

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL VOLTADO PARA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS (CAPSad): OS DESAFIOS DA CONSTRUÇÃO DE UMA CLÍNICA AMPLIADA

Daniela Ribeiro Schneider

Universidade Federal de Santa Catarina

danischneider@cfh.ufsc.br

Mônica Girardi Cerutti

Universidade Federal de Santa Catarina

monicerutti@gmail.com

Marina Teixeira Martins

Universidade Federal de Santa Catarina

marina.teixeira.martins@gmail.com

Viviane Hultmann Nieweglowski

Prefeitura Municipal de Florianópolis

viviane_hultmann@yahoo.com.br

Resumo

A inserção da psicologia no campo da saúde é recente e, por esse motivo, a função e o papel do psicólogo nos níveis de atenção à saúde não tem ainda uma definição clara. O presente artigo é um relato de estágio em Psicologia da Saúde que tem como objetivo propor a reflexão sobre as possibilidades de atuação da Psicologia no Centro de Atenção Psicossocial, voltado para álcool e outras drogas – CAPSad. O estágio foi realizado no CAPSad Continente, Florianópolis entre agosto de 2010 a julho de 2011. Faz-se um apanhado do funcionamento desse serviço e uma contextualização da Reforma Psiquiátrica Brasileira e do Sistema Único de Saúde (SUS) e discussões sobre a atuação do psicólogo. Identifica-se que a inserção da Psicologia nos CAPSads está em construção, o que tem possibilitado mudanças na qualificação de seus processos. Conclui-se, com base na revisão de literatura realizada, que há certo desconhecimento, por parte dos psicólogos, das possibilidades de ações dentro do contexto das políticas públicas de saúde. Indica-se a importância da efetivação de uma clínica ampliada nesse contexto, já que precisamos considerar o sujeito em suas múltiplas dimensões e ter uma atenção integral à complexidade do fenômeno dos problemas relacionados ao uso de drogas.

Palavras-chave: CAPSad. Atuação do psicólogo. Funcionamento do serviço. Psicologia da saúde. Clínica ampliada.



Esta obra está licenciada sob uma [Licença Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

THE ROLE OF THE PSYCHOLOGIST IN THE CENTER OF ATTENTION PSYCHOSOCIAL FOCUSED ON ALCOHOL AND OTHER DRUGS (CAPSad): THE CHALLENGES OF BUILDING AN EXTENDED CLINIC

Abstract

The inclusion of psychology in the health field is recent and, therefore, the function and the role of the psychologist in the levels of health care does not yet have a definition clear. This article is a reporting internship in Health Psychology which is objective to propose a reflection on the performance possibilities of Psychology Center Psychosocial Care, turned to alcohol and other drugs - CAPSad. The internship was carried CAPSad Continente, Florianópolis from August 2010 to July 2011. It is an overview of the functioning of the facility and a contextualization Brazilian Psychiatric Reform and the Unique Health System (UHS) and discussions about the psychologist. Identify that the inclusion of psychology in CAPSads is under construction, which has fostered changes in the qualification of their processes. In conclusion, based on literature review conducted, there is a certain ignorance on the part of psychologists, the possibilities for action within the context of public health policies. Indicates the importance of effecting expanded in a clinical context, since we need to consider the subject in its multiple dimensions and have a full attention to the complexity of the phenomenon of problems related to drug use.

Keywords: CAPS ad. Psychologist's actuation. Operation of the service. Health psychology. Clinical enlarged.

INTRODUÇÃO

O Governo Federal, por meio do Programa Nacional de reorientação da formação profissional em saúde (PRÓ-SAÚDE) vem implementando políticas de inclusão social que têm expressões concretas nas áreas sociais, especialmente na Saúde e na Educação, visando qualificar os profissionais para a atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). Com isso, buscam garantir a implementação de um sistema de saúde de qualidade para todos. Diante disso, foi criado o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET). Este, tem como característica ser um instrumento de qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como aos estudantes dos cursos de graduação na área da saúde, de acordo com as necessidades do SUS, tendo em perspectiva a inserção das necessidades dos serviços como fonte de conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino. Sendo assim, o estágio ora relatado insere-se dentro destas políticas de educação em saúde.

