

REDUÇÃO DE DANOS, TECENDO LUGARES DE ATUAÇÃO: A PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS

 <https://doi.org/10.56238/sevened2024.037-127>

Francisco de Jesus Silva de Sousa

Possui graduação em Psicologia (Bacharelado, Licenciatura e Formação de Psicólogo) pela Universidade Gama Filho - UGF (1988), mestrado em Psicologia (Psicologia Social) pela Universidade Gama Filho - UGF (1994) e doutorado em Psicologia (Psicologia Social) pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ (2012). É professor efetivo da Universidade Federal do Maranhão - UFMA desde 1988; Classe D - Associado IV, lotado no Departamento de Psicologia. Exerceu o Cargo de Diretor do Centro de Ciências Humanas – CCH/UFMA no período de fevereiro de 2013 a abril de 2022.

E-mail: sousa.francisco@ufma.br; sousafrancisco@uol.com.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4978-091X>

Suzanne Marcelle Martins Soares

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Especialista em Avaliação Psicológica pelo Instituto de Pós-Graduação (IPOG). Integrou o Programa de Educação pelo Trabalho - Redes de Atenção Psicossocial, nos subprojetos Redução de Danos e Fortalecimento do Atendimento em Redes de Atenção Psicossocial para as Pessoas em Psicoses. Ocupou a função de psicóloga no Programa Força Estadual de Saúde do Maranhão (FESMA). Ocupa a função de Especialista em Assistência Social na Secretaria de Desenvolvimento Social do Distrito Federal desde 2020.

E-mail: suzane_mmartins@hotmail.com
Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8926012133976478>

RESUMO

A relação entre Psicologia e políticas públicas no Brasil evoluiu de práticas assistencialistas para a busca de modelos mais inclusivos e transformadores, especialmente na saúde mental. A inserção da Psicologia em espaços públicos e sua atuação crítica visam promover uma abordagem que integre o sujeito e o contexto social, contribuindo para mudanças nas políticas assistenciais.

Palavras-chave: Psicologia nas políticas públicas. Saúde mental.

1 A PSICOLOGIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Discutir a relação entre Psicologia e políticas públicas requer um breve resgate do lugar e papel ocupados pela Psicologia no Brasil, onde as demandas historicamente produzidas expressam as respostas dadas, sejam elas teóricas, instrumentais ou práticas. A proposta não é reconstruir os caminhos percorridos pela psicologia como ciência e profissão, mas possibilitar que, do percurso histórico, a relação atual possa ser apreendida, além de instigar o desenvolvimento de ações que tornem a Psicologia cada vez mais presente e determinante na elaboração e implementação das políticas públicas.

Gonçalves (2010) diz que a utilidade da Psicologia esteve marcada por diferentes tipos de inserção na sociedade, e para explicar isso, identifica três momentos da Psicologia no Brasil: a) práticas voltadas para a adequação e adaptação, a partir de um arcabouço teórico naturalizante e normalizador, visando enquadrar os sujeitos às configurações existentes; b) a construção de concepções críticas a partir de saberes tradicionais, buscando uma aproximação com a realidade; c) tentativas de ruptura com modelos tradicionais na conquista de alternativas que garantissem a melhoria da qualidade de vida do sujeito e da população. As exposições da autora permitem destacar o atravessamento de modelos de atuação pautados no controle do sujeito ao contexto social estabelecido para tentativas de compreensão do sujeito inserido em seu meio e promoção de condições para superar limites e viabilizar o desenvolvimento de potencialidades, sejam elas individuais ou sociais.

