

## **SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO COMO REDUÇÃO DE DANOS**

PSYCHOACTIVE SUBSTANCES AND THE PSYCHOLOGIST'S ACTION AS  
DAMAGE REDUCTION

ERIKA BERNARDINO **BARROS**. Centro Universitário Ingá – Uningá.

Rod PR 317, n. 6114, Maringá-PR, CEP 87035-5, E-mail:  
erika\_barros\_13@hotmail.com

### **RESUMO**

Este artigo apresenta reflexões acerca da atuação do psicólogo na área das chamadas substâncias psicoativas. De que forma o profissional se responsabiliza pelo cuidado com os indivíduos? Em um primeiro momento, apresenta-se uma periodização para história das substâncias psicoativas. Faz-se uma revisão bibliográfica sobre o percurso do homem relacionado às “drogas”. Em seguida, um apanhado sobre as Comunidades Terapêuticas (CT), bem como o modo de funcionamento e estrutura dessas instituições. Ainda há considerações voltadas para as Estratégias de Redução de Danos e seus planejamentos para a intervenção junto ao usuário. A fim de cumprir os objetivos propostos nesse trabalho, de pensar a atuação do profissional de psicologia, finaliza-se com um comparativo pautado no Código de Ética. Assim, esse artigo aponta olhares sobre a ética na saúde, que sustentam a postura profissional do psicólogo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Substâncias psicoativas. Ética. Redução dos danos. Drogas. Psicologia.

### **ABSTRACT**

This article presents reflections about the performance of the psychologist in the area of so-called psychoactive substances. In what way the professional is responsible for beware of individuals? In a first moment a periodization for history of the psychoactive substances is presented. A bibliographical review is done on the man's course related to "drugs". Then, a survey on the Therapeutic Communities (CT) is made, as well as the mode of operation and structure of these institutions. There are still considerations regarding Harm Reduction Strategies and their plans for intervention with the user. In order to fulfill the objectives proposed in this work, to think the performance of the psychology professional, ends with a comparative guided by the Code of Ethics. Therefore, this article points to the ethics of health, which support the psychologist's professional posture.

**KEYWORDS:** Psychoactive Substances. Ethic. Harm reduction. Drugs. Psychology.

### **INTRODUÇÃO**

O presente artigo se constitui enquanto um trabalho de conclusão do curso de Psicologia do Centro Universitário Ingá (UNINGÁ). A oportunidade de

estágio, no Centro de Referência Especializado para pessoas em situação de rua (CENTRO POP), propiciou o interesse pelo assunto substâncias psicoativas, relacionado a estratégias de cuidado. Essa experiência, realizada no ano de 2016, favoreceu a percepção e a sensibilidade em relação ao usuário de “drogas”. Assim, surgiu o desejo de pesquisar sobre o assunto, em especial sobre as Comunidades Terapêuticas e as Estratégias de Redução de Danos. Busca-se compreender em que medida tais estratégias de cuidados são coerentes com a atuação do profissional psicólogo.

Analisando a evolução histórica do homem e sua relação com substâncias, nota-se que sempre houve o consumo de “drogas”. Também é observado que nem todo usuário tem a relação de dependência, ou seja, é necessário compreender a relação sujeito-substância-sociedade, para compreendê-lo como dependente. Assim, tem-se a busca de prevenir e amenizar as consequências causadas pelo uso abusivo de tais substâncias.

Abordam-se, nessa pesquisa, dois modelos de cuidado com aquele que faz uso abusivo de álcool e “drogas”: o primeiro deles é representado pelas comunidades terapêuticas, às chamadas instituições. São ligados à religião, às práticas laborais, tendo como objetivo principal a internação e abstinência total. Utiliza-se de um único modelo terapêutico para todos os pacientes; O segundo é conhecido pela estratégia de redução de danos, que se caracteriza em criar uma estratégia conjunta com o usuário. Não existe uma estratégia já preestabelecida, ela é criada de acordo com os interesses e subjetividade do usuário, a fim de amenizar os riscos causados pelas substâncias psicoativas.

Pretende-se ainda, por meio da análise comparativa com o código de ética da Psicologia, estabelecer padrões esperados. Quanto às práticas exigidas pela profissão, compreender qual dos modelos é mais coerente à ética profissional.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

O presente estudo caracteriza-se como pesquisa bibliográfica. Essa metodologia é considerada uma caixa de ferramentas para as ciências humanas. Desenvolvida com base em materiais já elaborados, utiliza-se principalmente de livros e artigos científicos disponíveis nos bancos de dados, como Scielo e Revistas eletrônicas conceituadas. Segundo a literatura consultada, a pesquisa bibliográfica trata-se de um trabalho científico, que tem como objetivo permitir ao pesquisador contato com os estudos e materiais já elaborados sobre o tema que será investigado (GIL, 2002).

Acredita-se que a realização de um levantamento histórico a respeito do tema: “Consumo de substâncias psicoativas” possibilita alcançar o objetivo proposto nesse investimento de pesquisa. Busca-se recuperar as relações do uso das consideradas substâncias psicoativas nas primeiras civilizações, um levantamento de como esse tema é abordado na atualidade, também as estratégias de cuidado.

