são um pouco subjetivas, soa um pouco abstrato. Mas é porque... É só no dia a dia do serviço que as pessoas vão percebendo isso. Então, quem é psicólogo consegue olhar para algumas coisas de uma forma diferenciada. E não falo que é uma forma diferenciada, de uma forma melhor do que as outras. É olhar para essa subjetividade de uma forma específica e conseguir trazer isso em equipe para também, para isso ser reproduzido. É, eu falo assim... Porque tem coisas que os outros profissionais contribuem de forma importante. O enfermeiro contribui de uma forma importante para o olhar psicólogo. Às vezes você está olhando para o... Falando assim, por exemplo, você está olhando especificamente para o sofrimento de um sujeito aqui, mas às vezes está deixando de olhar para alguma coisa mais... por exemplo, clínica do sujeito. Você não está conseguindo olhar para aquilo. Então, o enfermeiro vai estar contribuindo para isso também. Ou assistente social...vai estar contribuindo para pensar algumas coisas relacionadas à articulação de rede, em relação à família, em relação ao serviço da rede social e assistencial, enfim. Mas como todos os profissionais que estão no CAPS, essa parte é um pouco do campo do nosso serviço. Então, quando eu falo no campo profissional, quer dizer que atravessa todos os profissionais. Porém, sempre com o serviço. E tem uma parte ali do núcleo profissional que pega. É como se fosse aquele simbolozinho, sabe? Do... Que as pessoas fazem de... Até na matemática tem, né? Da interrelação, né? Que assim, tem uma parte que é do seu núcleo profissional aqui, né? E tem uma parte do núcleo profissional do outro profissional. E tem uma outra parte que está junto, sabe? Que se conecta, que se atravessa. Tem uma outra parte que é...

Que cada profissional vai vendo que é muito específico dele. Até das próprias habilidades. Até o próprio... Tipo, da própria formação específica, né? Enquanto psicólogo. Às vezes, assim, ah...clinicamente estou desenvolvendo..É...Estou desenvolvendo... É... Sei lá... ah, o cara que é comportamentalista, o outro que é psicanalista e tal. Então, cada um vai ter também alguma coisa mais específica aí também. Não sei se está dando para vocês entenderem o que eu quero dizer?

Entrevistadora: Sim, sim.

Participante 1: Eu falo assim... porque tem coisas que às vezes podem soar um tanto abstratas, mas no dia a dia isso vai ficando mais claro, entendeu? Aí se precisar de qualquer exemplo, você vai falando.

Entrevistadora: Qual a importância da psicologia para a promoção da saúde dos dependentes químicos? Acho que tem bastante ligação com a anterior, né?

Participante 1: Isso, eu vejo que é muito nesse sentido do que eu falei. É menos de, não necessariamente para dizer que o cara precisa de psicoterapia, né? Que às vezes também pode ser isso, né? Porque às vezes tem profissionais de outras áreas que falam assim, ah, isso aqui precisa de psicoterapia. E aí você enquanto profissional vai falar, olha, não necessariamente assim. Precisa ser um individual, dá para fazer de outras formas, dá para fazer, dá para promover isso de outras maneiras e tal. Às vezes eu tenho outras coisas que são anteriores e tal. Então, né? Isso ajuda, né? Ah, então, é isso. Acho que não respondi antes.

Entrevistadora: É... tem bastante link. Quais são os principais gatilhos trazidos que estimulam o uso da substância? O que você percebeu ser um gatilho?

Participante 1: Eu vejo, assim, os nossos pacientes, boa parte deles estão, fazem uso, estão sempre fazendo isso, vamos colocar assim, né? Por mais que não estejam, não tenha feito uso hoje, pode ser que ontem tenha feito. Mas eu acho que a gente olha mais para os gatilhos da

crise, né? Que é assim, da pessoa ficar numa coisa muito ruim, ou ficar, enfim, não precisa de um cuidado mais intensivo. Alguns gatilhos são, é, ruptura de vínculo, né? Vínculos familiares, vínculos sociais, né? Mas ruptura de vínculo, assim, afetivo, né? Namorado, pelo de, né? Ah, esposa, não sei o que, briga e tal. Então, as coisas são muito importantes. Ou no trabalho, também é muito importante. Mais do que... eu acho que isso é muito importante. Ou quando tem... porque muitos dos nossos pacientes aqui, o ciclo social deles também acaba sendo um ciclo social de pessoas que fazem uso...

Entrevistadora: Entendi.

Participante 1: Então, muitos tentam ficar sem fazer uso. E aí, quando são chamados para o ciclo social, tipo, isso é um gatilho bem importante. Então, assim, é... Então, por exemplo, é muito fácil verificar isso quando a pessoa está internada na clínica. Que aí a pessoa vem para o serviço, mas logo depois, tipo, ficou sem ser internada, uma semana depois, não chegou nem a vir no CAPS, e já está fazendo uso. Porque, às vezes, é isso. A pessoa chega na casa e, tipo, do lado da casa dela tem uma biqueira.

Entrevistadora: Entendi. Você tinha comentado que aqui atende muitos... A grande maioria são casos graves, né? A dependência já está muito avançada. Muito instalada. E aí, como funciona? Você acredita que acontece um gatilho ou nesse estágio já não tem mais um gatilho?

Participante 1: Tem, né?... Eu não sei exatamente que tipo de gatilho você está falando, mas eu estou dizendo, inclusive, nesse sentido, de gatilho enquanto disparador de uma crise. Isso. Porque é isso, tem pessoas que, às vezes, estão fazendo um uso, mas um uso mais controlado, por exemplo, entendeu? Até tem pessoas que já pararam de fazer o uso, ou estão fazendo o uso muito pontualmente, né? Mas aí, por conta desse tipo de situação, de mudança de vínculo, por conta do ciclo social, acaba sendo gatilho. Tanto para o uso, né? Sim. Para o aumento do uso, mas até para uma crise mesmo mais grave. Isso é bem importante também. Outra coisa também que eu acho que é um gatilho, acesso ao dinheiro. Tem muitos que têm, que a gente percebe muito isso também, que as pessoas com, que tipo assim, tem, não é que todo mundo é assim, tem alguns casos, vários casos, né? Que... Que conseguem ficar melhor quando não tem acesso a nenhum dinheiro. E aí, se, quando vai receber o benefício, está próximo de receber o benefício, já, tipo, já começa a vir, assim, já começa a vir a fissura mesmo do uso da pessoa, é muito frequente. Até quando a pessoa está internada...

Entrevistadora: Entendi.

Participante 1: Eu falo dessas coisas da internação pública porque é muito comum aqui no interior de São Paulo ter essas pessoas que... Ter essas pessoas que querem... Tem muitas comunidades terapêuticas, né? Clínicas. Até clínicas clandestinas. Tem muitas, né? Em zona rural. E, às vezes, as pessoas procuram por conta própria, né? E também a gente tem pacientes nossos que vão para algumas comunidades e tal. E, às vezes, aí o tempo estipulado na prefeitura, não mais na legislação, mas o que era, né? Na legislação, o tempo estipulado é de seis meses. Aí, às vezes, a pessoa está com cinco meses e aí ela sabe que está para receber algum dinheiro, aí ela já saiu antes, por exemplo. O cara está com quatro meses, aí saiu antes porque já recebeu o dinheiro e já está ficando muito na fissura. Então, isso é bem importante também.

Entrevistadora: Entendi...e de que forma os psicólogos podem auxiliar as famílias, os atendidos?

Participante 1: De que forma podem auxiliar? Ah, os profissionais, os psicólogos é que fazem orientação para os grupos de família aqui, a gente tem um grupo de família, né? São, como dizem, psicólogos. Não só psicólogos, mas também assistentes sociais no mundo, né? Mas a participação do psicólogo é fundamental, porque o psicólogo tem esse olhar de compreender a dinâmica familiar que, às vezes, o assistente social vai para uma outra via. Que não é, como eu falei antes, não é questão de ser melhor ou pior, né? É uma via mais pragmática. De como o assistente social olha para uma via pragmática, de encaminhamentos na rede e tal. E o psicólogo olha muito para essa via da dinâmica familiar. Então, o psicólogo dá muitas orientações voltadas para essa dinâmica. De como se relacionar com os usuários. Então, a gente compreende que os grupos familiares são uma aula muito importante. Agora, tem coisas que os profissionais veem que no grupo de família não dá conta. E, às vezes, faz atendimento individual. Ou, às vezes, até encarrega. E, às vezes, encaminha para psicoterapia fora. Porque o nosso serviço não é para fazer psicoterapia para o familiar.

Entrevistadora: Entendi.

Participante 1: Não dá conta de fazer.

Entrevistadora: Prestam suporte, assim... você diria?

Participante 1: Isso, a gente presta suporte. A gente faz orientação, a gente atende, faz atendimento familiar. E alguns atendimentos familiares não são só os psicólogos que fazem. Mas os psicólogos que fazem esses grupos familiares. E acho que é muito importante fazer essas orientações, sabe? Da dinâmica.

Entrevistadora: Entendi... quais são as técnicas que os psicólogos utilizam para fazer as intervenções?

Participante 1: Não tem nenhuma técnica pré-definida. Isso vai da formação pessoal. A gente não tem nenhum tipo de restrição quanto a isso ou orientação quanto a isso. Inclusive, na legislação não existe. Tipo assim... Para estar num CAPS tem que fazer uma terapia específica para aquilo. Até porque... Assim, em alguns manuais, principalmente os manuais psiquiátricos, eles colocam muito... Eles fazem muita associação direto com psicologia comportamental. É muito comum isso. Ou, às vezes, faz citações pontuais à psicanálise, né? Basicamente, eles falam de psicologia comportamental ou de psicanálise. Sendo que existem muitas outras abordagens e tal.

Entrevistadora: Você tinha falado da subjetividade do indivíduo, essa questão da técnica, às vezes, talvez passaria por cima dessa subjetividade. Ou eu estou errada? Por exemplo, cada paciente, ele tem uma questão dele, um histórico dele. Ele tem um ponto dele. E aí, se você chega com uma técnica, talvez você não conseguiria trabalhar realmente os pontos que precisam ser trabalhados. Você sente que uma técnica de intervenção talvez atrapalhe?

Participante 1: Não, não é que atrapalhe. Eu não vejo dessa forma que é uma questão de atrapalhar. Mas é mais uma questão de que não tem isso pré-determinado. Porque o que a gente define em nosso serviço são os objetivos do cuidado, né? O projeto de terapia do singular é... É olhar o que a gente quer fazer, o que vai ser feito, né? E quando eu falo assim, me parece muito óbvio. Ah, mas é parar de usar. Mas muitos vêm aqui e a questão não é parar de usar, necessariamente. Muitos aqui trazem muitas outras questões. E a gente precisa olhar para essas coisas e ficar ligado nessas coisas, né? Então, às vezes, a técnica pode sim ajudar em alguma coisa ou outra, né? Obviamente, quando eu falo alguma coisa ou outra, não dá para dizer que é pontual, né? Mas é que a técnica serve aos interesses do cuidado ampliado que se oferta no serviço, entendeu? Então, cada profissional sabe qual é a técnica que tem. Assim como o terapeuta ocupacional tem. O terapeuta ocupacional têm abordagens distintas e o terapeuta ocupacional vai olhar qual vai se enquadrar melhor para o objetivo de atendimento que a gente faz, dos objetivos, entendeu? Não dá para a gente colocar um objetivo X e a técnica não atender aqueles objetivos. Se a técnica está atendendo aqueles objetivos, para mim isso já é mais do que suficiente, entendeu?

Entrevistadora: Entendi, entendi. Então, não tem nada pré-estabelecido, pré-estruturado. Há algum trabalho realizado especificamente com a família? Como é realizado? Você tinha comentado dos grupos. Tem mais alguma coisa que vocês fazem com a família?

Participante 1: Com a família?

Entrevistadora: Isso.

Participante 1: Os grupos, as visitas domiciliares, né? E as orientações individuais.

Entrevistadora: Entendi. Como a família pode contribuir para o tratamento do usuário?

Participante 1: Principalmente sabendo como dar o suporte, como manejar... quando falo dar o suporte, não é de aguentar a pessoa em casa, mas é o que faz. E fazer como lidar no dia a dia, né? Porque muitos familiares não sabem mesmo como lidar. E muitos inclusive atrapalham eles. Então, assim, até a gente tem casos que a gente orienta a família até fazer a medida protetiva mesmo, em algumas situações. Então, isso também pode ser o caso. E a gente tem situações que a família sabe que está tendo um problema, mas tem medo de acionar o SAMU e mandar a pessoa ser atendida em uma unidade de urgência ou de emergência, por exemplo. Tem familiares que dão dinheiro para a pessoa usar, por medo de acontecer alguma coisa.

Entrevistadora: Entendi.

Participante 1: Então, são várias coisas que acontecem que acabam sendo prejudiciais. Porque, obviamente, não se trata de culpar a família. Não tem nada a ver com isso. Mas, às

vezes, o que acontece é que as pessoas não sabem. Então, a família acaba contribuindo para sustentar determinados comportamentos, determinados ativos de energia.

Entrevistadora: Entendi... nessa questão familiar, assim, você vê, assim, que grande maioria dos pacientes tem apoio da família para poder se restabelecer novamente?

Participante 1: Não... não, não é a maioria, não.

Entrevistadora: Entendi... sobre a infraestrutura atual, assim, que vocês estão, tem um atendimento adequado para os atendidos? Eu vi que vocês mudaram, né? Vocês estavam lá em Ouro Verde e agora vieram para cá. É por questão de infraestrutura?

Participante 1: Também. A localização é o principal... um serviço como o nosso, ele tem que ser muito acessível para a população. Considerando que a gente atende uma população vulnerável, né? Então, hoje a gente atende bem mais do que quando a gente estava lá em cima, no Ouro Verde... então, a localização aqui não é muito boa. Agora, a infraestrutura aqui também é melhor. Ela tem um espaço mais arejado, né? Tem espaço para fazer atividades, né? Tipo, de grupo, ao mesmo tempo que está tendo um espaço de convivência, ao mesmo tempo que dá para ter um paciente descansando, ao mesmo tempo que dá para atender os pacientes aqui dentro, /dá para ter consulta médica simultânea, né? Tem uma área de grupo. Dá para acontecer várias coisas simultâneas.

Entrevistadora: Aqui é maior que o Ouro Verde?

Participante 1: Em termos de quantidade de salas, não é maior. É a mesma quantidade de salas, só que as salas são maiores e tem mais espaços amplos, né? Então, aquele espaço ali, aquele hall ali, que tem a placa de convivência, lá no outro não tinha um espaço assim de convivência. E tinha um espaço no fundo que era para fazer oficinas, que seria similar a esse espaço que a gente tem aqui. Só que a gente tem mais espaços além desse. A gente tem um outro espaço no fundo, tem mais uma outra salinha ali, quando precisa alguém, tipo assim, manejar uma situação de crise, tem uma outra salinha no fundo, que a gente usa menos.