O CAPSAD (Centro de Atenção Psicossocial – álcool e outras drogas), onde foi realizado este estágio, é um dispositivo da política nacional de saúde mental e da Política de atenção integral aos usuários de drogas do Ministério da Saúde, inserido na atenção secundária do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo considerados a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. Tem por finalidade oferecer atendimento à população com problemas relacionados ao uso de substância psicoativas, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social.

Reforma Psiquiátrica

¹A Reforma Psiquiátrica, influenciada pela vertente Italiana (BASAGLIA, 1982) e pela “História da Loucura” de Foucault (1991) surgiu no final dos anos 1970. O país vivia um momento em que o modelo de assistência, centrado nos hospitais psiquiátricos, estava em crise e, além disso, havia um forte movimento que lutava pelo resgate da cidadania e dos direitos humanos dos pacientes psiquiátricos, através de práticas de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2005; ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006).

Os movimentos sociais, sobretudo o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental, passam a denunciar a violência dos manicômios, a mercantilização da loucura, a hegemonia

¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

de uma rede privada de assistência e “a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais”(BRASIL, 2005, p.7).

No ano de 2001, foi aprovada a Lei 10.216 que redireciona o modelo assistencial em saúde mental no Brasil e busca garantir a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Vale destacar, que essa Lei tem origem em 1989 quando o deputado Paulo Delgado defende a regulamentação dos direitos a essas pessoas e a diminuição progressiva dos manicômios no país. Ainda neste contexto, ocorre, em 1963, a III Conferência Nacional de Saúde Mental que “consolida a Reforma Psiquiátrica como política de governo, confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental voltada para os usuários de álcool e outras drogas”(BRASIL, 2005, p.8).

Neste sentido, a Política de Saúde Mental propõe a substituição do hospitais psiquiátricos por uma rede de atenção à saúde mental formada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), residências terapêuticas, ambulatórios de saúde mental, centros de convivência e cultura, emergências psiquiátricas em hospitais gerais e atendimento na atenção básica. Foi estabelecido, pela Declaração de Caracas¹, que essa rede é de base comunitária, fazendo-se necessário buscar a emancipação das pessoas com transtornos mentais através de outros espaços oferecidos pela comunidade em que o serviço de atenção à saúde mental está territorializado (BRASIL, 2005).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) possuem um papel estratégico na articulação dessas redes e na construção de uma política de saúde mental. Cabe aos CAPS oferecer o acompanhamento clínico e possibilitar a reinserção social dos usuários no trabalho, comunidade, família a partir de práticas intersetoriais (socio sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas). Além disso, o CAPS deve dar suporte à atenção à saúde mental na rede básica através do trabalho conjunto com as equipe de saúde da família e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2005).

O Sistema Único de Saúde oferece cinco tipos de CAPS, diferenciados pelo porte, pela capacidade de atendimento e pela clientela atendida. São eles:

1) CAPS I: Atendem adultos com transtornos mentais severos e persistentes. São os centros de menor porte, oferecidos a municípios com população entre 20.000 e 50.000 habitantes.

A atuação do psicólogo no centro de atenção psicossocial voltado para álcool e outras drogas (CAPSAD): os desafios da construção de uma clínica ampliada

2) CAPS II: Atendem adultos com transtornos mentais severos e persistentes. São serviços de médio porte, oferecidos a municípios com mais de 50.000 habitantes.

3) CAPS III: São serviços para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes. São os centros de maior porte, oferecidos a municípios com mais de 200.000 habitantes

4) CAPSi: São centros para atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais. São oferecidos para municípios com mais de 200.000 habitantes.

5)CAPSad: Atendem pessoas com transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Esse tipo de serviço possui leitos de repouso para desintoxicação. São oferecidos para municípios com mais de 2000.000 habitantes.

Todos os Centros de Atenção Psicossocial, estão abertos durante todos os dias úteis da semana das 8h às 18h, com exceção do CAPS III que funciona durante 24h em todos os dias da semana e feriados (BRASIL, 2004a e BRASIL, 2005).

A atenção a saúde mental no Brasil, a partir da Reforma Psiquiátrica, passa a ser organizada através dos Centros de Atenção Psicossocial que estão inseridos no SUS. Sendo assim, os serviços de saúde mental são regidos pelos mesmos princípios deste.