Ainda se propõe um levantamento breve sobre a história da Psicologia e os princípios éticos na atuação do psicólogo, a fim de compreender em que medida os modelos de cuidado estão relacionados à ética profissional.

## DESENVOLVIMENTO

### ASPECTOS HISTÓRICOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

A Organização Mundial da Saúde (OMS,1993) define: “substâncias psicoativas como toda substância química, natural ou artificial, que modifica os processos psicológicos ou a atividade mental dos seres humanos” (OMS, 1993, p.69-82). Segundo o Conselho Regional de Psicologia (2013), a “Droga” faz parte da experiência humana. Em toda a sociedade e em diferentes épocas, existem registros da utilização de substâncias psicoativas. São consumidas para diversas finalidades, como em rituais, atos sagrados, práticas curativas ou mesmo por razões recreativas e lúdicas.

Nessa perspectiva plural, pode-se notar a existência de relatos sobre o consumo de alguns tipos de substâncias psicoativas muito antes dos tempos de Cristo. Por exemplo, a utilização da erva *Cannabis*, comumente conhecida como maconha. O uso da *Cannabis*, com o propósito medicinal, é largamente utilizado na Europa. No Brasil também há relatos do uso nesse sentido. Seu uso está relatado desde 2.700 a.C. com esse propósito (BRASIL. 2014). Outro exemplo é o café. Já foi visto como uma substância psicoativa ilícita, tendo até mesmo o seu consumo proibido em alguns países, por ter efeitos estimulantes. Conforme afirma Gorgulho (2012), na Rússia, a população era proibida de consumir café, e quando consumido havia severas punições, há registros de mutilação de algumas partes do corpo como o nariz ou orelhas.

Outra bebida muito consumida em nosso país e que detém uma história e finalidade muito particular, ao ser associada como substância psicoativa, é a cachaça. Sobre isso, temos que:

A cachaça é conhecida de muito tempo, desde os primeiros momentos em que se começava a fazer do Brasil o Brasil. O açúcar para adoçar as bocas dos europeus, como disse o antropólogo Darcy Ribeiro, da amargura, da escravidão, a cachaça para alterar a consciência, para calar as dores da alma (BRASIL, 2014, p. 12).

Podemos afirmar que as escolhas das tais substâncias estão na origem das civilizações, pois fizeram e fazem parte da cultura do ser humano (BRASIL, 2014). O vinho, por exemplo, está inserido em períodos históricos e relatos bíblicos, comprovando, assim, que a humanidade já desfrutava dos prazeres das “drogas” sem tornarem-se dependentes delas. Ainda, de modo sutil, o vinho passou a fazer parte de cerimônias religiosas como a católica, a judaica e o candomblé (LESSA, 1998).

Existem relatos de que as “drogas”, consideradas alucinógenas, eram utilizadas para fins de experiências místicas, para curar doenças e também para pedir proteção dos deuses (ROEHRS et al., 2008). Isto é, substâncias psicoativas que excitam o sistema psíquico. Assim como as anfetaminas, que causam um efeito estimulante no indivíduo que a consome. Ambas não se constituem enquanto um fenômeno recente, conforme aponta Lessa (1998):

As anfetaminas, ao serem lançadas em forma de comprimidos, em 1837, ficaram conhecidas como a nova maravilha capaz de revigorar as energias e elevar o estado de humor. Na segunda Guerra Mundial foram legalmente “utilizadas pela população e pelos soldados para aplacar a fome, a fadiga e o sono” (LESSA, 1998, p. 1).

É possível observar que as substâncias sintéticas - criadas em

laboratórios com a finalidade de aumentar as capacidades físicas e psíquicas - ao serem usadas por soldados em situações precárias de guerra, foram de grande serventia para aumentar o sentido de alerta e vigia (LESSA 1998). O ópio, em contrapartida, é uma substância natural, extraído da papoula, cujo nome científico é *papaver somniferum*. Houve indícios do cultivo da papoula datados há 5.000 anos, sendo descrita como a “planta da alegria”. Considerada um poderoso analgésico, é utilizada em casos de fortes diarreias e doenças oculares (DUARTE 2005).

Com o avanço da ciência, logo surgiram debates sobre as definições acerca do descobrimento das “drogas” anestésicas, com o intuito de controlar dores crônicas ou agudas, usadas muitas vezes como analgésicas. Uma das contribuições é a de Friedrich Serturner, alemão, assistente de farmacêutico, que trabalhou no isolamento de princípios ativos do ópio, realizando estudos e experiências com a morfina. Por volta dos anos de 1820, essa substância se tornou comercialmente disponível na Europa e na América do Norte. Onde se popularizou e rapidamente cresceu como analgésico, contribuindo fortemente para o avanço da medicina (DUARTE, 2005). Atualmente, existem muitas “drogas” sintéticas com efeito tranquilizante, como as Benzodiazepinas, que são utilizadas com a finalidade de aliviar tensões e permitir um sono mais tranquilo. Fizeram e ainda fazem parte da cultura da medicação.

