

**FACULDADE PATOS DE MINAS  
DEPARTAMENTO GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
CURSO BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

**DANIELLE APARECIDA SOARES DE ANDRADE**

**DEPENDÊNCIA QUÍMICA: o papel do psicólogo no tratamento com internação  
voluntária, involuntária e compulsória**

**PATOS DE MINAS  
2019**

**FACULDADE PATOS DE MINAS  
DEPARTAMENTO GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
CURSO BACHARELADO EM PSICOLOGIA**

**DANIELLE APARECIDA SOARES DE ANDRADE**

**DEPENDÊNCIA QUÍMICA: o papel do psicólogo no tratamento com internação voluntária, involuntária e compulsória**

Monografia apresentado à Faculdade Patos de Minas como requisito para conclusão do Curso de Graduação em Psicologia para finalidade de obtenção do título de Bacharel, podendo gozar dos direitos de Psicólogo.

Orientadora: Profa. Ma. Juliana Amorim Pacheco de Oliveira

**PATOS DE MINAS  
2019**

FACULDADE PATOS DE MINAS  
DEPARTAMENTO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
Curso Bacharelado em Psicologia

**DANIELLE APARECIDA SOARES DE ANDRADE**

**DEPENDÊNCIA QUÍMICA: o papel do psicólogo no tratamento com internação voluntária, involuntária e compulsória**

Banca Examinadora do Curso de Bacharelado em Psicologia, composta em 29 de novembro de 2019.

Orientadora: Profa. Ma. Juliana Amorim Pacheco de Oliveira  
Faculdade Patos de Minas

Examinadora 1: Profa. Ma. Delza Ferreira Mendes  
Faculdade Patos de Minas

Examinadora 2: Prof. Me. Gilmar Antoniassi Junior  
Faculdade Patos de Minas



Faculdade Patos de Minas  
Departamento de Graduação e Pós-graduação em Psicologia  
Curso Bacharelado em Psicologia

Programa de Pós-graduação Lato Sensu de Psicologia em Processos Clínicos e Promoção da Saúde

**ATA DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO CURSO, APRESENTADO POR  
DANIELLE APARECIDA SOARES DE ANDRADE  
COMO PARTE DOS REQUISITOS PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE BACHAREL EM  
PSICOLOGIA DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA.**

Aos dias do mês e ano abaixo datado, reuniu-se, no Laboratório de Psicoterapia de Grupo e Habilidades Sociais, a Comissão Examinadora designada pelo Colegiado do Curso de Graduação em Psicologia da Faculdade Patos de Minas, constituída pelos professores abaixo assinados, na prova de defesa de seu trabalho de conclusão de curso intitulado:

**Dependência Química: o papel do psicólogo no tratamento voluntário, involuntário e compulsório.**

Concluída a exposição, os examinadores arguiram alternadamente o graduando(a) sobre diversos aspectos da pesquisa e do trabalho, como REQUISITO PARCIAL DE CONCLUSÃO DE CURSO. Após a arguição, a comissão reuniu-se para avaliar o desempenho do(a) graduando(a), tendo chegado ao resultado, o(a) graduando(a)

**DANIELLE APARECIDA SOARES DE ANDRADE**

foi considerado(a) (APROVADA). Sendo verdade eu, Lucia Helena dos Santos França, Secretária do Departamento de Graduação em Psicologia, confirma e lavra a presente ata, que assino juntamente com o Coordenadora do Curso e os Membros da Banca Examinadora.

Patos de Minas - Defesa ocorrida em: 29 de novembro de 2019.

Prof. Ma. Juliana Amorim Pacheco de Oliveira (FPM)

**Orientador**

Prof. Ma. Delza Ferreira Mendes (FPM)

**Examinador 1**

Prof. Me. Gilmar Antoniassi Junior (FPM)

**Examinador 2**

Professor Mestre Gilmar Antoniassi Junior

**Coordenador do Departamento de Graduação e Pós-graduação em Psicologia**

Lúcia Helena dos Santos França

**Secretaria do Departamento de Graduação e Pós-graduação em Psicologia**

**DEDICO** este trabalho a todos do meio acadêmico que tenham o interesse em se aprofundar sobre a temática da dependência química.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, em quem busquei forças e energia e me apoiei durante este trajeto.

Agradeço à minha mãe Vânia pela paciência e incentivos diante dos momentos de introspecção.

Agradeço ao meu pai, Adailton pelo incentivo e brincadeiras deixando meu tempo mais leve.

Agradeço aos meus amigos que me proporcionaram momentos de descontração e partilha de conhecimentos.

Agradeço a minha orientadora pela paciência e empatia, pelo suporte, pelas suas correções e incentivos.

Agradeço aos meus colegas, os que prosseguiram e também aqueles que desistiram, devido a diversas causas.

*As luzes que descobriram as liberdades inventaram também as disciplinas.*

Foucault

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS ORDEM ALFABÉTICA**

AA	Alcoólicos Anônimos
CAPS-ad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (I, II, AD)
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CFP	Concelho Federal de Psicologia
COMADE	Conselho Municipal de Álcool e Outras Drogas de Patos de Minas-MG
CRM	Concelho Regional de Medicina
CTs	Comunidades Terapêuticas
EUA	Estados Unidos da América
SEPOAD	Superintendência de Estado de Políticas sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido

**LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

<b>QUADRO 1</b>	- Perfil dos Profissionais .....	23
<b>QUADRO 2</b>	- Temas, categorias e subcategorias.....	23

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	11
2. REVISÃO DA LITERATURA.....	14
3. OBJETIVOS .....	19
4. MATERIAIS E METODOLOGIA.....	20
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	22
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	57
REFERÊNCIAS.....	59
7. APÊNDICE A – Questionário: perfil sociodemográfico .....	65
8. APÊNDICE – B Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE.....	66
9. ANEXO – A Parecer Consubstancial do CEP .....	69
10. ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA.....	74
11. DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO .....	75

## **DEPENDÊNCIA QUÍMICA: o papel do psicólogo no tratamento com internação voluntária, involuntária e compulsória**

### **CHEMICAL DEPENDENCE: the role of psychologists in the treatment**

#### **Of voluntary, involuntary and compulsory**

Danielle Aparecida Soares de Andrade<sup>1</sup>

Juliana Amorim Pacheco Oliveira<sup>2</sup>

Esta pesquisa pretende compreender a atuação do profissional de psicologia em tratamentos para a dependência química nos contextos de internação voluntária, involuntária e compulsória, caracterizar o perfil sociodemográfico do profissional de psicologia que atua em tratamentos para dependência química nestas instituições, além de identificar os impasses do profissional de psicologia que atua em tratamentos para dependência química nos contextos de internação voluntária, involuntária e compulsória. O presente estudo foi desenvolvido por meio de pesquisa de campo, do tipo qualitativo transversal, de natureza descritiva e exploratória. A coleta de dados foi através de entrevista semiestruturada, gravado em aparelho digital. Participaram da pesquisa profissionais de psicologia que atuam com tratamentos para a dependência química, atuantes numa cidade de Médio Porte, da região do Alto Paranaíba, estado de Minas Gerais, nos modelos de internações voluntária, involuntária e compulsória. Os resultados apontaram que os psicólogos trabalham a partir do ideal da abstinência, respaldados pela hegemonia do proibicionismo. Apresentaram impasses no manejo com as famílias e no manejo com pacientes com sintomas de abstinência, como também no manejo profissional ainda pautado no modelo clínico médico, não voltado para o trabalho coletivo, e sim para o individual. Outros impasses apresentados foram a falta de capacitação, ausência de reuniões de equipe, a sobrecarga de trabalho, infraestrutura precária, desvalorização da prática psicológica, afetando sua autonomia profissional, além da sua saúde mental e física. Os desafios apresentados aos psicólogos em sua prática foram busca de capacitação e a prática pautada na nova Política Pública. Foi possível perceber que é preciso maior capacitação na área da dependência química para os psicólogos que trabalham nessa vertente, assim como atualização do conhecimento em políticas públicas, além de desenvolver práticas de prevenção.

**Palavras-chave:** Reforma Psiquiátrica, Tratamento, Centro de Atenção Psicossocial, Redução de Danos.

---

<sup>1</sup>Graduanda em Psicologia pela Faculdade Patos de Minas (FPM). danny.a.p@hotmail.com

<sup>2</sup>Mestre em promoção de Saúde pela Universidade de Franca (UNIFRAN). Docente e orientadora do Departamento de Graduação em Psicologia da FPM. juliana.oliveira@faculdadepatosdeminas.edu.com

## ABSTRACT

This research aims to understand the role of psychology professionals in treatments for chemical dependence in the context of voluntary, involuntary and compulsory hospitalization, to characterize the sociodemographic profile of psychology professionals who work in treatments for chemical dependence in these institutions, and to identify the impasses of Psychology professional who works in treatments for chemical dependence in the context of voluntary, involuntary and compulsory hospitalization. The present study was developed through field research, of qualitative transversal type, of descriptive and exploratory nature. Data collection was through semi-structured interviews, recorded on a digital device. The participants of this research were psychology professionals who work with treatments for addiction, working in a city of Medium Porte, in the Alto Paranaíba region, state of Minas Gerais, in the models of voluntary, involuntary and compulsory hospitalizations. The results showed that psychologists work from the ideal of abstinence, supported by the hegemony of prohibitionism. They presented impasses in the management with the families and in the management with patients with withdrawal symptoms, as well as in the professional management still based on the clinical medical model, not focused on the collective work, but on the individual one. Other impasses presented were lack of training, lack of team meetings, work overload, poor infrastructure, devaluation of psychological practice, affecting their professional autonomy, as well as their mental and physical health. The challenges presented to psychologists in their practice were the search for training and the practice based on the new Public Policy. It was possible to realize that it is necessary more training in the area of chemical dependence for psychologists who work in this area, as well as updating knowledge in public policies, in addition to developing prevention practices.

**Keywords:** Psychiatric Reform, Treatment, Psychosocial Care Center, Harm Reduction

## 1. INTRODUÇÃO

A Revolução Industrial provocou um grande enfraquecimento econômico que acarretou em desemprego em massa de artesãos camponeses, além de agravar ainda mais a situação das pessoas doentes e moradores de rua, pois uma vez que não trabalhavam, também não contribuíam com o social, tornando-se ainda mais ociosos em meio à crise. A monarquia, juntamente com a burguesia, para evitar revoltas em meio à escassez de trabalho, buscou como alternativa retirar do contexto social todos aqueles que não produziam e interná-los em Instituições asilares. Essas internações supriam os interesses, pois não buscavam tratar ou curar os internos, mas proporcionar um trabalho que substituísse a ociosidade e a desordem, concomitante, haveria, a partir de então, grande mão-de-obra barata para levantar a economia (Andrade & Costa-Rosa, 2014; Gama, 2012).

O movimento ficou conhecido como o grande enclausuramento, em que teve o trabalho como forma de punição. Além das pessoas com doenças e afins, neste cenário, havia também os loucos, que não conseguiam executar o serviço como era imposto. Este rompimento vinculava o louco à internação, pela desrazão submetido às leis morais da época (Andrade & Costa-Rosa, 2014; Vieira, 2007).

No século XVII, a loucura faz um elo com a internação, pois era considerada como algo além da pobreza, o pobre não estava em cárcere, o louco não poderia trabalhar e nem se inserir em um grupo, assim, restava-lhe a internação. Surge os modelos asilares de Pinel como resposta à Revolução Francesa, como uma tentativa terapêutica de curar por um modelo médico. A punição continua sendo a forma de tratamento vigente, em que o controle passa a ser a expressão do poder (Batista, 2014; Vieira, 2007).

Diante deste prisma, nasce a psiquiatria, com as primeiras classificações de doenças mentais, divididas em categorias de origem infecciosa, neurológica e biológica, e, diante destas distinções, o asilo se torna o hospital psiquiátrico e a construção do saber médico sobre as doenças mentais é formulado pelo o que hoje entendemos como psicopatologia (Torre & Amarante, 2012).

Após a inserção do sujeito ao manicômio ser visto como um processo que trouxe malefícios, provocando a forma crônica da doença, era preciso uma mudança no modelo de tratamento. Para tanto, houve uma reformulação na psiquiatria institucional, que foi um movimento que teve início na França, influenciado pela

psicanálise. Outra extensão do tratamento manicomial foram as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra, que visava à articulação não só com os médicos, mas também com os internos; as duas vertentes funcionando no mesmo período (Alvarenga, 2006; Batista, 2014; Caldas & Nobre, 2012).

Em um segundo momento, resultante da psiquiatria institucional, nasce a psiquiatria de setor, através de discussões nas jornadas de psiquiatria na França, propondo um formato de terapia individual que abarcasse o coletivo e o social. A psiquiatria preventiva ou comunitária nos EUA buscava uma proposta para fora dos hospitais, cujo objetivo era prevenir sobre as complicações em saúde mental, além de, ao mesmo tempo, tentar promovê-la (Alvarenga, 2006; Batista, 2014; Caldas & Nobre, 2012).

A psiquiatria democrática tinha seu maior precursor Franco Baságli, que após dirigir o Hospital Gorizia, buscou um movimento que unisse estudantes e sindicatos, com a intenção de abarcar toda a Itália e cuja premissa era humanizar o tratamento. Baságli critica todo discurso psiquiátrico, visando o direito ao sujeito de estar livre, não encarcerado, reivindicando uma reforma sanitária que fechasse os hospitais psiquiátricos, para a formulação de um sistema único de tratamento (Alvarenga, 2006; Batista, 2014; Caldas & Nobre, 2012).

No Brasil, as primeiras internações ocorreram em manicômios. Privilegiavam-se práticas de controle e opressão. Nos primórdios não havia políticas públicas, estas só foram pensadas a partir do final do século XIX, quando surgiram os primeiros movimentos para tratamentos mais humanizados, para que fossem livres os encarcerados, objetivando dar voz aos loucos e que fechassem os asilos (Batista, 2014).

Nessa perspectiva, a saúde mental abre-se às novas práticas que venham abarcar as demandas sociais contemporâneas. Dentre estas, podemos citar os serviços substitutivos da internação como o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, preconizado conforme a portaria /GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Esta portaria abarca também o CAPS-ad, que é um serviço de atenção psicossocial para atendimento a pacientes com transtornos que procedem do uso e dependência de substâncias psicoativas (Brasil, 2002).

Além destes, existem também as comunidades terapêuticas, uma ramificação disponibilizada no SUS pela Portaria Nº 3088, de dezembro de 2011, em que preconiza que o Estado tem o dever de zelar pela cidadania do usuário, sem ser

conivente com as formas de restrição à liberdade como um processo de tratamento, conforme relatos de que ocorre em algumas internações, cuja imposição ao método de tratamento destina-se ao desrespeito dos direitos garantidos por lei a todo cidadão (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2013b).

A internação compulsória em hospitais psiquiátricos foi legalizada pela Lei Nº 10.216 de 06 de abril de 2001, buscando estabelecer através do Artigo 9º, a postulação que cabe somente ao juiz competente, a designação de tal instituição. No entanto, o mesmo deve estar ciente das condições de segurança institucional, com o intuito de manter a integridade do paciente, além dos demais internos, como também dos funcionários (Ruiz & Marques, 2015).

Atualmente a prática na saúde mental deslocou-se do modelo hospitalocêntrico e voltou-se para atendimentos extra-hospitalares, com prioridade para os atendimentos ambulatoriais. Porém, estudos apontam que ainda há situações específicas em que a hospitalização se faz de suma importância. No entanto, a legislação reforça que para que ocorra a internação precisa-se da autorização do paciente, quando o mesmo estiver em condições para escolher com segurança, sobre esta iniciativa (Brasil, 2001).

Além do mais, estas internações não podem ser prolongadas, por considerar que, assim, o paciente perde os seus vínculos sociais, principalmente com a família. E nem tão pouco em instituições não hospitalares (Souza & Oliveira, 2010).

O psicólogo, cuja prática clínica está voltada para a área de álcool e outras drogas, deve atuar no sentido de observar e entender o indivíduo como um todo em seus vários contextos: social, familiar, entre outros. Possibilitando assim, através de práticas emancipatórias, a dissolução de represália social ao usuário, buscando junto dele, reaver seu espaço íntimo, singular (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2013b).

## 2. REVISÃO DA LITERATURA

Diante da dificuldade em encontrar artigos científicos sobre as internações voluntárias e involuntárias após a lei nº 13.840 de cinco de junho de 2019 ter sido sancionada, a produção científica alavancada na literatura foi baseada em artigos sobre as leis anteriores à publicação desta lei, que tratam do mesmo assunto.

Para tanto, buscou-se como parâmetro científico o Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934, que dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e outras providências, a Lei Federal 10.216/2001, que dispõe sobre a Proteção e Direitos das Pessoas Portadoras de Transtornos Mentais e Redireciona o Modelo Assistencial em Saúde Mental, promulgada em 06 de abril de 2001, e a nova lei nº 13.840 de cinco de junho de 2019, que visa tratar do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e tratar do financiamento das políticas sobre drogas e outras providências.

Antes de nos atermos às Políticas Públicas direcionadas ao tratamento de usuários de álcool e outras drogas, faz-se necessário uma construção histórica deste contexto, a fim de entendermos o caminho que se percorreu até chegarmos na contemporaneidade, assim como a controvérsia em torno da internação involuntária e compulsória de usuários de drogas no Brasil, entre os anos de 1998 a 2012.

Na década de 90, a mídia propaga o uso do crack comparando-o ao suicídio, e a literatura médica percebe o consumo de crack nas ruas como uma situação de extrema preocupação, além de uma advertência ao direito à vida. A partir deste contexto, nasce o Antiprograma, ou seja, propostas contrárias à política de redução de danos, denominadas como Programa, baseadas nas internações forçadas em massa, culminando assim, na supressão da liberdade (Alves & Pereira, 2019).