A inserção do psicólogo nas instituições ocorreu no século XIX, junto à psiquiatria. O modelo médico de cuidado assumia ênfase curativista, assistencialista e individualizante (MENDES, 1994; MOCHÉL, 2014). A Psicologia, pautada nos mesmos paradigmas, contribuía com as referências de normalidade adaptativa dos indivíduos, a qual se contrapunha ao patológico e desviante. Essa presença foi consolidada no século XX, com a entrada nos espaços empresariais e inserção no interior da educação, onde revelou sua condição de saber científico, uma vez que possibilitou a entrada dos conhecimentos práticos e teóricos produzidos nos EUA e Europa ao Brasil (ANTUNES, 1999; GONÇALVES, 2010); nesses espaços, a atuação também estava pautada no modelo disciplinarizante. A Psicologia, na opinião de Gonçalves (2010), assumia um compromisso de fortalecimento das políticas assistencialistas, patologizante, curativas, individualizantes.

Na contramão às práticas institucionais estava a atuação de caráter clínico individual. A regulamentação da profissão no Brasil, por meio da Lei nº 4119, aprovada em 1962, instaurou a prática clínica da psicoterapia, no modelo do profissional liberal que atende em seu consultório particular. Embora esse espaço concedesse ao psicólogo maior liberdade de atuação e possibilidade de aproximação da demanda social real, pautava-se nas mesmas concepções de adequação, tornando o psicólogo cada vez mais “parceiro” dos serviços institucionais, distante das questões sociais e ausente nas políticas públicas, posto que afirmava seu compromisso com a ideologia dominante e com as elites.

Na medida em que a intervenção em outras áreas tinha como diretriz corrigir rotas desviantes dos indivíduos em seu desenvolvimento e inserção social, era necessária uma intervenção curativa, que os recuperasse para a normalidade. Associada às concepções hegemônicas, de valorização do individualismo, essa perspectiva alimentou a prática da psicoterapia, a qual atendia a dois eixos ideológicos: o curativo e o de perscrutação da intimidade (GONÇALVES, 2010, p. 88).

Analisando o desenvolvimento histórico, sem a pretensão de simplificar a questão, pode-se dizer que inicialmente não houve um lugar reservado para a Psicologia nas políticas públicas, mas ela não esteve completamente ausente; o lugar ocupado pelo psicólogo era secundário, o que tornava sua prática apenas útil para subsidiar outras práticas. Gonçalves (2010) aponta como elementos que contribuíram para esse distanciamento o contexto de atuação, marcado por imposições e conservadorismo das instituições e as concepções teóricas universalizantes, aplicáveis e supostamente neutras produzidas sobre o homem. É importante ressaltar que, na época, já existiam ideias divergentes que questionavam o modelo de atuação adaptativo, porém essas produções não exerciam supremacia (GONÇALVES, 2010).

Na década de 70, observa-se o aumento na inserção de psicólogos nos serviços públicos do Brasil, sendo parte significativa absorvida pelo campo da saúde mental. A entrada do profissional de psicologia acontece no momento em que o modelo privatista-assistencial⁵ está no ápice, mas também anunciando sua queda (DIMENSTEIN, 1998). O descontentamento com os serviços prestados pela Previdência Social desencadeou movimentos reformistas no Brasil, na tentativa de modificar o quadro de precariedade da saúde. No campo da saúde mental, o modelo hospitalocêntrico ou asilar, caracterizava-se pelo que Dimenstein (1998, p. 57) chama de “mercantilização da loucura”. A ineficiência no cuidado e os efeitos negativos decorrentes da internação prolongada acendiam as críticas ao modelo asilar, e a bandeira da desospitalização era hasteada.

Os movimentos reformistas nasceram inspirados nas mobilizações ocorridas nos Estados Unidos e Europa, que buscavam a ruptura com os modelos vigentes e transformações assistenciais, por meio da instauração de redes assistenciais que substituíssem a centralização hospitalar. Buscava-se ainda a instauração de serviços que, além da eficácia, apresentassem menor custo social (DIMENSTEIN, 1998). Assinala Cerqueira (1984) que essa mobilização para modificação da assistência convidava, além do psiquiatra, a participação de outros atores, como os psicólogos.