Conforme as informações supracitadas, é possível afirmar que sempre houve o consumo de substâncias psicoativas. Também se pode afirmar que esta utilização é/foi feita por todas as classes sociais. Para Roehrs et al. (2008), o consumo está ligado à cultura e não se conhece nenhuma sociedade que não tenha recorrido ao seu uso pelas mais diversas finalidades, tratando-se de uma prática humana e milenar. O mesmo autor ainda afirma que é incomum, nos dias de hoje, encontrarmos lares que não possuam bebidas alcoólicas, ou outras variadas substâncias psicoativas como, calmantes, sedativos, anfetaminas, que são utilizadas como uma visão fragmentada de sua funcionalidade, denominando-os como “medicamentos prescritos” (ROEHRS et al., 2008).

A utilização de substâncias psicoativas, durante muito tempo, não esteve vinculada necessariamente a noção de “doença”. Porém, na contemporaneidade, alguns fatores fazem com que essa relação fique mais polissêmica. Há uma polêmica, que divide opiniões sobre: proibição, a influência da religião, os quesitos da moral, os interesses do sistema capitalista e até mesmo a finalidade de exercer controle. Como cita Lessa (1998):

No entanto, há uma tendência a enfatizar os perigos e malefícios que a droga pode trazer, sendo ela associada à marginalidade, à violência, ao crime, à degradação, dando à “falsa ideia de que está presente só nas classes inferiores.” (LESSA, 1998, p. 1).

Sendo assim, conforme todas as informações expostas, deveríamos considerar a historicidade das substâncias psicoativas. É preciso rever as atuais práticas, buscar compreender a dinâmica e possível transformação desse cenário. Parte-se então de um princípio e de um olhar diferenciado sobre esse tema.

Para Fiore (2012), o uso das substâncias em questão também tem sua importância para humanidade, pois auxiliam no tratamento de doenças, aliviam a dor, amenizam a ansiedade, inspiram reflexões e suspendem a forma de conhecer o mundo. Portanto, os seres humanos procuraram e continuarão

procurando o consumo de substâncias psicoativas.

Conforme apresentado nos relatos históricos, acredita-se que determinadas substâncias psicoativas foram destinadas para cada grupo econômico-social. Algumas, consumidas pelas elites sociais, e outras produzidas para classes sociais mais desfavorecidas. Essa ditocomização justifica elementos tais como os estereótipos e julgamentos morais, bem como, certa glamourização em torno de algumas substâncias.

Nesta perspectiva, considera-se de extrema importância a compreensão acerca de todos os elementos que envolvem esse problema/fenômeno, a fim de que possam ser construídas saídas possíveis, para àqueles que estabelecem relações não saudáveis com as substâncias psicoativas.

## **ESTRATÉGIAS DE CUIDADO**

Na atualidade, as expressões de dependência química correspondem a um fenômeno amplamente discutido. As “drogas” vêm sendo considerado como um problema social e de saúde pública. Devido a essa concepção, várias estratégias de cuidados foram criadas.

Dentre as práticas existentes, a estratégia da política proibicionista é uma das mais antigas implantadas. Efetivou-se por volta de 1961, na época havia um comprometimento em lutar contra as “drogas”, e para tanto, punir quem produzisse, vendesse ou consumisse (FIORE 2012). As medidas proibicionistas são alvo de muitas críticas, por se aliarem ao modelo na qual o usuário de “drogas” é retirado do convívio social e encarcerado, perdendo muitas vezes seus vínculos sociais e sua própria identidade. O que pode causar uma morte social (PRATTA; SANTOS, 2009).

Não obstante às críticas, as pessoas, que faziam o uso abusivo de substâncias psicoativas e necessitavam de cuidado especial, foram e ainda são internadas em instituições psiquiátricas, juntamente com internos diagnosticados com outros transtornos mentais. Gomes e Capponi (2012) citam que esses métodos são retrógrados, pois além de desrespeitar os avanços já consolidados em relação aos direitos humanos, estão conectados com muitos outros interesses que formulam as políticas públicas. Para tanto, há uma luta no movimento de Reforma Psiquiátrica, que tem como objetivo o fim da instituição psiquiátrica, enquanto lugar de exclusão social e o isolamento (JUSTI, 2010). De acordo com Arenari e Dutra (2016), a compreensão desse fenômeno é importante para auxiliar na construção de políticas públicas direcionadas a romper o ciclo vicioso da exclusão social.

Na mesma medida em que proíbe a produção, o comércio e o consumo de drogas, o Estado potencializa um mercado clandestino. Esse movimento de naturalizar a proibição, como única forma de solucionar a situação, cria novos problemas (FIORE, 2012). Nesse contexto, deve-se reconhecer que as “drogas” continuarão a existir. Cabe ao Estado promover controles sociais necessários para gerar autocuidado, melhorar as formas de prevenção, estas, ignoradas pelo proibicionismo (FIORE, 2012).