Para Latour (2012), existem questões sociais as quais não há um consenso, em que, atores discordam ou concordam em discordar, sobre as mesmas, nomeado por este autor de controvérsias. Quando estas se estabilizam, as disputas se acalmam... até surgir um novo conflito.

Baseando-se no uso de crack em São Paulo, foi feito um estudo antropológico e descritivo da cultura deste público, cujo o foco, à priori, foi a internação compulsória. Inspirado em Latour (2012), construiu-se um mapa desta controvérsia, com registro dos protestos dos atores envolvidos denominados aqui, como pessoas, entidades,

órgãos públicos, documentos, como também o acompanhamento de postagens em sites e nas redes sociais, por um período de quatro anos (Alves & Pereira, 2019).

A respeito da internação compulsória, analisou-se três controvérsias: a epidemia do crack, a capacidade de autodeterminação dos usuários, e, a limpeza social como tática de torná-lo invisível. Assim, em nome de leis e da preservação à saúde pública, havia uma proposta higienista disfarçada, pautada numa guerra às drogas, como também na alegação de um risco iminente, que culminou em políticas voltadas à contenção (Pontes, Meza & Bicalho, 2015).

Em relação a internação involuntária dos usuários de crack, a Lei de nº 10.216, de 6 de abril de 2001, nasce com o intuito de combater o Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934, seu antecessor normativo, cuja premissa era tornar válido o estatuto da incapacidade civil genérica dos pacientes e que possibilitava a existência de manicômios no país (Delgado, 2011).

Como justificativas para a internação involuntária, a década de 1930 da áurea varguista, ainda sobressai como uma referência às condições propícias à internação. De acordo com o artigo 7º, parágrafo 1º, em seu item “c”, as pessoas suspeitas de doença mental que atentam contra a própria vida ou a de terceiros, que perturbam a ordem ofendendo a moral pública e que não protestam contra a sua hospitalização, estão sujeitos à internação (Brasil, 1934).

Apesar do avanço conquistado a partir da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, em que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, não retrata detalhadamente as condições em que uma internação é passível de acontecer, como é descrito anteriormente no Decreto de 1934 (Coelho & Oliveira, 2014).

No entanto, em 2013, num debate sobre drogas e saúde, o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRPSP), mesmo se posicionando contra a internação compulsória, justifica que: a internação compulsória [...] indicada apenas quando a pessoa está pondo em risco sua própria vida ou a de terceiros [...] (CRPSP, 2013).

Apesar do CRPSP defender que a internação involuntária de usuários de crack apresenta-se como uma forma de higiene social e exclusão, seus fundamentos podem ser comparados neste momento, com os defensores da exclusão, oriundos do enclausuramento nos manicômios psiquiátricos (Coelho & Oliveira, 2014).

Em 2011, a internação involuntária justifica-se pela Lei nº 10.216/2001 na opinião do deputado Fernando Capez (PSDB/SP), a partir do artigo 6º, inciso II,

caracterizando o dependente como alguém que não tem a capacidade de autodeterminação (Capez, 2011).

A partir desta afirmação, é possível perceber que a convicção é de que o direito à vida não pode ser substituído pelo direito de ir e vir, em que a vida do usuário de crack é colocada em risco quando começa a frequentar ambientes perigosos. Assim, a internação forçada é justificada, pois o uso de crack é comparado ao suicídio. Além do mais, a moral, a integridade física do paciente e de familiares que passaram a ser aterrorizados, pode ser hoje, comparado à situação de rua (Capez, 2011).

Nos anos de 1970, em auxílio contra a internação de usuários de crack, originado da reforma psiquiátrica brasileira em busca de tratamentos substitutos dos manicômios, passou a considerar as clínicas e comunidades terapêuticas como similares às instituições manicomiais. Estas deveriam então, ser substituídas por serviços públicos e ações intersetoriais (Pitta, 2011).

Segundo Vasconcelos, (2012), até 2008 havia quase que uma supressão do assunto sobre internação involuntária de usuários de crack, no entanto, desde o ano de 1998, é possível localizar o aumento de clínicas de tratamento de usuários de drogas, principalmente as de cunho religioso, além das comunidades terapêuticas, no debate público e governamental sobre o tema da internação involuntária.

A partir do ano seguinte, em parceria com Grupo Saúde Bandeirantes/Hospital Lacan, a Secretaria da Saúde do Governo do Estado de São Paulo, a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e a Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (Uniad), foi inaugurado dentro de um hospital psiquiátrico destinados a usuários de drogas, uma enfermaria com 28 leitos, financiada pelo governo do estado de São Paulo e gerenciada pelo Grupo Saúde Bandeirantes (Alves & Pereira, 2019).

Assim, além de atrelado ao discurso político, agregou-se também o discurso médico, como o proferido pelo médico psiquiatra Ronaldo Laranjeira, da Uniad, em que faz um apelo acautelado dirigido às famílias de usuários de crack para se tornarem precavidas em relação a qualquer comportamento dos seus membros que aponte para o envolvimento com drogas e traficantes. E no que diz ao tocante da Lei que defende a internação involuntária, faz um parêntese para a existência da mesma, além da declaração que pré-determinou o tema para o debate eleitoral presidencial daquele ano, ao afirmar que: “o Ministério da Saúde abandonou as famílias dos dependentes químicos, pois essa lei não é seguida no Brasil ” (Globo.com, 2009).

O assunto em torno do crack teve um investimento maior tanto empresarial, político, quanto pela mídia, coincidentemente ou não, nos meses em que houve a disputa eleitoral mais acirrada. Esta atraiu especialistas, universidades, mídia e políticos em prol de votos, acarretando assim, uma fase crítica de discussões e contestações (Alves & Pereira, 2019).

Outro dado importante foi o artigo publicado em 2010 no jornal Consultor Jurídico, em que o autor denuncia os métodos violentos utilizados pelas empresas na retirada à força de usuários conscientes, sem a participação do médico corroborando com a necessidade do método aplicado, e até o uso de celas fortes e a incomunicabilidade do interno (Araújo, 2010).

Uma prática psiquiátrica muito usada é a contenção, conhecida como uma forma de conter o paciente e que pode acontecer tanto de forma mecânica, amarrando-o no leito, como química, através da sedação do mesmo. O autor nos aponta a controvérsia nesta prática utilizada na internação forçada (involuntária) comparando-a ao discurso apresentado pelo Decreto de 1934 em que preconiza a “ameaça à integridade física dos familiares”, uma vez que os usuários de drogas ao “perturbarem a ordem ou ofenderem a moral pública”, configura-se como a preocupação de garantir o “resguardo ao social” (Brasil, 1934). Todavia, a forma violenta em que o usuário é tratado não é levada em consideração (Araújo, 2010).

Vale ressaltar que a avaliação médica só é realizada “à posteriori” à contratação da clínica pela família, e que geralmente ocorre apenas no momento da visita do médico à clínica, caracterizando-se assim, como uma permissão para que a violência ao usuário seja exercida (Alves & Pereira, 2019).

O autor nos aponta para uma realidade que pode ser comparada a um eletrodoméstico com defeito, que por ser grande, torna-se improvável a sua locomoção até a oficina, que não seja por uma empresa especializada. Porém, esta não é a mesma que foi contratada para o conserto, e sim terceirizada. Assim, através desta vertente, torna-se o usuário de crack um objeto (corpo) sem vontade própria (Alves & Pereira, 2019).

A partir do ano de 2011, foi lançado pelo CFP um panfleto cujo o título “13 razões para defender uma política para usuários de crack, álcool e outras drogas sem exclusão”, pautava-se em pontos chaves do Antiprograma, em que as ações ocorreriam no âmbito do SUS, sendo públicas e não privadas, como nos serviços de atenção (CAPS), com a participação do usuário, leitos em hospitais gerais, casas de

acolhimento transitório e consultórios na rua, em prol da substituição aos manicômios e comunidades terapêuticas, além de adotar a estratégia de redução de danos (CFP, 2011).

Além destas premissas, também estava respaldado em combater tanto o tratamento em comunidades terapêuticas permeado pela imposição de crenças religiosas, como o estigma de que o usuário de crack é perigoso, irrecuperável e monstruoso, a construção errônea de que o uso do crack é epidêmico, provocando o risco de segregação advindos desta crença, além de combater a inclusão das comunidades terapêuticas nas políticas públicas. Esta última permeada pelas denúncias colhidas em 68 instituições em 24 estados da Federação e no Distrito Federal, e evidenciadas em um documento contendo as condições irregulares e antiéticas das comunidades terapêuticas e clínicas, em grande parte vinculadas a grupos religiosos (Nappo, Sanchez & Ribeiro, 2012).

Nesta reflexão crítica, o autor nos convida a pensar e repensar no axioma utilizado na construção de um raciocínio que em prol do primado da ciência, voltou-se para uma maneira de governar inapropriada, sem regras, e com a adoção de políticas perpassadas pelos interesses privados, pelo processo democrático e pelo próprio Estado de direito. Assim, entende-se que há uma metodologia de governo, validada mais pela recriação da desordem que pela persistência da ordem.

Diante da realidade descortinada, convido o leitor a acompanhar nos próximos capítulos, como tem sido desenvolvido o trabalho do psicólogo com o tratamento para dependência química, nos modelos voluntários, involuntários e compulsórios.

### **3. OBJETIVOS**

Objetivo Geral: Compreender a atuação do profissional de psicologia em tratamentos para dependência química nos contextos voluntário, involuntário e compulsório.

Objetivo Específico: Caracterizar o perfil sociodemográfico do profissional de psicologia que atua em tratamentos para dependência química nos contextos voluntário, involuntário e compulsório.

Objetivo Específico: Identificar os impasses do profissional de psicologia na sua prática em tratamentos para dependência química nos contextos voluntário, involuntário e compulsório.

#### 4. MATERIAIS E METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido por meio de uma pesquisa de campo, do tipo qualitativo transversal, de natureza descritiva e exploratória. Participaram da pesquisa profissionais de psicologia que atuam com tratamentos para a dependência química. Os dados foram colhidos com estes profissionais de psicologia atuantes em uma cidade de Médio Porte, da região do Alto Paranaíba, estado de Minas Gerais, nos modelos de internações voluntária, involuntária e compulsória.

Foi utilizado como critério de inclusão que o profissional possua nível superior completo em psicologia. Quanto ao critério de exclusão foram dispensados os trabalhadores que não possuem o curso superior completo em psicologia.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi entrevista livre semiestruturada individual precedida de levantamento de dados sociodemográficos. A entrevista terá como disparador de pergunta: “Como o profissional de psicologia desenvolve seu trabalho com os pacientes atendidos na instituição?” (Apêndice A).

O projeto dessa pesquisa foi aprovado ao CEP da Faculdade Patos de Minas – (FPM), através do CAEE: 10621119.0.0000.8078, sob o parecer de número 3.287.010. (Anexo A).

Esta pesquisa foi realizada atendendo as questões éticas da Resolução 466/02 do Conselho Nacional de Saúde, seguindo as exigências de pesquisas realizadas com seres humanos.

A lista com os nomes dos profissionais de psicologia atuantes com tratamentos para a dependência química foi obtida com o Conselho Municipal de Álcool e Outras Drogas (COMAD). No total foram dez profissionais contactados via telefone, no entanto, apenas seis aceitaram participar da pesquisa. Cada entrevistado recebeu informações sobre o objetivo da pesquisa, bem como a assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) respeitando-se assim, o seu direito de dignidade e autonomia.

Após a coleta dos dados, o conteúdo foi transcrito na íntegra e foram realizadas leituras exaustivas possibilitando a identificação de elementos com similaridades de significados, os quais foram agrupados em categorias temáticas.

Os dados foram coletados nos meses de agosto e setembro de 2019, sendo que as entrevistas tiveram duração de aproximadamente 50 minutos, em um lugar reservado e previamente agendado, sendo gravada em equipamento digital.

O local da entrevista foi definido em tempo oportuno, após a assinatura por parte dos psicólogos do Termo de Livre Consentimento Esclarecido.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra do presente estudo contou com seis participantes, sendo um do sexo masculino e cinco do sexo feminino. Este grupo foi constituído por profissionais de psicologia que trabalham com usuários de álcool e outras drogas e que estão em tratamento nas modalidades de internação voluntária, involuntária e compulsória.

Os dados revelaram que os participantes se encontram na faixa-etária de 27 a 45 anos. Com ano de conclusão do curso de psicologia, entre os anos de 1997 a 2015. O tempo de experiência na área de atuação com tratamento de usuários de álcool e outras drogas variou entre um ano e quatro meses até sete anos e seis meses. Dentre os participantes, todos possuem especialização, sendo quatro participantes na área de psicologia, um na área de filosofia, e uma das entrevistadas possui especialização na área de dependência química. Quanto às modalidades de internação, quatro possuem experiência com a voluntária, quatro com a involuntária e três com a compulsória.

**QUADRO 1 – Perfil dos Profissionais**

NOME	SEXO	IDADE	ANO DE CONCLUSÃO DO CURSO	TEMPO DE EXPERIÊNCIA NA ÁREA	INSTITUIÇÃO QUE TRABALHA	ESPECIALIZAÇÃO/ MESTRADO/ DOUTORADO
(E1)	F	30	2013	3 a e 8 m	Voluntária	Esp.: Recursos Humanos Esp.: Gestão do SUS
(E2)	F	30	2011	7 anos	Voluntária Involuntária Compulsória	Esp.: Dependência química
(E3)	F	27	2015	1a e 4 m	Involuntária	Esp.: Rede de atenção psicossocial
(E4)	F	33	2010	8 meses	Involuntária Compulsória	Esp.: Saúde da Família Esp.: Psicologia Clínica
(E5)	M	27	2014	2 anos	Involuntária Voluntária Compulsória	Pós-graduação em Filosofia
(E6)	F	45	1997	7a e 6 m	Voluntária	Esp.: Diagnóstico e gerenciamento de recursos humanos Esp.: Psicologia do trânsito

Após análise das entrevistas os dados agrupados em dois temas que foram divididos em categorias e subcategorias, conforme quadro a seguir.

**Quadro 2 – Temas, categorias e subcategorias**

TEMA: TRATAMENTO	
CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
1 MODALIDADES DE TRATAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamentos Voluntários</li> <li>• Tratamento Involuntário</li> <li>• Tratamento Compulsório</li> <li>• Redução de Danos</li> </ul>

2 ABORDAGEM AO PACIENTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• atendimentos individuais</li> <li>• Grupos terapêuticos</li> <li>• Técnica de Jogos e Meditação</li> <li>• Laborterapia</li> <li>• Desintoxicação</li> </ul>
<b>TEMA: TRABALHO</b>	
<b>CATEGORIAS</b>	<b>SUB-CATEGORIAS</b>
PRÁTICA DO PSICÓLOGO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terapia Cognitivo Comportamental</li> <li>• Função do psicólogo</li> </ul>
IMPASSES DA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo profissional</li> <li>• Resistência ao tratamento</li> <li>• Desconfiança em relação ao trabalho do psicólogo</li> <li>• Dificuldade frente às intervenções do psicólogo</li> <li>• Desestrutura familiar</li> <li>• Manejo com as famílias</li> <li>• Reuniões de equipe</li> <li>• Sobrecarga de trabalho</li> <li>• Infraestrutura-precária</li> <li>• Desvalorização da prática psicológica</li> </ul>
DESAFIOS DA ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitação</li> <li>• Psicólogo sem autonomia em sua prática</li> <li>• Nova Política Pública 13.840/2019</li> <li>• Fiscalização de Comunidades Terapêuticas e Clínicas</li> <li>• Prevenção ao uso de drogas</li> </ul>

**Fonte:** Elaborado pela autora, 2019.

Conforme o quadro as modalidades de tratamento são compostas pelas seguintes subcategorias:

- Tratamentos Voluntários
- Tratamento Involuntário
- Tratamento Compulsório
- Redução de Danos

Com relação ao tratamento voluntário em comunidade terapêutica uma participante coloca que a internação voluntária, por ser uma escolha do sujeito, é

percebida como satisfatória, quando comparada com as internações involuntária e compulsória.

*(...) eu vejo o modelo voluntário com muito bons olhos, porque eu acho que é muito importante, a pessoa tem essa decisão de querer fazer o tratamento, né? De querer parar com o uso de droga, eu acho que até pelo que eu leio, é até que é o jeito, né? Que mais que, mais dá certo, para que eles consigam ficar limpos depois do tratamento (...)* (E1).

Em dois estudos realizados em comunidades terapêuticas, um primeiro com sete homens participantes em São Paulo, e o segundo, com cinco mulheres em Sete Lagoas, foi possível verificar que a motivação para a mudança por parte dos internos, é o que colabora diretamente na eficácia do tratamento (Scaduto, Barbieri, & Santos, 2015; Silva & Andrade, 2017).

Em relação ao tratamento voluntário em CAPS-ad, uma profissional que trabalha com esta modalidade, relata a importância do tratamento construído com os usuários, a partir do desejo deles, promovendo a autonomia.

*Eu acho que começa desde o acolhimento, ou desde o primeiro atendimento, a forma como você recebe, de respeitar ele como ser humano, sem julgamentos, acolhendo, respeitando, saber ouvir, respeitar. (...) a gente não impõe as coisas, é tudo construído por eles mesmos, os pacientes têm muita autonomia* (E6).

Apesar de não ter experiência com outras vertentes de tratamentos além da voluntária, a profissional relata sobre sua experiência com pacientes que buscam tratamento no CAPS-ad após terem passado por uma internação involuntária, e mencionam apresentar uma revolta em relação à mesma.