É importante ressaltar que a entrada da Psicologia se deu em um momento de crítica ao modelo asilar, e a crítica compreendia também a assistência profissional prestada por equipes formadas predominantemente por médicos à substituição por equipes multiprofissionais, com investimento em profissionais de outras áreas a fim de concretizar um novo modelo assistencial. É nesse momento de admissão e discussão do sujeito humano construído na integralidade que a psicologia tem a chance de conquistar o que Gonçalves (2010) chama de “presença presente” nas políticas públicas assistenciais.

A busca por modelos alternativos ao manicomial tinha como base o reconhecimento da autonomia, de implicação e emancipação dos indivíduos, conforme analisa Gonçalves (2010), já que a condição de portador de transtornos mentais não subtraía a condição de sujeito. Esse reconhecimento atravessa dois elementos não considerados até então: o subjetivo e o social. Quanto ao primeiro, não havia no discurso médico-psiquiátrico um lugar para a subjetividade do indivíduo; predominavam concepções generalistas que desconsideravam a demanda do sujeito em sofrimento (MOCHEL, 2014). No que faz referência ao segundo elemento, a compreensão da saúde para além de seu tecnicismo preenchia o espaço ocupado pela dicotomia doença-cura. Decorreu daí a necessidade de discutir integração da dimensão social, não enquanto influência externa no processo saúde- doença, mas sim a saúde como parte integrante do social (GONÇALVES, 2010).

No campo social a Psicologia mostrou-se insuficiente e indesejada, afinal, como admitir que um conhecimento que serve aos interesses das elites e classes dominantes na manutenção de uma realidade injusta e desigual poderia acrescentar à sociedade? Gonçalves (2010) analisa que a regulamentação da Psicologia enquanto profissão se dá em um contexto que favoreceu certo isolamento dos profissionais em relação às problemáticas sociais.

Regime autoritário, sem espaços para debates públicos sobre problemas sociais; ausência de políticas sociais consistentes, uma parcela de psicólogos, juntamente com outros intelectuais se pôs a discutir e criticar a situação geral do país e, mais especificamente, a situação da psicologia e seu lugar no social (GONÇALVES, 2010, p. 91).

Nessa situação política, o solo não estava propício para o cultivo de uma Psicologia como instrumento de transformação para aqueles que se implicavam na tarefa de construir novas ações. O tipo de ciência produzida (neutralidade, universalização e naturalização), a intervenção (controle e adequação) e a submissão aos contextos de prática, não permitiam, na perspectiva de Gonçalves (2010), uma atuação que denunciasse a opressão e a desigualdade social. O surgimento da Psicologia Comunitária, vinculada às práticas nos centros de atenção comunitários, apresentou, na perspectiva de Gonçalves (2010), a possibilidade de estabelecer contato com as demandas sociais.

Nessas brechas, a Psicologia se aproxima, participa e se esforça para acrescentar, e isso significava a necessidade de romper com os antigos paradigmas e assumir uma nova postura frente às questões sociais. Lane (1996) observa que mais do que um novo lugar de atuação e resolutividade dos problemas, a presença da psicologia nas questões sociais demandou avanços nas pesquisas, e, por consequência, avanços teóricos e práticos. Assim, vemos o segundo momento da psicologia no Brasil, de acordo com as proposições de Gonçalves (2010), se cumprir: uma psicologia que não adéqua o sujeito ao meio, mas que se adéqua ao social para compreender o sujeito, a partir do desenvolvimento de conhecimentos aproximados de sua realidade.

O atravessamento para o terceiro momento, quando a Psicologia firma seu compromisso com as questões sociais, é marcado pela organização da categoria, por investimento em pesquisas para qualificar e por expansão da prática (GONÇALVES, 2010). Merecem destaque alguns eventos promovidos nos últimos anos pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), por sua contribuição para o fortalecimento da interlocução entre Psicologia e políticas públicas: os Seminários Nacionais de Psicologia e Políticas Públicas, que acontecem vinculados ao Congresso Norte-Nordeste de Psicologia (CONPSI). Dispondo dos relatórios publicados das cinco primeiras edições, busca-se fazer uma análise sucinta dos avanços nos debates.