Entrevistadora: Entendi, interessante...

Participante 1: Então, a gente tem mais espaços.

Entrevistadora: Quais estratégias são utilizadas para a superação desses obstáculos? Você vê que tem algum obstáculo em questão de infraestrutura?

Participante 1: Ah, eu acho que... Sim, eu acho que ainda dá para melhorar. Na verdade, eu acho que o principal é olhar para os profissionais. Por exemplo, a gente precisa ter computador funcionando direito em todas as salas. O ideal seria..., mas isso é um ideal, né? Isso é um ideal. Seria ter ar-condicionado nesse carro. Mas se não tiver ar-condicionado, pelo menos em todos os espaços tem um ventilador. E a gente não tem ventilador em todos os lugares. Tipo, na cozinha não tem. Que é o espaço que só os profissionais usam no tempo.

Entrevistadora: Entendi. E tem alguma coisa que vocês fazem para tentar superar esses obstáculos? Alguma ideia? Por exemplo, troca de lugar? Alguma coisa?

Participante 1: A gente tem que solicitar para a prefeitura resolver.

Entrevistadora: Entendi...

Participante 1: E aguardar a resposta da prefeitura. Então, talvez... deixem eu pensar se tinham mais coisas em relação a isso. Essa pergunta aí. Eu acho que o imobiliário é o principal, sabe? Equipamento, o equipamento adequado é o principal para a gente.

Entrevistadora: E a prefeitura costuma responder rápido às necessidades ou nem tanto?

Participante 1: Depende da situação, né? Depende. Acho que depende do momento, como vai estar a questão financeira...

Entrevistadora: De qual maneira o vínculo terapêutico entre paciente e psicólogo favorece a promoção da saúde?

Participante 1: De qual maneira? Qual a pergunta? Desculpa.

Entrevistadora: Como que o vínculo terapêutico entre o psicólogo e o paciente... como que você percebe que isso é uma questão... fortalece a saúde deles.

Participante 1: Inclusive, esse é um ponto que eu tenho bastante reconhecimento com profissionais, alguns profissionais têm que trazer esses nomes aqui. O vínculo é o que faz, é o principal fator que faz a pessoa continuar seguindo o nosso sentido.

Entrevistadora: Entendi...

Participante 1: E vínculo não é simplesmente fazer um atendimento que deve ser feito assim, tipo, ah, eu estou atendendo bem alguém, bom dia, boa tarde, falei boas coisas, não é só isso, vínculo não é isso, isso aí também faz parte, vínculo é uma técnica também, mas não é uma técnica especificamente psicológica, é uma tecnologia leve do nosso trabalho, assim, que é que diz respeito a como pensar formas de estabelecer laço com o sujeito. Então, essa é a principal forma da pessoa continuar no nosso serviço. Então, assim, eu falo isso porque, como a gente lida por casos muito graves, é muito comum as pessoas explorarem também, explorarem e ir embora, não seguir, dar um acompanhamento, ver uma ou duas vezes e tal. Então, as visitas, a busca ativa, a tentativa de estar junto, de mostrar que a gente está disponível para a pessoa, isso é fundamental. E, às vezes, a gente percebe quando os profissionais estão conseguindo desenvolver isso, ou quando não estão conseguindo. E aí, um ponto é, quando a pessoa está em crise, é melhor que ela esteja em crise dentro do nosso serviço do que fora. Uma pessoa em situação de rua, se ela tem uma crise, assim, igual às vezes a gente vê crise aqui no serviço, às vezes lá. Mas, lá fora, às vezes ela vai tomar porrada, vai ser espancada, vai virar caso de polícia, entendeu? Às vezes pode vir e perder a vida também, né? Enfim, várias coisas podem vir a acontecer e ser mais prejudicial. Então, o vínculo é uma forma também de reduzir os danos, né? De reconhecer que a mesma pessoa, estando ruim aqui, é melhor estar em crise. Então, essa é uma forma muito importante. Parece meio dramático isso que eu estou falando, que é tipo assim, ah, como se as pessoas que estão aqui, tipo, está tudo muito ruim, não é isso que eu quero dizer. Mas, é porque a gente já tem casos muito graves mesmo... Então, é o vínculo que dá essa liga entre a pessoa e o serviço, né? Não é qualquer coisa isso, sabe? Então, tem lugares que as pessoas vão, os nossos pacientes vão, principalmente as pessoas que estão em situação de rua, eu não quero dizer que ela tem lugar nunca mais, entendeu? Então, isso é algo bem importante, é bem significativo, sabe? A pessoa não vem aqui só para comida, né? Mas, isso também faz parte de uma forma de vinculação, de ela permanecer aqui. Mas, eu estou colocando isso para dizer que a pessoa vem aqui porque ela reconhece que tem um espaço de cuidado.

Entrevistadora: E os pacientes, entre eles, têm algum vínculo, alguma relação ou não chegam a ter?

Participante 1: Sim, sim, sim. Às vezes, isso pode ser algo bom, às vezes também pode ser algo bonito. Às vezes, tem pessoas que estabelecem laços amorosos aqui dentro, né? Para a vida. E, às vezes, isso pode ser prejudicial, mas, às vezes, é bom. Muitas vezes, é bom, porque, às vezes, são as pessoas com quem elas contam as horas, sabe?

Entrevistadora: É prejudicial, você fala como?

Participante 1: Tem pessoas que acabam levando o outro a fazer mais uso também, né? Então, a visão é, em alguns casos, que as pessoas somem daqui tipo, ah, faz um relacionamento, tipo, agora está tudo bem, sumiu daqui, então, não pode acontecer. O que a gente toma... eu acho que tem um cuidado com a palavra vínculo que a gente tem que tomar. A gente tem que olhar essa palavra... num lugar técnico mesmo, e, às vezes, a gente olha num lugar moral. Que é assim, moral? É misturar as coisas, assim. Achar que a palavra vínculo sempre quer dizer algo bom. Vínculo não necessariamente quer dizer algo bom. Vínculo diz respeito a um laço social que a pessoa estabelece, né? E... Pode ser bom, né? E a gente aposta no vínculo como algo positivo para o usuário, né? Mas, também é preciso olhar para o vínculo com cuidado, assim. Pensar o que esse vínculo está produzindo para o sujeito, né? Quais são as consequências, quais são a... Não as consequências, os desdobramentos desse vínculo, entende?

Entrevistadora: Entendi.

Participante 1: Então, por exemplo, pode acontecer, inclusive, de pessoas que, como já aconteceu, de pessoas que começaram a frequentar o serviço, se vincularam, e o tratamento foi super efetivo. Tipo assim, a pessoa parou de usar, inclusive, nunca mais fez uso. E continuou vinculada ao serviço, porém, não conseguiu ampliar esse vínculo para a vida. Para a vida que eu falo, para fora do serviço.

Entrevistadora: Entendi.

Participante 1: Tipo, estar em outros espaços e tal. E, às vezes, gerar uma dependência. E, às vezes, gerar uma dependência com o próprio serviço. Então, isso pode acontecer... assim, isso não é algo majoritário, mas é um desdobramento possível, né? Da pessoa estar melhor, e não precisar daqui ela pode ter alta, mas não conseguir ter alta. Às vezes, acontece, aí já é um pouco mais frequente até, de, na tentativa de alta, a pessoa vir a entrar numa situação ruim,

assim. E ficar mal de novo. Porque, por conta de como estão atribuídos os vínculos, quais são os desdobramentos disso e tal. Isso não é exatamente pelo vínculo, é uma culpa do vínculo. Ah, o vínculo foi ruim. Mas, é como olhar para isso, como olhar cuidadoso. Entende o que eu estou dizendo?

Entrevistadora: Entendi. Tem algum trabalho de reinserção social que vocês fazem com os atendidos?

Participante 1: Na verdade, o nosso trabalho, a gente... a gente, de forma ampliada, fala que é reabilitação psicossocial. A reabilitação psicossocial implica, necessariamente, na reinserção social. O nosso trabalho, necessariamente, está relacionado a isso, né? Que é tentar fazer com que a vida da pessoa se amplie para outro espaço e tal. Mas, não é... Eu não tenho nada específico. Não tenho nada específico. Eu não tenho nada específico disso. Assim, ah, esse é um trabalho especificamente de reinserção social. Poderia ter, mas não tem nenhum trabalho específico disso. A gente está tentando desenvolver um trabalho de geração de renda no nosso serviço. E isso é um trabalho mais específico de reinserção social. Entendeu? Pela via do trabalho, né? Mas, reinserção social são muitas coisas. Inclusive, pode ser... Você tem que estar caso a caso. Hoje, a gente está trabalhando caso a caso e pensando na construção da geração de renda como algo mais específico, entendeu?

Entrevistadora: Entendi.

Participante 1: Então, mas, assim, até porque a gente tem algumas barreiras aqui no município para isso. Por conta disso, como eu falei, muitas pessoas que são atendidas aqui estão com vulnerabilidade social, são pessoas pobres e tal. E a gente, muitas vezes, tem que articular com outros serviços. Mas, também, assim, se é atendido no centro comunitário, no CRAS, no bairro, passa por uma atividade lá, outra aqui, outra lá e tal. Só que o nosso município oferece muito poucas coisas. Entendi. Entendeu? Isso varia de território para território, entendeu? Às vezes, o CRAS, Casa das Famílias, que fica na região sul, oferece algumas coisas. Mas, o CRAS de Arda, que fica na região noroeste, oferece para esse município alguma coisa, entendeu? E aí, a gente fica um pouco, tipo, meio que, assim, tentando fazer um caso a caso do que é possível, mas dentro dos limites.

Entrevistadora: Entendi... e você vê, assim, que existe uma forma que dá para ser dita de como é feita essa reinserção, essa colocar eles dentro da sociedade novamente? Você vê que há uma forma ou um trabalho que vai construindo com cada indivíduo?

Participante 1: É. É. Então, como eu falei... Hoje, é mais construindo com cada pessoa, então, tem pessoas, por exemplo, a partir do PTS, se a pessoa falar, quero voltar a trabalhar e tal, então, às vezes, o profissional vai ajudar naquela questão especificamente, mas até quando é preciso fazer em algum lugar e tal, tipo, lá, não sei o quê, tipo, lá, ver, de encaminhar a pessoa para algum tipo de trabalho específico e tal, então, isso é uma atividade de inserção social, entendeu?

Entrevistadora: Entendi. Entendi.

Participante 1: Mas isso, isso aí é pela via do PTS, né, que é individual, mas é isso, daí o processo tem que ter coisas mais específicas, mas hoje não tem.

Entrevistadora: Como é estabelecido o processo de troca de informações entre a equipe?

Participante 1: A gente tem reunião todos os dias do nosso serviço. Você está perguntando sobre a comunicação?

Entrevistadora: Isso, a comunicação.

Participante 1: A gente tem reunião todos os dias para passar o que acontece nesse... você viu quem a gente chamou a palavra, cara? São os pacientes que estão no que a gente chama de ambiência, então, a gente tem uma reunião de, para passar a ambiência, para passar os acolhimentos, que são as pessoas que estão chegando pela primeira vez no serviço, então, todos os dias a gente passa isso. Além dessas reuniões, a gente tem reunião de mini-equipe, porque além da equipe, tem equipes destinadas ao cuidado de pacientes em específico, então, por exemplo, eu não atendo todo mundo no serviço, entendeu? Eu atendo algumas pessoas e eu tenho algumas pessoas que estão comigo. Eu não falo nem isso, atender, eu falo de ser referência, referência do projeto terapêutico. Então, as pessoas atendem para acompanhar se o projeto terapêutico está sendo feito, se está dando certo, se não está, então avalia essas coisas. Mas atender, às vezes, outras pessoas estão atendendo também. Então, assim, eu tenho outras pessoas parceiras que... então, na minha mesma equipe, eu faço reuniões com

elas semanalmente para pensar em estratégias, pensar o que precisa ser feito, o que precisa ser rebordado, pensar as visitas que precisa fazer e tal. Então, são reuniões mais estratégicas e, de certa forma, pragmáticas, com tomada de decisões... E a gente tem reuniões de planejamento, que são reuniões para fazer a gestão da nossa clínica, a gestão da organização do nosso serviço, então, essas reuniões são uma vez na semana, a gente faz quinzenal e agora a gente está fazendo semanal, porque a gente precisa ajustar muita coisa. Então, são reuniões que a gente conversa sobre como está acontecendo as ambiências, a gente precisa mudar a escala, precisa passar por sinal para outro dia, precisa abrir um grupo dia tal, começar um grupo novo, fazer atividade nova com um determinado público. Precisa ajustar um protocolo de atendimento à crise, ou, às vezes, a gente está com dificuldade de cuidar do determinado paciente, a gente para, para discutir um caso especificamente, entendeu?

Entrevistadora: Entendi... em relação, qual o horário que é aberto aqui, o CAPS?

Participante 1: A gente fica aberto de 8h05. De 8h05.

Entrevistadora: E aí, como você disse, tem alguns pacientes que ficam o dia inteiro, né? E aí, quando chega o horário de fechar, vocês prestam algum apoio para onde eles vão? Ou, realmente, já não está mais ao alcance de vocês?

Participante 1: Não, a gente não consegue levar eles para o organismo.

Entrevistadora: Ah, entendi.

Participante 1: Assim, essa é uma limitação, mas também, na verdade, realmente não é atribuição do nosso serviço. Então, assim, quando a pessoa faz o uso de outros serviços de assistência, tipo albergue, centro POP, aí as pessoas fazem.... Assim, a gente também não tem transporte para todos os pacientes. Tipo assim, a gente pegar os pacientes em casa e trazer, depois levar de volta. A gente não consegue fazer isso. No nosso município, tem municípios que fazem isso para alguns casos, para alguns pacientes mais vulneráveis, mais distantes, mas a gente não faz.

Entrevistadora: Entendi. E como é o trabalho multidisciplinar aqui no CAPS? Como funciona? Vocês, é em reunião também, é a comunicação? É, como vocês conseguem se organizar? Como vocês conseguem se organizar para fazer os atendimentos?

Participante 1: Assim, existem tantos atendimentos compartilhados, ambientes compartilhados, grupos compartilhados e as nossas reuniões, né? E não é um serviço transdisciplinar, mas é um serviço que a gente está sempre em interface com outros profissionais. Então, é um serviço que necessariamente funciona interdisciplinarmente.

Entrevistadora: Quais as principais dificuldades a serem superadas na realização do seu trabalho? O que você percebe que é uma dificuldade maior?