Ao encontro das informações supracitadas, está o estudo de Gorgulho (2012). O autor afirma que existe a importância de se criar formas preventivas efetivas que podem, de fato, auxiliar na redução de danos. Por exemplo: educar a população. “Educar”, é um conceito amplo e discutido, mas, na perspectiva adotada, educar seria desenvolver, não simplesmente, uma

população obediente, mas sim crítica. Nesse sentido, uma sociedade educada teria acesso às futuras formas de intervenção, com o objetivo de reformular os métodos de prevenção quanto ao consumo de “drogas”.

A compreensão desses aspectos é fundamental para se refletir sobre o modelo moral e idealizado. O desejo almejando em alcançar uma sociedade livre de drogas, não condiz com a história da humanidade. Pode-se assim pensar em estratégias e cuidados menos nocivos e respeitosos à autonomia dos sujeitos.

Essas novas possibilidades devem ter como principal objetivo a eficácia de sua ação: reduzir sintomas, pensar no indivíduo em sua totalidade. Portanto, a título de explicação, nos deteremos a duas perspectivas de “cuidado”, sendo estas as comunidades terapêuticas e as estratégias de redução de danos.

### **Comunidade Terapêutica**

Historicamente, as comunidades terapêuticas (CT) surgiram com a finalidade de tratar os soldados ingleses neuróticos, vindos da guerra em 1950. A observação clínica do psiquiatra inglês, Maxwell Jones, baseia-se em abordagens educativas, encenações dramáticas e discussões em grupo (DAMAS 2013). De acordo com Oliveira (2017), esse método inicial de Maxwell Jones foi logo desviado para o tratamento de “dependentes químicos”, transformando práticas educativas em “penitências” religiosas, práticas laborais como pilar de “cura”, partindo de uma ação voltada à humilhação e a culpa, que, segundo a linha proposta, possibilita a mudança do sujeito.

A situação nacional sobre CT hoje está incorporada, principalmente, às igrejas evangélicas e católicas. Em 1968, na cidade de Goiânia, surge a primeira Comunidade Terapêutica, denominada “Desafio Jovem”, originário de um movimento religioso (FOSSI; GUARESCHI 2015). Deve-se evidenciar a abertura de CT para grupos de ajuda, como Alcoólicos Anônimos (AA), Narcóticos Anônimos (NA) e Amor Exigente, que tem como objetivo proporcionar um espaço para a troca de sentimentos e experiências (SABINO; CAZENAVE, 2005).

No Brasil, as CT são geralmente sítios ou fazendas nas zonas rurais e periferias. Elas têm o objetivo de receber indivíduos com problemas relacionados às substâncias psicoativas, prevalecendo o modelo religioso, a prática laboral e ao modelo médico (DAMAS, 2013). Segundo Fossi e Guareschi (2015), as CT se caracterizam por um modelo residencial, na qual o usuário do serviço compromete-se com o programa de tratamento da instituição. O tratamento pode durar de três meses a um ano, nesse período os usuários são mantidos entre atividades laborais, psicoterapia individual ou em grupo. Também contam com momentos para a espiritualidade, tendo, por vezes, nesse processo a família atuando como coparticipante. As CT tem como finalidade, uma transformação da personalidade, amadurecimento pessoal e favorece uma possibilidade de melhor reinserção à sociedade. Por meio de novos valores como: espiritualidade, responsabilidade, solidariedade, honestidade e amor (SABINO; CAZENAVE 2005).

As CT estão intimamente ligadas à política de segurança vinculadas ao Ministério da Justiça. Assim, passam a ser conveniadas, funcionam contando com os saberes e práticas religiosas de moralização dos sujeitos (FOSSI;

GUARESCHI 2015). O público alvo, para esses tratamentos, são os indivíduos que apresentam um padrão mais “grave” de dependência química. Geralmente, a esses sujeitos, estão associados a problemas de ordem social, pobreza, menor grau de escolarização, desemprego, problemas com a justiça, etc (DAMAS 2013).

Tendo como perspectiva basilar Fossi; Guareschi (2015), concorda-se que de um lado, o Ministério da Saúde, indica a Redução de Danos para substâncias psicoativas, por outro, o Ministério da Justiça, a abstinência total, por meio de políticas sobre as drogas (SENAD), tendo como premissa a internação - inclusive a de longa duração, em comunidades terapêuticas.

Partindo dessa premissa, um relatório recente do Conselho Federal de Psicologia indagou problemas graves em muitas comunidades, inclusive tortura. Ademais, em inspeções realizadas, constataram-se diversas CT trabalhando em sistema carcerário, na qual as pessoas são submetidas à humilhação e tortura. Poucos profissionais da saúde, como: médicos, psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros, foram registrados, o que acabou por desmoralizar ainda mais as CT (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA 2015).

Entretanto, é importante pontuar que, essa metodologia de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas, requer uma atenção voltada para o “isolamento” do mundo. Partindo ainda do pressuposto de que no momento de saída da CT, o sujeito possa ter uma possível recaída, devido à desadaptação social - já que a abstinência ocorreu em um local de privação tanto da substância, quanto do grupo social (SABINO; CAZENAVE 2005).