Sistema Único de Saúde (SUS)

O SUS, instituído pela Constituição Federal de 1988 – leis nº 8.080 e nº 8.142, por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (Carvalho, Martin, Cordoni Jr, 2001), surgiu com objetivo de efetivar a política de saúde no Brasil, através da reorganização das ações e serviços da saúde. Além disso, sendo dever do estado garantir assistência a toda população, as suas ações devem assegurar o acesso equitativo aos serviços oferecidos, a fim de garantir atenção integral à saúde (VASCONCELOS; PASCHE, 2008; BRASIL, 1990b).

Os princípios doutrinários do SUS asseguram que a saúde seja um direito de todos: a universalidade (garante a todas as pessoas, sem discriminação, o direito de atenção à saúde); a integralidade (o indivíduo deve ser visto como um sujeito integral, para que todas essas dimensões possam ser atendidas com ações voltadas a promover, proteger e recuperar à sua saúde); e a equidade (certificar ações e serviços de todos os níveis de acordo com a

complexidade e necessidade) (VASCONCELOS; PACHE, 2008; BOING; CREPALDI; MORE, 2009; BRASIL, 1990b).

As diretrizes organizativas do SUS visam garantir o funcionamento dos princípios doutrinários através da regionalização e hierarquização dos serviços (os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população da área delimitada); da participação comunitária (garantir que a população seja ativa no processo de formulação das políticas de saúde e do controle de sua execução); e da descentralização (redistribuição das responsabilidades entre as esferas de governo – União, Estado e Município - com ênfase na municipalização da gestão) (BRASIL, 1990b; VASCONCELOS; PACHE, 2008).

Funcionamento do CAPS ad Continente

Todas as pessoas, tanto os homens como as mulheres, adolescentes ou idosos, podem solicitar atendimento em CAPSAd, desde que apresentem impossibilidade de viver e realizar seus projetos de vida, devido a dependência álcool e outras drogas. O CAPSAd Continente foi aberto em 2005, sendo naquele momento o único dispositivo público para atender os usuários de substância psicoativas no município de Florianópolis. Em 2010 foi criado um segundo CAPSAd, situado na Ilha. Hoje, o CAPSAd Continente atende a população das regionais de saúde do centro e continente deste município, sendo que um dos seus públicos prioritário são os moradores de rua, pois a Casa de Apoio, ligada à Assistência Social da Prefeitura, situa-se no mesmo território.

As atividades do CAPSAd iniciam às 8:00h e terminam às 18:00h de 2ª a 6ª feira e atualmente conta com o apoio de 2 psiquiatras, 1 médica clínica geral, 2 residentes em psiquiatria, 2 psicólogas, 3 estagiários de psicologia, 1 enfermeiro, 1 técnico em enfermagem, 1 farmacêutica, 4 redutores de danos. São oferecidos atendimentos individuais, em grupo, atividades comunitárias, oficinas terapêuticas, atendimento para a família (visita domiciliar, grupo de familiares).

Historicamente, há uma maior demanda de homens neste serviço, sendo que as mulheres, em número menor, buscam atendimentos individuais ou a participação em algumas oficinas de forma pontual.

Para ser atendido no CAPSAd é necessário procurar diretamente o serviço ou ser encaminhado pelo programa de saúde da família (PSF) ou por qualquer outro serviço / instituição. A pessoa pode vir sozinha ou acompanhada e se o indivíduo está isolado, sem

condições de acesso ao serviço, este poderá ser atendido por um profissional da equipe do CAPSAD em sua casa. Com isso, é muito importante, que os CAPS busquem uma integração permanente com a Rede de Atenção Primária a Saúde.

Todos os usuários, ao chegarem ao serviço, passam pelo acolhimento. Este tem como objetivo de, através de uma escuta qualificada, transformar a queixa / problema do indivíduo em uma proposta de tratamento. Também pretende oferecer um atendimento humanizado ao usuário, explicar o funcionamento do CAPS, motivá-lo para o tratamento, tirar possíveis questionamentos e marcar uma Avaliação Inicial (AI). O acolhimento presta atendimento com resolutividade e responsabilidade, e oferece informações ao usuário, quando for o caso, de outros dispositivos de saúde, para dar continuidade ao tratamento. É importante estabelecer articulações com os outros serviços, para garantir a eficácia dessa referência.