Participante 1: A gente precisaria de mais profissionais, a gente precisaria de mais serviços na rede para poder dar o suporte e para a gente poder fazer os encaminhamentos necessários. Então, são as principais dificuldades.

Entrevistadora: E como a equipe lida com essas dificuldades? Enquanto não acha uma solução? Como vocês lidam?

Participante 1: A gente tenta se apoiar o máximo possível, busca conversar e enfrentar aquilo que está dentro da nossa governabilidade. Então, uma coisa que a gente conversa bastante em reunião é para a gente olhar para aquilo que está dentro da nossa governabilidade, que é o que significa o quê? O que está dentro da nossa possibilidade de intervir e o que não está dentro da possibilidade de intervir? O que estaria dentro da minha possibilidade de, como coordenador, intervir? E o que não estaria? O que estaria dentro da minha possibilidade de intervir? Então, essa é uma forma da gente se consolar, porque senão a gente vai ficar só chorando...

Entrevistadora: Entendi. Então, foram essas as perguntas.

PARTICIPANTE 2

Entrevistadora: Boa tarde, tudo bem? Me chamo Gabriela e vou entrevistar você em nome de meu grupo de TCC. O grupo é de quatro pessoas e a entrevista é semi estruturada, se quiser acrescentar algo você pode, tá bom?

Participante 2: Tá, tá bom!

Entrevistadora: Você assinou o termo, certo?

Participante 2: Sim, está aqui!

Entrevistadora: Bacana, a entrevista está sendo gravada, tudo bem pra você?

Participante 2: tudo, sem problemas

Entrevistadora: Certo. você pode se apresentar por favor? qual seu nome, idade, formação, especialização...

Participante 2: W.P.S, eu tenho trinta e cinco anos, eu tenho especialização em psicanálise e psicologia social, estou trabalhando no CAPS AD a dois anos, falta alguma coisa que não falei?

Entrevistadora: Não, assim está ótimo, é mais uma apresentação inicial mesmo. Quanto aos pacientes, qual faixa etária você percebe que os atendidos costumam ter o primeiro contato com a substância química?

Participante 2: Ah, é difícil, sabe? É que geralmente o primeiro uso depende muito de cada um dos atendidos, é relativo, mas eu acho, eu diria que na adolescência.

Entrevistadora: Entendi. E tem algum tipo de droga, alguma substância que você percebe que é mais frequente?

Participante 2: Como eu disse é relativo, tem a situação financeira, tem o tempo de consumo de substâncias, tudo depende, às vezes quem tem um acesso a dinheiro vai usar uma droga diferente de quem não tem tanto acesso assim.

Entrevistadora: Entendi.Então você diria que existe um público específico para cada droga?

Participante 2: Sim e não, às vezes isso vai estar relacionado com o vício do usuário.

Entrevistadora: Interessante, e o que você tem pra dizer a respeito da dependência química, você acredita que usuários reconhecem que estão doentes? Você percebe que eles chegam aqui já reconhecendo a situação que se encontram?

Participante 2: Ah, não sei, eu diria que é complicado, grande maioria não percebe a doença, só vai lá e pronto, consumiu. grande maioria vem aqui por conta de companheiros, alguma relação ou suporte, mas ainda tem aqueles que vem porque a família pediu ou porque acabou perdendo muito com o consumo.

Entrevistadora: Ah sim, então você sente que tem uma dificuldade para eles reconhecerem.

Participante 2: Sim, é o que eu percebo, eles reconhecem quando já perderam tudo

Entrevistadora: Entendi... E, para você, quais fatores contribuem para o uso das drogas? Tem algo que você sente que contribui mais para que eles continuem ou comecem a usar?

Participante 2: Cada indivíduo é uma situação diferente, às vezes pode ser porque ele tem algum transtorno, ou algo que não apresenta sintomas, e aí acaba levando ao uso, e aí enquanto consome os sintomas se deslocam para outro lugar ou se amenizam.

Entrevistadora: Entendi, então, linkando com a pergunta anterior quais são os transtornos mais frequentes que se desenvolvem em consequência da dependência química?

Participante 2: Ah, assim eu acredito que seja consequência, acho que na maioria dos casos sempre esteve lá, sabe? é que costuma ficar evidente após o consumo, mas eu diria depressão, situações como psicose, alguma esquizofrenia

Entrevistadora: E esses sintomas que você diz eles aparecem sob efeito ou mesmo sem o uso?

Participante 2: Às vezes, no começo sob efeito, mas depois de um tempo pode ocorrer sem o uso ou até mesmo se parar com o consumo, então precisa de um acompanhamento com outras instituições

Entrevistadora: Entendi... Interessante, e como é que você vê que o CAPS AD promove a saúde na vida desses atendidos?

Participante 2: Ah, acho que com a equipe mas também com as amizades que constroem aqui, alguns chegam até a criar um relacionamento, é claro que isso pode ser bom e ruim, mas tem situações que acabam fortalecendo o outro para que continua no tratamento, aqui também é oferecido alimentos, atividades, às vezes alguma viagem, então acredito que são criadas muitas situações para que se sintam acolhidos e aí quando não tem a desistência por parte deles, pode ser muito proveitoso.

Entrevistadora: E dentro dessas situações que você mencionou, quais são os objetivos do psicólogo no seu trabalho dentro da instituição?

Participante 2: acredito que somos um ponto muito forte e importante aqui dentro, isso é bom mas também existe uma crença de que a gente vai conseguir solucionar a maioria dos problemas, mas eu acredito que o nosso objetivo é trazer a esses usuários a possibilidade de se reconhecerem como indivíduos, sabe? De certa forma seria que queremos que eles vejam que não são pertencentes a esse lugar que o uso das drogas os coloca.

Entrevistadora: E como você enxerga a importância da psicologia para a promoção da saúde dos dependentes químicos?

Participante 2: Acho que, acredito que através dos atendimentos, dos grupos e também da atenção que damos aos usuários de forma que se sintam acolhidos, conseguimos ajudar as vezes com alguma alimentação, um momento de lazer e eu acredito que isso trás momentos de alívio e promove não só a saúde, mas dá pra eles um jeito de pensar sobre como seria as coisas sem o uso.

Entrevistadora: E quando acontece situações de gatilhos que levam ao uso da substância, como você percebe uma crise?

Participante 2: É complicado, cada usuário reage de forma diferentes, o que é um gatilho para um para o outro não é um problema, mas eu já percebi nesse tempo que venho atendendo que muitas vezes a recaída vem de conflitos com a família, conflitos em geral na verdade percebo que muitas vezes emoções que eles não conseguem lidar ou até mesmo o acesso ao dinheiro pode ser um problema, mas nesses caso é durante os atendimentos e convívios que percebemos pontos de atenção como esses que eu falei.

Entrevistadora: Entendi, o interessante é que o vínculo ajuda a identificar esses gatilhos, mas e a família? Como os psicólogos podem participar na relação com as famílias dos atendidos e até mesmo um vínculo positivo com relação a uma possível prevenção?

Participante 2: Eu acho que a família é um ponto muito importante nesse ponto em que trabalhamos a recuperação dos usuários, eu mesmo trabalho com o grupo de família, nas quintas fazemos um grupo com os familiares, porque dessa forma conseguimos trabalhar com eles no processo de recuperação mas também dar suporte para a família, que muitas vezes precisa da mesma forma que o usuário precisa. E o mais importante de trabalhar com as famílias é também entender que como falamos antes pode ser um gatilho.

Entrevistadora: Eu percebi em pesquisas e em entrevistas que família é um assunto pouco abordado, o que você diria sobre isso?

Participante 2: É eu entendo, porque as famílias podem ser um problema antes e ser uma solução, sabe? A família às vezes cria expectativas ou tem ideias formadas, além de também já estarem muito machucadas e muitas vezes as pessoas não querem ter que trabalhar com eles, às vezes por não acreditar que seja efetivo ou até mesmo porque muitas famílias já não acompanham mais o usuário.

Entrevistadora: Interessante esses pontos que você diz. E com relação às técnicas que você e os outros psicólogos utilizam para fazer as intervenções, até mesmo com as famílias, como a gente tava falando?

Participante 2: Com as famílias é mais a roda de conversa, agora com os pacientes têm as entrevista iniciais, além de também com cada um se constroi o que vai ser trabalhado, então cada um tem uma demanda diferente, mas inicialmente tempo a entrevista inicial, tanto a de triagem quanto o começo para tentar entender, também usamos jogos, algumas rodas de conversa, arte terapia leituras e por aí vai, mas é, cada paciente é uma técnica que seria mais apropriada.

Entrevistadora: Ah, que legal esses grupos são montados por vocês mesmos? Como funciona?

Participante 2: Sim, por nós, na verdade por toda a equipe né? Sempre trazemos algumas dinâmicas a fim de trazer alguma reflexão ou que leve os atendidos a falar aquilo que às vezes eles se sentem inseguros porque muitas vezes acreditam que seja algo só deles, então os grupo muitas vezes tem essa intenção, sabe? Tem a intenção de trazer reflexão além de gerar vínculo com os outros que estão participando também.

Entrevistadora: E a infraestrutura? Eu vi que vocês mudaram do bairro ouro verde para o centro recentemente, sente que melhorou? Porque da mudança, quais os desafios que você tem com a infraestrutura?

Participante 2: Nossa, mudou sim, mudou bastante, aqui está melhor, além de que deu mais acesso para os usuários, antes nem todos tinham como ir até o Ouro Verde, mas ainda tem alguns problemas de infraestrutura sim, viu? Um exemplo é o calor que estamos lidando, tem salas que não tem ventilador, a questão de salas, materiais para dinâmicas e também tem a questão do suporte, há muitas pessoas precisando de atendimento e o espaço não suporta.

Entrevistadora: E como a equipe e os usuários reagem com esses desafios?

Participante 2: Ah é até interessante, nós funcionários sempre damos um jeito, se é uma cortina que precisa ser colocada, nós colocamos mas às vezes um dos usuários, mesmo sem pedir se propõe a fazer, o mesmo pra arrumar uma cadeira quebrada, eles entendem que aquilo não é só dos profissionais mas deles também, e sempre se colocam disponíveis para ajudar.

Entrevistadora: Entendi, isso é bom pro fortalecimento de vínculos, não?

Participante 2: Sim, sim, é mesmo, as vezes nem precisamos de ajuda e eles estão lá conversando e dando ideia e querendo ajudar, e isso além de fortalecer o vínculo é também a forma que eles demonstram que se sentem pertencentes

Entrevistadora: E com esses desafios que você falou o que vocês têm de estratégias para superar esses obstáculos?

Participante 2: Ah é como eu disse né, vamos dar nosso jeito, arrumando por conta, às vezes quando podemos compramos alguma coisa por conta e por aí vai

Entrevistadora: E a parte contratante costuma auxiliar no suporte na infraestrutura, instrumento de trabalho e tal?

Participante 2: Nosso coordenador, ele sempre tenta reportar e tenta entrar em contato, sempre que estamos com algum problema buscamos entrar em contato com o pedro pra que ele converse com o pessoal pra tentar resolver

Entrevistadora: Entendi. E tem algum trabalho de reinserção social que vocês fazem com os atendidos?

Participante 2: Tentamos sempre trabalhar com eles essa questão da sociedade, além de reforçar a importância da interação com a família, buscamos falar dessas questões, mas isso quando tem espaço para falar sobre o assunto com os paciente, porque muitos desistem ou tem recaídas frequentes, mas aqueles que dão continuidade e apresentam melhora nós buscamos sim formas de trabalhar essas questões de entrarem em contato com a sociedade novamente.

Entrevistadora: Como é estabelecido o processo de troca de informações entre a equipe?

Participante 2: Com reuniões, temos reuniões entre psicólogos e também com a equipe multidisciplinar e também tem os prontuários que todos os profissionais têm acesso.

Entrevistadora: Quais as principais dificuldades a serem superadas na realização do seu trabalho? O que você percebe que é uma dificuldade maior?

Participante 2: Ah eu acho que é mais a continuidade, os pacientes recaem e voltam com muita frequência e existe uma dificuldade em trabalhar nesses casos, mas eu não vejo nenhuma grande dificuldade também.

Entrevistadora: Entendi, bom chegou o final das perguntas tem algo que você queira acrescentar?

Participante 2: Nossa, já? Que rápido! Não, acrescentar não, acho que só dizer que gostei muito de participar, eu espero que eu tenha sido claro e tenha ajudado de alguma forma e se precisar pode sempre entrar em contato.

Entrevistadora: Muito obrigada, agradeço em nome de todo o grupo, você nos ajudou muito, obrigada.

PARTICIPANTE 3

Entrevistadora: E aí, eu queria perguntar para você se tudo bem ser gravada a entrevista que a gente vai transcrever depois. Tudo bem para você?

Participante 3: Áudio, vídeo ou só áudio?

Entrevistadora: Só áudio, só.

Participante 3: Tá, tranquilo.

Entrevistadora: Eu vou pegar aqui as perguntas. A entrevista é de cunho semi estruturado. Então se você quiser acrescentar algo, se eu tiver alguma outra pergunta também, aí eu faço para você. Tá bom?

Participante 3: Tá bom.

Entrevistadora: Aí eu só vou pegar aqui, só um momento. Você pode fazer uma apresentação sua, por gentileza? Qual é o seu nome, sua idade, suas formações?

Participante 3: Bom, eu sou M. tenho 51 anos, sou psicóloga formada pela UNESP de Bauru, há mais de 25 anos. Estou aqui como município na área da saúde, na prefeitura desde o final de 2011. Eu já tenho quase 13 anos de atuação. E no CAPS AD eu estou desde 2018. Há seis anos. Bom, a minha formação, a minha especialização é em psicodrama, que era a abordagem da qual eu tento fazer a leitura dos pacientes que se apresentam. Mas dentro de um CAPS AD, a gente também tem que dominar bastante o diagnóstico, a psicopatologia, a fisiopatologia do abuso de substâncias e por aí vai.

Entrevistadora: Entendo. E a sua função lá é mais na área de atendimento? O que você mais faz lá dentro do CAPS?

Participante 3: Então, no CAPS eu faço atendimento individual, sim, mas hoje em um volume muito menor do que quando eu comecei. Atualmente eu coordeno, eu realizo dois grupos aqui na unidade, que são grupos que têm uma perspectiva de presidência, ou que são atendimentos individuais, como eu já disse no volume menor e dentro do CAPS a gente tem um arranjo administrativo, que são as equipes de referência. Então eu também tenho essa atividade de acompanhar o tratamento de algumas pessoas fazendo escutas, que não necessariamente tem a ver só com a psicologia, mas sim com o atendimento psicossocial, de pessoas que ou abandonam o tratamento e querem voltar, ou que estão fazendo o tratamento meio irregularmente, frequentando a unidade de forma irregular, ou que não querem participar dos grupos terapêuticos, querem ficar só em médico. Então a gente tenta trabalhar no sentido de ampliar o projeto terapêutico para essas pessoas através das equipes de referência. Então são essas três vertentes, atendimento clínico e individual, atendimento em grupo e referência.