Ao encontro está Fossi e Guareschi (2015), afirmando que as características das CT, podem se relacionar com o modelo manicomial. O surgimento dessas instituições se apoia na compreensão que a exclusão está justificada pela necessidade de um local “protegido”, com regras, horários para as atividades. Embora as CT tenham crescido de forma acelerada, existem poucas evidências científicas sobre a eficácia e o modo de operação destes métodos (DAMAS, 2013).

Portanto, as CT caracterizam-se por serem instituições totais, definidas como um local de residência e trabalho. A partir do momento que segregam uma grande parte dos indivíduos, todos com situações semelhantes, separados da sociedade por um período de tempo e levam uma vida formalmente administrada (GOFFMAN, 1961).

Observa-se que para esse tratamento de instituição fechada, é inevitável o “choque cultural”, na qual se deve adquirir o sistema cultural e de valores da própria instituição, quando adentram nas CT (DAMAS, 2013). Embasada em um modelo moral, que dificulta o desenvolvimento da singularidade e potencialidade dos internos. Consequência desse fato é a possível dificuldade desse indivíduo ter uma recuperação duradoura, já que não há distinção entre o uso, abuso e dependência de Substâncias Psicoativas. Por fim, o mesmo programa terapêutico é aplicado a todos os usuários das instituições, homogeneizando os problemas e necessidades apresentados pelos sujeitos. (FOSSI; GUARESCHI 2015).

Desta forma, as comunidades terapêuticas utilizam-se de métodos de recolhimento prisional - podem ser comparados com manicômios. O movimento de Reforma Psiquiátrica mostrou ser desnecessário e ineficiente, além de poder configurar-se como doutrinação religiosa e perda de identidade devido

ao confinamento. Portanto, trata-se de um modelo rígido e ultrapassado para características do mundo contemporâneo.

### **Reduções de Danos**

A estratégia de “Redução de Danos” passou a ser considerada no Brasil a partir da década de 1990. Seu início foi marcado com muita polêmica. Para Silveira et al (2003) foi em Santos, no estado de São Paulo, que se deu início ao uso das estratégias de redução de danos, onde se concentrava grande parte dos casos de AIDS, decorrentes do uso de drogas injetáveis. A iniciativa foi do médico sanitário David Capistrano, que realizou programas de distribuição de seringas. Nessa época, muitas pessoas foram processadas. Os que lutavam pela Redução de Danos, eram julgados da mesma forma que aqueles que cometiam o crime de tráfico de drogas (PETUCO, 2012).

Essas estratégias têm conseguido se manter e se solidificar. Foram desenvolvidas a partir de ações de prevenção contra AIDS, ampliando e englobando o conceito de vulnerabilidade. A iniciativa vem de movimentos sociais, que se organizaram com o objetivo de promover ações voltadas para a prevenção de comportamento de risco (MACHADO; BOARINI 2013). Ao encontro dessa perspectiva, Petuco (2012) afirma que existem várias formas para definir o que é “Redução de Danos”. É, portanto, construir outro olhar, novas formas de intervenção comprometidas a respeitar as diferentes formas de ser e estar no mundo. Eminentemente, é a promoção da saúde.

Essa abordagem se constitui em uma estratégia conjunta com o usuário. Promovendo o autocuidado, minimizando o risco à saúde, concebendo estratégias práticas, que o próprio indivíduo possa utilizar no seu cotidiano. É construída de acordo com o interesse e experiência do próprio usuário (SILVEIRA; RODRIGUES 2013). No entanto, para que ocorra de forma completa, é necessário o estabelecimento de um vínculo e de diálogo entre executores e os usuários dessas ações. Não há uma estratégia preestabelecida que possa ser classificada como redução de danos, mas, sim criada de acordo com a escolha e interesses individual (MACHADO; BOARINI 2013). Afirma ainda o mesmo autor, que deve delimitar qual o dano que se pretende minimizar, a partir da relação entre o indivíduo que faz o uso da “droga”, a substância propriamente dita e dos danos a ela associados (MACHADO; BOARINI 2013).

Vivemos em um período de intensas reformulações de políticas públicas, estratégias e ações voltadas para redução de danos. Em relação ao problema do uso abusivo do álcool, criaram-se estratégias como instruções a garçons sobre o consumo seguro de álcool, fornecimento gratuito de água potável e campanhas “se for dirigir não beba” (MACHADO; BORINI 2013). Para Petuco (2012), é uma nova forma de política pública centrada no sujeito, com o intuito de promoção de saúde e cidadania, respeitando o princípio de que a saúde é um direito de todos. Em relação às ações voltadas para o crack, incluem confecções de cachimbos, evitando recipientes contaminados, protetores labiais, projetos sociais que envolvam arte, trabalho grupal e informações educacionais sobre doenças associadas ao seu consumo (MACHADO; BORINI 2013).