*(...) eu acho que sempre tem que acreditar que tem um momento em que se a pessoa tiver que se institucionalizar na internação, que ela vá por conta própria, por desejo, por demanda própria, porque eu acho que quando a pessoa vai involuntária, que ela é forçada, o tratamento nem tem efeito, porque está ali contra a vontade dela... Eu já vi paciente falando que foi internado involuntariamente e muitos falam assim: "ah, o tempo que eu fiquei lá, eu fiquei com ódio, querendo matar quem me colocou aqui dentro, com raiva e eu vou sair, eu vou usar mesmo" (...), a maioria fica muito revoltada* (E6).

Dado semelhante foi constatado por Paula (2015), em seu estudo que aponta que o sujeito que se encontra internado de forma involuntária, a pedido da família, cujo objetivo é parar com o uso da droga, em um primeiro momento, o mesmo não compreende e expressa sentimento de revolta.

Quanto ao tratamento involuntário, os profissionais que trabalham nos contextos de internação involuntária, relatam que esta modalidade tem como pontos fundamentais a abstinência do paciente e atender às regras propostas pela instituição, contudo, na maior parte das vezes, não é o desejo do mesmo. Nesta visão, o tratamento involuntário é considerado mais árduo, pela forma abrupta com que o indivíduo é retirado de seu contexto social.

*(...)uma clínica de internação involuntária, ela vai pregar pela abstinência, mas não são todos os pacientes que estão lá pensando em abstinência, né? Nosso foco é a abstinência, mas a gente entende que têm pacientes lá que não estão pensando na abstinência (...) (E3).*

*(...) o que eu preciso vivenciar lá fora eu vou ter que começar a trabalhar dentro da clínica, né? Que são as regras fundamentais, né? A partir do momento que a gente sai, se eu não sigo regras dentro da clínica, eu também não vou seguir as outras, né? E o uso de drogas vai estar envolvido nisso aí (...) (E4).*

*E já a questão involuntária, já é mais pesado, por que assim a pessoa vai sem querer, a pessoa na maioria das vezes é pega de resgate, então, o resgate você tava ali dormindo, chega de repente quatro pessoas pra te pegar, para te levar para dentro de uma clínica (...) (E2).*

No entanto, a mesma profissional aponta que, diante dos riscos que o uso abusivo apresenta, a família não encontra alternativas para lidar com o problema e, geralmente, recorre à internação involuntária.

*Por exemplo, usuário de crack, vai virando, vai virando, enquanto da conta vai virando, rouba droga, faz o que for preciso. Então, eu acho que é uma opção para quando se chega nesse ponto, por que eu acredito que quando a família tem amor, tem preocupação, não tem outra alternativa (...) (E2).*

Em um estudo de caso de uma família em que um membro é dependente químico, os genitores mencionam que a internação involuntária é apontada como a primeira opção, diante da falta de alternativas para lidar com a situação. Ademais, existe a perspectiva moralista de ter como familiar um indivíduo que é considerado desajuizado (Zerbettoa, Cidb, Gonçalvesa, & Ruizb, 2018).

Contudo, são diversas e singulares as maneiras dos indivíduos estabelecerem a sua relação com a droga. Estas questões preconizam que a internação dos mesmos, deve ser considerada como última alternativa, quando se verificar a insuficiência dos recursos em saúde pública. Então, o psicólogo deve atuar em dependência química respeitando a singularidade e autonomia do usuário. Assim, pode-se abolir as práticas de controle ou de cunho moral (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2019).

Segundo o Código de Ética do Profissional Psicólogo, (2005), Art. 2º, em situações em que o profissional esteja diante de condições que implique a aceitação de quaisquer formas de opressão ou ainda negligência, o psicólogo não deve ser transigente com esta prática.

Faz-se necessário destacar que a maioria dos familiares de usuário de drogas desconhecem que existem outras formas de tratamento que não seja o da opressão e enclausuramento do mesmo em Instituições que não o tratam, pois seus critérios de “tratamento” não são baseados em estudos científicos e sim no foco da abstinência total para todos os usuários. É preciso levar em conta que a droga tem um significado diferente para cada sujeito, assim como a sua relação com a mesma. Parte-se do pressuposto então, que o tratamento não pode ser igual para todos os usuários, principalmente sem levar em conta a subjetividade do usuário.

Outro fator relevante que esta pesquisa nos aponta é que, tanto os usuários de drogas e seus familiares, como os profissionais psicólogos participantes desta, parecem não ter conhecimento da política pública sobre Drogas no Brasil que veta qualquer tratamento que não seja em unidades de saúde e hospitais gerais, sejam eles de cunho voluntário ou involuntário.

Além do mais, o tratamento dispensado a este público deverá ser realizado por uma equipe técnica multidisciplinar na elaboração de um Plano Individual de Atendimento – PIA, além da elaboração de um Projeto Terapêutico Individual – PTI, constando o levantamento do tipo de droga e o padrão de uso, os riscos à saúde física e mental do usuário, além de contemplar a participação do familiar e/ou responsável legal na construção do mesmo.

Com relação à internação compulsória, o juiz é quem faz o requerimento da internação.

*(...) acho que ela é como a involuntária, só muda mesmo quem manda para a internação, pelo que eu percebi, pelo pouco que eu trabalhei com esse público. Por que é a família que mandou, e, na outra, o juiz mandou, mas da mesma forma, a maioria deles não estão dispostos a parar com o uso. Mas eu também não sou contra essas duas técnicas, duas formas de internação, que eu entendo que tem hora, não pedir, não solicitar, pode tomar proporções muito maiores, né? Pode colocar em risco o paciente, a própria família, não, tem momentos que sim, é preciso sim a família tomar atitude (...) (E1).*

Na atual lei nº 13.840, de cinco de junho de 2019, parágrafo §3º, somente podem ser consideradas as seguintes modalidades de internação: a voluntária, quando declarado por escrito pelo sujeito, em seu livre arbítrio; ou a internação involuntária, sem a escolha do sujeito, podendo ser requisitada pelos familiares ou representante legal, e, quando na falta dos mesmos, por profissionais da saúde ou membros do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD (Brasil, 2019).

No entanto, ambas as internações só podem ocorrer com o parecer do médico e perdurará apenas pelo tempo necessário à desintoxicação, ou seja, por 90 dias, cujo o término da internação é determinado pelo próprio médico que a indicou. O Art. 23º regulamenta como modelo prioritário o ambulatorial, devendo os indivíduos serem internados apenas em unidades de saúde ou hospitais gerais (Brasil, 2019).

A nova lei para o tratamento de usuários de álcool e outras drogas ou dependentes, parte do pressuposto que internação só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. Além do mais, ainda de acordo com esta lei, é vedada qualquer internação em comunidades terapêuticas acolhedoras, pois estas não são consideradas como um lugar de tratamento, pois não possuem equipe multiprofissional permanente como ocorrem em unidades de saúde.

Entende-se, pelo que preconiza essa lei, que as comunidades terapêuticas são um ambiente residencial que proporcionará formação de vínculos entre os pares, através de atividades práticas de valor educativo. Também é considerada como um acolhimento dos usuários em vulnerabilidade social, além de uma etapa transitória para a sua reinserção social.

No tocante à redução de danos, estratégia adotada pelos CAPS-ad, a participante percebe que não funciona para aqueles que têm condições de parar com o uso.

*Não, eu vejo que ela não funciona para uma pessoa que tem uma estrutura e que pode, por exemplo, parar com o uso. Só reduzir os danos para ela, eu acho que ela tem que colocar mesmo no parar totalmente, abstinência total, porque ela estará em abstinência total (...) (E1).*

Segundo a literatura, a redução de danos é apresentada como estratégia que contribui muito, se mostrando eficaz em casos em que o sujeito tem o uso de substâncias moderado, como também aos que conseguem estar em abstinência devido à receptividade ao serviço (Araujo & Gomes, 2017; Silveira & Santos, 2017).

Para os participantes que trabalham com as internações voluntárias e involuntárias, é visto que a redução de danos se mostra ineficiente, pois os mesmos acreditam que o paciente tem que estar em abstinência:

*Por que eu acho que uma droga puxa a outra, então, assim o cara fuma crack, beleza, fuma só um baseado, uma maconha, eu acho que com o tempo ele vai chegar no crack, eu acho que ele não vai se manter na maconha, (...) eu não acredito que a pessoa consiga se manter, eu acho que quando se torna um vício, é realmente uma doença progressiva, incurável e fatal. Eu acho que a pessoa pra ficar em recuperação, para ficar limpo, ela tem que estar abstêmia de tudo, então, eu não acredito em redução de danos (E2).*

“Então, para mim, eu acho que a redução de danos, ela funciona para pouquíssimos casos, mas é o que eu percebo, mas é como eu te falei, sou eu não tenho tanto conhecimento assim, né? (...) (E1).”

A redução de danos é o método que respeita o ser humano em sua singularidade, ela não é pautada em primeiro lugar pela abstinência, mas visa à promoção de práticas de proteção à vida dos indivíduos. Promove o vínculo ao tratamento onde o profissional esteja engajado em uma co-responsabilidade por parte dos usuários, com práticas que permitam a liberdade e a autonomia dos mesmos. Vale à pena ressaltar também que esta estratégia não exclui a abstinência (Brasil, 2003).

Salientam Alves e Pereira, (2019) que diante das discussões sobre direitos de dependentes químicos, os familiares, na tentativa de resolver o problema do usuário, uma vez que entendem que ele não tem condições de resolver sobre aceitar ou não o tratamento, acabam por recorrer às internações involuntárias.

No entanto, é considerado por eles que a redução de danos é a partir do ponto em que o paciente já não está no uso, ou seja, abstinente.

*A redução de danos, a gente começa a considerar a partir do momento que ele não está usando drogas, isso é redução de danos, né? Então, se ele está internado e está uma semana sem usar drogas, a gente já está reduzindo danos, então é nesse sentido que a gente consegue perceber, a gente começa a medir a redução de danos... se ele não está usando drogas, a gente reduziu (...) (E4).*

O ideal da abstinência requer que os modelos de atenção ao usuário de drogas estejam implicados no quesito abstinência, produzindo um viés respaldado em legislação e políticas proibicionistas que viabilizam essa prática, através de construções historicamente afirmadas e provenientes também do saber médico (Machado, Modena, & Luz, 2019).

A literatura aponta que existem dificuldades relacionadas à prática do psicólogo, pois o modelo hegemônico de atuação clínica se encontra fora do contexto de rede integrada de atenção à saúde, uma vez que há a priorização de atividades individuais, contradizendo assim, a importância das ações em equipe (Paiva & Yamamoto, 2007).

Como aponta Garcia (2018), os usuários de drogas estão inseridos em um contexto social ao qual influencia e é influenciado pelos comportamentos, valores, crenças, emoções, entre outros. Faz-se necessário que a prevenção ao uso de drogas exija do profissional uma atuação multifatorial de maneira a estabelecer a junção desta a todos os ambientes associados ao indivíduo.

De acordo com Machado, Modena, e Luz (2019), abstinência é conquistada por poucos indivíduos, sendo que aqueles que não conseguem alcançar este ideal, na maioria das vezes são compreendidos como indivíduos fracos, e assim estigmatizados, acabam retomando às práticas do uso de drogas, vislumbrando a opressão.

Foi possível observar através dos dados colhidos nesta pesquisa, que os profissionais que trabalham nas vertentes voluntária e involuntária (paciente fica isolado), não conseguiram entender, de fato, os pressupostos da estratégia da Redução de Danos, o que acabam por confundí-la com o ideal da abstinência. Vale ressaltar que são vertentes diferentes, porém não excludentes.

Uma entrevistada que pauta sua prática nesta estratégia de redução de danos como tratamento, relata outras questões diferentes da visão de quem trabalha em clínicas voluntárias e involuntárias:

*Quando, por exemplo, a redução de danos nos termos técnicos, quando ele faz o uso do crack e passa pra maconha, quando usa o crack e consegue reduzir, quando ele usa, tipo eu tive um paciente que usava maconha nove vezes por dia e agora ele usa quatro, (...) mas a redução de danos vai além disso aí, né? Quando ele consegue socializar, quando ele consegue se respeitar, quando alimenta bem, a gente orienta a alimentação, a questão do sono, alternativas que eles buscam na vida pra lidar melhor com as questões difíceis do dia a dia, o tempo que ele está aqui e não está usando, a questão da higiene, tudo isso (E6).*

Preconizam Viana, Acióles, e Oliveira (2019) que ao abordar a estratégia de redução de danos como tratamento, pretende-se respeitar o indivíduo em suas escolhas individuais, estabelecendo uma relação de compreensão, sem preconceito e estigmas, para assim, promover a participação do usuário como protagonista do seu tratamento, sem a condenação por causa do uso de drogas.

Segundo Barreto (2019), o CAPS-ad adota como estratégia de tratamento a redução de danos, em que os profissionais têm como objetivo orientar os usuários de drogas para a proposta de redução como uma forma de ressocialização, o que significa fazer a troca para drogas menos agressivas ou até mesmo parar com o uso, caso este seja também o objetivo dos mesmos.

A segunda categoria que compõe o tema tratamento foi a abordagem ao paciente, que se formulou nas seguintes subcategorias:

- Atendimentos individuais
- Grupos terapêuticos
- Técnica de Jogos e Meditação
- Laborterapia
- Desintoxicação

Com relação ao atendimento individual, os psicólogos participantes que trabalham com o tratamento voluntário e involuntário de usuários de álcool e outras drogas que estão reclusos em Comunidade Terapêutica ou Clínica Compulsória, relatam que os atendimentos individuais têm por finalidade compreender o histórico de vida do paciente, seus conflitos e fragilidades, questões relacionadas à infância, o desenvolvimento da adicção, trabalhar e entender o que o leva ao uso. Alguns profissionais acreditam que o atendimento individual se mostra mais eficaz por trabalhar questões subjetivas.

*Acontece mais ou menos de 15 em 15 dias. No atendimento individual eu consigo abordar essas questões da infância, o desenvolvimento da dependência química, como começou, desenvolveu, o que que eles acham que começou, o que que foi fator de risco, para ele começar a usar droga e todo o histórico até chegar no momento (...) saber a história daquele paciente e os pontos que a gente precisa trabalhar nele. Porque normalmente os meus pacientes, por exemplo, eles sempre têm uma história muito ruim por traz da dependência química, né? Que começa lá na infância, como às vezes pais alcoólatras, família desestruturada, pais que agrediram, a separação, (...) (E1).*

*(...) a primeira vez que a gente vai fazer uma entrevista a gente faz anamnese, com eles pra buscar informações né, dados mesmo pra conhecer a história do paciente, saber o motivo de eles estarem ali, o histórico de uso e abuso de substância, psicoativos, se tem alguma comorbidade (E3).*

“Eu particularmente acredito que o atendimento individual ele é mais eficaz, por que você consegue trabalhar junto com o paciente a individualidade dele, a questão do sentimento, do pensamento, é a questão familiar, de coisas vivenciadas na infância (...) (E2).”

*Então, o atendimento individual é tão importante quanto o em grupo, eles são importantíssimos, mas o fato da pessoa às vezes não querer o individual eu acho que até barra um pouquinho o tratamento dele porque ele precisa entender o contexto, ele precisa entender o que o levava a usar droga (...) (E4).*

Sobre o Atendimento Individual em CAPS-ad, a profissional que trabalha na modalidade voluntária em um CAPS-ad, relata que o atendimento individual tem por finalidade acolher as queixas daquele momento.

*Eu faço atendimento individual, não, primeiro eu faço acolhimento né, às vezes quando o paciente vem a primeira vez ao serviço que é o dia do meu plantão de acolhimento, eu faço o acolhimento do paciente, se tem algum familiar junto, eu atendo junto com o paciente ou separado, depois faço atendimentos individuais(...) (E6).*

*(...) então alguns vem pro atendimento ou os que estão aqui na permanência dia ou vinte e quatro horas, o acolhimento noturno, eu faço o atendimento individual baseado na queixa dele naquele momento, muitas vezes a gente nem aborda a questão da dependência, do álcool ou da droga, mas tento trabalhar as questões ali, naquele momento ali (...) (E6).*

No CAPS-ad, o acolhimento é voltado para o estabelecimento de vínculos para com o tratamento, com o objetivo de uma escuta qualificada das experiências e o modo de vida dos sujeitos, transformando a queixa ou o problema do usuário em uma

proposta de tratamento, motivando-o ao mesmo. Deve favorecer uma relação pautada na confiança e compromisso dos usuários com o profissional. (Schneider, Cerutti, Martins, & Nieweglowski, 2014)

O que se refere ao grupo terapêutico é considerado uma ferramenta de observação que propicia troca de experiências e vivências e cada participante tem um aprendizado, uma conclusão sobre o que foi discutido no grupo. Os psicólogos utilizam técnicas de aplicação de dinâmicas de grupo ou ministram reuniões com temas diversos, escolhidos pelos pacientes ou pelo próprio profissional.

*(...) muitas vezes eu me vejo no grupo eles conversando entre eles, eles discutindo entre eles...eles contradizendo ou questionando um ao outro e eu mesma, só como mediadora, só observando, às vezes pontuando alguma coisa, mas, muito, muito, muito tempo eu fico mais é calada e eles próprios dialogando, porque para mim o intuito é esse mesmo, sobre as vivências deles, e cheguem às conclusões deles (...) (E1).*

*Então eu faço o grupo com esse baralho, porque é mais para puxar conversa, são perguntas, cada um tira uma pergunta por exemplo, eu converso sobre aquele assunto, a gente vai desenvolvendo técnicas para fazer esses atendimentos de uma forma mais descontraída também (E1).*

“Toda semana faz uma dinâmica em grupo, e cada semana se trabalha às vezes um tema (E2).”