Entrevistadora: Entendo. E assim, desde quando você entrou na faculdade, já era um plano, já era uma escolha sua, trabalhar mais voltado para essa área?

Participante 3: Não, não. Eu trabalhei muito tempo em RH, porque era uma perspectiva de ter salário, e aí no final, em meados de 2010, eu comecei a poder fazer essa mudança de educação.

Entrevistadora: Entendo. Em relação aos atendidos, uma faixa etária que você vê que eles costumam ter o primeiro contato com o uso da droga, tem algum?

Participante 3: É cedo, né? Geralmente começam na adolescência mesmo. Tem aqueles casos de as pessoas já começaram na idade adulta, mas num volume muito menor. A maioria começa na adolescência, por volta dos 14, 15 anos. Mas tem os extremos, tem aqueles que começam com 9, e já peguei gente aqui que começou com 46.

Entrevistadora: Entendo. Mas comumente você vê que é mais adolescente, né?

Participante 3: Isso.

Entrevistadora: Entendo. E tem alguma droga que você percebe que é mais comumente consumida?

Participante 3: No geral que a gente vê, começa na adolescência com maconha, depois progride para cocaína e dependendo da estrutura da pessoa, acaba chegando no crack. Mas essas três, maconha, cocaína e crack, são os que mais aparecem. No álcool, o álcool por ser lícito, às vezes ele acaba, as pessoas acabam, tipo, menosprezando a interferência dele no abuso de outras substâncias. Mas também para no meio, álcool, maconha, cocaína e crack.

Entrevistadora: Entendo. E assim, como você disse da questão da estrutura, você poderia descrever mais ou menos quais são as características psicológicas dos atendidos? Quais são os comportamentos mais frequentes, situação de vida que eles encontram, o que eles costumam apresentar nesse primeiro contato, ou até mais pra frente mesmo?

Participante 3: Geralmente ou são pessoas que vivem numa família que não funciona muito bem, né? Tem um funcionamento inadequado, meio caótico desde a primeira infância, e aí a progressão acaba sendo para uma vivência fora de casa, que leva ao abuso de outras instâncias, né? Às vezes são algumas situações de, como eu posso dizer, conflitos mesmo.

Inter geração por trás ali na família, né? Não tem, assim, uma motivação característica, porque a gente percebe isso. Famílias que não funcionam muito bem, né? Falta de suporte para funcionar mesmo, né? Essa coisa de não ter um acompanhamento, as pessoas acabam experimentando, porque os atendidos estão fazendo, e aí, enquanto vai com esse atendido, já está muito, né?

Entrevistadora: Entendo. e os atendidos percebem que estão doentes quando eles buscam um atendimento, e como é a adesão deles ao tratamento? Por parte deles, por parte da família também?

Participante 3: Uns que chegam aqui, a maioria, já entendem que tem um problema. Estão doentes, muitos já frequentaram o grupo de apoio, né? Acontece que a adesão não é linear, sabe? Mas, sabe, eles oscilam bastante aquela questão da ambivalência entre querer acatar, assim, mas não conseguir dar conta, nem só da abstenção, não conseguir dar conta, às vezes, de uma situação adversa da vida, conseguir dar conta de uma situação de ansiedade, e acabarem voltando ao uso da substância por conta desses desconfortos da vida, né?

Entrevistadora: Entendo.

Participante 3: Porque a adesão, ela é muito vai e vem, ela é muito irregular, como estamos

Entrevistadora: E você percebe que tem algum fator que contribui para eles começarem o uso, ou darem continuidade para o uso?

Participante 3: Eu acho que tem a questão da dependência, que fica inclusiva, da fisiologia ou fator de uso de substância, que fica muito difícil. Mas é isso, né, como eu já disse, geralmente eles têm muita dificuldade com frustração, com perdas, com... Se comportar diversas com a vida geral. E aí tudo é motivo, às vezes até uma situação de alegria, de conquista, eles entenderam, né e como a vida gira muito por causa de fazer uso da substância, da dor ou da alegria. E dentro desse processo terapêutico, trabalha bastante essa questão das emoções, para lidar com essas emoções? Sim, é uma tentativa que a gente faz. Mas geralmente são pessoas que estão muito desconectadas, né, do que eu sinto, do que eu gosto, do que eu quero, né? Elas estão sempre muito.. Deixa eu ver o que eu vou fazer para colocar o computador aqui. Esqueci de colocar. Elas estão sempre muito nessa perspectiva de estarem buscando algo fora delas, para enfrentar a vida integral.

Entrevistadora: Entendo. E com relação ao transtorno, você percebe que tem algum transtorno que ele é mais frequente ou que se desenvolve em consequência da dependência?

Participante 3: É, a gente se depara muito com transtornos de personalidade, questões de ansiedade, depressão e pensando em diagnóstico nosológico, né? Mas também tem algumas situações que aí acaba sendo, que a gente fica naquela dúvida. Se foi a dependência que se enfadou, ou se já tinha aquele transtorno de base e acabou lançando uma dúvida de substância para dar conta daquilo. Mas tem muita esquizofrenia, né? Algumas pessoas com síndrome do pânico, que aí o uso de substância não resolve o problema, mas desloca, né, aquela angústia, aquele incômodo para o efeito da substância.

Entrevistadora: Entendo. E assim, entrando nessa questão do transtorno, muitos desses transtornos que às vezes os psicólogos relatam, ele também tem muito link com o que se trabalha no CAPS comum, né? Aqui na cidade, a gente tem CAPS AD e logo em frente já tem o CAPS adulto. E aí, qual que é a diferença, qual que é o objetivo que o CAPS AD tem que difere do CAPS comum?

Participante 3: Então, no CAPS AD a gente foca bastante na questão do uso da substância. Os transtornos que a gente chama de base, porque muitos dos sintomas dos transtornos sem o uso de substância, eles foram muito parecidos com os sintomas do uso de substância. Então, no CAPS AD, o holofote geralmente é para o uso de substância. Quando a pessoa já está há algum tempo sem usar, né, que ela continua o tratamento com o rosto, há algum tempo sem fazer uso da substância, está conseguindo entender que ela não precisa mudar o estilo de vida, e aí os médicos, que aí acaba sendo mais uma intervenção medicamentosa, acabam conseguindo colocar o foco, digamos assim, nesse outro transtorno.

Entrevistadora: Então, mas ainda se mantém dentro da unidade do CAPS AD?

Participante 3: Sim, a gente aqui tem uma dificuldade grande nesse intercâmbio com o CAPS AD. Porque eles entendem que a pessoa por ter feito substância, ela sempre é um usuário em potencial. E aí a gente acaba mantendo essa pessoa aqui, geralmente quando é uma tarde

séria, há um tempo considerável e que já não precisa mais estar aqui, a gente acaba dando alta para ela continuar o tratamento medicamento uso e não ver se, né?

Entrevistadora: Entendo.

Participante 3: Ela tem que ser um CAPS AD.

Entrevistadora: Entendo. E como que o CAPS AD tenta promover a saúde na vida dos atendidos?

Participante 3: Então, eu entendo que os grupos terapêuticos têm essa função, né? Tipo, colaborar para que a pessoa possa experimentar um jeitão diferente de funcionar, né? Estando aqui conosco e poder replicar isso para sua vida, promover saúde, promover uma interação saudável, né? Ao mesmo tempo, a gente tem aqui grupos que sim vão falar de questões de adoecimento, de como cuidar de algumas enfermidades, né? Para que não progrida. Por exemplo, um dos grupos que eu faço, determinados momentos, eu falo dos adoecimentos que envolvem o uso de álcool, para que esse conhecimento, numa próxima situação de uso, possa, quem sabe, impedir de retomar por não querer vivenciar aquele adoecimento. E a própria participação em grupo nessas situações, faz com que as pessoas às vezes se deparam com outro paciente que está justamente vivendo aquele adoecimento. Então, ela tem que concretizar aquela possibilidade. É muito comum com alcoolistas, por exemplo, né? De terem comprometimentos diversos, e aí quando eles chegam aqui e que participam de algum grupo, eles já falam do quanto que tem tido dor na perna, de quando teve um ou outro, teve problema no fígado e por aí vai, né? Então, eu acho que a promoção, ela fica muito a critério, fica muito, ela é realizada através desses grupos, né? Porque a gente tem a sensação de tentar promover um pouquinho isso.

Entrevistadora: Entendo. E, assim, voltado para o psicólogo, quais objetivos vocês têm no trabalho de vocês dentro da instituição? Tem um objetivo fixo ou é algo montado para cada paciente? Como funciona o objetivo?

Participante 3: É. É sempre um tipo de algo, né? Tanto que o projeto terapêutico, se chama projeto terapêutico singular, que a gente tem que entender o que que funciona para cada um. Não dá para a gente fazer um jeitão de funcionar que vá dá conta de todo mundo, porque às vezes tem pessoas, por exemplo, que vem para cá e tem uma estrutura de família, de vida, tem um trabalho. Então, para essa pessoa, um projeto terapêutico, ele pode ser pensado de qualquer maneira. Inclusive, fora daqui, de repente é uma pessoa que tem possibilidade de acessar o lazer, de acessar uma prática da tipologia física fora do carro. Talvez com essa pessoa seja mais no sentido de orientar, de conscientizá-la da importância de ampliar o projeto de vida fora do carro. Agora, tem outras pessoas, por exemplo, uma pessoa em situação de rua, que é a que vem, que ela tem que estar inserida para estar a maior parte do tempo em um ambiente protegido, né?

Entrevistadora: Entendi. Ser uma pessoa que trabalha, que não tem uma rotina estabelecida. E qual a importância que você enxerga da psicologia para promoção da saúde? A gente tinha comentado da promoção da saúde no geral, né? Mas e na psicologia, como você enxerga isso?

Participante 3: Eu enxergo nesse sentido, justamente de você... Para olhar para o indivíduo, um pouco do percurso dele na vida. Eu sempre brinco com os pacientes de fazer provocações, né? Como é que ele pensa a vida daqui, x tempo né? De tentar resgatar uma coisa que eles perdem muito, a credibilidade deles, neles mesmos. Então, acho que promover a saúde é ajudar os indivíduos. Que, apesar do uso de saúde, fazer parte da história de vida deles, não precisa ser a história deles. Que eles podem fazer essa mudança de estilo de vida e conseguir seguir.

Entrevistadora: E você percebe que tem algum gatilho que eles trazem ou que estimula o uso?

Participante 3: Há muitos, né? Como eu já disse, para algumas pessoas, é alguma frustração, algum conflito. Tem pessoas que... Problemas, conflitos interpessoais, conflitos conjugais. Tem pessoas que o simples fato de ter dinheiro em ambos é um gatilho. Então, às vezes as pessoas chegam aqui e estão desempregadas. E elas ficam à margem, um, dois meses, que querem um almoço tão pago. Que precisam sobreviver. Mas aí, aquele salário é um problema, porque aí a pessoa recebe um pagamento. E já entra numa situação de fatura para usar as instâncias.

Entrevistadora: E como é que é trabalhado esses gatilhos, assim, com uma equipe multidisciplinar? É mais voltado à psicologia que trabalha?

Participante 3: Não, essa questão dos gatilhos, muitos profissionais acabam tendo conhecimento e podem orientar. Porque isso pode aparecer no atendimento psicológico ou na recepção da unidade. Enquanto equipe, qualquer um vai trabalhando no sentido de que essas pessoas reconheçam, identifiquem os gatilhos e possam ter estratégias para lidar. Então, assim, a pessoa que tem dificuldade de bater o almoço, precisa pensar se tem alguém da família que poderia receber esse pagamento. No dia do pagamento, um cara, a Deus dará, né? Assim, aí, recebe o pagamento, vai no banco, saca e fica. Então, de repente, tem ali uma estratégia para lidar com esse conflito de uma maneira em geral, ou mesmo uma situação de fissura, aquele desejo intenso por fazer uso da substância. A gente tenta fazer com que essa pessoa desenvolva mecanismos. Olha, dá para você fazer uma estratégia de respiração, porque a gente sabe que a fissura é uma curva, que ela cresce, depois ela atinge com a ápice, depois ela ataca. Então, são feitas essas orientações e práticas internas para que essa pessoa desenvolva a habilidade de lidar com isso.

Entrevistadora: Entendo. E, assim, você mencionou que em relação a esse gatilho, às vezes, algum suporte pode auxiliar, né? Como, por exemplo, alguém que possa receber um salário e tudo mais. Então, de que forma vocês, psicólogos, podem auxiliar as famílias dos atendidos, que geralmente é uma fonte de suporte, né?

Participante 3: Então, aqui, no CAPS, a gente tem um grupo de família que é um espaço, esse grupo não sou eu e faço, é um espaço que a gente disponibiliza para os familiares trazerem as suas indústrias. E, ao mesmo tempo, poderem ser orientados de como eles podem lidar com esse familiar. Mas não é um grupo que eu faço, esse grupo é feito por uma assistente social e por uma das fisioterapeutas.

Entrevistadora: Entendo. E, assim, você percebeu alguma contribuição da família durante o processo de atendimento? Como, por exemplo, como pode estar ajudando? Como que a família pode ser tão funcional, assim, para o usuário, dentro da unidade e fora, também, né?

Participante 3: A questão da família é uma situação complicada. Porque, dependendo do nível de tempo que a pessoa está em uma circunstância, é uma família que também está adoecida, né? Então, tem famílias que são muito adequadas, que são parceiras, que apoiam o tratamento, mas tem famílias que são gatilhos, que dão o tempo do mundo, lembrando do passado, o plano de situações desfavoráveis, aquelas habilidades que aquele usuário trouxe para a família. Então, sim, a família pode ser um suporte importante, mas a gente precisa lembrar que, às vezes, eles já estão também no limite deles, né? E aí, abrir esse espaço para um grupo de família é nesse sentido de, ok, traga para cá as suas justas para a gente ver como a gente consegue ajudá-los a manejar isso, né? Para que não fique tão tendo, nem só o apoio, nem só a crítica. Entendo, aí é uma forma de conciliar também, né? Um auxílio, um suporte para a família e também para o usuário também, né?

Entrevistadora: Entendo.

Participante 3: É, às vezes a gente precisa fazer ajustes de expectativas, porque a família chega aqui achando que a pessoa começou a tomar um remédio, ela está curada e nunca mais vai haver uma recaída, não vai ter um lapso. Então, também poder participar desse grupo é uma forma de poder orientar e ajustar as expectativas. É assim, a recaída faz parte do processo, mas não significa necessariamente que a pessoa não tem mais jeito, não tem mais jeito, porque ela é meio orgânica, ela tem força de vontade, né?