O Acolhimento precisa favorecer a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com cada profissional, na atitude de acolher em suas diferenças, dores, alegrias e seus modos de viver e sentir a vida. Com isso, podemos dizer que temos como desafio não enquadrar o acolhimento como, apenas, uma triagem administrativa, com o intuito de repassar informações e encaminhamentos para serviços especializados. O objetivo principal é ter como foco o sujeito e suas necessidades e não o repasse do problema. É preciso reconhecer o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção de saúde (BRASIL,2006).

O objetivo da Avaliação Inicial é acordar o Projeto Terapêutico Individual - PTI (estabelecer as oficinas que o sujeito irá participar, modalidade de tratamento, hora e dia que irá frequentar o CAPSAD). Há três modalidades de realizar o PTI, a saber, o Atendimento Intensivo (atendimento diário, o sujeito encontra-se em situação de crise ou dificuldades intensas), o Atendimento Semi-Intensivo (quando a dificuldade diminuiu, mas ainda necessita de atenção direta) e o Atendimento Não-Intensivo (não precisa de suporte contínuo da equipe).

É na Avaliação Inicial, que o profissional poderá conhecer melhor a história do usuário, estar a par dos seus compromissos; da sua estrutura familiar; onde mora; se estuda e/ou trabalha; se já foi internado, por quanto tempo e qual a frequência; se está em abstinência, quais são os sintomas; se está recaído e como isso aconteceu; entre outras especificidades que o técnico estabelecer importante a ser questionado. Tanto o Acolhimento, como a Avaliação Inicial são realizados por qualquer pessoal técnico da equipe. Se for

detectada a necessidade, o usuário é encaminhado para uma Avaliação Psiquiátrica, a fim de verificar a necessidade, ou não, de fazer uso da medicação.

Para que a construção do PTI contemple as necessidades dos usuários, a questão do uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas deve ser abordada em uma perspectiva interdisciplinar, considerando desde aspectos psiquiátricos, quanto sociais, psicológicos, econômicos e políticos, sem enfatizar uma mais que a outra. Para que o tratamento seja eficaz, é necessário trabalhar com o usuário tanto no âmbito individual como no coletivo. As características singulares que se expressam em cada sujeito e as características de uma comunidade, o compartilhamento de informações, são especificidades importantes como ferramenta e suporte ao tratamento (BRASIL,2003).

Na construção do PTI, deve-se considerar a estratégia de redução de danos. Esta é considerada uma política social que visa reduzir os danos causados pelo consumo de drogas, aos indivíduos que, não podem ou não querem se abster de usá-las. Não tem como objetivo a eliminação total do consumo, mas a diminuição dos efeitos prejudiciais do mesmo, priorizando, assim, a saúde dos sujeitos e da comunidade em geral (DIAS et al; 2003). A equipe de redutores de danos faz busca ativa pelos usuários nos locais onde vivem e usam drogas, levando uma mensagem educativa e distribuindo insumos/instrumentos de prevenção.

O papel do psicólogo na equipe CAPSAd

A inserção da psicologia no campo da saúde é recente, iniciada, principalmente, a partir da década de 1990 e, por esse motivo, a função e o papel do psicólogo neste campo estão em processo de delimitação com muitas incertezas, ainda que com muitos avanços. Dessa forma, os psicólogos que estão locados na rede de saúde têm dificuldades de estabelecer um plano de trabalho que concilie o conhecimento das práticas psicológicas com a atuação neste campo, ou seja, há um desconhecimento das possibilidades de ações dentro do contexto de políticas públicas na saúde (BOING; CREPALDI, 2010).

A maioria dos psicólogos entra no campo de saúde voltada ao modelo clínico tradicional que foi historicamente privilegiado na graduação, sem que haja uma contextualização, revisão ou mudanças nas suas formas tradicionais de atuar. Há necessidade que os modelos teóricos, que embasam a atuação nesse contexto, sejam flexíveis à mudanças voltadas para a discussão desse novo contexto desafiador, chamado de saúde coletiva. Dessa forma, os profissionais possuem dificuldade em se adaptar as novas exigências estabelecidas no contexto atual de saúde, nem sempre contribuindo para a formulação e implantação de

novas políticas (FIGUEREDO; RODRIGUES, 2004; DIMENSTEIN, 2001; BOING E CREPALDI, 2010).