Cruz et al. (2003) admitem que o ideal seria que os indivíduos não fizessem o uso, contanto não sendo isso possível, que, ao fazerem, façam-no

com o menor risco possível. Em contrapartida, para Schenker e Minayo (2005) a questão não é a “droga” em si, e sim, a relação que o indivíduo estabelece com ela, essa influência é formada pelo universo de interação. Para tanto, não tem como objetivo uma sociedade “livre de drogas”, mas parte de ações que diminuam os danos provocados sobre o indivíduo e para a sociedade (CRUZ et al., 2003).

As estratégias foram incorporadas na legislação brasileira de redução de danos. São reguladas pela Portaria nº 1.028 do Ministério da Saúde

São conteúdos necessários das ações de informação, educação e aconselhamento: I - informação sobre os possíveis riscos e danos relacionados ao consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência; II – desestímulos ao compartilhamento de instrumentos utilizados para o consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência; III – orientação sobre prevenção e conduta em caso de intoxicação aguda (overdose) (BRASIL, 2005, p.1).

Assim, a estratégia de redução de danos ganha visibilidade, por meio da política do Ministério da Saúde para atenção integral aos usuários. Para Silveira e Rodrigues (2013), as ações partem de um contexto sociocultural e econômico, os profissionais que trabalham - a partir da ótica de Redução de danos - procuram compreender a hierarquizar os riscos que transpassam as práticas do uso de substâncias psicoativas. Partem de uma política que se alinha aos pressupostos dos direitos aos usuários. Para que assim seja garantido o devido funcionamento do serviço, regularizado também na Portaria nº 3.088 Brasil (2011), na qual se devem respeitar os direitos humanos, garantir autonomia e a liberdade das pessoas, combater os estigmas e preconceitos, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional.

De acordo com Silveira e Rodrigues (2013), o objetivo é possibilitar que cada pessoa perceba o seu movimento e possa se recolocar diante disso, construindo novas possibilidades de cuidado ao promover saúde.

Nessa perspectiva a estratégia de Redução de danos passa a ser elaborada a partir de fatos e não partilha moral ou crenças. Utiliza-se de medidas para diminuir os danos causados pelo uso de substâncias psicoativas, mesmo que o indivíduo não pretende ou não consegue interromper tais substâncias, portanto, não tem como prioridade, necessariamente, a abstinência. Trata-se de uma abordagem realista, que fortalece a autonomia, fomenta a responsabilidade individual e tem o intuito de ser isenta de julgamentos.

## **RELAÇÃO ENTRE A PSICOLOGIA E ESTRATÉGIA DE CUIDADO**

Historicamente a profissão de psicólogo esteve vinculada à elite. O trabalho voltado para área clínica já foi significado como sinal de status social, pelo acesso restrito as pessoas de classe média ou alta (PEREIRA; NETO 2003). Posteriormente, conforme citato por Pereira e Neto (2003), em decorrência de funções legais, documentadas por leis, deu-se ao psicólogo a possibilidade de trabalhar em diferentes campos. Dentre eles: organizações, escolas, o campo para atividades sociais e atividades jurídicas. Portanto, podemos considerar o psicólogo hoje como um profissional vinculado á sociedade, na qual se deve desenvolver práticas que respondem às áreas emergentes, atendendo indivíduos em situação de vulnerabilidade, sendo

assim, um compromisso social na qual as políticas públicas estão inseridas (CONSTANTINO, 2010).

Para Pereira e Neto (2003), para que uma ação possa ser reconhecida como uma atividade profissional é preciso que organize seus interesses em associações profissionais. Também que padronize uma conduta dos deveres, responsabilidades, por meio de fiscalizações das condutas dos membros, entre os quais habitualmente é denominado de Código de Ética Profissional. A Psicologia, como qualquer outra profissão, constitui e define-se a partir de um corpo de práticas. Práticas que buscam atender as demandas sociais, visando um padrão técnico e normas éticas que garantam uma relação adequada do profissional para com a sociedade como um todo.

Tendo como missão primordial assegurar um padrão de conduta, onde estão explícitos os direitos, deveres que fortaleça o reconhecimento social (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005).

Código este que entrou em vigor nos meados de 1975. A partir de então, a profissão de psicologia passou a ser organizada e estabelecida, movimentou-se a ter um conhecimento próprio e reconhecimento no mercado de trabalho, percorreu várias reformulações (PEREIRA; NETO 2003). Sendo assim, os princípios do Código de Ética, em sua última versão (2005), trazem que o psicólogo deve basear o seu trabalho: no respeito, na promoção de liberdade/da dignidade/da igualdade/da autonomia e da integridade do ser humano. Ele, o profissional, deve se apoiar em princípios da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Além de promover a saúde e a qualidade de vida, deve contribuir para a eliminação de quaisquer prática de negligência, discriminação, exploração e violência, crueldade e opressão (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005).

