

DIFICULDADES ENCONTRADAS PELOS PSICÓLOGOS NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPSAd): DESAFIOS DA FORMAÇÃO À ATUAÇÃO PROFISSIONAL

DIFFICULTIES FACED BY PSYCHOLOGISTS IN PSYCHOSOCIAL CENTER (PSC): CHALLENGES FROM EDUCATION TO PROFESSIONAL PRACTICE

CAMILA DE CASTRO ROCHA^{1*}, NATÁLIA BARZAGHI²

1. Acadêmica do curso de graduação em Psicologia da Faculdade Ingá; 2. Psicóloga e Mestre em Psicologia. Doutoranda em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista. Docente na graduação de psicologia da Faculdade Ingá

* Rua Cipriano Parpinelly, 1311, Centro, Marialva, Paraná, Brasil. CEP: 86990-000. cacah_castro@hotmail.com

Recebido em 01/09/2015. Aceito para publicação em 09/09/2015

RESUMO

A perspectiva deste trabalho buscou compreender as dificuldades encontradas pelos psicólogos que atuam nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), especificamente para o álcool e outras drogas (AD). Para tanto, apresenta a utilização de substâncias psicoativas a partir do ponto de vista da história. Portanto, o presente estudo busca oferecer subsídios ao apresentar contestações da forma na qual as pessoas que faziam do uso dessas substâncias eram tratadas, com destaque para as transformações ocorridas nas políticas públicas que proporcionaram a efetivação da atenção psicossocial. Todavia, aponta que mesmo com todas as mudanças ocorridas as mesmas não se efetivam como o esperado. Dentre os motivos destaca-se a atuação inadequada dos profissionais na área da saúde, como o psicólogo, devido, dentre outros elementos, a herança de sua formação profissional tecnicista e individualista. Acredita-se que ao ampliar o entendimento das estratégias da atenção psicossocial, através de um novo olhar para a construção de um novo lugar social para estes sujeitos, corresponde no campo da Psicologia ao comprometimento com relações mais dignas e um projeto de sociedade mais humana.

PALAVRAS-CHAVE: Substâncias psicoativas, história da psicologia, Atenção Psicossocial, Caps-Ad.

ABSTRACT

The point of this research is to understand the difficulties faced by psychologists who work in psychosocial Support Center (PSC), specifically those that deal with alcohol and other drugs users. For such, shows the use of psychoactive substances from the viewpoint of story. Therefore, this research seeks to provide subsidies by exposing the way that the users of these substances were treated, especially the changes that have occurred in public policy that provided the effectiveness of psychosocial care. However, points out that, even with all the changes, they are not effective as expected. Among the reasons there is the inadequate performance of the professionals in the health field, such as the psychologist, because of, among other things, the inheritance of their technicistic and individualistic training. It is believed that

by enlarging the understanding of the strategies of psychosocial care, through a new vision based on building a new social place for these users, reflects in Psychology to the commitment to more dignified relations and a more humane project to our society.

KEYWORDS: Psychoactive substances, psychology history, Psychosocial Support Center, PSC.

1. INTRODUÇÃO

O presente trabalho busca problematizar um tema que acompanha a história da humanidade, qual seja, a utilização de substâncias psicoativas por parte da sociedade. Salienta-se que no transcurso da história diferentes substâncias foram utilizadas em contextos também diversos, neste sentido, pontua-se que o que se transforma é a relação estabelecida entre as pessoas e as substâncias. Registros históricos localizam, desde as primeiras civilizações, a relação entre sujeitos, épocas, lugares, substâncias e os motivos pelos quais as pessoas as utilizam. De rituais místicos e espirituosos a formas de alívio do sofrimento, a história mostra um longo caminho entre as drogas e a sociedade¹.

Sendo assim, este estudo busca além de trazer respaldo teórico e subsídio para pensar a relação dos sujeitos com as substâncias psicoativas, lançar um olhar para as formas de cuidado aos sujeitos que se encontram em uma situação problemática em relação a isso, sobretudo, no que tange ao trabalho do profissional da Psicologia. Assim, diante desse tema, tem como objetivo compreender as dificuldades do trabalho do psicólogo nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps-ad), a partir de um olhar para a constituição histórica da profissão e sua relação com as questões, também históricas, da utilização de substâncias psicoativas.

Em relação ao tratamento destinado aos ditos dependentes químicos, historicamente se pode encontrar algumas transformações, dado que durante muitos séculos

no Brasil foram tratados como pessoas que sofriam transtornos mentais, dentro de manicômios longe do convívio social, e se não bastasse, ainda sofriam maus tratos. A partir da década de 70 do século XX o modelo manicomial começa a ser questionado, o processo conhecido como Reforma Psiquiátrica contribui para a construção de um cuidado em liberdade que culminaria na atual configuração da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS².