Neste sentido, Dimenstein (2001) afirma que o profissional da saúde tem um compromisso social com a população e, por isso, deve estar comprometido com os princípios e diretrizes que regem o SUS. Dessa forma, cabe a esse profissional ter uma visão clara sobre as diversidades sociais, econômicas e culturais dos usuários para que realize práticas humanizadas que vão além do diagnóstico e do sintoma em direção à atenção integral a saúde. Nesta direção, esse profissional deixa a técnica e o lugar de “expert” para atuar junto à uma equipe interdisciplinar com ações voltadas a promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990b).

Além dos psicólogos não terem clareza quanto a sua atuação, encontram dificuldades em comunicar-se com a atenção básica de saúde por não possuírem conhecimento sobre os princípios e diretrizes que regem o funcionamento do SUS. Sendo a integralidade um desses princípios, é necessário que o CAPS não seja visto como uma especialidade da saúde mental, e sim como um dispositivo que complementa a atenção integral a saúde. Neste sentido, é importante que a equipe de profissionais da atenção secundária, mantenha contato com a atenção básica a fim de que possam trocar informações que venham a colaborar para o tratamento do usuário do serviço (BOING; CREPALDI, 2010).

O fenômeno do uso de drogas e a intervenção do psicólogo

Várias são as razões do uso social de álcool e outras drogas, mas o consumo abusivo e dependente, geralmente passa por razões psicossociais entre elas para amenizar inibições e facilitar interações sociais, para esquecer problemas e tristezas, para conseguir acalmar-se e relaxar e para descontar a raiva por situações frustrantes (PIRES, 2011). Como se vê, o aumento do consumo pode ser motivado tanto por prazer como pelo alívio de sofrimento, e este aumento pode ser rápido ou lento, dependendo do tipo de substância consumida e o contexto do uso, levando até o abuso e a dependência.

Não há um grupo específico que represente essa dependência, o contato e o vício podem afetar diferentes pessoas, em diferentes contextos e situações. Diante disso, cada usuário deve ser respeitado em sua diferença e a maneira que irá administrar seu tratamento, seja como abstinente ou colocando em prática a política de redução de danos (BRASIL, 2004c).

Há diversas pesquisas abrangendo o tema dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, porém há necessidade de ampliar uma compreensão do fenômeno que seja mais próxima da realidade concreta dos sujeitos dependentes, ou seja, é preciso investigar, em cada instituição, o perfil dos usuários. Estar ciente do percurso que estes caminharam até chegarem ao surgimento e/ou agravamento do alcoolismo e outras drogas é essencial para começar a elaborar um tratamento específico e diferenciado para cada um. Diante disso, se vê a importância da ciência incluir o discurso do sujeito na compreensão dos fenômenos da saúde (PIRES, 2011).

Para que o tratamento seja eficaz, é necessário trabalhar com o usuário tanto no âmbito individual como no coletivo. As características singulares que se expressam em cada sujeito, as características de uma comunidade e o compartilhamento de informações são especificidades importantes como ferramenta e suporte ao tratamento (BRASIL, 2004c).

O trabalho com as famílias e as visitas domiciliares apresentam-se como instrumentos que alcançam tais objetivos. Segundo a pesquisa realizada por Pires (2011), a circunstância que mais contribuiu para o surgimento ou agravamento do alcoolismo e a maior parte das manifestações se referiram à família. Desta forma, é fundamental estabelecer intervenções na dinâmica e no sistema familiar, que dão o suporte necessário para a atenção realizada em grupos, oficinas e intervenções individuais com os usuários (COSTA; BRANDÃO, 2005).

Dessa forma, é preciso entender o contexto do surgimento e agravamento do alcoolismo e/ou outras drogas; estar a par do contexto social e configurações familiares; e, além disso, conhecer as condições individuais, materiais e culturais que determinam a qualidade do acesso à informação e aos recursos de saúde, como por exemplo, o trabalho precoce, abandono da escola (PIRES, 2011). Ou seja, é necessário que a forma de olhar o fenômeno da dependência química vá ao encontro da perspectiva da Clínica Ampliada.

Clínica Ampliada

A proposta de mudança da clínica tradicional, no contexto de saúde pública, está voltada para a construção de uma clínica psicossocial que considera o sujeito em suas múltiplas dimensões. Compreendendo que a multidimensionalidade da clínica está em considerar as interações que o sujeito estabelece com o físico, o psicológico, o meio ambiente e o social, o profissional que trabalha com saúde mental deve superar a visão de que as causas são apenas de ordem individual, separadas das diversas relações que o indivíduo vive (ALVES; FRANCISCO, 2009).