“E o acompanhamento em grupos terapêuticos, aí os grupos terapêuticos a gente desenvolve diferentes temas, por exemplo, treino de habilidades sociais, psicoeducação sobre comorbidades, psiquiátricas (...) (E3).”

*A diferença básica é que, no grupo, consigo ver melhor como são eles com os demais, como que realmente é a convivência a diferença deles com os outros, né? No individual eu estou vendo só uma parte separada, no grupo eu consigo ter uma noção do todo ali. E em grupo eles ficam mais leves, então eles se sentem mais confiantes, tem outras pessoas, então acho que eles se soltam bastante (...) (E4).*

“Levava dinâmicas em grupo pra mostrar alguns aspectos da recaída, como, por exemplo, a importância do pedido de ajuda, a importância de sempre refletir antes de tomar as atitudes (E5).”

Um estudo realizado em uma comunidade terapêutica observou-se que o princípio fundamental do tratamento em dependência química é a aceitação de que a rotina diária precisa ser repensada e avaliada, para evitar momentos favoráveis ao consumo. Assim, o “tratar-se” pautaria esta mudança profunda na vida, construindo ferramentas que promovam o fortalecimento, como a prática de grupos de apoio, compartilhar vivências, construção de experiências que podem ajudar a estabelecer essa mudança de vida (Carvalho & Dimenstein, 2017).

Em uma comunidade terapêutica de internação voluntária, a segunda etapa do tratamento é a intervenção terapêutica, que tem como objetivo direcionar o paciente a participar de um programa que visa à reabilitação, através de sua participação em grupos de mútua ajuda, em palestras direcionadas ao tema de dependência química, além de sua participação em psicoterapia individual e em grupo. Nesta etapa, o usuário é convidado a utilizar os “Doze Passos do Cristão”, que se caracteriza por um manual, cujas premissas de instrução apontam para ajudar a rejeitar o uso abusivo de drogas. Assemelha-se aos “Doze Passos dos Alcoólicos Anônimos (AA)” (Targino, 2016).

Os dados colhidos nesta pesquisa nos apontam que os profissionais de psicologia possuem uma prática distorcida da própria profissão, voltada mais para uma prática não pautada pelo teor científico da psicologia, ou seja, não é um trabalho psicológico, mas sim, condizente com as premissas da instituição onde o profissional desenvolve seu trabalho, que, diga-se de passagem, está direcionado pelas normas e conceitos da mesma.

Sobre a técnica de jogos e meditação, em CAPS-ad, a psicóloga ministra as reuniões de grupos utilizando duas técnicas: uma primeira com jogos para trabalhar processos cognitivos como a memória e atenção; e a segunda, com grupos de meditação para trabalhar emoções e a concentração.

*Eu gosto muito dos grupos (...), eu faço um grupo, eu faço um bingo toda segunda porque, a princípio, é um grupo de memória, de raciocínio, e aí eu fazia alguns jogos e brincadeiras com eles que faz com que eles pensassem, elaborassem algumas coisas, só que quando eu fazia esses grupos, pouquíssimos participavam. Aí, às vezes, eu fazia o bingo, que no bingo de certa forma eles também raciocinam né? Tem a questão do número, às vezes sai a pedra, por exemplo, 35, eu pergunto ah quanto que dá três mais cinco, tem também a questão da atenção, porque se a pedra passar você não ganha, eu sempre trago brindes pra eles pra chamar também né, tem que ter um brinde, tem a questão de regras, que antes do bingo a gente faz as regras, e eles mesmos cobram a regra um do outro, então primeiro a gente faz todo um combinado*

*antes do bingo, e a questão da atenção, do respeito com o colega, a socialização e um pouco do raciocínio deles,(...) (E6).*

*Não, assim, da meditação eu acho muito bom, se você pensar assim, já tem um ano ou mais que eu trabalho com eles, eles são geralmente agitados, inquietos, e essa questão da meditação né, trabalha aquela concentração, o emocional deles e é muito legal o jeito que eles participam, eles gostam e eles entram em meditação, acalma e assim eu procuro no início fazer meditação longa, um tempo maior, mas aí depois eles já começavam a ficar inquietos (...) (E6).*

*Eu faço meditação de Thetahealing, você já ouviu falar? É uma meditação que a gente acessa a onda Tetra que é o estado de descanso profundo e aí você vai trabalhando algumas emoções(...) e todo mundo quietinho aí eu vou relaxando, falando, alongando um pouco, trabalhando a respiração, aí pergunto qual tema vocês querem? (E6).*

No projeto terapêutico de um CAPS-ad, os alunos que cursam cinema no Rio de Janeiro, desenvolveram um trabalho voltado para que os pacientes pudessem ter uma maior expressão de si mesmos, em que se utilizou de dinâmicas para a sensibilização. Posteriormente, houve a proposta de um roteiro e filmagem. O grupo cresceu e os participantes fixos, juntamente com os novos membros, sugeriram a sua implementação (Levy, 2016).

Foi possível perceber que, tanto os profissionais psicólogos que trabalham com dependência química, seja no CAPS-ad ou nas vertentes voluntárias e involuntárias, desenvolvem um trabalho similar ao trabalho do profissional terapeuta ocupacional ou até mesmo de outra área de atuação que não a da saúde ou a psíquica. Parece que os participantes desta pesquisa ainda não têm uma clareza quanto ao real papel do psicólogo no tratamento para dependentes químicos.

Os psicólogos dos contextos de internações involuntários e uma do contexto voluntário, compreendem que a laborterapia é importante, pois propicia um cuidado com os pacientes, para que eles compreendam que a organização e a higiene são imprescindíveis, para que recubram os cuidados consigo mesmo.

*Ela acontece em horários já programados, eles têm um cronograma das coisas que vão fazer durante o dia, e acontece às 2 horas de manhã e às 2 horas da tarde. Acho que é uma técnica muito importante também porque eles conseguem ter disciplina, aprender, isso é uma laborterapia, disciplina, organização, tudo isso que ele não tinha quando estava na dependência química, tudo que perde, não tem zelo com as coisas, não tem, não tem nem com ele próprio, né? (E1).*

*(...) e cada um tem uma função a fazer dentro da clínica, tal o que, uma vai limpar o escritório, uma vai fazer não sei o que mais, a outra vai fazer outra atividade, a outra,*

*a outra, e aí vai. Qual que é o intuito disso? Não somente ocupar a mente, mas tentar mostra que o trabalho também é importante, eu preciso manter o ambiente que eu estou de forma saudável, organizada, limpa, assim como eu preciso organizar a minha vida, assim como eu preciso manter a minha vida limpa (...) (E5).*

Várias instituições com foco na abstinência como as comunidades terapêuticas, mesmo que possuam profissionais como médicos, psicólogos, enfermeiros, entre outros, possuem como meta, remodelar moralmente o usuário que se encontra introduzido na instituição. Além de ficarem longe da família e amigos, passam a conviver com outros usuários que vivem o mesmo tipo de problema, voltados para a realização de atividades consideradas como terapêuticas (Gomes, 2019).

O autor ainda aponta que este “programa assistencial”, é respaldado pela trípole: disciplina, trabalho e espiritualidade, em que a terapia do trabalho pode ser considerada como uma prática moralista empregada na rotina dos pacientes (Gomes, 2019).

Os relatos dos psicólogos, apontam para uma prática universal e hegemônica de cunho repressivo, como as que ocorreram no final do século XVIII, em que as pessoas eram internadas em casas de correção e de trabalho, muitas de origem religiosa, cuja premissa não era a função curativa, mas a da punição pelo pecado da ociosidade. Vale ressaltar que apesar do passar dos séculos, ainda prevalece o modelo asilar da história da loucura, permeado pelo tratamento moral.

Com relação a desintoxicação, vale ressaltar que alguns participantes, em contextos involuntários, indicam que o tempo de abstinência também é uma fase de convencer o usuário, pois é um período dele ter aceitação ao tratamento. No entanto, nos contextos de internação voluntária, o psicólogo não enfrenta esta barreira.

“Eu acho inclusive que eles precisam de alguém, precisam de psicólogo lá dentro, para apoiar, para fazer essa parte desse convencimento mesmo (...) (E1)”.

*(...) com o passar do tempo ele vai se conscientizando, nos três primeiros meses, eu costumo falar que é o período de desintoxicação. Então, às vezes nesses três primeiros meses os pacientes estão extremamente instáveis, depois que passa esse período, ele consegue ter uma, uma visão, ou melhor, uma noção melhor, mais madura a respeito de si, sabe? (E2).*

*O voluntário, se ele der uma abstinência, ele sai; o involuntário não sai, ele vai ter que lidar com ela ali dentro, né? E nesses três primeiros meses a chance de acontecer a abstinência é muito grande, principalmente nos primeiros dias né? (E4).*

*O voluntário talvez a gente ganha nesse sentido, porque por ele ter ido voluntariamente, então ele já está aceitando, a gente perde de um lado e ganha do outro, os dois tem os prós e os contras, com o voluntário a gente já passou dessa fase da não aceitação (E4).*

*Começou a aceitar e agora a gente vai começar a intervir, alguns ficam lá nove meses e a gente não consegue intervir, porque ele não aceita, ele não reconhece, ele não quer. Mas a maioria chega a algum ponto, ele aceita, ele reconhece que o uso realmente estava indevido, e aí, é a partir desse momento que a gente consegue entrar, é aí que a gente entra, a gente meio que fica “comendo pelas beiradas”, a gente consegue atuar melhor (E4).*

O relacionamento difícil entre o dependente químico e o familiar é uma das motivações para a mesma solicitar a internação involuntária, diante do argumento de que este está incapaz de decidir por si próprio, além de entender que ele coloca a sua própria vida em risco (Alves & Pereira, 2019).

Atualmente, preconiza-se o direito reservado ao usuário de aceitar “ajuda” e concordar em encontrar-se no lugar de “barganha comercial” entre a família e a clínica, em que muitas vezes, barganha também a avaliação médica, meramente dispensada (Alves & Pereira, 2019).

Em 2011 com o programa lançado pelo governo denominado “Crack, é possível vencer”, a iniciativa pautaria no uso dos consultórios de rua como os responsáveis pela avaliação dos casos de internação, porém, Clara Goldman que apoia o tratamento na rede Centro de Atenção Psicossocial, levanta a dúvida sobre a possibilidade de sucesso de um tratamento que não é construído juntamente com o paciente (Moura & Monteiro, 2011).

Para Antônio Nery Filho, a proposta de internação involuntária através dos consultórios de rua aponta para um retrocesso, pois além da exclusão social, provocaria a incapacidade desta população de acessar outros serviços de saúde, acarretando assim, um processo de higienização. Os usuários de drogas na rua não perderam a faculdade de entendimento e determinação por estarem na rua, exceto os casos de estarem psicóticos (Nublat & Sadi, 2011).

Um estudo realizado em um hospital geral, em que os pacientes se encontravam em processo de desintoxicação, demonstrou que o interesse no tratamento pode até ser despertado pelo incentivo da família, porém essa vontade da

família nem sempre será o suficiente para estimulá-lo a deixar definitivamente a dependência química (Crauss & Abaid, 2012).

Outra questão levantada neste estudo é a dificuldade da família em compreender a escolha de uma pessoa que apesar de ter tudo, ainda assim, escolhe continuar vivendo na rua, mesmo exposto à vulnerabilidade e à violência. Foi possível perceber que é preciso que o usuário entenda e aceite que tem um problema que precisa ser tratado e para isso, precisa aceitar ser ajudado. Se ele não quiser, qualquer tratamento será em vão (Crauss & Abaid, 2012). Dado semelhante foi encontrado em pesquisa com familiares de dependentes de álcool e outras drogas (Hortai, Daspett, & Macedo, 2016).

A terceira categoria que organiza o tema trabalho foi a prática do psicólogo, que se formulou nas seguintes subcategorias:

- Terapia Cognitivo Comportamental
- Função do psicólogo

O que se refere a Terapia cognitivo comportamental, verificou-se neste estudo que a maior parte dos entrevistados utiliza da abordagem Terapia Cognitivo Comportamental em sua atuação nos contextos de internação voluntária, involuntária e compulsória. A técnica utilizada na TCC, denominada cartões de enfrentamento, auxilia o paciente com afirmações terapêuticas que colaboram para o enfrentamento em momentos de fissura.

*Mas é claro, a gente precisa ter um norte, uma referência, que na dependência química, a referência, o norte é a Terapia Cognitivo Comportamental. Pra tentar mudar as crenças, pra tentar mudar o pensamento automático, pra tentar mudar os comportamentos (E5).*

*Olha eu, eu...acredito, acredito, gosto muito da TCC, da cognitivo, por causa das questões de crenças que são, às vezes, são formadas ao longo da vida, e que são despertadas com o uso das drogas, ou com o uso de bebida que a gente pode tá trabalhando em cima dela no tratamento (E2).*

*A gente pode usar algumas ferramentas, como, por exemplo, o cartão de enfrentamento, que foi uma das técnicas que a gente passou pra eles, a respeito de cartões que eles podem estar escrevendo como forma de carregar aquilo ali e usar no momento que ele tiver fissura, abstinência (...) (E3).*

A abordagem da Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) é apontada por Silva, Branco e Miccione (2015), como um método de tratamento mais eficiente para a dependência química, pois a percebe como uma relação entre comportamentos, emoções, relacionamentos familiares e sociais, além dos processos fisiológicos e biológicos. Este diálogo poderá determinar o grau de maior ou menor possibilidade de ser tornar dependente.

Ainda para Cafruni, Brolese & Lopes (2014), a terapia cognitivo-comportamental é considerada, dentre os vários formatos de intervenção, o mais pontual.

Diante a função do psicólogo na área de dependência química, foi possível perceber que está voltada para acolher, ouvir, respeitá-lo e não impor, com o intuito de buscar alternativas para as dificuldades que ele evidencia.

*Eu trabalho muito através de perguntas e aí eles, e aí os que já tiveram experiência de sair e recair novamente, voltar, eles contam como foi quando eles saíram, quais as dificuldades que eles enfrentaram, quais os obstáculos que tiveram que superar, o que deu certo e o que não deu, então, tem toda essa questão da experiência mesmo dos que já foram, já voltaram, já tiveram várias recaídas, é esse bate papo mesmo (E1).*

“Então, eu acho que, a princípio, nossa função é o acolhimento, e tentar junto com o paciente, tentar encontrar caminhos, encontrar alternativas, para tá lidando com aquele momento (E 2).”

“Melhor dizendo, não é impor sobre o sujeito aquilo que eu acho que seja melhor. Acho que quando eu escolho pro sujeito, eu estou impondo, mas a partir do momento que eu dou a possibilidade ao sujeito, ele escolhe (E5).”

*“Eu acho que começa desde o acolhimento né? Ou desde o primeiro atendimento, a forma como você recebe né? De respeitar ele como ser humano, sem julgamentos, acolhendo, respeitando, saber ouvir, respeitar não impor, né? (E6).”*

O papel dos profissionais de psicologia em dependência química, primeiramente, deve ser desprovido de julgamento moral em relação aos comportamentos dos usuários, muitas vezes antagônicos às regras tidas como aceitáveis socialmente. É transpor a barreira do estigma, se posicionando como operante com o sujeito, de maneira a intervir pontualmente, podendo assim,

estabelecer um vínculo de confiança, o qual será possível desenvolver um trabalho de tratamento (CFP, 2019).

A quarta categoria que compõem o tema trabalho foram os impasses da atuação do psicólogo, que se formulou nas seguintes subcategorias:

- Manejo profissional
- Resistência ao tratamento
- Desconfiança em relação ao trabalho do psicólogo
- Dificuldade frente às intervenções do psicólogo
- Desestrutura familiar
- Manejo com as famílias
- Reuniões de equipe
- Sobrecarga de trabalho
- Infraestrutura-precária
- Desvalorização da prática psicológica

Sobre o manejo profissional, foi possível observar que a atuação do psicólogo requer um manejo que compreenda o contexto multifatorial da dependência química, para além do modelo clínico hegemônico.

*(...) então, é muito mais pelo desprazer que a situação gera, o desprazer o mal-estar que a situação gera, e que gera todos esses emparelhamentos do estresse, ansiedade, frustração, angústia e, nós, temos que “manejar” isso o tempo todo. Lá dentro da instituição, tanto quanto paciente, tanto quanto profissional que fica lá o tempo todo (E5).*

“A gente vai aprendendo a lidar com isso e ver que isso faz parte dele, e o problema não sou eu. No início eles têm essa resistência mesmo (E4)”.

*Então, assim, a dependência química é algo que pra mim engloba múltiplos fatores, então ela faz com que a atuação do psicólogo exija muito dele, eu não posso focar só em uma coisa, eu vou precisar focar em várias ao mesmo tempo, né? (E4).*

*Sempre que a gente vai começar, eu falo: “gente, quais são as regras?” Aí eles vão falando e eu vou completando, aí às vezes, por exemplo, no bingo da semana passada aconteceu uma situação inusitada e como que a gente vai agir ali. Aí, eu tomo uma decisão ali, né? São coisas simples, corriqueiras, mas tá ali dentro que nunca aconteceu, que você tem que ter cuidado também porque muitos apelam, saem do jogo, brigam e tal. Mas aí, você toma essa certa decisão, no bingo da próxima semana, antes de começar eu falo: “gente quais são as regras?” aí, a gente vai falando, aí eu falo: “igual aconteceu aquele dia?” Se acontecer de novo, como que nós vamos agir? Então, assim eu não imponho, a gente constrói tudo junto (E6).*

*(...) de como lidar né? Tem técnicas que você pode ensinar pra um paciente, um treino de respiração, por exemplo, que você pode ensinar que vai dar certo pra ele, só que você vai tentar com outro e ele não vai ter paciência pra tentar aplicar aquela técnica (...)* (E3).