Sendo assim, a partir das conquistas da Reforma surgem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que se constituem como serviços com ações voltadas à saúde mental, que passam a ser reconhecidos como principal forma de tratamento substitutivo ao manicômio. Dentre suas várias modalidades existe uma específica destinada ao cuidado de sujeitos com problemas relacionados a Álcool e outras Drogas, CAPS-ad, em que são ofertados tratamentos aos dependentes químicos. De acordo com o Ministério da Saúde, os centros têm como principal objetivo trabalhar com a saúde mental de forma adequada, oferecendo atendimento à população necessitada, realizando acompanhamento clínico, e promovendo a reinserção social dos usuários através do trabalho e do lazer, a fim de fortalecer os laços familiares e comunitários³. Estes serviços constituem-se por meio de uma equipe multidisciplinar com enfermeiros, assistente social, médicos e psicólogos. Os trabalhadores dos Caps têm como principais funções cuidar dos pacientes de forma mais humana, promovendo cidadania e que todos possam ser inseridos na sociedade⁴.

De acordo com diversas pesquisas da área²⁻⁴ existem muitas dificuldades em relação ao trabalho dos psicólogos na saúde pública, um dos motivos pelos quais isso acontece pode estar relacionado ao perfil dos cursos de graduação em Psicologia no país, nestes ainda prevalecem uma formação tradicional pautada no modelo clínico-individual, que não é suficiente à proposta de um cuidado mais amplo, como o que deveria acontecer no CAPS-ad. Devido às grandes mudanças ocorridas nas políticas públicas, o psicólogo passou a ser inserido na área da saúde juntamente com uma equipe multiprofissional, sendo esta uma nova proposta de atenção em saúde mental, em que o trabalho em equipe passou a ser prioritário em relação à dinâmica de trabalho⁴. Contudo, é possível notar que o desafio entre o modelo novo e o tradicional de cuidado parece ser a marca do atual momento da prática profissional dos psicólogos nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Levando em consideração a complexidade da temática bem como a urgência em discutí-la, o presente trabalho se justifica à medida que busca compreender a inserção e as dificuldades do trabalho do profissional da psicologia no campo das políticas públicas, especificamente, no CAPS-ad, desnaturalizando os fenômenos e historicizando sua complexidade a fim de contribuir para

as discussões sobre o tema.

2. MATERIAL E MÉTODOS

A fim de alcançar tais objetivos sobre o tema pretendido, primeiramente foi realizado um levantamento sobre o histórico da utilização das substâncias psicoativas, compreendendo-se que elas sempre existiram, desde as primeiras civilizações, abordando também a forma que as pessoas foram tratadas, em seguida, um outro levantamento, sobre a história da formação em psicologia no Brasil, e pesquisas em artigos que abordassem sobre as dificuldades do trabalho do psicólogo. O presente artigo se constitui enquanto uma pesquisa bibliográfica, pois é desenvolvida com base em materiais já elaborados, principalmente livros de autores da área e artigos científicos disponíveis em banco de dados como Scielo e Revistas eletrônicas de universidades conceituadas. Todo trabalho científico se inicia com pesquisa bibliográfica, a fim de permitir ao pesquisador contato com os estudos e materiais já elaborados sobre o tema⁵.

3. DESENVOLVIMENTO

Histórico da utilização de substâncias psicoativas na história da humanidade

O uso de substâncias psicoativas sempre esteve presente na história da humanidade, ao longo do tempo, o que mudou foi à forma com que as pessoas passaram a usá-la e a relacionar-se com elas, ou seja, cada sociedade passou a usar essas “drogas” conforme o seu contexto cultural e época⁶. Diante esse tema, temos que:

O uso de substâncias psicoativas é uma prática antiga e presente em várias culturas desde os tempos pré-históricos; portanto, faz parte da história da humanidade. Alguns povos faziam uso dessas substâncias para fins terapêuticos, outros as usavam em seus ritos religiosos. As substâncias psicoativas eram utilizadas por cada sociedade conforme sua cultura, época, e seus conhecimentos⁶.

Assim, é possível verificar que as substâncias nem sempre foram tidas como fator problema, pois eram utilizadas em diversos meios como religioso, místico, social, cultural⁷. Segundo Israel-Pinto (2012 p.15)¹, “os primeiros seres humanos eram herbívoros e suas principais formas de alimentação eram as frutas, folhas e raízes, as plantas psicoativas auxiliavam nossos ancestrais a tolerar as adversidades do ambiente em que viviam”.

O autor ainda explica que o primeiro contato com as substâncias psicoativas se deu por meio das plantas nativas, que são consideradas como “drogas naturais”, entre elas a coca, o cogumelo, a papoula, entre outros. As bebidas alcóolicas eram derivadas da fermentação de frutos e vegetais, e está entre as substâncias psicoativas

naturais que desde a antiguidade a humanidade sempre utilizou.

Na área da medicina as substâncias psicoativas começaram a ser utilizadas no tratamento de muitas doenças, com o avanço da ciência e as novas descobertas de drogas anestésicas, derivadas da cocaína e do ópio, houve uma expansão do uso no círculo dos médicos e na sociedade, neste momento as substâncias possibilitavam o controle das dores nas pessoas. No ano de 1902 essas substâncias foram consideradas milagrosas. Conforme aponta Melo (2013, p. 18)⁷,

Nessa época, ainda não havia leis ou regulamentos que limitassem a venda ou o consumo da cocaína, e ela tornou-se presente em farmácias, mercearias e bares. Assim, passaram a ser comuns episódios de toxicidade, tolerância e dependência e até mesmo morte pelo uso de produtos derivados da cocaína, os quais passaram a ser relatados em revistas médicas no ano de 1920.