A proposta de Clínica Ampliada do Ministério da Saúde vai ao encontro da clínica psicossocial, na medida em que a primeira também tem como perspectiva o conhecimento da família, da abordagem transdisciplinar, o trabalho em grupos e a realidade social em que o sujeito está inserido. Além disso, essa proposta compreende o sujeito como um ser inserido em uma rede de relações. Assim, para que o tratamento seja voltado à reinserção social e construção da cidadania, o profissional de saúde mental, no campo de saúde pública, deve trabalhar para que sejam estabelecidos vínculos entre os diversos setores governamentais e não governamentais, a sociedade civil e os recursos disponíveis da comunidade (ALVES; FRANCISCO, 2009).

Podemos dizer então, que a Clínica Ampliada tem suas ações voltadas para o compromisso radical com o usuário do serviço, assumindo a responsabilidade sobre ele e buscando ajuda em outros setores (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2007). Partindo dessa perspectiva, é importante que os profissionais assumam como referência “o usuário, a família, e a comunidade em suas potencialidades, além de fortalecer, no âmbito multidisciplinar e multiprofissional, as relações dos grupos em um território de vida onde os fazeres se constroem” (ALVES; FRANCISCO, 2009, p.773).

Temos que ter em mente que o objetivo da ação clínica é cuidar e, para que esse cuidado em saúde mental vá ao encontro da perspectiva da clínica ampliada, o profissional deve ter como instrumento de trabalho a rede de relações do sujeito. Dessa forma, é preciso reforçar o vínculo com a comunidade para que possam ser ativados a comunicação e os recursos disponíveis “para manter um canal cooperativo com os usuários que formam a rede”, pois fortalecendo as redes de assistência em saúde mental constroem-se espaços de transformação (ALVES; FRANCISCO, 2009, p.776).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho realizou uma reflexão sobre os desafios da atuação do psicólogo na construção de uma clínica ampliada no Centro de Atenção Psicossocial, voltado para álcool e outras drogas, ainda que alguns aspectos ficam para serem aprofundados em outra reflexão.

As leituras realizadas para construção desse relato, juntamente com a nossa experiência em campo, mostram que as reflexões teóricas não acompanharam a proliferação das práticas na mesma proporção, ou seja, os currículos da graduação não estão compatíveis com as exigências do contexto atual, tendo como consequência a falta de conhecimento, por

parte de alguns psicólogos, sobre o papel e função que estes possuem dentro da rede pública de saúde.

Com isso, observamos que o grande desafio está na tentativa de reformular e elaborar novas formas de atuação, focando nas relações entre indivíduos, e entre estes e a sociedade. Para que a mudança seja levada adiante, é necessária a incorporação de outros métodos e a ampliação de conceitos, produzindo mais pesquisas que modificam a compreensão dos diversos determinantes da dependência, da recuperação, do tratamento e da recaída. Além de incorporar métodos que abordem o ponto de vista do sujeito e levem em conta as especificidades de seu contexto social, é preciso abandonar o paradigma de perceber o paciente como um alvo único da intervenção, e o profissional como o único recurso possível.

A desconsideração do contexto em que vive o usuário pode ser, no mínimo, desastrosa, visto que as questões sociais, familiares, econômicas e políticas influenciam a forma como eles se organizam em sociedade e na função de drogas em suas vidas. Para que isso aconteça, os psicólogos precisam assumir a responsabilidade de aceitar a demanda, sem enquadrá-la ou transformá-la, evitando práticas alienadas, ou seja, cada demanda é específica e tem necessidade de refletir e questionar o modo de atuação desta.

Neste sentido, o psicólogo deve trabalhar visando não somente dar suporte a dependência de álcool e outras drogas, mas tendo a preocupação com o fortalecimento da rede de apoio desse usuário. O tratamento não pode ficar restrito à lógica da abstinência (mudança do comportamento de uso de substância química) como único resultado desejável. É preciso ampliar, estar atento as demandas, tão ou mais urgentes do que esta, como necessidades de emprego, moradia ou resolução de conflitos familiares, por exemplo. Para isso, é importante que o psicólogo discuta os casos com os outros profissionais da equipe e acione outros setores (educação, esporte, assistência social, ONGs) que possam dar apoio a determinada situação.