Entrevistadora: Entendo. E tem algum trabalho que é realizado especificamente para a família? Como é que ele é realizado? Você tem alguma técnica que psicólogos ou outros profissionais usam nas intervenções?

Participante 3: É, o trabalho que tem é esse grupo de família, agora, a técnica, o que a gente realiza é uma roda de conversa, é um diálogo, né? Um espaço que as pessoas possam falar o que elas têm vontade e as pessoas que realizam o grupo fazem as intervenções que elas acharem, que elas julgarem necessárias.

Entrevistadora: Entendo. Quem realiza é a assistente social e a fisioterapeuta, né?

Participante 3: Isso.

Entrevistadora: Elas são aplicadas todos os dias, tem algum dia específico?

Participante 3: Não, esse evento de família acontece às quartas-feiras, uma vez por semana.

Entrevistadora: Entendi, e tem algum trabalho em relação à reinserção social e se tem, como funciona?

Participante 3: Não, não tem. O trabalho, você fala, de geração de renda, de encaminhamento do mercado de trabalho? Não, é mais assim, porque a gente entende que muitos indivíduos, muitos dos usuários, acabam ficando reclusos da sociedade após o uso, né? Também foi percebido que em algumas unidades do CAPS, a gente via que tinha muitos que às vezes até estavam em situação de rua. E aí, após o tratamento, se se mantém no tratamento, se há alguma orientação para se reinserir na sociedade? Não, a gente não tem. Quer dizer, seria um trabalho nesse sentido, né? De dizer que qualquer pessoa tinha ali uma dinâmica, uma rotina de trabalho, de conteúdo social. A gente tenta fazer isso através dos grupos e as pessoas que têm família, à medida que elas voltam para o convívio familiar, isso pode ser possível, né? Essa reinserção. Mas fica muito a critério dessas pessoas que têm família, as pessoas que estão em situação de rua. Até porque, assim, é muito difícil uma pessoa permanecer em situação de rua e conseguir aderir ao tratamento de uma maneira consistente. A maioria das pessoas que vivem em situação de rua, elas oscilam muito, né? Entre estar aqui, abandonar, depois voltar, né? Ao longo dessa minha estadia aqui no CAPS, eu me lembro de um paciente que vivia em situação de rua e que, até onde eu soube dele, que conseguiu sair do uso e recobrar minimamente o funcionamento. Mas é uma pessoa que tinha profissão, tinha de alguma maneira um histórico familiar. É uma pessoa que depois de um tempo, eu acho, se não me engano, recebeu uma herança e, por conta disso, conseguiu retomar a vida, né? Mas quando é uma pessoa muito carente, uma condição às vezes até cognitiva, muito precária, dificilmente ela consegue.

Entrevistadora: Entendi, e em relação à infraestrutura atual da instituição, você percebe que ela possibilita atendimento adequado para os pacientes?

Participante 3: Não. A situação fundamental aqui no município está bem precária. Falta cumprir o que estabelece a legislação. Tanto em termos de espaço físico quanto em termos de funcionamento. Aqui no CAPS é tempo. Eu posso falar por aqui, né? Então, talvez se a gente tivesse uma outra condição de trabalho, melhorasse um pouquinho a adesão, a frequência, né? Mas também se encaretar, como é que a gente fala.

Entrevistadora: Entendo. E com relação a isso, tem alguma estratégia que vocês, profissionais ou até mesmo os próprios atendidos, conseguem utilizar para superar alguns desses obstáculos?

Participante 3: Não, porque são decisões de gestão. Não cabe, a gente pode até solicitar, mencionar a importância, mas é a gestão que tem que entender. E conseguir recursos para que essas coisas aconteçam.

Entrevistadora: Você percebe que tem muita dificuldade na comunicação entre vocês que trabalham no CAPS e a gestão?

Participante 3: A gente tem uma gestão local que é através da qual a gente leva as informações para as outras instâncias. Eu não teria exatamente dificuldade de comunicação, não. Eu acho que são outras variáveis.

Entrevistadora: E você percebe que essa questão prejudica muito o andamento dos tratamentos?

Participante 3: Eu percebi que poderia melhorar. Não dá para dizer, porque não tem isso, a gente não consegue efetivamente trabalhar. A gente poderia melhorar. A gente poderia ampliar, por exemplo, muitos projetos terapêuticos.

Entrevistadora: E com relação ao vínculo terapêutico entre o paciente e o psicólogo, você percebe que isso promove uma atenção para a saúde, o vínculo?

Participante 3: O vínculo é a base do nosso trabalho. Se a gente não consegue estabelecer o vínculo, dificilmente a pessoa fica e dificilmente a pessoa acredita. A pessoa segue o que a gente orienta. Quando a pessoa não se vincula, ela aparece uma, duas vezes e some.

Entrevistadora: Entendo. E tem alguma forma, alguma estratégia que vocês encontram, alguma técnica para poder estar fazendo a criação desse vínculo, tanto com os psicólogos e os pacientes, como os outros profissionais também?

Participante 3: Não sei se é propriamente técnica, mas a premissa básica do atendimento psicossocial é ter uma postura acolhedora. A pessoa chega aqui, ela não precisa ser julgada, criticada, culpabilizada. Ela precisa ter uma pessoa que vai tentar compreender os cumprimentos dela e dentro das nossas possibilidades ajudar. Às vezes tem algumas pessoas que a gente começa a fazer um enfrentamento maior e aquilo não é favorável. A gente amacia um pouco porque a sociedade lá fora já faz isso, a gente precisa tratar todo mundo a fé e o

fogo. Se um paciente chega e tem o mesmo tratamento, não tem porquê ele ficar aqui. Então, quando você me pergunta de técnica, eu penso que é isso, essa postura acolhedora, essa postura não julgadora, é um espaço que a pessoa pode trazer as suas dores, as suas angústias, de qualquer natureza, para que a gente não repita e reproduza aquilo que a sociedade já tem de uma maneira geral.

Entrevistadora: Em relação ao trabalho multidisciplinar, como que é a unidade, como que ele funciona, como que ocorre a troca de informações entre vocês?

Participante 3: O mecanismo que a gente tem são as reuniões de equipe, mas a gente está junto o tempo todo e aí, dependendo da situação, a gente pede auxílio àquele profissional. A psicologia é bastante demandada, porque tem essa questão do imaginário geral de que a gente vai tirar o coelhinho da cartola e resolver tudo. Mas tem algumas situações de, por exemplo, aqui a gente tem médico, médico, psiquiatra, terapeuta ocupacional, fisioterapeutas, enfermeiras. Então, tem algumas situações que eu recorro. Recentemente, estou com um paciente que está investigando uma fibromialgia e a gente tem uma fisioterapeuta na unidade. Aí eu pedi para essa pessoa, avalia essa pessoa para mim, vê de que maneira você poderia, de repente, orientá-la a algum alongamento ou alguma postura para dormir mesmo, que fosse desfavorável para as dores do paciente. Então, a gente tem essa troca constante. O paciente chega com uma queixa de algum adoecimento, de repente dá para pedir para a enfermagem fazer uma escuta com essa pessoa ou orientar. Então, assim, é essa troca frequente que a gente vai fazendo com base na especialidade.

Entrevistadora: Então, além de uma comunicação, ainda tem as reuniões também, né?

Participante 3: Isso.

Entrevistadora: E com relação a algumas dificuldades que vocês enfrentam no dia a dia para ser superada na realização tanto do seu trabalho como de outros trabalhos também, como que vocês lidam e como isso pode estar prejudicando, até mesmo que nem você falou dessa paciente, né? Então, tipo assim, se depara com alguma dificuldade, alguma coisa aí, como que vocês fazem para lidar?

Participante 3: Acho que um dos maiores desafios é em relação às pessoas que não têm um suporte familiar, que estão, às vezes, em situação de rua, que os outros equipamentos de saúde não têm esse olhar tão acolhedor e tão que facilite o assento dessa pessoa. Então, às vezes a pessoa vai no posto de saúde por uma situação X, só que por ser usuário de substâncias, por terem, às vezes, um conto claro de álcool ou drogas, ela já não é tão bem tratada. É como se o usuário de substâncias não tivesse dor de dente, não ficasse gripado, né? E aí essas pessoas acabam ficando muito vinculadas ao nosso serviço e não conseguem transitar em outros equipamentos de saúde. Além de outras políticas públicas que aqui no município estão um pouco engessadas, né? Tipo política de existência social, que a gente não consegue fazer com que o paciente, por exemplo, em situação de rua, acesse um abrigo, que ele possa ficar lá o dia todo. Então, os desafios são essas coisas que a gente não tem solução a dar e que essa pessoa poderia se beneficiar caso ela acessasse.

Entrevistadora: Entendo, entendo. A gente finalizou as perguntas que a gente tinha. Tem alguma coisa que você gostaria de acrescentar? Até mesmo uma reclamação ou algo que você vê de muito positivo também no serviço? Algo que você gostaria mesmo de acrescentar?

Participante 3: Não, eu acho que você perguntou tudo que era importante. E eu espero que siga para aí o trabalho que vocês estão realizando. Eu não sei como é que fica depois, se eu tenho um feedback ou não a respeito dessa conversa.

PARTICIPANTE 4

Entrevistador: Olá, boa tarde, tudo bem?

Participante 4: Tudo sim e com você?

Entrevistador: Tudo bem, qual é seu nome?

Participante 4: Me chamo G.

Entrevistador: Ah que legal, vou fazer com você a entrevista para o meu TCC, ele é em grupo e ela tem o intuito de coletar informações. Lembrando, que se tudo bem pra você, será gravado para que possamos ouvi-la novamente, transcrever e passar para o TCC, tudo bem?

Participante 4: Claro, tudo bem sim! Pode ser que os meus cachorros participem em alguns momentos.

Entrevistador: Quem vai participar com a gente aqui também vai ser meu gato, tá? Eles estão mais tranquilos, está friozinho, estão dormindo.

Participante 4: Aqui também é bem parecido.

Entrevistador: Então, o nosso TCC, ele é em grupo. Sou eu e mais três meninas, estamos falando sobre o CAPS AD, a atuação do psicólogo dentro do CAPS AD. A entrevista que a gente montou, foi em grupo mesmo, Nós quatro montamos na intenção de entender um pouquinho melhor como funciona o CAPS AD. E aqui em a gente tem uma unidade, conseguimos entrevistar alguns psicólogos, só que ainda muito escasso, assim, para o TCC, então a gente está procurando na redondeza, né? Então, as nossas perguntas são perguntas todas semi estruturadas, se você quiser acrescentar algo para a gente também é muito bem-vinda, tá bom?

Participante 4: Tá bom.

Entrevistador: Então, me fala um pouquinho de você, como é a sua atuação, como que foi a formação, a sua idade.

Participante 4: Eu tenho 27, eu sou formada em psicologia aqui pelo Anchieta e sou formada em políticas públicas também. E eu comecei no CAPS em 2018, no programa CAPS AD daqui, ele tem um programa de estágio multidisciplinar remunerado. Então, eu em 2018 comecei como estagiária, e em 2020, quando me formei, sou convidada para ficar como Psi. E aí, desde então, eu tô aí no CAPS. Ano passado, em abril, eu assumi um projeto de redução de danos no território. Então, hoje eu sou psicóloga do CAPS AD, mas não atendo só lá dentro, hoje, praticamente, meus atendimentos todos são nas cenas de uso, com usuários em uso de substância no território.

Entrevistador: Entendi. E sempre foi um plano você trabalhar com o CAPS?

Participante 4: Não. Na realidade, eu fui fazer psicologia porque eu trabalhava numa escola e eu queria muito ser psicóloga infantil. E aí trabalhar com adultos, muito menos homens. A clínica no CAPS, pelo menos no CAPS que eu trabalho, a gente tem majoritariamente homens. Mas eu sempre fui alguém, apesar de querer muito trabalhar com criança, alguém que sempre teve muito interesse por psicologia social. E aí eu já fazia um trabalho com voluntariado, com pessoas em situação de rua, muito diferente do que eu faço hoje no CAPS. E aí, quando eu soube da vaga, surgiu essa oportunidade, eu fiquei meio sem saber o que era, porque não sei a sua formação. Mas a minha formação, a gente teve uma matéria de saúde mental onde o CAPS foi citado. Então, quando eu cheguei mesmo no Caps para estagiar, eu não sabia muito bem o que era. E eu fui aprendendo muito na prática. E aí eu fui me identificando muito. Como eu já tinha esse histórico dessa relação com população e situação de rua, apesar do CAPS a gente não atender só pop e rua, eu fiquei muito interessada. Hoje em dia, meu trabalho de território acaba acompanhando mais pessoas que estão mais nessa relação com a rua. Então foi algo que eu fui descobrindo conforme eu fui tendo contato com a prática. Eu brinco que o CAPS, ou você gosta muito e você se identifica e gosta, ou você não volta mais. É um trabalho de muito investimento.

Entrevistador: Entendi. E em relação aos atendidos, que faixa etária você percebe que eles costumam ter o primeiro contato com a substância?

Participante 4: Primeiro contato com a maioria ainda na adolescência. Principalmente com o uso de bebida alcoólica. Você percebe que a maioria começou consumindo álcool e aí foi aumentando pra outras coisas. É muito difícil. No tempo que eu tô no CAPS e até mesmo as pesquisas vão apontando isso. É muito difícil você achar um usuário de substância, por exemplo, de cocaína, de crack, que não faz uso de bebida alcoólica. Quando a gente pensa num usuário de múltiplas substâncias, ou até mesmo de cocaína, ou até mesmo de crack, nunca é só crack, ou só cocaína. O álcool sempre perpassa a vida do sujeito e é normalmente a primeira substância que a galera começa a usar na vida.

Entrevistador: E assim, as drogas mais comumente consumidas, então você percebe que é mais o álcool mesmo? Ou tem alguma outra que você perceba que ela é mais frequente?

Participante 4: No nosso CAPS a gente tem majoritariamente usuários de álcool, depois usuários de crack, cocaína, maconha, e agora a gente tá tendo muitos usuários do cannabis de álcool sintéticos, né, as drogas cassas. Na realidade, assim, o uso, a maioria dos usuários

acabam tendo uma relação mais prejudicial com o álcool, ou de forma mista, né, cocaína, álcool, crack, álcool.

Entrevistador: Entendi. E em relação a características que você percebe, características psicológicas que eles têm ou comportamentais, algumas características que você percebe que é bem latente, assim, vem com bastante frequência?

Participante 4: Hoje em dia, no meu trabalho no território, o que a gente percebe muito são pessoas com humor bastante deprimido, assim. O CAPS aqui, ele é um CAPS que atende muita população em situação de rua. Mas de forma geral, acho que as questões de humor, assim, ansiedade, depressão, são bastante latentes na clínica. Seguido aí pelos transtornos de personalidade. Pelo menos na minha trajetória dos pacientes que eu acompanho, assim, né, é lógico, a gente tem uma galera que tem algumas questões, quando você fala, assim, né, de comportamento.