É possível observar, diante desse contexto, que o uso de algumas substâncias psicoativas que atualmente são consideradas como ilegais, eram comuns, desta forma, podemos verificar que na história da humanidade, as substâncias psicoativas foram mais liberadas do que proibidas⁶. Assim, a revolução industrial contribuiu para a mudança do padrão do uso de “drogas” na sociedade, a partir de então as pessoas passaram a morar nas cidades, alterando assim suas relações sociais. As substâncias passaram a ser alvos de comercialização, visando à obtenção de lucros, tornando-se mais disponível às pessoas⁷. Diante essa perspectiva, afirma-se que:

O uso de substâncias psicoativas acompanhou essa evolução industrial, na qual, mudanças no estilo de vida das pessoas fizeram com que o seu consumo passasse de um uso ritualizado (religioso), terapêutico (medicinal) e/ou prazeroso (recreativo) para uma busca exacerbada de fuga e alívio da realidade imediata (Israel-Pinto, 2012 p. 33)¹.

Diante desta breve contextualização, ao se referir as substâncias psicoativas, podemos notar que se trata de uma relação entre substância, indivíduo e sociedade, historicizando a utilização de substâncias psicoativas, compreende-se que a cada época, elas assumiram um papel que ligava o uso às necessidades de cada sociedade, em que cada indivíduo aprendia o porquê ela era usada, qual era a sua finalidade diante a sua cultura⁶.

Na contemporaneidade, estas relações tomam um novo rumo, de modo que as substâncias psicoativas, perderam a relação com a historicidade, religião, a partir do momento que o uso passou a ser destinado a uma outra função social, tanto individual quanto coletivamente. Então, diante das transformações sociais ocorridas, sobretudo por influência do modo de produção capitalista, o tema das substâncias psicoativas e o seu ce-

nário foram modificados, de forma que as substâncias psicoativas se tornaram quase que exclusivamente a fazer parte do discurso da sociedade de consumo, atuando com novos valores⁷.

Formas de tratamento aos sujeitos “dependentes químicos”

Podemos observar através da história que o uso de substâncias psicoativas esteve presente em várias culturas, e com fins diversos. Sendo assim, devido à mudança do contexto com que esse uso tomou a partir do século XX, as “drogas” foram consideradas como uma preocupação social e vistas como uma ameaça para toda a sociedade. Nesse mesmo período esse tema passou a ser considerado um problema de saúde pública, então várias estratégias foram criadas para o combate as “drogas”, sendo uma dessas estratégias a política proibicionista, que foram ações voltadas para o fim da produção, comércio e consumo de algumas substâncias psicoativas⁸.

Diante disso, em quase toda a sociedade moderna algumas “drogas” foram consideradas perigosas e as pessoas que faziam o uso dessas foram criminalizadas.

Os motivos pelos quais há a proibição das substâncias como a maconha, drogas sintéticas, cocaína entre outras, foram diversos, um forte componente para isso foram os fatores econômico e cultural⁸, pois cada país obtinha seus motivos para adotar essa nova política. Sendo assim o uso da maconha, por exemplo, foi liberada até o começo do século XX e devido ser usada por “negros”, era vista pela classe média branca como uma associação às classes marginalizadas. Contudo, é possível observar como a cultura influencia através do preconceito, em 1920 devido à proibição de bebidas alcoólicas nos Estados Unidos, a maconha passou a ser ainda mais consumida na maior parte do ocidente. No ano de 1880 a substância do ópio era usada por mulheres brancas, e nem por isso proibidas, mas a partir do momento em que os trabalhadores das minas passaram a usá-la, depois dos serviços noturnos, a sociedade da época passou a ter conhecimento e se revoltar com esse uso⁹.

Todavia, a proibição não soluciona o problema do uso de quaisquer substâncias, muitas vezes até mesmo incentiva esse uso. Sobre o proibicionismo, o Conselho Federal de Psicologia ressalta que: “do ponto de vista das estratégias de cuidado, ele produz práticas tutelares e violadoras de direitos amparadas no modelo moral/criminal e de acordo com a noção de doença”. Dessa forma, “esses modelos fomentam o encarceramento e o tratamento tendo como única meta a abstinência”⁸. Além disso, é considerado que a assistência à saúde pautada no proibicionismo se baseia na abstinência como pré-requisito em todos os casos, não levando em consideração as singularidades.

Ao invés de pensarmos em termos da “necessidade” de se prevenir o uso de “drogas” em geral, devemos

buscar evitar o seu abuso, isto é, o uso que pode ter consequências negativas ao bem-estar do indivíduo e da sociedade, problematizar outras relações que não àquelas vinculadas apenas ao consumo, como a produção e distribuição de substâncias psicoativas.

Contudo, durante muitos anos no Brasil, as pessoas que faziam o uso de substâncias psicoativas e necessitavam da ajuda, foram internadas em instituições psiquiátricas em conjunto com pessoas identificadas com transtornos mentais. Assim, eram tratadas dentro de manicômios e sem o contato social, como se não tivessem condições de se manterem em outros ambientes por não serem seguros e saudáveis, acabavam sendo excluídos e isolados da sociedade, a partir do entendimento de que a privação de liberdade é terapêutica².