*Por exemplo, ansiedade, oscilação de humor né? Um paciente que numa hora ele está bem, outra hora ele está bravo, insultando, não sabendo conversar direito com uma pessoa, ele não está tendo habilidades pra conversar direito então o humor dele oscila mais (...)* (E3).

*(...) se não tiver isso, não consegue ter um controle, né? Infelizmente a adicção ela traz muitos defeitos para pessoa, a manipulação, a desonestidade, são um deles, sabe? Então, assim, tem pacientes que estão muitos dispostos, mas tem os que se puder, fazem hora com a sua cara! Então a gente, não é que os bons pagam pelas ruins, mas, a gente tem que ter um padrão e no decorrer, decorrer do tempo, ir avaliando cada perfil (...)* (E2).

De acordo com um estudo relacionado às práticas dos psicólogos em Centros de Atenção Psicossocial – CAPS (I, II e AD), na região nordeste do país, mais especificamente nas cidades de Salvador (Bahia), Fortaleza (Ceará), Campina Grande (Paraíba) e Natal (Rio Grande do Norte), foi averiguado que os profissionais de psicologia apresentam dificuldades devido à insegurança frente às crises do paciente, como também enfrentam dificuldades em trabalhar com o modelo de clínica ampliada, perante a necessidade de desenvolver ações voltadas para uma perspectiva multidisciplinar (Crusoé, 2017).

Este estudo aponta ainda como dificuldades do profissional, a formação curricular do curso de psicologia que visa a prática voltada para uma clínica individual, excluindo de sua grade curricular temas que abarcam a saúde pública, o SUS, como também a saúde mental. Além do mais, o trabalho exige do profissional uma disponibilidade quase que integral no serviço para as intervenções a serem feitas e que são causadas por situações externas para o psicólogo (Crusoé, 2017).

Com relação a resistência ao tratamento, alguns entrevistados relataram que em sua atuação, em contextos de internação involuntária, os pacientes não aceitam o tratamento, não querem parar com o uso, diante disso, o psicólogo tenta convencê-lo a buscar outras possibilidades.

*Aí, realmente a gente tenta convencer o paciente de que aquilo que ele tá fazendo, às vezes, não é a melhor opção. É claro que eu não vou obrigar ele a fazer aquilo que eu acredito que seja melhor, mas às vezes, a gente tenta mostrar para que ele entenda que às vezes ele tá batendo a cabeça na parede, enquanto tem uma outra oportunidade (E5).*

*(...) ele não viu ainda a necessidade de parar com o uso das substâncias psicoativas, a gente vai estar fornecendo informações pra aquele paciente, mais uma intervenção psicoeducativa, sobre os problemas que podem aparecer, advindos com o uso dessas substâncias psicoativas, pra estar dando informações pra que ele tome essa decisão de estar pensando na possibilidade de parar(...) (E3).*

As práticas de convencimento para a adesão ao tratamento que alguns psicólogos empregam, podem estar atreladas ao que é propagado como “verdadeiro” à abstinência, considerado como quesito principal em instituições voluntárias e involuntárias, que tem como meio de tratamento, a internação (CFP, 2013a).

No entanto, a prática do convencimento pode ser compreendida como discordante, visto que o código de ética dos profissionais se apoia na Declaração Universal dos Direitos Humanos que ressalta que sua atuação será embasada no respeito à liberdade e à dignidade do paciente (CFP, 2005).

Sobre a desconfiança em relação ao tratamento do psicólogo, percebeu-se que os pacientes têm resistências com relação aos psicólogos nos primeiros atendimentos, pois apresentam desconfianças e não sabem realmente qual é o papel do psicólogo.

*(...) o dia que você não quiser conversar comigo, o dia que você não quiser o meu atendimento você é livre pra falar isso eu acho que quando eu faço isso com eles, faz com que confiem mais no meu trabalho, não estou obrigando eles a participar de algo, eu deixo que eles participem, se eles realmente quiserem (...) (E4).*

*(...) por que existem pacientes que não tem interesse, né? Tem pacientes que não gostam de falar, tem pacientes que se sentem, não é reprimido a palavra, não é a palavra certa, mais se sentem, acham que é algo invasivo, que não, não tem muito interesse, num tem muito interesse em falar. Tem atendimento dentro de clínica que é cinco minutos, cê chega, você tenta abordar de todas as formas, e o paciente não expõe (E2).*

*(...) qual é o meu papel ali dentro? É entender porque estou ali, que não é à toa, que tem uma psicóloga ali, acho que também a confiança do paciente, né? Em procurar*

*um psicólogo, o que eu te falei, ele não procura atendimento, inicialmente, porque quando ele já é meu paciente, que já atendi ele algumas vezes lá na clínica, aí sim, ele já me procura, já pede ajuda no atendimento, ele fala que queria conversar com você hoje, eu não estou bem hoje, eu fui atendido, aí conversa. Mas no primeiro momento, não é ele que toma essa iniciativa (E1).*

A literatura nos aponta que o psicólogo deve se confrontar com a desconfiança apresentada por parte do paciente na internação, e sua atuação deverá desmistificar o papel do psicólogo, estabelecendo assim, um maior vínculo em seu trabalho terapêutico (Brito & Sousa, 2014)

Em contextos involuntários, à priori, o sujeito rejeita o tratamento, não aceita. Em consequência deste, o profissional tem que lidar com as resistências do paciente.

*(... ) muitos já passou por várias clinicas, então, já passaram por vários profissionais, ele já foi criando resistência com o profissional desde as outras clinicas, às vezes, foram involuntários, então, vai criando aquela resistência, mas você vai percebendo que ele começa a te tratar melhor, ele começa a olhar pra você, começa a suavizar o semblante dele então, você percebe que está conseguindo alcançar um pouco do seu objetivo (E4).*

“(...) estão longe da família, privados de tudo o que eles gostam, então, aquele lugar de início, a princípio, antes deles aceitarem o tratamento, já é uma barreira, até eles se abrirem mais (E4)”.

Em um estudo com análise de relatos de dependentes químicos em internação involuntária, a família é apontada como fator de recuperação, pois foi quem se preocupou e recorreu à internação do seu familiar dependente químico. Geralmente, o paciente não aceita o tratamento em um primeiro momento, no entanto, posteriormente, passa a aceitá-lo e, até mesmo, considerá-lo como positivo (Siqueira, 2015).

Um impasse colocado pela profissional é sobre as intervenções feitas aos pacientes após a alta da internação, pois apresentam resistência em procurar o CAPS-ad para dar continuidade ao tratamento.

“(...) então, esse é um grande impasse da intervenção em ambiente fechado que vejo hoje em dia é dar sequência a esse acompanhamento quando sai lá fora (...) (E3).”

*(...) então, aí os problemas vão surgindo de novo, e aí depois de um tempo, a tendência é o paciente acabar retornando para um novo processo dentro da instituição, esse é o maior impasse da intervenção de um ambiente fechado, é esse (...) (E3).*

*(...) porque tem algum preconceito, achando que o CAPS é pra louco e não quer ir pra lá. Aí, se não quer fazer no CAPS, então faz o acompanhamento psicológico individual, ou vai ao médico, psiquiatra pra ver a questão do medicamento (...) (E3).*

Com relação ao relato da psicóloga do contexto voluntário os pacientes vão ao CAPS-ad para fazer o acompanhamento medicamentoso.

“É porque a maioria dos pacientes, assim, não falo a maioria porque a maioria vem pra procurar médico e medicação né? Eles acham que o tratamento é só esse (...) (E6).”

Em um estudo que objetivou investigar as concepções e as práticas em um CAPS-ad III e em uma comunidade terapêutica, os usuários das duas instituições relataram que apesar do desejo de fazer uso de drogas apenas ocasionalmente, vislumbrando assim retornar a uma época em que se divertiam, perceberam que essa prática não é possível sem se deparar com os problemas acarretados pelo consumo. Ao tentar o uso esporádico, acabaram por voltar ao uso compulsivo (Carvalho & Dimenstein, 2017).

Ainda na mesma pesquisa, um ponto relevante apresentado pelos usuários do CAPS-ad III como positivo no tratamento ofertado nesta instituição, é que ao contrário dos hospitais psiquiátricos, nos momentos mais difíceis do tratamento, a medicação é usada apenas como um suporte, uma vez que houve uma percepção acerca dos efeitos colaterais negativos que este uso em excesso pode provocar (Carvalho & Dimenstein, 2017).

Diante a desestrutura familiar, a família é considerada a unidade básica para as pessoas e, se a mesma se encontra desestruturada, influencia diretamente na condição do sujeito em sua dependência química, todo este contexto contribui em muito para que o sujeito retorne com o uso.

*Se ele encontra uma família, por exemplo, que ainda desconfia muito dele, que não apoia, que quer que ele fique dentro de casa, que é meio que prendê-lo dentro de casa, ou que às vezes briga muito, briga entre as pessoas da própria família que eles tá vivendo ou brigam com o próprio dependente químico, então, todo esse ambiente, não é um ambiente favorável para ninguém e para dependente químico que está em um momento crítico, em tratamento de começar (E1).*

*(...) senão, o paciente muda lá dentro, e chega lá fora num contexto social, familiar, a família às vezes contribui para uma recaída. A família às vezes mesmo, eu sei que não é intencionalmente, mas às vezes, a família contribui pra uma recaída, então a família também tem que se tratar (...) (E2).*

*Espera aí, o que está dando errado? Aí vai ver, né? Se é a família que tem que mudar alguma coisa, o paciente pode mudar em que, se ele quer mudar, porque a família que quer que ele mude, né? Às vezes, o paciente fala: "ah eu sou feliz assim, quero continuar usando droga, quero continuar bebendo" Então, que ele consiga trabalhar um meio na vida dele de continuar usando um uso meio controlado (E6).*

Em uma pesquisa em um CAPS-ad do Rio Grande do Sul, uma família e o filho usuário de drogas foram convidados a participar da pesquisa colaborando com o estudo exploratório. A família iniciou seu acompanhamento no serviço e foi possível, através do atendimento individual, compreender o conflito familiar, bem como o papel desse filho como sintoma do casal, apontando que a dependência química pode estar relacionada com a desestrutura e conflitos familiares (Paz & Colossi, 2013).

Os autores afirmam ainda que a família pode ser considerada tanto como um fator de risco em relação ao abuso de drogas, quando a mesma se apresenta distante afetivamente, com dificuldade na comunicação e em colocar limites na criação dos filhos. Também pode se tornar um fator de proteção quando se apresenta como acolhedora, promotora de afetos e proteção, comunicação coerente e adequada, além de expor limites definidos (Paz & Colossi, 2013).

Com relação ao Manejo com as famílias, boa parte dos entrevistados encontram dificuldades em sua atuação frente às famílias, que desejam escolher pelo paciente, delegam responsabilidades ao profissional, e tem dificuldades de aceitar as colocações do mesmo.

*(...) então, a família, muitas vezes, tem outros tipos de pensamento, eles querem abstinência, a cura da pessoa. E tem familiares que não desistem, que estão ali, tentam ajudar, mas sempre tentam escolher pelo paciente, né? Então, a maioria não permite que ele tenha escolha dele ali como ser humano, como sujeito (...) (E6).*

*Ah, a maioria já está bem cansada, né? Não aguenta mais, aí cobra que a gente faça alguma coisa, e quer que a gente dê conta, eles não entendem a questão da recaída, que isso pode acontecer, não entendem que às vezes o paciente fala que não quer parar, aí a gente orienta a redução (E6).*

“(...) tem famílias que às vezes não aceita o que você fala, é igual eu te falei, a família, ela precisa de mudar, precisa então, às vezes, falar umas coisas para as famílias, elas não aceita, elas te maltrata (...) (E2).”

Um estudo que objetivou buscar na literatura artigos sobre as relações familiares no contexto da dependência química, demonstrou que há uma dificuldade por parte da família para sujeitar-se às condições de incertezas e desorganização acarretadas por um membro dependente químico. Diante da situação de adoecimento, faz-se necessário que a família seja acompanhada por um tratamento, pois também adoece junto (Vasconcelos, Araújo, Porto, Rocha, Oliveira, & Albuquerque, 2015).

Diante estas colocações, de um modo geral, em relação às famílias, apresentaram as seguintes falas:

*Então, a família tem que entrar junto com eles nesse tratamento, buscando tratamento fora, nos grupos de amor exigente, os grupos que tem de apoio, famílias aqui de fora, porque a pessoa que está lá dentro e volta para a família, e ela está desestruturada ou doente por causa da co-dependência, acaba que não adianta muito o processo do dependente, porque não é ele sozinho, é ele e toda a família (...) (E1).*

*(...) como que ele vai lidar com isso? Então assim, por isso que a questão social é importante. Só colocar alguém lá dentro talvez não resolva, e a família? E os conflitos familiares que talvez impulsionassem esse uso? Foram resolvidos enquanto ele estava lá dentro? Talvez não (E4).*

Uma pesquisa baseada no relato de caso revelou que as dificuldades da família em exercer os papéis parentais, podem se manifestar no sintoma da dependência química do filho. Geralmente, delegam a terceiros o que seria seu papel, como aponta a pesquisa, em que transferiram para a namorada do filho, a função de cuidá-lo nas festas e eventos sociais e à psicóloga, como uma representação do serviço de saúde. Quando não é possível alinhar as expectativas e o discurso parental, o cuidado com

afeto e limites, o par parental passa a responsabilidade de decidir e proteger a terceiros (Paz & Colossi, 2013).

Com relação às reuniões de equipe, os participantes mencionam ser ausentes, contudo, fazem pequenas reuniões, com dois ou três funcionários presentes na equipe, para colher informações sobre os pacientes institucionalizados.

*(...) então, a gente trocava muita ideia, ele (o terapeuta) que fica lá vinte e quatro horas, estava lá o tempo todo, então, a hora que eu chegava, se tinha acontecido qualquer coisa ele conversava comigo, quando finalizava o dia, ele vinha e conversava comigo, sabe? Se aconteceu alguma coisa, se não aconteceu, então a gente conseguia ter uma troca muito boa, então, facilitava o meu trabalho e o dele também (E4).*

“O que senta mais pra conversar é a troca entre a psicologia e a enfermagem, que são os profissionais que estão ali praticamente a semana toda, a enfermagem está a semana toda (...) (E3).”

“Não, não fazia. Pelo menos nesse período que eu fiquei não teve. Então, era assim, o médico chegava, aí eu precisava falar com ele de algum paciente, aí eu falava com ele, então, não tinha uma reunião de equipe (E4).”

Não foram encontrados dados sobre as reuniões de equipe em ambiente fechado, no entanto, foi relatado em um estudo que é de suma importância que ocorra a discussão de casos entre a equipe devido à complexidade do tratamento em dependência química, além da necessidade de se haver com a persistência e a perseverança (Occhini & Teixeira, 2006).

Em uma pesquisa realizada com 12 comunidades terapêuticas credenciadas na Superintendência de Estado de Políticas sobre Drogas (SEPOAD), e 6 por indicação, em Porto Velho (Rondônia) compondo 18 comunidades, de caráter filantrópico, todas as CT's possuem uma equipe de trabalho que engloba os egressos, que assumem a função de monitores. O quadro técnico varia entre dez e quinze profissionais das áreas da psicologia, assistência social, técnicos e auxiliares de enfermagem, educadores físicos e nutricionistas. No entanto, a pesquisa demonstrou também que o tratamento nestas comunidades perpassa os preceitos proibicionistas, moralistas e religiosos, sem fornecer as condições físicas, técnicas e éticas que se fazem necessárias (Silva, Tófoli, & Calheiros, 2018).

Uma participante relata que em contexto voluntário, o acompanhamento médico é feito no CAPS-ad.

“Lá onde eu trabalho, a equipe é composta por mim, psicóloga, enfermeira, um terapeuta e o médico a gente leva no CAPS, o médico é público, né? (E1).”

Dados semelhantes foram encontrados na pesquisa realizada com 18 comunidades terapêuticas, em que, destas, sete instituições recorrem ao CAPS-ad para os exames rápidos e intervenções psiquiátricas, quando necessário. Também solicitam exames físicos e mentais para efetivar a internação. As restantes não buscam auxílio no CAPS-ad, recebem pessoas com qualquer comorbidade, apresentam o maior número de vagas, além de possuir um índice de 70 a 80% de desistência do programa (Silva, Tófoli, & Calheiros, 2018).

Vale ressaltar que a lei n<sup>o</sup> 13.840/2019, veta o acolhimento em comunidades terapêuticas de pessoas com comprometimentos biológicos e psicológico de natureza grave, que precisam de atenção médico-hospitalar.

A reunião de equipe do contexto voluntário, mencionado pela entrevistada, é nomeada de Assembleia, cujo objetivo é a união de toda a equipe com os pacientes, para estabelecer combinados, reivindicar pontos estratégicos, de modo a beneficiar o coletivo.

*(...) tem assembleia que a gente faz com alguns pacientes né? Geralmente quem faz é a assistente social do dia, mas às vezes, quando eu não estou atendendo, aí eu participo também da assembleia com eles. Onde eles reivindicam algumas coisas, onde a gente faz alguns combinados coletivamente (E6).*

Em um estudo com pacientes atendidos em um CAPS II em Minas Gerais e um CAPS-ad na cidade de Fortaleza, objetivou analisar a compreensão dos usuários destes serviços sobre a atenção em saúde mental, com foco na integralidade e no acesso. Os dados colhidos apontaram para uma desvalorização das assembleias, que não foram compreendidas e nem valorizadas pelos usuários enquanto um espaço de participação (Oliveira, Andrade, & Goya, 2012).

Contudo uma dificuldade apresentada pela participante é a presente falta de comunicação entre a equipe, pela mudança de plantões.