Para isso, a estratégia de cuidado deve seguir um planejamento, estabelecer os objetivos e metas do tratamento, reconhecer a situação de risco, criar estratégias de enfrentamento e aprender novas habilidades para lidar com as fissuras (SILVA, 2012). Contudo, é importante o profissional construir um diálogo entre o saber popular e o saber científico, manter por meio de um contínuo aprimoramento teórico, não deve “patologizar” ou categorizar o usuário, mas proporcionar um tratamento para que o sujeito tenha a possibilidade de escolher aquilo que acredita ser melhor pra si, intervir e utilizar de seus recursos teóricos e técnicos para esclarecer as alternativas. Também, para possíveis consequências, contribuir para a prevenção e desenvolvimento da autonomia (CONSTANTINO; 2010).

Portanto, segundo o Conselho Federal de Psicologia (2005), é vedado a utilização de práticas psicológicas que violem os direitos dos cidadãos, como: instrumentos de castigo, tortura ou qualquer forma de discriminação ou violência. Existe incompatibilidade da prática profissional com algumas estratégias de cuidados. As sociedades mudam, transformam-se e exigem uma reflexão contínua sobre tais práticas.

## **DISCUSSÃO**

Diante desse artigo é possível esclarecer, a partir de um resgate histórico, a dinâmica da relação entre indivíduo, sociedade e substâncias psicoativas. Observou-se que as mesmas foram usadas conforme época e cultura. Sendo considerada no contexto atual como um problema de saúde

pública, na qual utiliza-se de diversas estratégias de cuidado, como as C.T e as R.D, perspectivas citadas no presente artigo. Durante muito tempo utilizou-se e ainda utiliza-se de políticas proibicionistas, que estão relacionadas às comunidades terapêuticas. São métodos que se constituem em instituições, manicômios para a “recuperação” do usuário. Nessa linha há um confronto entre a prática ética do profissional de psicologia, por negligenciar e patologizar o indivíduo. As teorias que abordam a relação entre poder e conhecimento são usadas como uma forma de controle social por meio de instituições sociais. São considerados atos cruéis contra o usuário.

Segundo Xaud (1999), o agravante do funcionamento dessas instituições, é que passam a ser um verdadeiro depósito humano. Elas trabalham com camuflagem, discriminando, para esconder o problema dos olhos da sociedade. Preferem ressaltar somente o problema da conduta anti-social, como se o indivíduo pudesse ser e existir sozinho no mundo. Ao contrário de promover o crescimento, o desenvolvimento social e pessoal, promovem o isolamento, ainda que criados com as melhores intenções. É neste movimento dialético que faz necessário ressaltar a estratégia de R.D. Esse diferente propósito valoriza o autocuidado, reconhecendo que é impossível superar os problemas que o consumo de “drogas” inevitavelmente pode causar, percebendo com mais facilidade que nenhuma medida preventiva será mais eficiente do que o fortalecimento de laços sociais (FIORE, 2012).

Portanto, muitos são os desafios a se enfrentar tanto nas C.T como nas R.D, porém o profissional deve pautar dos princípios do código de ética que estruturam a profissão, tendo em vista que, as sociedades mudam, as profissões se transformam e isso exige também uma reflexão contínua sobre o próprio código de ética que nos orienta (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2005). Conforme citado por Xaud (1999), esse processo exige novos olhares, novas crenças, novas práticas, mudança na cultura de atendimento. O desafio não é mudar o discurso, mas transformar o agir. É adotar uma postura coerente e abandonar ideias de caráter moralista. Despedir-se do modelo preconceituoso, de velhas práticas, contando nesse processo, acima de tudo com uma equipe multidisciplinar.

## **CONCLUSÃO**

Nessa reflexão foi possível constatar que “Substâncias Psicoativas”, incluindo café, maconha, tabaco, lsd, Benzodiazepinas, entre outras, em algum lugar do mundo foram ou ainda são proibidas. Esse artigo se elabora em torno de problemas não somente relacionados ao uso de substâncias psicoativas, mas também de políticas públicas e estratégias de cuidados para com o usuário. Faz-se necessário a compreensão da relação entre substância, indivíduo e sociedade, afim de que investimentos públicos sejam feitos nas diversas áreas envolvidas como saúde, assistência social, educação e trabalho. O que só é possível por meio de reflexão sobre os aspectos teóricos partindo de uma conduta ética.

São encontrados muitos problemas referentes às estratégias de cuidados. Deve-se permitir um planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua, trabalhar a partir de uma lógica multiprofissional, na qual tem como objetivo o desenvolvimento de autonomia e potencialidade do indivíduo. Assim, não ficar presos aos velhos

métodos de lidar com os problemas associados ao uso de “drogas”, que segregam, estigmatizam e violentam os usuários, e sim, com o intuito de oferecer um trabalho digno, práticas inovadoras, por respeitar os direitos humanos, partir de uma ideia de acolhimento total, intervenção psicológica. Como parte da equipe interdisciplinar, desempenhar um papel na promoção de uma nova cultura de atendimento, um novo pensar, um novo fazer, envolvendo mudanças de crenças e valores.

Portanto, não pensar que está “tudo liberado” ou “tudo proibido” em termos de ética e moral. É necessário buscar e respeitar as escolhas e o direito do indivíduo. Para a psicologia é importante que o psicólogo tenha uma conduta de acordo com os princípios do Código de Ética, que não priorizem crenças ou valores pessoais. Somente assim, terá uma postura profissional frente os usuários, a equipe de trabalho e situações cotidianas, cujo objetivo é garantir coerência profissional.