Desde a Idade Média, as instituições de caridade que ofereciam abrigo e alimentação aos pobres, miseráveis, mendigos, desabrigados e doentes, ficaram conhecidas como hospital, porque em latim a palavra significa hospedagem. Com o passar dos anos, os hospitais foram se transformando e perdendo sua identidade de caridade e de controle social, passando a adotar outra finalidade, como tratar enfermos. Tais mudanças nos hospitais ganharam o nome de medicalização no final do século XVIII, assim os hospitais se tornaram instituições de modelo científico para a medicina, e um novo saber sobre a doença¹⁰.

No Brasil, durante vários séculos, pessoas portadoras de transtornos mentais – entre elas os dependentes químicos - eram excluídos da sociedade, e inseridos nos hospitais psiquiátricos, nos quais eram submetidos a maus tratos, além de serem privados da convivência social².

Diante desse cenário, na década de 70 houve o fortalecimento do movimento da Reforma Psiquiátrica, influenciada pelos movimentos que já estavam ocorrendo sobretudo na Itália, em que buscavam alterar a forma do “modelo hospitalocêntrico”, ou seja, questionavam o isolamento como método terapêutico e postulavam a substituição da exclusão pelo convívio no meio social, familiar e comunitário². Quanto aos objetivos mais específicos da Reforma Psiquiátrica, tem-se que,

A Reforma tem como objetivo fundamental o fim da instituição psiquiátrica como lugar de violência e exclusão social. Teve suas bases nos pressupostos defendidos por Franco Basaglia, contou com a participação de familiares e usuários dos serviços de saúde, e, desse modo, possibilitou o contexto para a consolidação do processo de criação de novas práticas de atenção psicossocial e de saúde mental (Ramos, 2012, p.48)¹¹.

A Reforma Psiquiátrica objetiva não só o fim dos manicômios, mas também a transformação da sociedade, a partir destas premissas as pessoas em tratamento da

dependência química, passariam a ser tratadas dentro do convívio social. Atualmente existem estratégias a partir da Rede de Atenção Psicossocial que incluem, dentre elas, o CAPS-AD e a redução de danos.

3.2.1 Caps ad e outras estratégias atuais

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são instituições brasileiras que visam substituir os hospitais psiquiátricos. Segundo a Portaria nº 336 - de Fevereiro de 2002, já atualizada, os CAPS são unidades de saúde que fornecem cuidados entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, contam com uma equipe multiprofissional de psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, psiquiatras, entre outros, buscam se constituir como uma rede de serviços com ações voltadas à saúde mental¹². Sendo assim, os centros passam a ser reconhecidos como a principal forma de substituição ao modelo manicomial, sobre os CAPS, temos que:

Os CAPS surgem como protagonista do serviço substitutivo em Saúde Mental, principal estratégia da Reforma Psiquiátrica, sendo instituição criada para prestar atenção psicossocial baseada no acolhimento dos sujeitos em sofrimento psíquico e transtorno mental, buscando a substituição da lógica manicomial como meio de sustentação teórica para o cuidado em Saúde Mental e do modo asilar como prática dominante (Meireles, 2009, p. 23)¹³.

De acordo com o Ministério da Saúde, os centros têm como maior objetivo tratar as questões de saúde mental de forma adequada, oferecendo atendimento à população, realizando o acompanhamento clínico, e promovendo a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho e ao lazer, a fim de fortalecer os laços familiares e comunitários. Atendem aos usuários em seus momentos de crise, apoiam os usuários e famílias na busca de independência e responsabilidade para o tratamento³.

Os serviços de atenção psicossocial devem ter uma estrutura ampla, pois são destinados à atender não somente indivíduos com transtornos mentais relativamente graves, mas também crianças, adolescentes e indivíduos envolvidos com substâncias psicoativas. Sendo assim, constituem-se em várias modalidades, sendo elas: o CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSi e CAPSad¹⁰.

O CAPS I atende municípios entre 20.000 e 70.000 habitantes, o CAPS II é destinado a municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. O CAPS III, municípios com população acima de 200.000 pessoas, e atendimento 24 horas, pois neste centro há leitos para internação, porém são espaços abertos e um ambiente onde há acompanhamento de pessoas durante o internamento. CAPSi, população superior a 200.000 habi-

tantes, é voltado para atendimento de crianças e adolescentes com transtornos mentais e problemas relacionados a substâncias psicoativas. O CAPSad, população superior a 100.000 habitantes, onde o serviço é oferecido ao atendimento de dependência química, como álcool e outras drogas, com funcionamento 24 horas do dia, inclusive nos feriados e finais de semana¹⁰⁻¹².

Segundo o Ministério da saúde, o CAPSad presta atendimento a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, assim oferecem novas atividades, bem como novos hábitos, diminuindo as internações hospitalares e oferecendo novas formas de tratamentos. As atividades do CAPSad oferecem atenção diária aos pacientes, evitando internações, englobando atendimentos tanto individuais quanto em grupos, oficinas terapêuticas, atendimento às famílias, atendimento de desintoxicação, e principalmente atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social¹². Lembrando que, todas essas atividades são realizadas pela equipe multiprofissional do CAPS, com psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, entre outros.

Outra estratégia da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras drogas é a redução de danos, que passou a ser considerada a partir da década de 1990 no Brasil, na qual é usada como uma forma contra a exclusão do indivíduo dependente perante a sociedade¹¹. Essa estratégia visa afirmar a autonomia, o diálogo e os direitos das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, sem recorrer a julgamentos morais ou práticas criminalizadoras e punitivas⁸. Segundo Ramos (2012)¹¹ são propostas de intervenções que objetivam minimizar os danos à saúde do dependente e os prejuízos sociais e econômicos causados pelo consumo de drogas, sem necessariamente prever a abstinência como única alternativa de tratamento.