“O assistente social do dia, do plantão que reúne os pacientes junto com os outros profissionais aqui, enfermeiros, os técnicos, e uma pessoa sempre escreve e depois todo mundo assina o que foi escrito ali (E6).”

*Então, a equipe parece que é meio dividida, eles fazem divisão por plantão, a pessoa de um plantão vai agir de uma forma e a outra de outra forma, precisa de (...) igual te falei, todo mundo falar a mesma língua, né? Construir protocolos, ou definir certas padronizações a certas coisas porque cada caso é um caso, algo que tenha construção, a gente fica meio perdida, sabe? (E6).*

Pontos semelhantes foram evidenciados em uma pesquisa bibliográfica que buscou compreender as dificuldades encontradas pelos psicólogos que atuam especificamente nos CAPS-ad. Os dados apontaram que a equipe multidisciplinar tem poucas reuniões, dificultando assim, a comunicação e o relacionamento entre eles. As condições de trabalho são precárias, com necessidades de aprimoramento profissional que culminam em frustrações no trabalho, falta de reconhecimento e com prejuízos à sua saúde e bem-estar (Rocha & Barzaghi, 2015).

No tocante a sobrecarga de trabalho, os participantes de contextos voluntários e involuntários mencionaram uma sobrecarga, com muitos pacientes para atender apesar do pouco tempo, deixando algumas demandas para outro momento.

*(...) que às vezes, a demanda é muito grande, a gente está tendo um problema gravíssimo com drogas, virou problema de saúde pública mesmo, então, toda clinica que você for, sempre vai ter muita gente, então, acaba que a gente como profissional, fica um pouco sobrecarregado (E4).*

*(...) aí, você extrapola no tempo lá, aí você fica umas duas horas, uma hora por paciente no máximo lá, e mesmo assim, você ainda não, não colheu tudo o que tinha que colher, o paciente ainda colocou pra fora o que tinha, o que tava angustiando ele, complicado (E5).*

Uma pesquisa realizada em um CAPS do interior do estado de São Paulo cujo objetivo era conhecer e analisar as dimensões contextuais e estruturais de um Centro de Atenção Psicossocial, foi possível observar quanto à dinâmica de trabalho, que a realização de funções extras pelos funcionários acaba por gerar sobrecarga de

trabalho por falta de funcionários, considerado fator estressante para a equipe (Ventura, Araújo, & Moll, 2011).

A infraestrutura-precária, é outra questão apontada pela participante, pois não há uma sala própria para o atendimento psicológico.

*Muitas vezes a gente precisa de um pouco mais de privacidade pra fazer o atendimento, porque às vezes, a instituição não está equipada o suficiente, tipo, aqui é a sala do psicólogo, aí você está atendendo e de repente o telefone toca, então essas coisas (...) (E4).*

“(...) Pra mim, mesmo o que eu achava mais forte era a questão assim de às vezes não ter o local pra atender, porque às vezes tinham outros profissionais que chegavam no mesmo horário, (...) (E4).”

O Relatório de Inspeção Nacional de Comunidades Terapêuticas salienta dados semelhantes em que são raros os profissionais que possuem registros de formação específica na área de Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas ou da saúde. Em raras ocasiões, foram mencionadas especializações de nível universitário. As condições de trabalho também são precárias como as salas inapropriadas para o atendimento psicológico, sem fornecer a privacidade necessária aos dados confidenciais do paciente (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2017).

Sobre a desvalorização da prática psicológica, diante das questões apresentadas pelos participantes foi possível perceber que a prática do psicólogo evidencia dificuldades pela desvalorização da própria profissão, e também por que o psicólogo precisa se posicionar.

*(...) a questão de que, talvez, as pessoas não enxerguem a importância real da psicologia, quase tudo é obrigado a ter o psicólogo, né? A lei diz que tem que ter, e as pessoas vão porque é obrigatório ter, mas talvez não entendam a real importância disso, do por que que o psicólogo tem que estar inserido, então, a gente pode atender em qualquer lugar, de qualquer jeito e não é assim, não é assim que funciona, (...) (E4).*

“(...) Mais eu acho que nem todo muito valoriza, eu acho que não é um trabalho valorizado por outras pessoas (...) (E2).”

“(...) talvez, a psicologia precise avançar nesse sentido, talvez a gente como profissional, a gente precise mostrar que a gente realmente é importante na nossa postura (E4).”

A desvalorização da prática do psicólogo é um dos desafios também evidenciadas em CAPS, além de enfrentar os limites quanto à exaustão e a falta de estrutura apropriada (Crusoé, 2017).

Outros dados também apontam para esta realidade como as apresentadas no Relatório de Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas, sobre o trabalho da psicóloga. Este se constitui como voluntário, sem nenhum vínculo empregatício e muitas vezes, em receber qualquer forma de pagamento pelas funções desempenhadas. O regime de plantão seria permanecer uma semana na comunidade terapêutica, com folga na semana seguinte. Não existe respeito quanto às leis trabalhistas nesta instituição (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2017).

É plausível afirmarmos que diante a controvérsia de que o primeiro emprego exige experiência profissional, muitas vezes, o profissional de psicologia (na maioria das vezes, recém-formado) se submete a trabalhar em lugares cuja prática não é condizente até mesmo com o código de ética de sua profissão, numa forma de se obter experiências e confiança no exercício de sua profissão. No entanto, essa realidade pode colocar em risco não só a autorização do Conselho de Psicologia para exercer a profissão, como pode trazer riscos a si próprio e como a terceiros.

A quinta categoria que organiza o tema trabalho foram: Os Desafios da Atuação do Psicólogo, que se formulou nas seguintes subcategorias:

- Capacitação
- Psicólogo sem autonomia em sua prática
- Nova Política Pública nº 13.840/2019
- Fiscalização de comunidades terapêuticas e clínicas
- Prevenção ao uso de drogas

A respeito da capacitação, neste estudo pôde-se constatar que os profissionais, apresentam dificuldades nos contextos de trabalho, diante da falta de capacitação profissional direcionada à área de dependência química.

*(...) acho que às vezes não tem tanto profissional capacitado porque não tem tanta gente querendo trabalhar nessa área, há certa resistência, né? Das pessoas com*

*relação a isso e há uma resistência maior ainda das pessoas à internação involuntária, muita gente vê com certo desdenho (...) (E3).*

*A formação do profissional da psicologia, acho que a informação é muito pouco voltada para a área social, ela é muito voltada para clínica, para empresa, e muito voltada para área social. Então, quando a gente começa a trabalhar em uma clínica ou em uma comunidade terapêutica, nessa área de dependência química, por exemplo, a gente tem muito pouca bagagem da faculdade (E1).*

“(...) comecei aqui quando o serviço começou e eu estou aprendendo mais é com a prática do que com o estudo, né? (E6).”

Dois estudos indicaram que os cursos de formação para a área estudada deveriam rever as grades oferecidas, devido às formações terem como base o modelo clínico médico, voltado para uma clínica em consultório, que não abrange o contexto multifatorial que a dependência química necessita. Os contextos são diversos e faz-se necessário serem compreendidos para que haja uma atuação mais eficaz para o paciente (Crusoé, 2017; Rocha & Barzaghi, 2015).

Os desafios da prática dos psicólogos em um CAPS-ad, estão pautados na falta de capacitação, compreensão a qual o serviço se presta, definição de objetivos comuns e uma boa comunicação entre plantões.

“(...) definir melhor o serviço, funcionamento, direcionar mais, coesão e alinhamento da equipe. Eu acho que o impasse maior é a questão do saber mesmo (E6).”

*Não, eu acho que falta é buscar mesmo, né? Definir né? Olha, a atenção básica funciona dessa forma, os pacientes podem ser encaminhados pra lá pra fazer esse e esse tipo de serviço. CAPS-ad, vamos definir que tipo de paciente que nós vamos atender, são casos graves ou todos, porque chega lá e fala que toma uma cerveja todo dia, ou fumou uma maconha, é CAPS-ad. Então, assim, é a rede, nós poderíamos buscar mais a rede, e a rede poderia atuar mais em coisas que talvez eles tenham medo e receio (E6).*

*De acordo com o Ministério da Saúde, CAPS-ad não tinha que ter esse tipo de atendimento, eram só os casos graves que estariam aqui, mas de acordo com a estrutura do sistema e tal, aí a gente ainda faz esse tipo de atendimento (E6).*

Em um estudo sobre a análise das dimensões contextuais e estruturais de um CAPS, os dados demonstram que no trabalho em equipe multiprofissional, a

comunicação deve se apresentar como uma ferramenta intrínseca dessa dinâmica, com a predisposição para a elaboração de linguagens e objetivos comuns. Todavia, o trabalho em equipe deve ser pertinente à integração, funcionando como complementaridade e interdependência dos projetos de ação de cada agente (Ventura, Araújo, & Moll, 2011).

Com relação ao psicólogo sem autonomia em sua prática, nos contextos involuntários, um desafio diário é a autonomia na prática profissional, que coloca impasses na sua atuação profissional.

“Por que eu também não tenho esta autonomia, às vezes, muita coisa, vou ser bem sincera com você, às vezes, muita coisa nem eu concordo, mas eu tô ali como funcionária, essa é a realidade (E2).”

*Por isso que eu acho que o psicólogo, apesar de que eu tô ali como uma profissional para trabalhar, eu sou uma funcionária da clínica, então, eu vou tentar intervir de uma forma que não me prejudique, nem prejudique meu paciente. Por que às vezes, muita coisa que a gente fala, a gente pode até prejudicar o paciente, e sem querer, levando em consideração a ética profissional (E2).*

A clínica, como o viés dela já é infelizmente arrecadar dinheiro, vou ser sincero, que a grande maioria ainda visa isso, e nós temos uma outra dificuldade que é o que bater de frente com os proprietários da clínica e falar: “isso tá errado” (E5).

*E um momento interessante..., não, mas ele tem que aprender, agora ele vai arrumar a cama todo dia, o dia que ele não tiver visita, ou corta o cigarro, o paciente, a maioria deles são fumantes, vou cortar o cigarro uma semana, aí é onde choca, né? A psicologia com a vida real, infelizmente eu acho que muita das vezes não é valorizado, como deveria ser (E2).*

No que diz respeito à falta de reconhecimento do psicólogo pela equipe como um profissional qualificado, é representado como um efeito atrelado à falta de autonomia do profissional (Occhini & Teixeira, 2006).

A ausência de autonomia do profissional de psicologia no tratamento da dependência química apresentado nesta pesquisa, nos aponta para a realidade de que o profissional de psicologia ao ingressar nestas Instituições, acaba por aderir às normas e regras das mesmas, anulando assim, as diretrizes da própria profissão,

inclusive as questões éticas e políticas apontadas também neste trabalho. Como consequência, percebe-se profissionais descontextualizados em sua prática, sem embasamento científico.

Outra questão apontada por alguns estudiosos, quanto ao reconhecimento do profissional, se dá devido à preferência por parte dos paciente por uma intervenção psiquiátrica via medicamentos, em vez da intervenção psicoterápica, pois há o efeito de alívio imediato que a medicação oferece, proporcionando mais rapidamente a diminuição do sofrimento sem necessariamente a implicação direta do usuário em seu problema (Rocha & Barzaghi, 2015).

No tocante à novas políticas sobre drogas, a participante coloca como impasse de sua atuação, diante a difícil prática no período considerado de desintoxicação, em que o paciente nega o tratamento, em contextos involuntários.

“(...) opções de tratamento seriam isso, ampliar mais, trabalhar mais outras questões que estão envolvidas, né? Os pacientes levam três meses pra ele aceitar que ele realmente precisava de um tratamento, né, e aí? (E4).”

*Porque senão eu coloco a minha parte funcionar e lá fora já não é minha parte mais, e não pode pensar assim, né? Então eu acho que tem que reestruturar de um jeito amplo pra que atinja todas as esferas, não vai atingir todo mundo, mas precisa de mais opções (...) (E4).*

*(...) agora a gente teve mudanças na lei, que vão reestruturar todas as clinicas inclusive aqui em (nome da cidade) já começou, né? O promotor novo que entrou já começou a colocar em ação as novas mudanças, então as estruturas das comunidades terapêuticas vão mudar(...) (E4).*

A nova política pública implementada a partir da lei nº 13.840, de 5 junho de 2019, preconiza no artigo 23, que a prioridade de modalidade de tratamento deve ser o ambulatorial na rede de Atenção à Saúde, sendo que a internação só poderá ser realizada em hospitais gerais ou em unidades de saúde. Ainda sobre a internação, o artigo 23-A, parágrafo §2, concebe que esta forma de tratamento somente será legal se os adictos forem internados em contextos sem que existam equipes multidisciplinares que estejam integralmente à disposição dele, além de, obrigatoriamente, ser autorizada por um médico, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do Estado onde a mesma ocorrerá (Brasil, 2019).

No parágrafo §3 preconiza-se que somente duas formas de tratamento são regulamentadas: a internação voluntária, com o consentimento do dependente químico através de uma declaração por escrito e a internação involuntária, sem o consentimento do mesmo. No entanto, devem ser formalizadas pelo médico responsável, além de conter a autorização legal do responsável ou de um servidor da área da saúde, ou ainda, de integrantes do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Em ambos os casos, o Ministério Público deverá ser notificado em um prazo de até 72 horas, por cada internação (Brasil, 2019).

A internação involuntária, no que faz menção no parágrafo §5, somente ocorrerá após autorização do médico, seguida da avaliação sobre o tipo de droga consumida e o padrão de uso, além de comprovados insuficientes os recursos existentes na rede de Atenção à Saúde. No tocante ao prazo, a internação ocorrerá somente no período de 90 dias, que é o tempo considerado necessário para a desintoxicação (Brasil, 2019).

Ao tocante a fiscalização em comunidades terapêuticas e clínicas, uma questão importante apresentada pelos psicólogos é a fiscalização nos contextos em que o paciente se encontra sob medidas de tratamento interno:

*Eu acho que essa fiscalização, ela é necessária sim, a gente vê crescendo o número muito grande de comunidades terapêuticas e alguém tem que fiscalizar isso, a gente tem que saber como que isso funciona, que tipos de cuidados que tem, a gente ouve sempre falar de casos de agressão, de maus tratos, então, isso tem que ser fiscalizado(...) (E4).*

“Precisa também de uma fiscalização maior em cima de clínicas, eu vejo isso, mudou muito de 2016 pra agora, eu acho que mudou muita coisa, tanto na questão da legislação(...) (E3).”

Nas modalidades voluntárias e involuntárias percebe-se uma necessidade maior de fiscalização, pois o relatório elaborado pelo Conselho Federal de Psicologia, oriundo da inspeção que ocorreu em 28 comunidades terapêuticas distribuídas em território nacional, denunciou práticas desumanas e irregularidades. Muitas formas de exclusão ocorrem em nome da proteção e do cuidado, produzindo tratamentos cruéis, desumanos e degradantes, em instituições com características asilares (CFP, 2018).

Sobre a prevenção ao uso de drogas, duas participantes apontam que a prevenção é fundamental, principalmente diante do cenário atual da dependência química, ressaltando que o ideal é que seja implementada desde a infância.

“(...) que precisa de mais estímulo e que talvez, precisasse ser mais trabalhado quando a gente é menorzinho (...) (E2).”

*Pelo que eu percebo também, essa questão da abrangência, né? Do serviço público seria um ponto, né? Fazendo uma ligação com essa prevenção, né? Que se o serviço público conseguisse chegar até essa criança antes mesmo de começar, crianças com nove anos que chegasse nesse ponto, seria de grande importância na questão da prevenção, da sua atuação, o pessoal das outras equipes, todo o serviço (E4).*

Conclui Bastiani, et al., (2016) que os métodos da atenção básica quanto à prevenção, necessitam ter como ponto principal uma maior abrangência do serviço de modo que os setores estejam em consonância, também com o intuito da promoção da saúde. Ademais, faz-se imprescindível que os profissionais da saúde busquem maior conhecimento para que sejam possíveis práticas mais pontuais.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diversos aspectos foram analisados no sentido de conhecer a atuação do psicólogo em contextos de internação voluntária, involuntária e compulsória. A pesquisa revelou que a prática destes profissionais parece ainda estar perpassada pela ideia de “guerra às drogas”, que apesar de ser um legado de menos de um século, sempre houve, em todas as sociedades, formas de regulamentação social do consumo de drogas.

O discurso dos profissionais da psicologia que trabalham com a dependência química ainda está pautado no movimento hegemônico do proibicionismo, em que o tratamento visa convencer o paciente a ficar abstinente e a mudar a sua perspectiva de vida frente às drogas, principalmente em contextos involuntários.

Atrelado a este, percebe-se que preceitos moralistas ainda vigoram, além de não serem fornecidas condições físicas, técnicas e éticas que se fazem necessárias ao trabalho do psicólogo. A subjetividade do usuário parece não ser considerada.

A equipe multidisciplinar tem poucas reuniões, o que dificulta a comunicação e o relacionamento entre eles. As condições de trabalho são precárias, com necessidades de aprimoramento profissional que culminam em frustrações no trabalho, falta de reconhecimento do profissional, principalmente quando não existe respeito às leis trabalhistas, com prejuízos à saúde e ao bem-estar do profissional.

Outra questão relevante é que os profissionais de psicologia não têm embasamento teórico/científico para sustentação de sua prática, além de se submeterem à regras e normas institucionais que vão numa via de contra-mão às premissas da psicologia.

Os profissionais participantes desta pesquisa desenvolvem um trabalho similar ao trabalho do profissional terapeuta ocupacional ou até mesmo de outra área de atuação que não a da saúde ou a área psíquica. Parece que estes participantes ainda não têm uma clareza quanto ao real papel do psicólogo no tratamento para dependentes químicos.