No I Seminário Nacional de Psicologia e Políticas Públicas, realizado no ano de 2001, as questões abordadas eram incipientes, como a construção histórica da psicologia; a reflexão da abertura de espaço para atuação e as práticas nas políticas públicas; o despreparo decorrente da formação acadêmica, que não preparava o psicólogo para a realidade dos serviços públicos; as desconstruções e construções necessárias para essa prática; o psicólogo como instrumento de transformação social, que para isso demandava um novo posicionamento, com novas respostas. Em suma, as discussões versavam mais sobre as potencialidades do que realidades consolidadas no setor público.

No II Seminário Nacional de Psicologia e Políticas Públicas, em 2003, falar da psicologia nas políticas públicas tornou-se cada vez mais pertinente, pois, entre outras coisas, passou a ser uma questão de perspectiva de futuro da profissão, já que o número de profissionais cresceu e o setor público absorvia quantidade expressiva. — Foram fortalecidas as discussões acerca do protagonismo social da psicologia e do compromisso para transformação, que significa a reflexividade que permita aos psicólogos reconhecerem-se como participantes de uma sociedade ampla, diversa, desigual e cruel em suas desigualdades, o que chama o profissional para o reconhecimento de que seu trabalho deve estar ofertado a todos os que demandam atenção, validando, assim, a construção e uso da cidadania e o desenvolvimento social. As falas enfatizaram que o investimento no social passa pelo investimento no sujeito — um olhar singular que não implica no individualismo e exclusão do social.

O III Seminário, realizado no ano de 2005, apresentou questões decorrentes das vivências no setor público, buscando discutir não só o que se tinha de prática e de conhecimento da psicologia nas políticas públicas, mas das políticas públicas de modo geral. Entre os temas abordados estão: a construção da identidade do psicólogo, considerando a expansão da área e a presença nos mais variados campos; a necessidade da articulação de um projeto corporativo para consolidar a profissão na sociedade; a dimensão de relação com o Estado também foi alvo de discussões, uma vez que o desenvolvimento e fortalecimento de uma profissão precisa cruzar essa relação, porém com uma perspectiva mais ampla, que é a luta pelos direitos sociais.

O IV Seminário, ocorrido no ano de 2007, destacou a criação do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), que estabeleceu sólida posição da psicologia no âmbito

público, ressaltando a necessidade da criação de referências, a fim de garantir uma atuação ética e competente. Questões sobre a necessidade da psicologia na elaboração das políticas de assistência aos direitos sociais e sobre a efetivação desse compromisso estiveram presentes nas falas, a exemplo a colocação da conferencista Eliza Zanerato: “não basta dizermos apenas da necessidade de a psicologia adentrar o campo das políticas públicas, mas precisamos dizer como faremos isso, com que referências” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2007, p. 71). Reapareceram discussões sobre a concepção de políticas públicas, enquanto temática geral e específica de diferentes áreas: saúde, educação, assistência social, segurança, entre outras, em sua relação com os direitos do cidadão e o compromisso do poder público de assegurá-los através do desenvolvimento de ações. A compreensão do sujeito de direitos e do cuidado em sua integralidade, assim como a reflexão sobre a necessidade de ampliar a noção de clínica individual para a concepção social, estão entre as discussões do evento.

O V Seminário, realizado em 2009, ampliou as discussões travadas nos seminários anteriores, definindo cada vez mais os contornos dessa atuação. Merece destaque a mesa redonda coordenada por Rose da Rocha Mayer, por articular quatro colunas deste trabalho: psicologia, drogas, políticas públicas e redução de danos. A conferencista ressalta a importância da articulação dos diversos atores sociais na atuação que tenha as drogas como contexto

[...] se eu sou de uma câmara de vereadores, se estou em um posto de saúde, em um CAPS, se sou um redutor de danos, vou apostar na singularidade, na história dessa pessoa, preciso me valer da interdisciplinaridade e tenho de ter em mente que posso promover a saúde em qualquer situação” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011, p. 162).