A partir da visão do uso de substâncias psicoativas de forma real, sem preconceitos, fica possível reconhecer que as drogas têm significações na vida subjetiva e social tanto do ser humano quanto da sociedade. Assim, o consumo passa a ser compreendido dentro dos contextos culturais, sociais, políticos, econômicos e subjetivos ampliando a compreensão sobre esse tema e diminuindo o preconceito em relação aos dependentes¹¹. Portanto, se o uso das substâncias não pode ser excluído da sociedade, é possível pensar em estratégias que possam reduzir ao menos os danos relacionados a esse consumo, tanto para os usuários quanto para a sociedade. Implicando então nessa perspectiva, a defesa pela ampliação e diversificação dos componentes da rede de tratamentos e garantia dos direitos das pessoas nesta condição⁸.

Contudo, é possível compreender que para o dependente ter seus direitos garantidos, não é aceitável que somente a abstinência seja a pré-condição e a meta a ser

atingida. Assim, a redução de danos tem sido entendida como estratégia de maior racionalidade ao enfrentamento sobre a questão das drogas⁸.

História da Formação em Psicologia no Brasil

No Brasil, nas primeiras décadas do século XX, a ciência psicológica foi estimulada e popularizada pelos médicos. Nessa época, valorizou-se a psicométrica, pois as necessidades do país fizeram com que os médicos reconhecessem a Psicologia como importante aliada no trabalho de classificação da população, segundo suas aptidões e habilidades cognitivas para que se desse a transformação do Brasil em uma grande nação¹⁴.

Assim, a consolidação da Psicologia no Brasil teve início ainda na década de 1930 com a implantação do processo de industrialização do país, que modificou as relações sociais de produção e passou a exigir novos conhecimentos e práticas, o que tornou a educação “um instrumento para a conformação do novo trabalhador”, dadas as necessidades do processo industrial e que encontrou na Psicologia alguns de seus principais fundamentos científicos. Tal processo histórico contribuiu fortemente “para o desenvolvimento da área e para a consolidação de sua prática”. Em consequência, o ensino de Psicologia se expandiu das Escolas Normais para o ensino superior, principalmente nos cursos de Filosofia e Pedagogia e, com isso, passou-se a ter um maior desenvolvimento de pesquisas, produções científicas, congressos, bem como o aumento do campo de atuação da Psicologia, que se estendeu para além da educação, estendendo-se para “a organização do trabalho e para a prática clínica”¹⁵.

Porém, a Psicologia foi alvo de várias críticas na área clínica, bem como foi vista como uma “atividade de luxo”, dado que nem todas as pessoas poderiam usufruir desse conhecimento. Então, no sentido clínico significou ser uma profissão individualista, sem significado para os problemas sociais¹⁶. Historicamente, o psicólogo esteve às voltas com a elite, na década de 1970 “deitar no divã significava sinal de status social”, assim as pessoas de classe média e alta tinham a Psicologia como algo fundamental para mostrarem então o seu status¹⁷.

A profissão de psicólogo e o estabelecimento dos cursos para sua formação no Brasil foram regulamentados pela Lei n. 4.119/1962¹⁵, em decorrência de um projeto de modernização nacional e caracterizada por uma tradição frágil, uma vez que o número de psicólogos no país naquela época limitava-se a não mais que 1000 e a principal expressão pública da profissão era a psicotécnica¹⁸.

A Lei n. 4.119/62 foi regulamentada pelo Decreto n. 53.464/64, que estabeleceu as funções do psicólogo em seu art. 4º:

Art. 4º. São funções dos psicólogos:

- 1) Utilizar métodos e técnicas psicológicas com o

objetivo de:

- a) diagnóstico psicológico;
- b) orientação e seleção profissional;
- c) orientação psicopedagógica;
- d) solução de problemas de ajustamento.

2) Dirigir serviços de Psicologia em órgãos e estabelecimentos públicos, autárquicos, paraestatais, de economia mista e particulares.

3) Ensinar as cadeiras ou disciplinas de Psicologia nos vários níveis de ensino, observadas as demais exigências da legislação em vigor.

4) Supervisionar profissionais e alunos em trabalhos teóricos e práticos de Psicologia.

5) Assessorar, tecnicamente, órgãos e estabelecimentos públicos, autárquicos, paraestatais, de economia mista e particulares.

6) Realizar perícias e emitir pareceres sobre a matéria de Psicologia (Brasil, 1964)¹².

Essas funções legais abriram a possibilidade para o psicólogo trabalhar na clínica, nas escolas, organizações, área acadêmica e jurídica¹⁷.

Com o regime militar instaurado em 1964, foi promovida a abertura do ensino superior para a iniciativa privada, ampliando o número de vagas, como consequência da promulgação da Lei n. 5540/1968, que fixou as normas e funcionamento do ensino superior, o que favoreceu a oferta de cursos de Psicologia, devido a proliferação de instituições de ensino superior privadas¹⁵.