O manejo dos profissionais se mostrou difícil com relação às famílias, que tentam delegar responsabilidades a terceiros e não buscam tratamento familiar, principalmente os direcionados ao grupo de apoio à família.

A prática desses psicólogos nos aponta para uma contradição, se não uma discordância, visto que, o código de ética preconiza a não inclusão desses profissionais onde não tem a capacitação necessária, em ambientes que visam à reclusão, e as práticas de opressão.

No tocante à lei em vigor desde junho de 2019, que direciona a prática dos profissionais voltados para a área da saúde mental, se apresenta no mínimo contraditória, uma vez que no parágrafo §3, preconiza apenas as internações voluntárias e involuntárias. No entanto, no parágrafo §9, é vedada a realização de qualquer internação em comunidades terapêuticas acolhedoras, uma vez que só é considerada uma internação quando há a presença integral de uma equipe multidisciplinar na unidade de saúde que se propõe a cuidar do dependente químico (Brasil, 2019).

Por fim, sem a pretensão de ensaiar conclusões gerais a partir dessa pesquisa, foi possível perceber que as ações, e, principalmente, as falas dos profissionais de psicologia, qualquer trabalho desenvolvido no campo da dependência química, necessariamente envolve projetos de prevenção, de educação e de tratamento, numa perspectiva crítica voltada para a qualidade de vida.

Além destes, requer um afastamento dos preconceitos e dos estigmas que contribuem para aumentar a exclusão social e que podem levar a tomar medidas equivocadas, que não favorecem o enfrentamento da problemática.

Nessa perspectiva, é preciso práticas que além da capacidade técnica, promovam uma dimensão humana, um compromisso com a valorização da vida e a construção de uma sociedade mais igualitária em busca da inclusão social.

## REFERÊNCIAS

- Alves, Y. D., & Pereira, P. P. (2019). A controvérsia em torno da internação involuntária de usuários de crack . *Revista Sociedade e Estado* , 34(2), 513-538.
- Alvarenga, C. (2006). *Trânsitos da clínica do acompanhante terapêutico (AT): da via História à cotidiana*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Aplicada, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, MG.
- Andrade, M. C., & Costa-Rosa, A. (2014). O encontro da loucura com o trabalho: concepções e práticas no transcurso da história. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 7(1), 27-41.
- Araujo, J. C., & Gomes, L. G. (2017). *Redução de danos: um novo olhar da psicologia para uso abusivo de álcool e outras drogas*. TCC de graduação em Psicologia, Univag, Várzea Grande.
- Barreto, A. F. (2019). A política de saúde mental e a qualidade de vida dos usuários do caps ad em lagarto (se). *Revista Saberes Paripiranga*, 1(7), 2-10.
- Bastiani, J., Ribas, D. L., Luzardo, A. R., Demillis, M. M. S., & Padilha, M. I. (2016). Estratégias na dependência química: uma revisão integrativa. *Rev. Estácio Saúde*, 5(1), 173-189.
- Batista, M. D. G. (2014). Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. *Revista de Ciências Sociais*, (40), 391-404.
- Brasil. Decreto n. 24.559, de 3 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. Lista texto integral, 1934. Disponível em:  
<<http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaTextoIntegral.action?id=20366&norma=35529>>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Portaria n.º 336/GM em 19 de fevereiro de 2002*. Retirado em 20 de agosto de 2019 de [http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39\\_Portaria\\_336\\_de\\_19\\_02\\_2002.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf).
- Brasil. Presidência da República. Casa Civil. (2001). *Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001: Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil.
- Brasil. Presidência da República (2019). *Lei nº* HYPERLINK "[http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw\\_Identificacao/lei%2013.840-2019?OpenDocument](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%2013.840-2019?OpenDocument)" *13.840, de 5 de junho de 2019: altera as leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de*

1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília, DF: DOU.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. (2003). *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Autor.

Brito, R. M., & Sousa, T. M. (2014). Dependência química e abordagem centrada na pessoa: Contribuições e desafios em uma comunidade terapêutica. *Revista da Abordagem Gestáltica - Phenomenological Studies* – 20(1), 77-85.

Cafruni, K. H., Brolese, G., & Lopes, F. (2014). Tratamento não medicamento farmacológicos para dependência química. *Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*, 14(1), 10-19.

Caldas, A. A., & Nobre, J. C. A. (2012). Saúde mental e Reforma Psiquiátrica Brasileira: reflexões acerca da cidadania dos portadores de transtorno mental. *Cadernos UniFoa*, 7(20), 71-83.

Capez, F. (2011). Drogas: internação compulsória e educação. Folha de S. Paulo, São Paulo, 19 Jul. 2011. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaofz1907201108.htm>>. Acesso em: 25 Jul 2019.

Carvalho, B., & Dimenstein, M. (2017). Análise do discurso sobre redução de danos num CAPSad III e em uma comunidade terapêutica. *Temas em Psicologia*, 25(2), 647-660.

Coelho, I., Oliveira, M. H. B. (2014). Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. *Saúde em Debate*, 38(101), 359-367.

Conselho Federal de Psicologia. (2013a). *Drogas, Direitos Humanos e Laço Social* (1a ed.). Brasília, Brasil: Autor.

Conselho Federal de Psicologia (2013b). *Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) em políticas públicas de álcool e outras drogas*. ed. Brasília: Autor.

Conselho Federal de Psicologia (2019). *Referências técnicas para atuação de psicólogas (os) em políticas públicas de álcool e outras drogas*. 2a. ed. Brasília: Autor.

Conselho Federal de Psicologia (2017). *Relatório de Inspeção Nacional de Comunidades Terapêuticas*. Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão / Ministério Público Federal; Brasília, DF: Autor.

Conselho Federal de Psicologia. (2005). *Código de ética profissional do psicólogo*. Brasília: Autor.

Conselho regional de psicologia de São Paulo. (2013). Folder. Página do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. São Paulo, 2013. Disponível em:

<[http://www.crsp.org.br/PORTAL/comunicacao/artes-graficas/internacao\\_compulsoria/internacao\\_compulsoria\\_verso.pdf](http://www.crsp.org.br/PORTAL/comunicacao/artes-graficas/internacao_compulsoria/internacao_compulsoria_verso.pdf)>. Acesso em: 04 Jul. 2019

- Crauss, R. M., & Abaid, J. L. (2012). A dependência química e o tratamento de desintoxicação hospitalar na fala dos usuários. *Contextos Clínicos*, 5(1), 62-72.
- Crusoé, A. C. (2017). *A atuação dos/as psicólogos/as em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): uma análise de relatos de experiências no Nordeste*. Salvador, Bahia, Brasil. Escola bahiana de medicina e saúde pública.
- Delgado, P. (2011). Saúde mental e direitos humanos: 10 anos da Lei 10.216/2001. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 63(2), 114-121.
- Gama, J. R. A. (2012). A constituição do campo psiquiátrico: duas perspectivas antagônicas. *História, Ciências, Saúde -Manquinhos*, 19(1), 139-155.
- Garcia, I. P. (2018). *A dependência química no contexto familiar: uma análise do relato de três mães*. *Psicologia.pt*: o portal dos psicólogos 14.
- Gomes, L. F. (2019). A política nacional para usuários de álcool e outras drogas: do avanço da redução de danos ao retrocesso da abstinência. Trabalho de Final de Curso de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense, Campos dos Goytacazes.
- Globo, (2009). Especialistas discutem o vício em crack. Rio de Janeiro, 26 Out. 2009. Disponível em: <<http://jornalnacional.globo.com/Telejornais/JN/0,MUL1355694-10406,00-especialistas+discutem+o+vicio+em+crack.html>>. Acesso em: 07 Jul 2014.
- Hortai, A. L., Daspett, C. J., & Macedo, R. M. (2016). Vivência e estratégias de enfrentamento de familiares de dependentes. *Rev Bras Enferm*, 69(6), 1024-1030.
- Latour, B. (2012). *Reagregando o social: uma introdução à teoria do ator-rede*. Salvador (BA); Bauru (SP): EdUFBA; Edusc.
- Levy, V. L. (2016). Oficinas terapêuticas e produção de vínculo EM CAPS AD. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 8(19), 97-106.
- Machado, A. R., Modena, C. M., & Luz, Z. M. (2019). O que pessoas que usam drogas buscam em serviços de saúde? Compreensões para além da abstinência. *Interface*, 24, 1-15.
- Machado, L. A., & Veloso, A. (2011). O Desenvolvimento da Confiança nas Comunidades Terapêuticas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(3), 523-532.
- Moura, R. M., Monteiro, T. (2011). Pacote do governo prevê internação involuntária de usuários de crack. *Estadão/Brasil*. São Paulo, 07 dez. 2011. Retirado em 12 de agosto de: <<http://www.estadao.com.br/noticias/geral,pacote-do-governo-preve-internacao-involuntaria-de-usuarios-de-crack,807926,0.html>>

- Nappo, S. A., Sanchez, Z. M., & Ribeiro, L. A. (2012). Is there a crack epidemic among students in Brazil? Comments on media and public health issues. *Cadernos de Saúde Pública*, 28(9), 1643-1649.
- Nublat, J., Sadi, A. Governo erra ao focar o crack, diz médico. *Folha de S. Paulo*, dez. 2011.
- Occhini, M. F., & Teixeira, M. G. (2006). Atendimento a pacientes dependentes de drogas: atuação conjunta do psicólogo e do psiquiatra. *Estudos de Psicologia*, 11(2), 229-236.
- Oliveira, R. F., Andrade, L. O., & Goya, N. (2012). Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(11), 3069-3078.
- Paiva, I. L., & Yamamoto, O. H. (2007). Em defesa da reforma psiquiátrica: por um amanhã que há de nascer sem pedir licença. *História, Ciências, Saúde*, 14(2), 549-569.
- Paula, A. C. (2015). Procedimentos argumentativos a serviço da intencionalidade na carta pessoal do dependente químico em tratamento involuntário. *Linguagens - Revista de Letras, Artes e Comunicação*, 9(1), 66-84.
- Paz, F. M., & Colossi, P. M. (2013). Aspectos da dinâmica da família com dependência química. *Estudos de Psicologia*, 18(4), 551-558.
- Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4579-4589.
- Pontes, A. K. Meza, A. P. S., & Bicalho, P. P. G. (2015). Ciência e política das drogas: as controvérsias em torno das políticas públicas de internação compulsória. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(4), 1433-1450.
- Ruiz, V. R. R., & Marques, H. R. (2015). A internação compulsória e suas variáveis: reflexões éticas e socioculturais no tratamento e reinserção do paciente na sociedade. *Revista Psicologia e Saúde*, 7(1), 01-08.
- Rocha, C. C., & Barzaghi, N. (2015). Dificuldades encontradas pelos psicólogos nos Centros de atenção psicossocial (caps ad): desafios da formação à atuação profissional. *Revista UNINGÁ Review*, 24(2), 105-113.
- Sabino, N. M., & Cazenave, S. O. (2005). Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Estud. Psicol. (Campinas)*, 22(2), 167-174.
- Scaduto, A., Barbieri, V., & Santos dos, M. A. (2015). Adesão aos princípios da Comunidade Terapêutica e Processo de Mudança ao Longo do Tratamento *psicologia: ciência e profissão*, 35(3), 781-796.
- Schneider, D. R., Cerutti, M. G., Martins, M. T., & Nieweglowski, V. H. (2014). A atuação do psicólogo no centro de atenção psicossocial voltado para álcool e outras drogas

(CAPSAD): os desafios da construção de uma clínica ampliada. *Extensio: Rev. Eletr. de Extensão*, 11(17), 101-113.

Silva, C. R., Santos, C. N., Nogueira, J. N., & Malfitano, A. P. (2015). Mapeamento da atuação do terapeuta ocupacional nos centros de atenção psicossocial de álcool e outras drogas (caps ad) do interior do estado de são paulo. *Cad. Ter. Ocup. Ufscar*, 24(2), 321-334.

Silva, L. F. M., Branco, M. F. C. Miccione, M. M. (2015). Eficácia da Terapia Cognitivo Comportamental no Tratamento da Dependência química: uma revisão de literatura. *Estação Científica*, (13), 1-17.

Silva, L. G., & Andrade, L. F. (2017). Contribuições da psicologia no tratamento da dependência de drogas em uma comunidade terapêutica do gênero feminino na cidade de Sete Lagoas-MG. *Revista Brasileira de Ciências da Vida*, 5, 1-5.

Silva, L. G., Tófoli, L. F., & Calheiros, P. R. (2018). Tratamentos ofertados em Comunidades Terapêuticas: Desvelando práticas na Amazônia Ocidental. *Estudos de Psicologia*, 23(3), 325-333.

Silveira, R. W., & Santos, T. M. (2017). Escola de redução de danos: uma experiência de educação permanente em saúde. *Rev. Nufen: Phenom. Interd.*, 9(3), 220-233.

Siqueira, K. A. (2015). A construção ideológica do sujeito coletivo nos relatos de dependentes químicos. *Revista Línguas & Letras – Unioeste*, 16(32), 260-276.

Sousa, F. S. P., Oliveira, E. M. (2010). Caracterização das internações de dependentes químicos em Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital Geral. *Cienc saúde*, 15(3), 671-677.

Targino, J. (2016). Características de uma comunidade católica carismática no atendimento a dependentes químicos: estudo de caso. *REFLEXUS - Ano IX*, 10(15), 183-203.

Torre, E., & Amarante, P. (2012). Michel Foucault e a "História da Loucura": 50 anos transformando a história da psiquiatria/ Michel Foucault and the "History of Madness": 50 years changing the history of psychiatry. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 3(6), 41-64.

Vasconcelos, A. C. M., Araújo, L. N., Porto, L. G. M., Rocha, N. N. V., Oliveira, E. N., Albuquerque, J. T. P. J. (2015). Relações Familiares e Dependência Química: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, 19(4), 321-326.

Ventura, C. A. A., Araújo, A. S., & Moll, M. F. (2011). Dimensões organizacionais de um Centro de Atenção Psicossocial para dependentes químicos. *Acta paul. enferm.*, 24(5), 650-655.

Viana, D. M., Acióles, M. G., & Oliveira, M. C. (2019). Psicologia e políticas públicas: contribuições das diferentes áreas da profissão para o debate. Em C. (Série

*Diversidade de Práticas em Psicologia* (Vol. 2, p. 106). Fortaleza: CADERNOS TEMÁTICOS CRP11.

Vieira, P. P. (2007). Reflexões sobre a História da Loucura De Michel Foucault. *Revista Aulas* (3), 1-21.

Zerbettoa, S. R., Cidb, J. M., Gonçalvesa, A. M., & Ruizb, B. O. (2018). As crenças de família sobre dependência de substâncias psicoativas: estudo de caso. *Cad. Bras. Ter. Ocup.*, 26(3), 608-616.

**7. APÊNDICE A – Questionário: perfil sociodemográfico****SEXO:****IDADE:****ANO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA:****TEMPO DE EXPERIÊNCIA NA ÁREA:****TIPO DE INSTITUIÇÃO QUE TRABALHA:****ESPECIALIZAÇÃO/MESTRADO/DOUTORADO:****COMO VOCÊ DESENVOLVE O SEU  
TRABALHO COMO OS PACIENTES  
ATENDIDOS NA INSTITUIÇÃO?**

## 8. APÊNDICE – B Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE



[www.faculdadepatosdeminas.edu.br](http://www.faculdadepatosdeminas.edu.br)

Campus JK  
Avenida Juscelino Kubitschek de Oliveira  
Bairro Cidade Nova, 1200, Bloco 3B  
Patos de Minas – MG  
CEP: 38706-002  
Patos de Minas, MG  
T 55 34 3818-2300



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Resolução CNS Nº. 466/2012)

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “*DEPENDÊNCIA QUÍMICA: o papel do psicólogo no tratamento voluntário, involuntário e compulsório*”, coordenada pelo pesquisador(a) responsável Professora Mestra Juliana Amorim Pacheco de Oliveira e conduzida por Danielle Aparecida Soares de Andrade aluno(a)/pesquisador(a) do Curso de Psicologia da Faculdade Patos de Minas - FPM. Essa pesquisa se justifica pois através deste estudo, busca-se responder à pergunta disparadora que é como o profissional de psicologia desenvolve seu trabalho com os pacientes atendidos em instituição de tratamento para a dependência química.