## REFERÊNCIAS

ARENARI, B.; DUTRA, R. Crack e exclusão social. In **A construção social da condição da pessoa: premissas para romper o círculo vicioso da exclusão e o uso problemático do crack**. 1º Edição, MJ. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.028**, 1 de julho de 2005. Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028\\_01\\_07\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html). Acesso em: 13 dez. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, 23 de dezembro de 2011.

Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 13 dez. 2018.

CÓDIGO DE ÉTICA PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO. Brasília, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. 50 anos da Profissão no Brasil. **Jornal do Federal**. n 104. Jan/ Ago 2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Brasília, 2015. Disponível em:

<http://site.cfp.org.br/cfp-e-cfess-se-mostram-contrarios-as-comunidades-terapeuticas/>

CRUZ, M. S., SÁAD, A. C.; FERREIRA, S. M. B. Posicionamento do Instituto de Psiquiatria da UFRJ sobre as estratégias de redução de danos na abordagem dos problemas relacionados ao uso indevido de álcool e outras drogas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Rio de Janeiro, 2003.

DAMAS, F, B. Comunidades Terapêuticas no Brasil: Expansão, institucionalização e relevância social. **Revista Saúde Pública**. Santa Catarina, Florianópolis. V 6, jan/ mar 2013.

DUARTE, D. F. Uma breve história do ópio e dos opióides. **Revista Brasileira**

**de Anestesiologia**. v.55, Janeiro, 2005. Disponível em:  
<http://www.scielo.br/pdf/rba/v55n1/v55n1a15.pdf>. Acesso em 18 mar. 2017.

FIGLIARELLI, M. O lugar do Estado na questão das drogas: O paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos Estudos**. Março, 2012.

FOSSI, L.B.; GUARESCHI, N. M. F. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas profissionais na conformação do sujeito. **Estudos e Pesquisa em Psicologia**. v,15 n,1 p. 94 - 115. Rio de Janeiro. Abr. 2015.

GIL, A. C. Como delinear uma pesquisa bibliográfica. In **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª Edição, São Paulo, 2002.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 1961.

GOMES, B.R.; CAPPONI, M. Conselho Regional de Psicologia SP. Álcool e outras drogas. In: **álcool e outras drogas: novos olhares, outras percepções**. 2012.

GORGULHO, M. Conselho Regional de Psicologia SP. Álcool e outras drogas In **Drogas e sociedade**. 2012.

JUSTI M, G. O **CAPSad na perspectiva dos usuários**. [Dissertação de mestrado]. Maringá: universidade Estadual de Maringá. 2010.

LESSA, M.B. M. F. (1998). Os paradoxos da existência na história do uso das drogas. Rio de Janeiro: IFEN: Acesso em 23 mar. 2017. Disponível em:  
<http://www.ifen.com.br/artigos/1998-bernadete.htm>

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, Brasília, 2013.

OLIVEIRA, E. Comunidades Terapêuticas?. Junho 2017. Disponível em :  
<https://edmaroliveirablog.wordpress.com/2017/06/23/comunidades-terapeuticas/>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições e Diretrizes Diagnósticas**. Tradução Dorgival, Porto Alegre: Artes Médicas, 69-82,1993.

PEREIRA, F. M.; NETO A. P. O Psicólogo no Brasil: notas sobre um processo de profissionalização. **Psicologia em Estudo**. V. 8. n. 2 p. 19 - 27 Maringá, 2003.

PETUCO, D.R.S. Conselho Regional de Psicologia SP. Álcool e outras drogas. In **Redução de Danos**. 2012.

PRATTA, E.M.M.; SANTOS, M.A. O processo saúde-doença e a dependência

química: interfaces e evolução. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 25 n.2 p. 203 – 211 Brasília, 2009.

ROEHRS, H.; LENARDT, M. H.; MALTUM, M. A.. Práticas culturais familiares e o uso de drogas psicoativas pelos adolescentes: Reflexão teórica. **Revista de Enfermagem**. 2008.

SABINO, N. M.; CAZENAVE, S. O. S. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. **Estudos de psicologia** v. 22. n 2. Campinas, 2005.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e proteção para o uso de drogas na adolescência. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. P.707 -717. 2005.

SILVA, E. A. Conselho Regional de Psicologia SP. Álcool e outras drogas. In **Intervenções clínicas: o uso e abuso dependência de drogas**. 2012.

SILVEIRA, G. L.; RODRIGUES, L. B. O consumo de substâncias psicoativas e o autocuidado entre pessoas em situação de rua na cidade de Juazeiro-BA. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**. p. 95 – 122. Salvador, 2013.

SILVEIRA, C. et al. (2003). Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, p. 349-354.

XAUD, G. M. B. Os deságios da intervenção psicológica na promoção de uma nova cultura de atendimento do adolescente em conflito com a lei. In **Temas de Psicologia Jurídica**. Leila Maria Torraca de Brito (org) – Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999.