No entanto, particularmente na década de 1960, não só pelo contexto histórico-social-político, mas também pela forte influência da psicanálise, grande parte dos psicólogos dedicava-se quase que exclusivamente à clínica. Neste sentido, Coimbra (2004, p. 47)¹⁹ afirma que,

Desde seu início está impressa a marca da tradição positivista [...] A própria psicanálise ensinada [...] também está marcada por esse positivismo e pela psicologização da vida social e política. Uma “certa” clínica torna-se a grande demanda dos estudantes de psicologia, que sonham com seus consultórios privados; os psicanalistas são os modelos de referência.

Na década de 1970 o número de psicólogos formados aumentou significativamente e, em consequência, mais cursos se abriam “porque havia demanda e a profissão era regulamentada”. A criação do Conselho Profissional “organizou a intervenção social da profissão”, auxiliando os profissionais a ocupar o mercado de trabalho, enquanto o Código de Ética normatizava a conduta e oferecia garantia àqueles que exerciam a profissão na clínica psicológica bem como aos usuários dos serviços, estabelecendo um padrão que deveria ser observado. Além disso, o crescimento econômico abriu vagas na indústria, comércio e área de serviços, constituindo no país um pólo consumidor. Nesse contexto, os psicólogos

passaram a atuar na gestão de pessoas, mais especificamente na seleção de profissionais, avaliação de desempenho e outros aspectos da área de recursos humanos nas empresas. Assim, além dos consultórios, os psicólogos passaram a atuar nas organizações. Com o fim do regime militar e internacionalização da economia, verificou-se a organização do atendimento à saúde pública, o surgimento das organizações não governamentais e, posteriormente, a organização da assistência social no país, o que veio abrir mais o campo de trabalho dos psicólogos, principalmente, no setor público²⁰⁻²¹.

Com relação ao currículo oficial do curso de Psicologia, foi fixado em 1963 pelo Conselho Federal de Educação e ficou em vigor até 1994, embora os psicólogos se mostrassem incomodados com a própria formação, quando tiveram início discussões relevantes e passaram a surgir propostas de mudanças no currículo do curso, com o envolvimento dos Conselho Federal e Regionais²².

Em 1996, após a promulgação da Lei n. 9.394, conhecida com Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, foi instituída pelo Ministério da Educação a Comissão de Especialistas em Ensino de Psicologia com o objetivo de elaborar um projeto de diretrizes curriculares, cujo foi apresentado em 1999, depois de debates promovidos com instituições de ensino superior e entidades profissionais²³, que teve aprovação apenas em 2004.

Segundo Bastos e Gomide (2010)²⁴, os Currículos de Psicologia limitam-se a oferecer um determinado nível de conhecimento geral sobre temas psicológicos, formação metodológica razoável e alguma habilidade técnica que possa auxiliar na intervenção, requerendo estudos complementares após a graduação.

Para Bastos e Gondim (2010)²⁵, inclui-se entre os pontos críticos no ensino superior de Psicologia a formação científica e as competências para o trabalho em unidades mais complexas, que vão além do indivíduo, como é o caso dos grupos e organizações, havendo maior ênfase nas áreas de avaliação, psicodiagnóstico e clínica em geral.

Trabalho do Psicólogo no CAPS AD

Os psicólogos começaram a atuar na área da saúde pública a partir da Reforma Sanitária e Psiquiátrica que começaram a ocorrer na segunda metade da década de 1970 (Dimentstein e Macedo, 2012).

Em 1978, surgiu o Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), que denunciaram e se mobilizaram pela humanização dos hospitais psiquiátricos, denunciavam a indústria da loucura dos hospitais privados conveniados com o INAMPS (Instituto Nacional da Assistência Médica e Previdência Social), reivindicaram melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos e fizeram as primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental²⁶.

Nessa mesma época, o governo federal implementou o PISAM (Plano Integrado de Saúde Mental), formando as primeiras equipes multiprofissionais de saúde mental, embora centradas na figura do psiquiatra e uma incipiente presença de psicólogos, observando que estes seguiam o modelo da clínica centrada nos consultórios particulares, difundindo a cultura psicanalítica e outras relacionadas ao processo de psicologização e individualização²⁶.

Os Conselhos de Psicologia, tanto Federal como Regionais, bem como os Sindicatos de Psicólogos apoiaram as iniciativas do MTSM, mas os cursos universitários de psicologia permaneceram inertes, repetindo os padrões de formação voltados para um olhar individualista e patologizante da clínica nos consultórios privados²⁶.

Dessa forma, a atuação do psicólogo na saúde pública é influenciada diretamente pela sua formação profissional, a qual possui deficiências, que o impedem de estar preparado para atender às necessidades da população, o que leva no meio social a uma indefinição da utilidade da profissão e transforma o psicólogo em um profissional prescindível²⁷. Neste sentido, Sousa e Coleta (2012, p. 410)²⁸ afirmam que na saúde pública, o psicólogo enfrenta,

[...] dificuldades relacionadas aos aspectos das instituições, da gestão e das políticas públicas [...], dificuldades dos pacientes [...] com o contato com esses pacientes, com formação profissional deficiente, com dificuldades relacionadas à prática profissional, às precárias condições de trabalho e ao relacionamento com a equipe, com necessidade de aprimoramento profissional, com frustrações no trabalho e falta de reconhecimento e com prejuízos à sua saúde e bem-estar.