Em decorrência dessa articulação, tem-se a existência de diferentes formas de cuidado que contemplem o sujeito que demanda (ou não) ajuda. Para a conferencista, a Redução de Danos pode ser compreendida de vários pontos de vista, mas não deixa de ser uma forma de cuidado que aposta na condição de sujeito.

Alguns entendendo a redução de danos como meio para chegar à abstinência e outros entendendo como um exercício de direito que tem uma dimensão de prazer que está para além da discussão da legalidade ou da ilegalidade [...] Para sair da falsa dualidade da abstinência ou da redução de danos, é preciso ver qual é o movimento da pessoa, no que ela está interessada, como ela entende cuidado [...]. Entre culpa e responsabilidade, vamos nos ater às combinações e vamos recombinar quantas vezes forem necessárias. Entre tomar as pessoas como objetos, como sujeitos, vamos investir nas relações, e entre igualdade e diversidade, ver qual é a singularidade dessa pessoa, desse coletivo. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011, p. 162-163).

A conferencista Mônica Gorgulho, também integrante da mesa redonda, aborda em seu discurso o papel do psicólogo dentro da construção de políticas públicas sobre drogas, na promoção de estratégias voltadas para a saúde pública e na valorização dos direitos humanos, o qual subsidia o primeiro princípio fundamental da profissão ao colocar que o psicólogo baseará seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, igualdade e integridade do ser humano, lançando

responsabilidade para uma atuação comprometida no contexto das drogas. Nessa perspectiva, Gogullho discute quatro pontos para que o psicólogo pense em sua presença na formulação das políticas públicas: a necessidade de um profundo conhecimento da matéria antes de se propor a influenciar e a trabalhar na construção de uma política pública; o reconhecimento de que um modelo apenas de intervenção não é suficiente; a admissão de que quem trabalha em políticas públicas tem de ser capaz de alargar os seus horizontes; e a necessidade de compreensão do problema para buscar soluções.

Se considerássemos cada evento que dialoga a interlocução Psicologia e Políticas Públicas, o debate seria extenso e sempre possibilitando novas aberturas, pois a discussão é ampliada cada vez que o espaço é concedido. O objetivo desses destaques foi pôr em evidência a postura assumida pela psicologia ao entender seu compromisso com as políticas públicas, confirmando que as demandas que comparecem norteiam a sua construção enquanto ciência e profissão. E qual é a demanda deste terceiro e atual momento? A consideração de que as políticas públicas não configuram um campo neutro e meramente técnico, mas um campo político que demanda uma presença crítica da psicologia (GONGALVES, 2010).

2 A PSICOLOGIA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS

Nas discussões anteriores foram abordadas as mudanças sentidas nas políticas públicas e a inserção do psicólogo nesse campo. Verificou-se que ao psicólogo não foi reservado um lugar de relevância, mas esse está sendo conquistado desde a admissão de seu compromisso com as demandas sociais. A proposta para esse tópico é articular a presença do psicólogo nas políticas públicas que assistem o usuário de substâncias psicoativas, discutindo os efeitos da ampliação de seu espaço de atuação na construção de pontos de ancoragem que qualifiquem a sua prática. Foram elencados três eixos para nortear a discussão: modelos assistenciais, direito dos usuários e práticas interdisciplinares, analisados simultaneamente.

Por muito tempo a única opção para o usuário de drogas foi a internação em hospitais psiquiátricos ou instituições de características asilares que se baseavam no alcance da cura, refletindo, na opinião de Tatarsky (2002), um olhar sobre o consumo de drogas enquanto enfermidade que carecia de ser erradicada. A lógica da abstinência ao tornar o enfrentamento da substância central, coloca o sujeito e suas questões, sejam elas emocionais, sociais e/ou econômicas, em posição secundária; e por não orientar uma atuação a partir da demanda trazida pelo sujeito, impõe expectativas e exigências que tornam provável o abandono do tratamento.