É uma clínica muito perpassada pela violência. Então muitos homens que reproduzem questões de assédio, questões de violência mesmo verbal, racismo. Eu acho que em questão de problemática, assim, que atravessa muito a clínica, acho que a violência tem estado muito presente no nosso cotidiano. Tanto das pessoas que vêm para atendimento que estão vítimas de múltiplas violências, como também pessoas que chegam para o atendimento e reproduzem com outros usuários e com a gente, com os profissionais também, muitas formas de violência. E aí, assim, o que hoje a gente tem atendido majoritariamente homens, ainda são poucas as mulheres que acabam chegando ao CAPS. Acho que por ter um estigma maior do que significa ser uma mulher, usuária de substância, mas também o CAPS é até algo que a gente, enquanto equipe, tem refletido muito, como deixar o CAPS um espaço mais confortável para as mulheres de serem. Visto que é um espaço muito masculino, às vezes as mulheres não se sentem bem lá dentro, porque está duas mulheres para 20 homens. Então a gente tem pensado em algumas estratégias, tipo, a gente vai implementar agora duas vezes no mês, a gente vai ter um espaço de convivência só para mulheres, não vai ter homem nesse dia. E aí a maioria dos homens são homens dos 30 aos 50 anos.

Entrevistador: Entendi. E que nem você mencionou nessa questão da violência, que ela é bem presente ali, em relação a isso que você também mencionou sobre as mulheres, você percebe que isso pode ser também o motivo delas não frequentarem, de repente essa questão mais da violência?

Participante 4: Eu acho que sim, nem tanto de uma violência física ou uma violência física, mas assédio, os olhares dos homens, o jeito que às vezes os homens assediam as mulheres que estão aqui, entendi.

Entrevistador: Entendi, e acaba gerando até um desconforto provavelmente.

Participante 4: A maioria das mulheres que chegam ao CAPS tem um histórico também nas suas vidas de muita violência, ou de terem sofrido violência doméstica ou violência sexual, e aí estar num contexto também, que tem muitos homens e muitos momentos faz essas mulheres reviverem essa violência sofrida. Então é algo que a gente enquanto equipe tem refletido muito em como mediar essas relações, para que as mulheres de fato sintam confortáveis. A mesma coisa acontece com a população LGBTQI, é uma população que também chega menos que as mulheres no CAPS de outra parte, a gente encontra elas se a gente for até o território, mas elas pouco, a população pouco chega até o CAPS também.

Entrevistador: Entendi, e assim você percebe que quando eles chegam até você ou até outros profissionais, você percebe que eles já chegam percebendo que eles estão doentes, que eles precisam de tratamento?

Participante 4: O cuidado no CAPS, ele é um cuidado que tem que se dar no desejo da pessoa que nos busca, ele é um cuidado de liberdade, então a gente não obriga que a pessoa se cuide, a gente não interna ninguém à força. Então assim, a maioria das pessoas que chegam ao CAPS chegam desejando um cuidado, chegam conseguindo dizer que está tendo prejuízos por conta da relação com a substância, então sim, a maioria das pessoas que chegam até o serviço se colocam disponíveis, lógico, algumas ou outras vão acompanhadas às vezes por familiares, e acabam só indo porque às vezes esses familiares estão ali insistindo, e aí nesses momentos a gente tem que ter uma abordagem mais cuidadosa, até para não romper o sigilo do que essa família traz, do que esse usuário traz, e aí nesses momentos a gente precisa ter de fato um investimento maior nessa pessoa, porque às vezes ela não está indo por ela, às vezes ela está indo mais pelo outro, por uma companheira ou por um familiar, por uma mãe, por um pai, às vezes na base da troca, então ou você se cuida ou você vai embora de casa, então

esses motivadores para o cuidado, que não são o cuidado em si, às vezes aparecem, e aí a gente tem algumas ofertas para cuidar disso, como o grupo de família, atendimentos individuais para essa família e para esse usuário, e ajudando ele a entender, o que será que sua família entende que você precisa desse cuidado e você não? O que será que está acontecendo aí de fato?

Agora se a gente for parar para ver, eu agora sou uma psicóloga de território, então quando a gente vai para o território atendendo as pessoas que não chegam ao CAP, não é elas que estão procurando cuidado, é o cuidado que está ali sendo oferecido, a gente precisa ir tendo um pouco mais de calma, de paciência para construir esse vínculo com a pessoa até que ela chegar ao CAPS, porque às vezes se a gente chegar no território e falar, olha, a gente é do CAPS AD, vocês querem conhecer o CAPS, todo mundo vai dizer que não, porque eles não foram lá buscar a gente, a gente que está indo lá no território deles, então nesses casos quando a gente vai para o território, a gente vai primeiro vinculando, a gente se apresenta, a gente entrega água, se mostra disponível para conversa, então é um investimento de mais tempo, até que a pessoa de fato entenda o sentido de se cuidar e aceite ir até o CAPS.

Entrevistador: Essa é a primeira entrevista que fazemos em que a gente conversamos com um psicólogo que atende em território, acredito também que tenha um pouquinho de impacto em referência ao tamanho da cidade, então na verdade nem era mencionado que existia um profissional que fazia isso. Referente a essa questão do território, você chega a fazer um acompanhamento naquele mesmo lugar que você vai, ou você vai uma vez, tenta executar um trabalho ali, depois você senta com alguma equipe e conversa sobre o retorno, como que seria?

Aqui eu não sei, aí está com quantos mil habitantes?

Participante 4: Nossa, agora você fez uma perguntinha boa, eu sei que a gente está crescendo bastante, que está crescendo bastante empresa, está aumentando a cidade, mas eu acho que está com 200 mil, eu acho. Espera, vou pesquisar, aqui tem quase 500 mil habitantes, e a gente tem um CAPS AD só aqui que é um CAPS AD 3. A gente está com o CAPS AD 1, e a gente tem o psicossocial mesmo. E aí não é tão diferente daqui, aí tem menos habitantes do que aqui.

Entrevistador: Então, e aqui quando a gente entrevistou todos os profissionais, os psicólogos daqui de Limeira que a gente entrevistou, não tem esse trabalho territorial. Então, eles fizeram uma troca aqui, era em um bairro, aí levou para a área central da cidade, na intenção de que mais pessoas tivessem acesso, mas e até o território onde se encontra mais pessoas que fazem uso?

Participante 4: Também não. Aí tem 308 mil habitantes, no censo de 2020, faz um tempo já, aqui tem 430, então a gente tem um número maior de habitantes. O CAPS AD 3 funciona 24 horas e a gente tem 10 leitos para crise, então a gente faz internação breve no CAPS, que são para essas situações de crise. Internações voluntárias, na maioria das vezes, com no máximo 14 dias de permanência. Mas só para cuidar da crise mesmo, depois a gente vai fazer outras ofertas de cuidados. O CAPS AD, todos deveriam, na política, trabalhar a partir da política de redução de danos. E aí, para melhor exemplo da política, a gente tem no CAPS AD, e deveria ter em outros CAPS ADs, o profissional redutor de danos, que é esse profissional que vai até o território e ele vai na cena de uso, ele vai no morro, ele entrega preservativo para a galera, ele instrui como não se machucar enquanto faz o uso, não se queimar. Por exemplo, quando a pessoa vai fumar pedra de crack, entrega protetor labial, então é esse profissional. Aqui no CAPS AD a gente nunca teve redutores de danos, é um CAPS que existe desde dois rios, e aí ano passado implementamos essa equipe de redução de danos, que aí são três redutores de danos e eu como psicóloga. E a gente, de fato, já é um território muito extenso, já era para a cidade ter dois CAPS, em vez de um, devido ao tamanho, e a gente só atua hoje no centro da cidade, porque a equipe de dentro já faz visita, então assim, a equipe já faz, já vai no território, já orienta, já volta, então essa ação mais rápida a equipe já faz, sempre fez. A proposta da gente ter uma equipe de redução de danos é para de fato estar com processualidade no território, então por isso que a gente é uma equipe que só atua no centro, e aí a gente fez todo o mapeamento de território, então a gente sabe onde ficam as malocas, a gente vai até lá, e a gente consegue ter processualidade, sim. Então, por exemplo, tem os bares que a gente acompanha, e malocas, e grupos que a gente acompanha mais de um ano, acho que essa é uma diferença, o meu trabalho como psicóloga, eu atendo individualmente no território, sentada na calçada, sentada no papelão, tem alguns dos bares que eu consigo fazer alguns atendimentos, mais da área da psicologia, porque estão muito deprimidos, então eu vou

conseguindo fazer isso no território, mas a proposta é que a gente utilize e atenda o grupo. Então, a proposta é um trabalho que a gente utiliza muito, a psicologia social, a psicologia à leitura de grupo, então a gente de fato prioriza por ter qualidade e constância e permanência, presença nos atendimentos, processualidade, então a gente até poderia atender o dia inteiro, mas aí a gente faria um atendimento assim, uma vez por mês eu veria aquele usuário ali lá, então por isso que essa equipe, pelo tamanho que ela tem, como são nós quatro e um motorista, Somos em cinco, a gente de fato só consegue atender o centro da cidade com a qualidade que faz sentido para o nosso trabalho.

Entrevistador: Entendi. E você mencionou bastante essa questão de, às vezes, deles estarem deprimidos, deles em questão da ansiedade também, em relação a transtorno mais frequente que você vê são esses, uma depressão, uma ansiedade, mas você acredita que eles se desenvolvem diante do uso ou é algo que eles já vinha dentro deles, mas aí conforme o uso foi intensificado?

Participante 4: Majoritariamente na minha avaliação são questões relacionadas, são multifatoriais, mas eu não enxergo muita questão direta com o uso da substância, na verdade o uso da substância vem mais como uma forma de manejar esse humor deprimido ou essa ansiedade do que de fato é causadora dela, então é o que a gente percebe. Muita falta de vínculos significativos, rede de apoio, então são pessoas com rede de apoio que vão se fragilizando ou já foram muito, muito frágeis desde o início. Pessoas com um longo histórico de violência e negligência sofridas tanto pela família como pelo Estado, então os usuários de substância, majoritariamente negros que sofrem com o medo do CAPS que eu atendo, a população do CAPS que eu atendo ela tem classe social e ela tem cor, então são pessoas que sofrem com muito estigma, com muita violação de direito, sofrem bastante violência policial, violência de Estado, então hoje nos casos que eu vou acompanhando no território eu percebo muito esse humor deprimido por conta desse contexto de violência e de vulnerabilização.

Entrevistador: E você acredita que assim de repente trabalhando ao trabalhar a sociedade, essas questões sociais, você percebe que talvez diminuiria o impacto que eles têm nesse ambiente violento e você acha que mesmo alterando a sociedade não alteraria a violência que nós sentimos?

Participante 4: Eu acho que a questão das drogas não é só uma questão das drogas, ela é um produto social, porque as pessoas, isso não só a população que frequenta o CAPS, mas porque a gente enquanto ser humano tem a necessidade de se entorpecer para passar por alguns processos de vida. Eu acho que a gente precisa de uma grande reforma na estrutura social na qual a gente vive, a gente vai falar de feminismo, de machismo, de estruturas fascistas, do próprio racismo, então assim, eu creio sim, é o tópico essa pergunta que você me fez, mas se a gente pudesse fazer uma reforma da estrutura social, com certeza a gente não teria tantas pessoas no uso radical de substâncias, a gente precisa começar a cuidar do ser humano nesse sentido.

Entrevistador: E assim, você acredita que existe uma diferença entre o CAPS AD e o CAPS comum? Você acredita que eles são complementares, que existe uma diferença?

Participante 4: É uma boa pergunta, é uma boa briga hein? Tem autores e profissionais que dizem que não tem porque existir um CAPS AD, que tudo poderia ser cuidado no CAPS geral, e tem profissionais que concordam com isso. E tem autores e profissionais que vão dizer que se precisa das duas modalidades, né? O que eu acho? Eu acho que a gente poderia ter uma única modalidade de CAPS, por que eu digo isso? Porque o CAPS geral, ele vai atender pessoas com um sofrimento psíquico sem fazer uso de substâncias, que não fazem uso prejudicial de drogas. No CAPS AD, eu brinco, a gente atende tudo, porque não é porque a pessoa que faz uso de substâncias que ela deixa de ter esquizofrenia, que ela deixa de ter um sofrimento psíquico causado por um transtorno obsessivo-compulsivo, que ela deixa de ter, tem muitas comorbidades no CAPS, né? Então assim, tem pessoas que a gente consegue, falando em diagnóstico, enquadrar num diagnóstico de transtorno por uso de substâncias, mas tem muitas pessoas que a gente vai, a clínica dela nos ensina muito, porque a gente vai atender o psicótico, a gente vai atender os transtornos de personalidade, né? Então assim, a reforma psiquiátrica, ela é tão inclusiva, mas quando a gente fala de uso de substâncias e outros sofrimentos, ela se divide, né? E são usuários que têm muito preconceito entre si, né? Então quem só tem um transtorno mental outro chama o que usa droga de noia, o que só usa droga chama o que não usa, mas tem um transtorno mental maluco.

Então assim, eu acho que a gente poderia trabalhar mais junto e mais unificado, assim, sabe? Porque é isso, no CAPS adulto não se atende quem é essa substância, mas no CAPS AD se

atende tudo, né? Não é porque as pessoas usam substâncias que elas deixam de ter outros transtornos, né? Ou de terem momentos de um sofrimento psíquico muito agudo, né?

Entrevistador: É, e assim, até uma pergunta assim que me vem é, por exemplo, vocês estão atendendo em atendimento, você citou, por exemplo, a esquizofrenia, né? Tá atendendo um paciente, esse paciente ele faz uso de substância ele tem a esquizofrenia, e aí se ele for até o CAPS comum, o CAPS adulto, ele vai chegar lá e ele vai ser encaminhado para o CAPS AD, e aí vocês vão precisar lidar com a esquizofrenia e com a dependência, né? E aí às vezes, de repente, o mesmo consegue um lugar para ele ir, uma referência ele vai, porque de repente, nessa questão, eu estou adoecido, ainda tenho que ficar procurando e numa dessa, já é difícil buscar ajuda, né? E aí quando chega até lá para poder buscar ajuda, aí tem que ficar passando de um canto para o outro.