Outra dificuldade encontrada no trabalho do psicólogo dentro do CAPS é a falta de reconhecimento, de valor profissional. Assim, muitos pacientes desvalorizam este trabalho preferindo uma intervenção psiquiátrica através de medicamentos, em vez a uma intervenção psicoterapêutica²⁸. Os mesmos autores afirmam que isto ocorre devido ao efeito imediato que o remédio vem oferecer ao alívio e a diminuição do sofrimento, assim: “esse fato representa uma dificuldade adicional ao trabalho dos psicoterapeutas e pode ser resultado de uma desvalorização do trabalho do psicólogo por parte dos pacientes”²⁸ o que nos leva a problematizar a relação com as substâncias psicotrópicas, revelando um forte componente cultural.

A atuação entre as equipes multiprofissionais é outro fator de dificuldade importante que o psicólogo enfrenta, pois raramente há supervisões, em que podemos observar uma grande falta de comunicação entre a equipe de profissionais. Sendo assim, seria muito importante essa relação, uma vez que, se trata dos problemas dos paci-

entes atendidos, sendo uma troca de informações dos mesmos para uma boa intervenção não apenas do psicólogo, mas de toda a equipe envolvida²⁸.

Para Dimenstein e Macedo (2012)¹⁶, os psicólogos precisam de uma formação que os permita fazer leituras e análises conjunturais acerca das necessidades sociais e de saúde da população, para que possam escutar e intervir sobre os processos psicológicos e psicossociais considerando as condições de vida e projetos de futuro da população, bem como serem capacitados a articular com as redes de serviços para poderem atuar.

4. DISCUSSÃO

Diante do presente estudo foi possível esclarecer a partir de um resgate histórico que as substâncias psicoativas sempre existiram, assim não tendo como aboli-las da história. As mesmas foram usadas conforme época e cultura, o que se mudou foram às formas com que cada sociedade passou a usá-las, tornando-as então, em alguns casos, um problema de saúde pública. Partindo deste pressuposto, podemos mencionar o julgamento moral que as pessoas fazem sobre este tema, substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, sendo que, o uso de substâncias não criminalizadas pode representar problema ainda maior que as proibidas e criminalizadas. Assim, devido à forma com que são visibilizadas tanto pela saúde pública quanto pela sociedade, acabam fomentando essa grande discussão do uso e proibição, talvez pela falta de conhecimento sobre o assunto pela forma cristalizada baseada em senso comum que todos possuem quando se tratam de substâncias psicoativas, sejam elas lícitas ou ilícitas.

Sempre houve o envolvimento da sociedade com esse tema, bem como com a forma com que as pessoas que faziam uso de substâncias eram tratadas. Destaca-se que por muito tempo foram internadas em manicômios, que funcionavam como um meio de excluir do convívio social, usando práticas desumanas. A partir de contestações advindas do movimento da Reforma Psiquiátrica as mudanças vieram, transformações no modelo de atenção ao sujeito, proporcionando a inclusão e o resgate social.

Entretanto, essas mudanças não foram suficientes para se efetivarem como esperado, devido uma série de motivos, dentre eles a atuação inadequada de profissionais, como o psicólogo, em que o histórico de sua formação contribuiu para as dificuldades encontradas. A ligação forte com a elite na história da formação do psicólogo é um dos motivos destas dificuldades, pois foram marcados pelo pensamento a partir de elementos de classificação, diagnóstico, adaptação, exclusão, ou seja, um tratamento individual que desconsidera as outras esferas da vida humana. Outro aspecto determinante é a visão essencialmente clínica, pois na formação desses profissionais este modelo é o mais apresentado nas grades curriculares dos cursos, estágios e práticas. Com isso, as pessoas levam este modelo para a atenção psicossoci-

al, dificultando a efetivação da mesma, dado que suas especificidades são outras, vale salientar que no contexto dos CAPS a psicoterapia é muito importante, todavia, deve estar implicada em um projeto maior de inserção social, de equipes multiprofissionais e da noção rede.

Para se efetivar um trabalho coerente com o CAPSAd é preciso de outras habilidades, olhar o sujeito/mundo e outros elementos, ou seja, é preciso que ocorram transformações na formação profissional, incluindo temas que abordem as políticas públicas, justamente para o profissional não chegar na prática sem saber do que se trata.

Considera-se importante desilitizar a psicologia, tendo-se então um amplo conhecimento para se trabalhar não somente nos CAPSAd, mas em todas políticas públicas, minimizando a visão individualista, e priorizando o trabalho coletivo, sendo assim, possibilitando uma maior amplitude, para que se tenha coerência na forma de trabalho nestas novas unidades e dentro de todas as políticas públicas.

5. CONCLUSÃO

Devido ao fato dos problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas serem uma questão de saúde pública surgiu à necessidade da criação de serviços que fossem capazes de prover as necessidades de tratamento adequado. Dentre os serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPSAd), unidade muito importante para os indivíduos que precisam de seus serviços, tem por base o tratamento do paciente em liberdade, buscando sua reinserção social, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua, no desenvolvimento de autonomia e cidadania dos usuários.