- Os objetivos com os quais essa pesquisa estará sendo realizada serão: O objetivo geral dessa pesquisa é compreender a atuação do profissional de psicologia em instituições de tratamento para a dependência química nos contextos voluntário, involuntário e compulsório. Os objetivos específicos são identificar os impasses na prática dos profissionais de psicologia que atuam nestas instituições de tratamento e caracterizar o perfil sócio demográfico destes profissionais.
- Para tanto, será utilizada como procedimentos uma entrevista com os profissionais de psicologia atuantes no tratamento para a dependência química nos contextos voluntário, involuntário e compulsório.
- O procedimento de coleta de dados constará de O instrumento utilizado para coleta de dados será a entrevista livre semiestruturada individual, tendo como disparador de pergunta: como o profissional de psicologia desenvolve seu trabalho com os pacientes atendidos na instituição (Conforme anexo). Os dados serão colhidos no mês de junho/julho de 2019, cuja entrevista terá aproximadamente a duração de 50 minutos, em um lugar reservado e previamente agendada, gravada em equipamento digital. Após a coleta dos dados, o conteúdo será transcrito na íntegra e será realizada a análise do discurso dos participantes através de leituras exaustivas possibilitando a identificação de elementos com similaridades de significados, os quais serão agrupados em categorias temáticas conforme as etapas da análise. O projeto piloto da entrevista ocorrerá para a preparação da entrevistadora (pesquisadora). O local da entrevista será definido em tempo oportuno junto aos profissionais de psicologia, após a assinatura do Termo de Livre Consentimento Esclarecido - TLCE.
- Os benefícios esperados diante de sua participação neste estudo correspondem aos possíveis benefícios à sociedade, que a partir da análise qualitativa, possa ser elucidada sobre o papel do profissional de psicologia em instituições de tratamento para dependência química nos contextos voluntário, involuntário e compulsório. E quanto aos participantes, evidenciam-se benefícios indiretos, pois a pesquisa pode possibilitar maior reflexão por parte do profissional de psicologia sobre a sua atuação.
- Sua identidade, sua informações, serão mantidos em sigilo absoluto sob responsabilidade do pesquisador, estando o mesmo sujeito às penas previstas na Lei brasileira, e de posse do CEP/FPM por 5 anos.
- Cabe a você decidir se deseja ou não participar dessa pesquisa. Se decidir participar deverá assinar este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, estando ciente de que terá o direito de interromper o estudo e/ou retirar seu consentimento a qualquer momento durante o desenvolvimento da pesquisa sem que isso afete seus direitos aos cuidados futuros, implique responsabilização ou cancelamento dos serviços oferecidos pela instituição. Sua participação é livre e não implica quaisquer tipos de recebimento de remuneração ou pagamento;
- Em relação a qualquer dano direta ou indiretamente causado por esta pesquisa, o(s) Pesquisador(es) do Estudo e seus assistentes e a Instituição serão responsáveis, perante a lei brasileira, pela indenização de eventuais danos que o participante de pesquisa possa vir a sofrer, bem como por prestar assistência imediata e integral, nos termos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde;
- Os seus dados pessoais e as informações obtidas neste estudo, pelo pesquisador e sua equipe, serão garantidos pelo sigilo e confidencialidade. Os seus dados do estudo serão codificados de tal modo que sua identidade não seja revelada;

Rubrica do Pesquisador

Rubrica do Participante



FACULDADE PATOS DE MINAS

[www.faculdadepatosdeminas.edu.br](http://www.faculdadepatosdeminas.edu.br)

Campus JK  
Avenida Juscelino Kubitschek de Oliveira  
Bairro Cidade Nova, 1200, Bloco 3B  
Patos de Minas – MG  
CEP: 38706-002  
Patos de Minas, MG  
T 55 34 3818-2300



**Comitê de Ética**  
e Pesquisa com Seres Humanos

9. Você terá o direito de dirigir-se, a qualquer momento, ao(s) pesquisador(es) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Patos de Minas - FPM, para os esclarecimentos sobre dúvidas que surgirem durante a pesquisa, tendo, portanto, o direito à informação. Nesse caso, entre em contato:

- Nome do Pesquisador: Juliana Amorim Pacheco de Oliveira Telefone: (034) 9911-5665, Endereço Campus JK, Avenida Juscelino Kubitschek de Oliveira, Bairro Cidade Nova, 1200, Bloco 3B Patos de Minas – MG, CEP: 38706-002, Patos de Minas, MG. CEP: 38706-002, Patos de Minas, MG.
- Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Patos de Minas Ito Endereço: Campus JK, Avenida Juscelino Kubitschek de Oliveira, Bairro Cidade Nova, 1200, Bloco 3B Patos de Minas – MG, CEP: 38706-002, Patos de Minas, MG. Telefone: (34) 3818-2300 E-mail: [cep@faculdadepatosdeminas.edu.br](mailto:cep@faculdadepatosdeminas.edu.br) Horário de funcionamento: seg, qua, sex: 7h às 12h / terça e quinta: 13h às 17h.

#### 10. DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO:

- Eu recebi informação oral sobre o estudo acima e li por escrito este documento.
- Eu tive a oportunidade de discutir o estudo, fazer perguntas e receber esclarecimentos.
- Eu concordo em participar do estudo e estou ciente que minha participação é totalmente voluntária.
- Eu entendo que posso retirar meu consentimento a qualquer momento sem que isso afete meu direito aos cuidados futuros.
- Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado e rubricado em duas vias originais por mim e pelo Pesquisador.
- Assinando este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o Pesquisador do Estudo garantirá ao Participante da Pesquisa, em seu próprio nome e em nome da instituição, os direitos descritos neste documento.
- Eu entendo que receberei uma via original deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A outra via original será mantida sob a responsabilidade do Pesquisador do Estudo.

Para ser assinado e datado pelo Participante da Pesquisa:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Data da Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome do Participante da Pesquisa por extenso (LETRAS MAIÚSCULAS)

Para ser assinado e datado pelo Pesquisador do Estudo:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador do Estudo

\_\_\_\_\_  
Data da Assinatura

Juliana Amorim Pacheco de Oliveira

#### DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR

DECLARO, para fins de realização de pesquisa, ter elaborado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cumprindo todas as exigências contidas no Capítulo IV da Resolução 466/12 e que obtive, de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do sujeito da pesquisa acima qualificado para a realização desta pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Rubrica do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Rubrica do Participante



FACULDADE PATOS DE  
MINAS/MG



Continuação do Parecer: 3.287.010

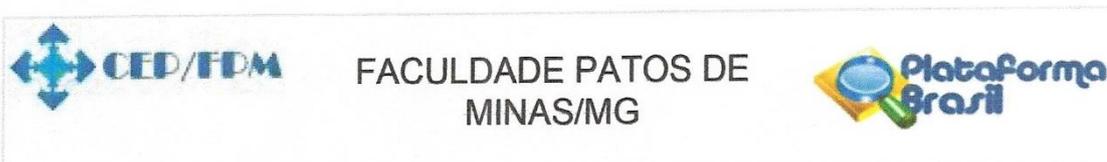
PATOS DE MINAS, 26 de Abril de 2019

---

**Assinado por:**  
**HUGO CHRISTIANO SOARES MELO**  
**(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Juscelino Kubitschek de Oliveira, nº1220  
Bairro: Cidade Nova CEP: 38.706-401  
UF: MG Município: PATOS DE MINAS  
Telefone: (34)3818-2300 Fax: (34)3818-2300 E-mail: cep@faculdadepatosdeminas.edu.br

## 9. ANEXO – A Parecer Consubstancial do CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** DEPENDÊNCIA QUÍMICA: o papel do psicólogo no tratamento voluntário, involuntário e compulsório

**Pesquisador:** Juliana de Amorim Pacheco

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 10621119.0.0000.8078

**Instituição Proponente:** Departamento de Graduação em Psicologia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.287.010

#### Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa pretende compreender a atuação do profissional de psicologia com tratamento para a dependência química nos contextos voluntário, involuntário e compulsório, caracterizar o perfil sociodemográfico do profissional de psicologia que atua em instituições de tratamento para dependência química nos contextos voluntário, involuntário e compulsório, além de identificar os impasses do profissional de psicologia na sua prática em instituições de tratamento para dependência química nos contextos voluntário, involuntário e compulsório. Este trabalho se justifica devido a publicação do relatório da Inspeção Nacional em Comunidades Terapêuticas de 2017, realizada pelo Conselho Federal de Psicologia - CFP, que discorre sobre irregularidades e denúncias de maus tratos no tratamento em comunidades terapêuticas. Estas instabilidades parecem apontar para a hipótese de haver a presença de retrocessos. Diante desta realidade, vale ressaltar que a prática do psicólogo se representa de alguma forma invalidada ou até mesmo, discordante, pois de um lado tem-se o isolamento do usuário de álcool e outras drogas por meio de reclusão, muitas vezes sem o consentimento ou o desejo do mesmo. Por outro viés, o psicólogo busca, através da clínica, trabalhar as questões do paciente interligadas ao seu contexto social como a família, trabalho, abstinência, entre outros. O presente estudo será desenvolvido por meio de pesquisa de campo, do tipo qualitativo transversal, de natureza descritiva e exploratória. Participarão da pesquisa profissionais de psicologia que atuam com tratamentos para a dependência química. Os dados serão colhidos com estes profissionais de psicologia atuantes no

**Endereço:** Av. Juscelino Kubitschek de Oliveira, nº1220

**Bairro:** Cidade Nova **CEP:** 38.706-401

**UF:** MG **Município:** PATOS DE MINAS

**Telefone:** (34)3818-2300

**Fax:** (34)3818-2300

**E-mail:** cep@faculdadepatosdeminas.edu.br



FACULDADE PATOS DE  
MINAS/MG



Continuação do Parecer: 3.287.010

município de Patos de Minas-MG, nos modelos de tratamento voluntário, involuntário e compulsório. O instrumento utilizado para coleta de dados será a entrevista livre semiestruturada individual, tendo como disparador de pergunta: como o profissional de psicologia desenvolve seu trabalho com os pacientes atendidos na instituição? (Conforme anexo). Será utilizado como critério de inclusão que o profissional possua nível superior em Psicologia. Quanto ao critério de exclusão serão desconsiderados os trabalhadores que não possuem o curso superior completo em Psicologia. O projeto de pesquisa será encaminhado ao CEP da Faculdade Patos de Minas - FPM em abril de 2019 para ser aprovado. Esta pesquisa será realizada, de modo a respeitar as questões éticas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde, de nº 466/2012 e a seguir as exigências de pesquisas realizadas com seres humanos. Coleta de dados: A lista com os nomes dos profissionais de psicologia atuantes com tratamentos para a dependência química no município de Patos de Minas-MG será obtida através do Conselho Municipal de Álcool e Outras Drogas de Patos de Minas-MG – COMADE. Cada entrevistado receberá informações sobre o objetivo da pesquisa, bem como a assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando-se assim, o seu direito de dignidade e autonomia. Os dados serão colhidos no mês de julho de 2019, cuja entrevista terá aproximadamente a duração de 50 minutos, em um lugar reservado e previamente agendada, gravada em equipamento digital. Após a coleta dos dados, o conteúdo será transcrito na íntegra e será realizada a análise do discurso dos participantes através de leituras exaustivas possibilitando a identificação de elementos com similaridades de significados, os

quais serão agrupados em categorias temáticas conforme as etapas da análise. O projeto piloto da entrevista ocorrerá para a preparação da entrevistadora (pesquisadora). O local da entrevista será definido em tempo oportuno, após a assinatura por parte dos psicólogos do Termo de Livre Consentimento Esclarecido.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Geral:** Compreender a atuação do profissional de psicologia em tratamentos para dependência química nos contextos voluntário, involuntário e compulsório.

**Objetivo Específico:** Caracterizar o perfil sociodemográfico do profissional de psicologia que atua em tratamentos para dependência química nos contextos voluntário, involuntário e compulsório. Identificar os impasses do profissional de psicologia na sua prática em tratamentos para dependência química nos contextos voluntário, involuntário e compulsório.

Endereço: Av. Juscelino Kubitschek de Oliveira, nº1220  
 Bairro: Cidade Nova CEP: 38.706-401  
 UF: MG Município: PATOS DE MINAS  
 Telefone: (34)3818-2300 Fax: (34)3818-2300 E-mail: cep@faculdadepatosdeminas.edu.br



FACULDADE PATOS DE  
MINAS/MG



Continuação do Parecer: 3.287.010

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Quanto aos riscos e benefícios da pesquisa a pesquisadora apresenta e os descrevem. Os riscos potenciais são em menor grau, há previsto possíveis constrangimentos por parte dos participantes pois, a pesquisa tem como quesito a coleta de dados subjetivos frente aos impasses do trabalho do psicólogo no tratamento do usuário de álcool e outras drogas num contexto de internação voluntária, involuntária e compulsória, onde a subjetividade do mesmo está de uma forma ou de outra, impedida de se expressar. A metodologia não implicará riscos aos participantes, pois os mesmos estão resguardados por confiabilidade da pesquisa. Já os benefícios são evidentes à comunidade acadêmica que contará com maior respaldo sobre o tema. Há possíveis benefícios à sociedade, pois se espera que a partir da análise qualitativa, se possa elucidar e discorrer sobre os impasses do psicólogo diante o tratamento do usuário de álcool e outras drogas. E quanto aos participantes, evidencia-se benefícios indiretos, pois a pesquisa pode possibilitar mais reflexão por parte do psicólogo sobre o seu trabalho

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de em estudo de extrema relevância social para o debate técnico científico uma vez que o propósito do estudo esta na investigação do tratamento dos desdobramentos do uso das drogas, pois sabemos que existe uma perspectiva de abordar este campo da saúde de maneira tendenciosa e não de cuidado. Quanto ao método proposto a pesquisadora atentou-se pela preservação dos participantes escolhendo a bola de neve como maneira de recrutamento da amostra, apresentando os critérios de inclusão e exclusão, prevendo assim os riscos eminentes a pesquisa e o que poderá ser feito para minimiza-los.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos são apresentados conforme obrigatoriedade.

**Recomendações:**

Enviar relatório final até janeiro de 2020.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há inadequações.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Data para entrega de Relatório Final ao CEP/FPM: Janeiro - 2020

OBS.: O CEP/FPM LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA

Endereço: Av. Juscelino Kubitschek de Oliveira, nº1220

Bairro: Cidade Nova

CEP: 38.706-401

UF: MG

Município: PATOS DE MINAS

Telefone: (34)3818-2300

Fax: (34)3818-2300

E-mail: cep@faculdadepatosde Minas.edu.br



FACULDADE PATOS DE  
MINAS/MG



Continuação do Parecer: 3.287.010

IMEDIATAMENTE AO CEP PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO DA MESMA.

O CEP/FPM lembra que:

- a- segundo a Resolução 466/12, o pesquisador deverá arquivar por 5 anos o relatório da pesquisa e os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, assinados pelo Participante da pesquisa.
- b- poderá, por escolha aleatória, visitar o pesquisador para conferência do relatório e documentação pertinente ao projeto.
- c- a aprovação do protocolo de pesquisa pelo CEP/FPM dá-se em decorrência do atendimento a Resolução CNS 466/12, não implicando na qualidade científica do mesmo.

Orientações ao pesquisador :

- O Participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 466/12 ) e deve receber uma via original do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 466/12), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante da pesquisa ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.
- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 466/12). É papel de o pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprobatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res.251/97, item III.2.e).

Endereço: Av. Juscelino Kubitschek de Oliveira, nº1220

Bairro: Cidade Nova

CEP: 38.706-401

UF: MG

Município: PATOS DE MINAS

Telefone: (34)3818-2300

Fax: (34)3818-2300

E-mail: cep@faculdadepatosde Minas.edu.br



FACULDADE PATOS DE  
MINAS/MG



Continuação do Parecer: 3.287.010

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12, o CEP manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

O protocolo não apresenta problemas de ética nas condutas de pesquisa com seres humanos, nos limites da redação e da metodologia apresentadas.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1324431.pdf	01/04/2019 10:50:45		Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	01/04/2019 10:49:41	Juliana de Amorim Pacheco	Aceito
Outros	Curriculos.pdf	28/03/2019 19:51:59	Juliana de Amorim Pacheco	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	28/03/2019 19:51:32	Juliana de Amorim Pacheco	Aceito
Outros	ENTREVISTA.pdf	28/03/2019 19:49:47	Juliana de Amorim Pacheco	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	28/03/2019 19:49:29	Juliana de Amorim Pacheco	Aceito
Orçamento	O.pdf	28/03/2019 19:49:15	Juliana de Amorim Pacheco	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	28/03/2019 19:45:35	Juliana de Amorim Pacheco	Aceito
Brochura Pesquisa	BROCHURA.pdf	28/03/2019 19:45:28	Juliana de Amorim Pacheco	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Av. Juscelino Kubitschek de Oliveira, nº1220  
 Bairro: Cidade Nova CEP: 38.706-401  
 UF: MG Município: PATOS DE MINAS  
 Telefone: (34)3818-2300 Fax: (34)3818-2300 E-mail: cep@faculdadepatosdeminas.edu.br

## 10. ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA

### **Autor Orientando:**

Danielle Aparecida Soares de Andrade

Endereço Campus JK, Avenida Juscelino Kubitschek de Oliveira, Bairro Cidade Nova, 1200, Bloco 3B

Patos de Minas – MG, CEP: 38706-002, Patos de Minas, MG.

(034) 3818-2300 ou (034) 9. 9763-3244

Email: danny.a.p@hotmail.com

### **Autor Orientador:**

Juliana Amorim Pacheco de Oliveira

Campus JK, Avenida Juscelino Kubitschek de Oliveira, Bairro Cidade Nova, 1200, Bloco 3B

Patos de Minas – MG, CEP: 38706-002, Patos de Minas, MG.

(034) 3818-2300 ou (034) 9911-5665

Email: juliana.oliveira@faculdadepatosdeminas.edu.com

## 11. DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Patos de Minas, 29 de novembro de 2019

---

Danielle Aparecida Soares De Andrade

---

Juliana Amorim Pacheco de Oliveira



FACULDADE PATOS DE MINAS



### FACULDADE PATOS DE MINAS

Mantenedora – Associação Educacional de Patos de Minas

Portaria de Recredenciamento MEC – DOU N°. 1469 de 10 de outubro de 2011.

### Departamento de Graduação em Psicologia

#### Curso de Bacharelado em Psicologia

(Formação de Psicólogo)

Curso Reconhecido pela Portaria DIREG/MEC N°. 371 de 30/08/2011, renovado Reconhecimento de Curso pela Portaria DIREG/ME N°. 267 de 03/04/2017, publicado DOU em 04/04/2017, nº. 65, sessão 1, pág. 70-81

*“Como Psicólogo, eu me comprometo a colocar minha profissão a serviço da sociedade brasileira, pautando meu trabalho nos princípios da qualidade técnica e do rigor ético. Por meio do meu exercício profissional, contribuirei para o desenvolvimento da Psicologia como ciência e profissão na direção das demandas da sociedade, promovendo saúde e qualidade de vida de cada sujeito e de todos os cidadãos e instituições.”*

*(Juramento do Psicólogo – Psicologia)*