Participante 4: Sim, é uma grande briga, porque a gente no CAPS AD, a gente tende a acolher, né? Pelo menos no CAPS AD que eu trabalho, a gente nunca, a gente pelo menos faz dois atendimentos para entender que aquele caso não é nosso, mas a gente é muito cuidadoso com isso. E tem um estigma para o uso da substância, né? Então essas pessoas, quando falam que usam drogas num CAPS geral, por exemplo, o olho da galera regala desse tamanho, aí parece que ninguém sabe atender, né? E aí encaminham, né? E às vezes esse usuário corre o risco de ficar num ping pong, o que é muito ruim, né? Lógico, nesses casos onde tem ali uma esquizofrenia, por exemplo, um transtorno de personalidade muito grave e um uso de substância, o que a gente tenta fazer, mas eu não vou mentir, é um desafio, essa conversa entre equipe de CAPS AD e equipe de CAPS geral.

Entrevistador: Existe uma comunicação entre vocês ou...?

Participante 4: Existe, existe. Não é uma conversa fácil de se fazer, né? Porque o ideal para essa pessoa é que os dois serviços trabalhassem juntos e a atendesse, né? Ela poderia muito bem fazer um atendimento no CAPS AD e ela poderia ter os dois lugares, né? Ter esse apoio, né? Em alguns casos isso acontece, em outros é mais difícil, principalmente quando o uso de substância é um uso muito radical, a gente tem bastante dificuldade de conversar com a equipe dos CAPS adultos, assim, né? Ele tem muita dificuldade de atender, seja por uma falta de técnica, né? E a gente também é uma equipe que poderia ajudá-los nessa construção da técnica, mas seja muito por um pluralismo, muitas vezes, né? De ter medo mesmo do usuário que usa droga, né? De também ter os seus preconceitos atravessados. Voltando novamente na questão social, né? Que a gente estava mencionando, né?

Entrevistador: E em relação à promoção à saúde, como você percebe, assim, que o CAPS AD promove a saúde para os atendidos? Tá. Você está falando de promoção de saúde...Da saúde mental, né? Geral mesmo. Em relação até à qualidade de vida, como que você percebe, assim, que é essa promoção à saúde?

Participante 4: Tá. Eu vejo o CAPS muito como um lugar de pontes, sabe? Porque às vezes as pessoas que vão no CAPS, elas não vão conseguir parar de usar droga, e às vezes elas não vão querer parar de usar, né? Mas o que não dá é pra droga ser a única relação na vida dessa pessoa, né? E por isso que quando você fala em promoção de saúde, saúde mental, pra mim, é... Ressoa em expansão de relações, de vínculos, né? Bem do conceito de saúde mesmo, né? Saúde não é uma coisa só, são muitas coisas. Então assim, quando um usuário, ele sai para o uso, pra ir no CAPS participar de uma piscina de futebol, participar de um esporte, ter outra relação, então o CAPS, ele tá sendo ponte para outro prazer, pra outra relação que não é só vindo da droga, né? Então, pra mim, o CAPS atua muito na promoção de saúde sendo ponte para que o sujeito retome algumas relações da vida, né? Amplie esses prazeres, mesmo que ele não deixe de usar droga, mas que ele consiga fazer outras coisas da vida, além de usar a substância. Pra mim, essa coisa da saúde vai atuando nesse sentido.

Entrevistador: E assim, quais são os objetivos que vocês, os psicólogos da unidade, tem para promoção da saúde? Quais objetivos vocês visam para conseguir atingir, por exemplo, essas pontes para que ele tenha mais vertentes e repertórios, além do consumo da droga?

Participante 4: A gente no CAPS, a gente trabalha a partir do projeto terapêutico singular, que é uma ferramenta da nossa relação com o usuário. Nele a gente vai considerar a nossa avaliação, então, poxa, uma pessoa ali que tá com a rotina de vida muito empobrecida, tem conseguido fazer muitas atividades de vida diária, a gente vai colocar isso em questão nesse projeto. A gente também vai ouvir do atendido, quais são os desejos dele, o que ele tem desejo

de retomar na vida, o que ele tem desejo de experimentar, de fazer de novo, o que na história de vida dele no passado já fez sentido e possa ajudá-lo novamente agora. Então, esse projeto terapêutico é uma costura entre o que eu avalio enquanto profissional e o que uma pessoa também deseja na vida, o que ela tá afim de experimentar junto. O CAPS propõe um cuidado que é colaborativo, então a gente precisa desse atendido, desse usuário, e aí não é usuário de substâncias, é usuário do CAPS, a gente precisa desse usuário também participando e protagonizando de que jeito ele vai querer o cuidado dele. E aí a gente enquanto psicólogo, a gente tem que fazer um treino pra gente não psicologizar tudo. Sabe aquele psicólogo que interpreta até o jeito que a pessoa respira? A gente tem que tomar um cuidado porque a nossa análise tem que fazer primeiro sentido pro outro, então a gente tem que estar muito atento, muito se auto-observando pra não se antecipar e muito observando que o outro vai colocar. Então é um projeto construído muito junto com essa pessoa é muito singular. Então nos usuários que eu atendo, eu tenho projetos diferentes para cada um deles. Tem usuário que eu sou mais participativa porque pede um pouco mais naquele momento, tem usuários que eu tomo mais uma posição de uma escuta mais ativa, de um acolhimento. Na minha praxe enquanto psicóloga, algo que eu faço muito, eu sou analista do comportamento, algo que eu faço muito com os casos que eu acompanho é acompanhamento terapêutico. Então vamos juntos em tal lugar, vamos hoje fazer o nosso atendimento em vez da gente sentar e conversar. Hoje a gente vai junto fazer aquela atividade que você tanto gosta.

Entrevistador: Entendi, entendi. E qual a importância da psicologia para promoção? Você percebe que a importância está dentro desse movimento de de repente ele reconhecer o ambiente que ele está? Como você reconhece a importância da promoção? Onde você encontra essa importância?

Participante 4: No CAPS a gente trabalha numa equipe multiprofissional. E às vezes o que eu tento na minha prática é que o psicólogo, o psiquiatra são quase os protagonistas dessa equipe, quando na verdade não deveriam ser. A gente trabalha muito junto, mas eu acho que o papel do núcleo da psicologia dentro do CAPS vai poder trazer, vai ajudando o sujeito a conseguir nomear algumas coisas que ele já viveu ao longo da história e que ele só passou por elas. Então eu acho que o nosso papel enquanto psicólogo é ir dentro do CAPS com pessoas às vezes muito violadas. Às vezes os usuários de drogas são tomados como objetos, eles são despersonalizados pelo sistema. É isso que a mídia fala, é só pegar e levar todo mundo pra uma internação. Então eu acho que o nosso trabalho enquanto psicólogo nesse contexto correspondido, a maioria dos usuários são tidos na vida como objetos, a família interna, eles nunca conseguem falar por eles, eles até se assustam quando eles chegam ao CAPS e falam o que você deseja desse cuidado? Nossa, mas você tá me perguntando o que eu desejo? Então acho que o psicólogo tá nesse lugar de ter aquela leitura mais sensível pro fenômeno que outras profissões não vão ter, pra ajudar o outro a nomear, a nomear o próprio desejo, a nomear o que está sentindo, a construir repertório, porque isso é muito da psicologia, a gente entender que em repertório aquele sujeito conseguiu construir o longo da vida e porque que às vezes a droga entra numa resolução de um problema, muitas das vezes entra de uma forma de aliviar sofrimento. E aí é o nosso papel também de ir com essa pessoa construindo outros repertórios e jeitos de resolver os problemas e lidar com sofrimentos, de ressignificar pra mim é muito esse lugar.

Entrevistador: Entendi. E assim, em relação aos atendimentos, tem algum gatilho, algum principal gatilho que você percebe que estimula eles a de repente às vezes usar ou de repente a recaíram?

Participante 4: Olha, o que eu percebo nas pessoas que eu acompanho é um baixo repertório de habilidades sociais e de... como é que eu vou dizer? E de variabilidade comportamental, de não variar muito o comportamento. Porque às vezes são pessoas que não conseguem resolver os problemas e aí, numa frustração por não saber lidar com aquele sentimento, abusam do uso da substância. Então eu percebo que às vezes o que dá gatilho para um uso mais acentuado é essa questão de ter um baixo repertório de resolver os problemas, de não tolerar a frustração, de não tolerar a falha. E aí vai com muito desejo pras coisas e aí quando falha no trabalho, vai lá, usa um monte. Ou tá indo bem ali num relacionamento amoroso, esse relacionamento acaba e aí essa pessoa muda o recurso da droga para tentar resolver isso. Então é uma das coisas que eu mais percebo, essa inabilidade de lidar com aquilo que dá errado na vida.

Entrevistador: Entendi. E tem um trabalho assim pra trabalhar essa questão desse repertório que você percebe que pode ser um gatilho? Vocês buscam trabalhar com eles?

Participante 4: Eu acho que isso é um dos maiores pilares dos projetos terapêuticos, né? Porque não, a pessoa também se frustra e às vezes eles têm até vergonha de me falar pra gente que poxa, eu falei que eu não ia usar tudo aquilo e eu usei tudo aquilo de novo, né? E aí a gente vai tendo uma conversa bem a gente é bem gentil porque eles precisam inclusive saber que a relação com a gente, né, a relação terapêutica conosco, né, tolera inclusive a falha deles. Então tudo bem falhar, a gente vai estar aqui de novo. Eu gosto nesses momentos, por exemplo, de alguém que às vezes tem muita dificuldade de lidar com conversas difíceis, por exemplo, com a família. A gente se coloca disponível para mediar essa conversa, pra estar junto, né, pra que se ele receba alguma resposta muito difícil da família, a gente estar ali enquanto apoio, né? Eu gosto muito do recurso do acompanhamento terapêutico. Eu acho que ele é um dos maiores dispositivos da gente se poder construir repertório na vivência com outro ali.

Entrevistador: Entendi. Bacana. E de que forma vocês, a psicologia dentro do CAPS AD, você enxerga que pode auxiliar as famílias?

Participante 4: Tá. A gente tem um grupo de família inclusive no CAPS, onde duas... onde que usou uma? Uma assistente social, faz o grupo junto. Muitas vezes a gente percebe que as famílias são a grande questão do sofrimento dessas pessoas, né? Às vezes, são vínculos muito rompidos, ou mães, pais, muito superprotetores que nunca deixaram essas pessoas fazerem escolhas, né? E aí a gente trabalha muito nessa questão dessa orientação familiar, né? O CAPS, ele não oferece, não tem o costume de oferecer, por exemplo, psicoterapia pra família, né? Quando a gente entende que algum familiar, uma mãe, um pai, uma esposa, um companheiro, né? Precisa de um acompanhamento psicológico, a gente normalmente encaminha pra equipe do NASF, que é uma equipe que atende nas UBS, que tem psicólogo. A gente encaminha pra uma clínica-escola. O papel do CAPS, com essas famílias, está em promover um espaço de escuta, um acolhimento breve, né? E até mesmo algumas orientações parentais. A gente também faz isso. O auxílio seria mais assim, um momento de escuta ali, faz um acolhimento, escuta, mas também um encaminhamento para outras áreas que talvez seja mais efetivo. Seria assim? Outros espaços de cuidado para essas famílias, né? O CAPS dele vai ficar, a gente tem um grupo de família, onde essas famílias podem ir e ter trocas entre eles. De situações vividas, um grupo que as famílias podem compartilhar coisas juntos, né? Então o CAPS abre esse espaço. E aí, sempre que a família precisa de uma mediação com esse usuário, a gente se expande, precisa estar junto, estar nessas conversas, né? Mas a gente entende que aquele familiar está muito fragilizado e precisa também, não só cuidar desse papel parental, mas também cuidar de si enquanto pessoa, né? Enquanto subjetividade. Aí a gente faz esses deslocamentos, esses encaminhamentos. Entendi. E qual a contribuição da família que você percebe da família durante o processo de atendimento? Por exemplo, como pode ajudar o usuário fora da unidade, né? Como que você percebe? Acho que é muito importante.

Entrevistador: Até na questão territorial, você percebe que, de repente, aonde você tá em suporte pro paciente ali naquele momento? A família tá junto ali naquele lugar? Acontece de, de repente, a família estar no mesmo ambiente? Ou você percebe que não?

Participante 4: Não. A família nuclear, assim, família sanguínea, não. No território, são pessoas muito rompidas com as famílias, assim, né? E aí elas vão constituir outra família, né? A família da rua, né? Que tem vínculos muito mais, às vezes, fortalecidos e muito mais de proteção do que a família de núcleo, assim. E assim, lógico, quando essas pessoas, isso não é todo, né? Muitos têm família, a família é uma rede de apoio, é disponível. Quando, de fato, a gente encontra famílias disponíveis a estar nesse projeto de cuidado junto, isso faz toda a diferença pro caso. É toda a diferença. Tanto é que, assim, se a gente fizer uma pesquisa, e até tô pensando na minha prática, a maioria das pessoas que começam a mudar do uso de substâncias são pessoas que passam a fazer esse abuso por conta de vínculos familiares muito conflituosos. Então, quando a família topa estar junto, é outra coisa, assim, né? A gente percebe o usuário mais empenhado no tratamento, a gente percebe a pessoa fazendo um uso menos prejudicial, aumentando os projetos de vida, né? Então, assim, o vínculo significativo de afeto é algo que faz muita diferença no cuidado quando a família se dispõe a estar junto, de forma positiva.

Entrevistador: E assim, com relação a técnicas, quais são as técnicas que vocês utilizam dentro das intervenções, tanto dentro do CAPS como fora também?

Participante 4: Acho que tem algo que é transversal a todos os profissionais do CAPS, psicólogos ou não, que é ter muito conhecimento sobre a prática de redução de danos, entender o que ela é pra conseguir orientar o usuário. Pra gente, CAPS, algo que o CAPS é um

cuidado que ele não é pra ser ambulatório, né? Ambulatório, marco na minha agenda, vem o paciente, atendo nas salinhas, tchau, chama outro paciente, o cuidado do CAPS não é pra ser ambulatorial, ele é pra ser comunitário e coletivo. Então, a gente, CAPS, eu, por exemplo, eu uso muita prática de grupo, de leitura de grupo, dos papéis grupais, né? Importante pra mim, quando eu chego, por exemplo, numa cena de uso, entender quais são os papéis que aquelas pessoas ocupam ali. Quem assume o papel mais de liderança e de proteção, quem assume mais um papel de porta-voz daquele grupo, quais são os bodes expiatórios que aquele grupo encontra, né? Que às vezes pode ser uma pessoa, às vezes pode ser a droga, às vezes pode ser a comunidade, às vezes pode ser uma outra relação ali. É algo que, na minha prática no CAPS, que a gente usava muito, usa muito pra algumas atividades, é o formato de grupo operativo, de onde a gente construiu ali o significado da atividade junto com as pessoas. Então, na minha prática, essa leitura de grupo faz muita diferença.