Porém, são muitos os problemas referentes a essa nova unidade, como as dificuldades de se trabalhar a partir da lógica multiprofissional, carência de investimentos, ausência de espaço, entre outros, desta maneira podem não possibilitar na prática toda a potência destas instituições. Todavia, não podemos deixar de lado nossos papéis sociais, em que muita coisa deve ser mudada, sejam pensamentos, preconceitos etc. Quanto aos profissionais, terem uma reformulação na sua formação, aos já formados tornarem-se aptos a atender as demandas do modelo psicossocial proposto. Assim, podendo oferecer um trabalho digno e suficiente aos usuários, nos quais possam ser reinseridos de forma justa na sociedade, para que sejam e se sintam cidadãos, devolvendo a eles sua tão esperada identidade.

REFERÊNCIAS

- [1] Israel-Pinto A. O uso de substâncias psicoativas: história, aprendizagem e autogoverno. [Dissertação de mestrado]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá. 2012.
- [2] Justi MG. O CAPSAd na perspectiva dos usuários. [Dissertação de mestrado]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá. 2010.
- [3] Brasil. Ministério da saúde. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2015.
- [4] Cantele J, Arpini DM, Roso A. A psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental. [Dissertação de mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. 2012.
- [5] Fonseca JJS. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC. 2002.
- [6] Silva LHPS, Borba LO, Paes MR, Guimarães AN, Mantovani MF, Maftum MA. Perfil dos dependentes químicos atendidos em uma unidade de reabilitação de um hospital psiquiátrico. Esc Anna Nery. 2010; 14(3):585-90.
- [7] Melo JRF. Representações sociais de dependentes químicos acerca do crack, do usuário de drogas e do tratamento. [Dissertação de mestrado]. João Pessoa: UFPB/CCHL. 2013.
- [8] Conselho Federal de Psicologia. Referências técnicas para a atuação de psicólogos/os em políticas públicas de álcool e outras drogas. Brasília: CFP. 2013.
- [9] Southier D. Mosaico social. Revista do Curso de Ciências Sociais da UFSC. 2012; 6(6):43-59.
- [10] Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2007.
- [11] Ramos RCMB. Comunidades terapêuticas: “novas” perspectivas e propostas higienistas. [Dissertação de mestrado]. Maringá: Universidade Estadual de Maringá. 2012.
- [12] Brasil. Decreto n. 53.464, de 21 de janeiro de 1964. Regulamenta a Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, que dispõe sobre a profissão de psicólogo. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br>>. Acesso em: 22 jul. 2014.
- [13] Meireles BR. Formação em saúde, trabalho e sofrimento de profissionais de saúde que atuam em um CAPSAd: um estudo exploratório. [Dissertação de mestrado]. Distrito Federal: Universidade de Brasília. 2013.
- [14] Boarini ML. A formação do psicólogo. Psicologia em Estudo. 2007; 12(2):443-4.
- [15] Antunes MAM. A psicologia no Brasil: um ensaio sobre suas contradições. Psicologia: Ciência e Profissão. 2012; 32:44-65.
- [16] Dimenstein M, Macedo JP. Formação em psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. Psicologia: Ciência e Profissão. 2012; 32:232-45.
- [17] Pereira FM, Pereira Neto A. O psicólogo no Brasil: notas sobre seu processo de profissionalização. Psicologia em Estudo. 2003; 8(2):19-27.
- [18] Bock AMB. Psicologia e saúde: desafios às políticas públicas no Brasil. In: ROSA, E.M. et al. Psicologia e saúde: desafios às políticas públicas no Brasil. 2007; 17-34. Vitória: EDUFES, 2007.

- [19] Coimbra, CMB. Práticas “psi” no Brasil do “milagre”: algumas de suas produções. *Mnemosine*. 2004; 1:48-52.
- [20] Lisboa, FS. Formação em psicologia no Brasil: um perfil dos cursos de graduação. *Psicologia Ciência e Profissão*. 2009; 29(4):718-37.
- [21] Furtado O. 50 Anos de psicologia no Brasil: a construção social de uma profissão. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2012; 32:66-85.
- [22] Rocha Junior A. Das discussões em torno da formação em psicologia às diretrizes curriculares. *Psicologia: Teoria e Prática*. 1999; 1(2):3-8.
- [23] Yamamoto OH. A LDB e a psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão, Brasília*. 2000; 20(4):30-7.
- [24] Bastos AVB, Gomide PIC. O psicólogo brasileiro: sua atuação e formação profissional. In: YAMAMOTO, O.H.; COSTA, A.L.F. (orgs.). *Escritos sobre a profissão de psicólogo no Brasil*. P. 227-254. Natal: EDUFRN. 2010.
- [25] Bastos AV, Gondim SMG. O psicólogo brasileiro: sua atuação e formação profissional. O que mudou nas últimas décadas? In: YAMAMOTO, O.H.; COSTA, A.L.F. (orgs.). *Escritos sobre a profissão de psicólogo no Brasil*. P. 255-271. Natal: EDUFRN, 2010.
- [26] Vasconcelos E. Mundos paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da saúde mental pública no Brasil nas duas últimas décadas. *Mnemosine*. 2004; 1:73-90.
- [27] Paparelli RB. Psicólogos em formação: vivências e demandas em plantão psicológico. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2007; 27(1):64-79.
- [28] Sousa AA, Coleta MFD. O bem-estar no trabalho de psicólogos em serviços de saúde pública. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2012; 32(2):404-21.