Outro ponto muito relevante é a necessidade de traçar um perfil do público, a partir de suas especificidades. Essa ação, só será benéfica ao serviço se for discutida juntamente com a equipe, com a finalidade de refletir e pensar juntos em estratégias que valorizem as singularidades desse público. O perfil dos usuários, no CAPS-ad mostra que os mesmos possuem uma rede de apoio fragilizada e, portanto, precisam de maior suporte social, ou seja, de uma maior “preparação” para retomar sua vida em relação a sua moradia, trabalho, novas relações.

Ao longo de execução deste artigo, tivemos dificuldades de encontrar literatura e pesquisas sobre a atuação específica do psicólogo em CAPS-ad. E, diante disso, surge o

A atuação do psicólogo no centro de atenção psicossocial voltado para álcool e outras drogas (CAPSAD): os desafios da construção de uma clínica ampliada

grande desafio: como atuar em uma população que possui uma rede de apoio fragilizada, com dificuldade de reinserir-se socialmente e com pouca adesão ao tratamento?

REFERÊNCIAS

ALVES, Edvânia dos Santos e FRANCISCO, Ana Lúcia. Ação psicológica em saúde mental: uma abordagem psicossocial. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 29, n.4, dezembro. 2009. Disponível em: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000400009. Acesso em: 18 de maio de 2011.

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN M. A Reforma Psiquiátrica e os Desafios de Desinstitucionalização da Loucura. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 10, jul./dez., 2006.

BASAGLIA F. **Psiquiatria Alternativa**. São Paulo: Ed. Brasil Debates, 1982.

BOING, Elisangela e CREPALDI, Maria Aparecida. O Psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde Brasileiras. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 30, n. 3, set., 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932010000300014. Acesso em: 15 de maio de 2011.

BOING, Elisangela e CREPALDI, Maria Aparecida e MORE, Carmen L. O. O.. A epistemologia sistêmica como substrato à atuação do psicólogo na atenção básica. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 29, n. 4, dez., 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S141498932009000400013&script=sci_arttext&tlng=es. Acesso em: 15 de maio de 2011.

BRASIL. **Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990a**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8080.htm>. Acesso em: 25 de maio de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência Social à Saúde. **ABC do SUS – doutrinas e princípios**. V.I/Ministério da Saúde. Brasília, DF: Autor. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: MS; 2004a.

A atuação do psicólogo no centro de atenção psicossocial voltado para álcool e outras drogas (CAPSAD): os desafios da construção de uma clínica ampliada

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília-Df. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Ministério da Saúde. 2 ed. rev. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. Disponível em: <http://www.inverso.org.br/blob/148.pdf>. Acesso em 25 de agosto de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. 2ª Edição. 2006. Brasília- DF. (Série B. Textos básicos em Saúde). Autores: NEVES, Claudia. A. B.& ROLLO. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

COSTA, Liana Fortunato; BRANDAO, Shyrlene Nunes. Abordagem clínica no contexto comunitário: uma perspectiva integradora. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, maio/ago., 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822005000200006&lang=pt Acesso em: 16 de junho de 2011.

DIAS, Carlos João et al. Redução de danos: posições da Associação Brasileira de Psiquiatria e da Associação Brasileira para Estudos do Álcool e Outras Drogas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 52, n 5, p. 341-348, set/out, 2003.

DIMENSTEIN, Magda. O Psicólogo e o Compromisso Social no Contexto da Saúde Coletiva. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 6, n. 2, p. 57-63, 2001.

DIMESNTEIN Magda. A Cultura Profissional do Psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estudos de Psicologia**, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, v.5, n. 2, p. 95-121, 2000.

A atuação do psicólogo no centro de atenção psicossocial voltado para álcool e outras drogas (CAPSAD): os desafios da construção de uma clínica ampliada

FIGUEIREDO, Vanda Valle de; RODRIGUES, Maria Mmargarida Pereira. Atuação do psicólogo nos CAPS do Estado do Espírito Santo. **Psicologia: ciência e profissão**, Maringá, v.9, n.2, maio/agosto. 2004. Disponível em: http://homolog.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141373722004000200004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 16 de maio de 2011.

FOULCALT, Michael. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1991.

PIRES, Fábio Becker. **Projetos de Vida e recorrência de recaída na trajetória de pacientes dependentes de álcool**. 2011. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

VASCONCELOS, Cipriano Maia; PASCHE, Dário Frederico. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 532-562, 2008.