Entrevistador: Entendi. E assim, existe um momento para cada técnica, ou você pensa assim, não, vamos por uma quarta-feira, vou sentar aqui, eu vou pensar, o que eu vou fazer pra essa semana? Na próxima semana eu penso, ou não, é algo definido e vocês pensam mês a mês, semana a semana, como é que os momentos que elas são aplicados?

Participante 4: Então, a gente tem o planejamento, então tem atividades que são fixas, tem atividades e atendimentos que são fixos no território, então a gente já sabe que toda quinta-feira a gente atende a plana digital, né? E aí o atendimento dessa, a gente tem reuniões semanais, onde a gente conversa, discute e pensa, de fato, o atendimento de cada um e qual intervenção seria mais interessante junto, né? Às vezes é mais interessante uma intervenção do redutor de danos, às vezes é mais interessante uma intervenção mímica ou psíquica, então vai dependendo muito do caso. Então a gente tem essas ações fixas, a gente faz tenda de redução de danos, então às vezes rolam algumas atividades de grupo, isso a gente consegue planejar, mas tem momentos que a gente também precisa ser mais flexível para entender o que aquele território, que aquele grupo, que aquele usuário precisa naquele momento. E aí nesses momentos a gente vai formar muito a escuta ativa, a observação, eu uso muito o diário de campo na minha prática, né? Então de observar, de anotar coisas que eu observei, de anotar o jeito que eu me senti com determinada coisa que aconteceu, né? O diário de campo é uma técnica da antropologia e da psicologia social, né? Então a gente também, nesses momentos que não tem nada muito estruturado, que a gente de fato vai percebendo o que aquele usuário precisa, o que aquele grupo precisa, a gente vai tomando uma postura de acolhimento, de escuta ativa, né?

Entrevistador: Entendi. E assim, o trabalho de reinserção social, por exemplo, você percebe que vem fazendo um acompanhamento e aí essa questão de voltar a trabalhar com a sociedade, interagir com a sociedade, como que funciona? E quais são os resultados que você percebe que traz pra você assim em relação aos trabalhos de reinserção?

Participante 4: Pra mim é a parte mais bonita do trabalho, né? O CAPS é um equipamento de média complexidade, então a gente vê muitas pessoas com um uso muito intenso, com sofrimento psíquico muito intenso, em crise, e aí o trabalho da reabilitação psicossocial é o mais bonito porque ele é o que consegue fazer com que a pessoa tenha esperança, assim, né? Em outras ações da vida, né? Então, por exemplo, tem um caso que eu acompanho que ele tá na rua desde os 8 anos de idade, usuário de múltiplas ações, principalmente crack e álcool, e ele tinha o sonho de ser palhaço, e a gente consegue levar ele no Sesc, no circo, numa atividade de circo que tinha, e isso é uma atividade de reabilitação psicossocial, né? Entrar em contato com um lugar que ele não sabia nem que ele podia beber água no bebedouro, né? Então o fato de eu ir com ele e falar, você pode beber água aqui, tá pra todo mundo, tá pra mim, tá pra você, né? Ele se apropriou de um espaço que ele não frequentava, né? Ir num shopping, né? O que significa para alguém tão estigmatizado poder entrar num shopping, comprar uma roupa? Então a gente vai emprestando essa contratualidade que a gente tem, né? Eu, pra eu terminar aqui com você, pegar meu carro e ir ao shopping, comprar uma roupa, ninguém nem vai me olhar, né? Talvez um atendido meu que vá num shopping, ele seja olhado, inclusive parado pelo segurança né? Então, ir junto, né? E emprestar a contratualidade social que eu tenho pra essa outra pessoa é importante. Os CAPS, eles têm projetos de geração, entrada de trabalho e renda dentro dos CAPS, feito pelos CAPS, dentro ou em centros comunitários, né? Onde a gente tem oficinairos e profissionais trabalhando com os usuários, né? Seja numa atividade de costura, seja numa atividade ou, né? Essas pessoas vão à feira de

artesanato e vão vender o seu produto, né? Olha que legal, ele não é mais aquele usuário de craque, ele é o produtor de uma caneta estampada vendendo o produto numa feira de artesanato, né? Isso é reabilitação social porque a gente constroi em um outro lugar, né? Um outro papel social para que essa pessoa se reconheça também. Então, é a parte mais bonita e mais gostosa do trabalho, né? Você pode dizer pra aquela pessoa que você atende, olha, você é muito mais do que um usuário de álcool, olha, você é muito mais do que um usuário de craque, né? Você também é bom em pintura, né?

Entrevistador: Que bacana. E entra até naquela questão de repertório, né? Então, começa a criar um repertório para além do consumo da droga, né? E em relação à infraestrutura atual da instituição, você percebe que ela possibilita um atendimento adequado pros atendidos?

Participante 4: Sim, o CAPS, ele é o único CAPS administrado por uma ONG, por uma OSC, Organização da Sociedade Civil. Os outros CAPS, são todos administrados pela prefeitura, né? Então, por exemplo, eu não fiz concurso pra trabalhar no CAPS, eu sou contratada CLT, né? A OSC, que não é uma realidade de todas as OSCs, mas a OSC que eu trabalho, né? Que gerencia o CAPS, é uma instituição muito preocupada com a qualidade das coisas. Então, por exemplo, a gente tem uma equipe enorme. Então, a gente não é uma equipe, muitas vezes que a gente vê, né? O OSC sucateia a equipe, né? A gente tem uma equipe completa no CAPS. Nós somos muito psicólogos, né? Duas terapeutas ocupacionais, duas assistentes sociais. Acho que temos seis enfermeiros, mais de dez técnicos de enfermagem. A gente tem um profissional da educação física, né? Então, a gente tem bastante equipe, assim. Eu acho que a gente fala de um lugar de privilégio desse CAPS da Z, né? Aqui os prontuários são eletrônicos, o que exige que o local que a gente trabalha... Passou a ser eletrônico esse ano. Então, a gente tem um sistema no CAPS. Antes era só papel. E aí, nessa transição, a gente precisou de computador, né? Então, acho que triplicou a compra de computadores. Então, a gente consegue todo mundo evoluir. A gente vai fazer uma atividade com usuários de culinária. A gente consegue ter acesso a esses materiais que precisam ali de forma muito rápida. Então, assim, eu falo de um lugar de privilégio. Eu sei que não é a realidade da maioria dos serviços. É bem diferente. A gente tem verba, por exemplo, o dinheiro pra comprar material para oficina. Então, a gente tem uma oficina de autocuidado. E a gente vai com os usuários. A gente compra creme, comprar maquiagem, comprar máscara para fazer skincare. A gente tem uma oficina de futebol. A gente conseguiu comprar uniforme pro time do futebol. Por ser uma OSC, eu avalio que é uma instituição que faz um bom uso do dinheiro público, mas a OSC também tem a via da doação, né? Então, a gente consegue doação de empresas. Então, isso faz com que a gente também tenha um pouco mais de recursos para fazer essas compras, né? A nossa festa junina, por exemplo, a gente recebeu uma doação grande do supermercado Tauchi pra conseguir fazer a festa, né? Então, tem essas facilidades também.

Entrevistador: E aí, quando vocês se deparam com algum obstáculo, vocês conseguem esse suporte, de repente, de doação ou até mesmo da própria OSC mesmo?

Participante 4: Sim. A maioria é por doação. Acho que algo que é muito diferente onde eu trabalho é que a nossa coordenação é uma coordenação muito acessível. A gente tem duas coordenadoras que são muito disponíveis, assim, desde atender junto com a gente, se a gente precisar, até de nos ouvir. Então, acho que isso é uma grande diferença. Elas são muito acessíveis, muito abertas.

Entrevistador: Vocês conseguem uma comunicação para relatar se, de repente, tem um problema, se acontece alguma coisa, vocês conseguem falar sobre? Vocês conseguem ter um meio de comunicação, né? E em relação a suporte, assim, porque é um trabalho que ele quer ou não exige muito. Então, assim, você percebe que existe um suporte, assim, pra vocês? Como funciona?

Participante 4: A gente tem supervisão de equipe duas vezes ao mês. Então, a gente tem um supervisor clínico-institucional, né? Que vai pro CAPS pra cuidar dessas relações entre os trabalhadores, pra gente discutir os casos, mas pra gente também - Acho que isso é uma parte, mas eu acho que é indispensável, assim, o cuidado na psicoterapia, assim. Eu não conseguiria sustentar o meu trabalho no CAPS porque a gente lida com histórias muito difíceis, né? Com muitas violências, seja ouvindo a violência que o sujeito já passou, que às vezes são histórias muito fortes, seja sofrendo assédio desse usuário, né? Seja recebendo essa violência. A gente tem um espaço aberto pra falar disso, né? De como a gente se sentiu frente à violência no CAPS, mas eu acho que o cuidado individual é indispensável, assim.

Entrevistador: Entendi. E, assim, em relação ao vínculo, de qual maneira você percebe que o vínculo terapêutico entre o paciente e vocês psicólogos, né, favorece a promoção à saúde?

Participante 4: É o principal meio de trabalho, né? A gente quer que, se seja no consultório ou seja no CAPS, a nossa principal ferramenta de trabalho é a relação, né? E como a gente consegue se vincular com o outro, assim, então acho que o vínculo é o nosso principal objetivo, né? Quando chega esse usuário no CAPS é a gente estar disponível para construir vínculo, né? E isso se faz a gente ouvindo o outro, a gente sendo, né, tendo também aquela coisa da compaixão, da generosidade em ouvir a história do outro. Ninguém sabe melhor da própria história do que o próprio atendido. Isso significa que a gente consegue criar vínculo com todo mundo, não, né? Tem pacientes que eu não consigo me vincular, né, que é difícil. E aí vem outro profissional e se vincula, né? Então, até por isso que é importante no CAPS a gente ter uma equipe multi, a gente ter uma equipe diversa, né? Porque não é todo mundo que se vincula comigo da mesma forma que se vincula com o outro, né? O vínculo é a principal ferramenta de intervenção, né?

Entrevistador: Entendi. E dentro do território, vocês vão apenas psicólogos ou vai uma equipe multidisciplinar?

Participante 4: Então, a equipe de território é composta por mim e pelos redutores de danos. Quando precisa, né, e quando a equipe consegue se organizar, a gente, às vezes algum caso é necessário, a gente consegue levar terapeuta ocupacional junto ou assistente social junto, né? Mas no território, sim, a equipe de fato é só composta por esses dois núcleos, né? Psi e redutor de danos, mas se necessário a gente convida os outros colegas também pra estar junto.

Entrevistador: Entendi. E na unidade vocês têm um trabalho multidisciplinar, né? Você sabe dizer quais são os profissionais que tem?

Participante 4: Sim, a gente tem então psi, médicos psiquiatras, técnico de enfermagem, enfermeiro, terapeuta ocupacional, assistente social, educador físico, eu não deixo pensar se eu estou dizendo ninguém, falei né, enfermeiro, técnico, PO, assistente social, psi, educador físico, médico psiquiatra. E aí a gente tem as recepcionistas, né, da parte administrativa a gente tem as recepcionistas, temos as auxiliares de limpeza, temos os redutores de danos, né, e alguns estagiários. Hoje a gente tem um estagiário de psi, um estagiário de serviço social e um estagiário de educação física.

Entrevistador: Entendi. E vocês chegam a fazer reuniões assim, todos vocês pra conversar ou faz assim cada um com a sua área? Como funcionam as reuniões?

Participante 4: Olha, seria ótimo se a gente tivesse reunião de núcleo, né, então os psi se reúnem, as TOs, mas a gente infelizmente assim não consegue por conta da rotina, né, a gente tem semanalmente uma reunião geral. Então a gente toda quarta-feira, no período da tarde, a gente fica em reunião da uma às sete da noite.

Entrevistador: Entendi. E, quais as principais dificuldades que você percebe, assim, dentro da realização do trabalho?

Participante 4: Dentro da relação ao trabalho. Eu percebo, é, alguns profissionais do CAPS AD ainda têm, às vezes, uma leitura moral também, né, não é porque a pessoa trabalha no CAPS AD que ela não vai ter preconceitos, né, então eu percebo que às vezes, apesar de terem alguns profissionais dentro do CAPS AD, que estão no CAPS AD, às vezes essa questão, de algumas falas, algumas condutas manicomialis ainda acontecem, né, de tutela. Então acho que isso, de decidir pelo usuário, então acho que isso ainda é um desafio. E a falta ainda de profissionais que é isso, assim, né, eu fui me especializando estando no CAPS AD, né, e aí eu acho que é, tem uma lacuna aí em todas as formações, né, a psicologia ainda é um pouco privilegiada, mas se você for ver, assim, um técnico de enfermagem, um enfermeiro nos seus cursos, tiveram um pouco de saúde mental, muito menos de uso de substância, então eu acho que é uma lacuna da educação aí no geral, né, de poder de fato olhar para as grades curriculares dos cursos e investir nessa temática, assim, dessa formação.

Entrevistador: E tem uma forma, assim, que a equipe consegue lidar, de repente, com essas ideias ou com essas dificuldades?

Participante 4: Sim, a gente tem espaços que a gente chama de educação continuada, então nessas reuniões de quarta-feira, às vezes, por exemplo, eu que tenho uma formação em política pública, trabalho mais diretamente com a população em situação de rua, planejo uma apresentação e apresento, a gente às vezes se reúne para ler coisas juntos, né, então isso que a gente chama de educação continuada, e em alguns momentos a própria instituição é,

consegue chamar alguém para dar um curso, para dar uma formação, isso também acontece para preencher essas lacunas.

Entrevistador: Bom, chegou no final as perguntas, tá bom? Muito, muito, muito obrigada, foi muito, muito incrível, assim, a reunião muito completa, você sanou muita dúvida, trouxe muita coisa nova também que nos outros CAPS que a gente entrevistou não tem, ainda mostra para a gente que é também uma esperança, né, de a gente conseguir evoluir mais, a gente conseguir prestar um atendimento cada vez melhor, então foi muito, muito gratificante essa entrevista, agradeço muito a sua participação, tá bom?

Participante 4: Obrigada, eu que agradeço, acho que vocês estão fazendo, acho que quando terminar a pesquisa, né, se tiverem ali o material, acho que vai ser interessante se você puder compartilhar para a gente, né?

Entrevistador: As pessoas que estou fazendo as entrevistas sempre falam, para passar um feedback para a gente saber como é que é, então assim, eu pego, transcrevo, mando para o grupo, aí a gente está montando o nosso TCC, a gente finaliza agora o final do ano o nosso TCC, então com ele todo pronto a gente pretende encaminhar para todos os psicólogos com quem a gente conversou para que eles possam ver o trabalho pronto, porque claro que teve uma participação muito efetiva de vocês, né, então vale muito a pena que vocês vejam como que ficou o projeto no final. Muito obrigada, viu?