Apesar das tentativas de se abordar a questão das drogas por outro discurso, o modelo da abstinência total ainda exerce grande influência nos diversos paradigmas de cuidado. São manicômios, sem muros, sem grades, mas com ideologias, reducionismo e práticas que aprisionam o sujeito, em vez

de desenvolver o seu potencial de autonomia e cidadania, sugere Dênis Petuco (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA/SP, 2011). São modelos de atenção que negam ou ignoram a complexidade do problema há muito tempo reconhecida.

Doneda (2009) discute que poucas foram as iniciativas dos profissionais da psicologia para o avanço na teorização e desenvolvimento de tecnologias e modos de tratamento que considerassem a subjetividade do indivíduo que faz uso de substância psicoativa. A tomada de frente desse campo e os investimentos em iniciativas de prevenção, promoção e tratamento dos usuários de drogas, a partir da caracterização de seu contexto histórico, social e subjetivo, são recentes, enfatizando a busca pela compreensão da relação que se estabelece entre sujeito e substância.

No Relatório do Seminário Nacional Subjetividade do Consumo de Álcool e outras Drogas e as Políticas Públicas Brasileiras, publicado pelo Conselho Federal de Psicologia (2010), Doneda declara que a subjetividade é o campo de interesse da psicologia e que o resgate da autonomia do sujeito seria o compromisso da atuação. No citado seminário, Pedro Gabriel Delgado, afirma que a atuação do psicólogo está guiada pela questão da subjetividade, dos direitos humanos e participação do usuário. As ideias de Doneda e Delgado cruzam-se em outro ponto: o lugar que a subjetividade ocupa nas políticas públicas e nas redes assistenciais, e as consequências da desconsideração dessa dimensão, que reproduziriam os modelos criticados e rechaçados aos quais as atuais políticas e arranjos de serviços vieram substituir. Doneda, então, levanta o seguinte questionamento: “a nossa prática, ela tem sido inclusiva? Ou ela tem sido exclusiva, no sentido de contribuir para o distanciamento do sujeito?” (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010, p. 59).

Doneda amplia o debate ao interrogar a clínica do psicólogo. Ela é enfática ao dizer que a discussão da clínica pertence à Psicologia e aos psicólogos, não a clínica do modelo tradicional, que defende um tratamento no modelo médico da abstinência, coloca Mônica Gorgulho (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010), mas a clínica que faz referência ao sujeito, e isso independe da abordagem: preventiva, intermediária ou interventiva. Na perspectiva de Doneda, a confusão com as demais atuações e a perda da identidade profissional — em que o psicólogo assume a posição de médicos, assistentes sociais, administradores — tem deixado a clínica da subjetividade à margem da prática. Quando esse compromisso é resgatado, a discussão da clínica da psicologia está em conformidade com a proposta da redução de danos: a clínica que trabalha a dependência para conduzir o sujeito a um estado de independência (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010).

O discurso de Doneda evidencia a clínica que está amparada na fala e na escuta. Nessa relação — escuta da palavra do outro e palavra que demanda ajuda —, está a principal especialidade da psicologia, a sustentação de uma atuação e a diferenciação num contexto multidisciplinar. Para Macedo e Falcão (2005), a palavra abre novas possibilidades de compreensão dos sofrimentos humanos; a escuta, apresenta-se como vetor imprescindível para identificação e análise da demanda

que se presentifica na fala. A escuta qualificada, comprometida e contextualizada implica no ouvir o sujeito a fim de conhecê-lo para além das barreiras estabelecidas pelo uso das drogas.

Ao tirar a palavra do uso da substância psicoativa e suas implicações, o psicólogo busca entregá-la ao sujeito para que ele fale sobre si mesmo no uso da droga, convidando-o a assumir o protagonismo no processo de construção do tratamento. Essa escuta exclui relações verticalizadas, em que o profissional sabe e o sujeito aceita esse saber. Velasco et al. (2013, p. 245) colocam que “o psicólogo vai ao encontro do sujeito e, através dos sucessivos encontros, constrói com ele a demanda de trabalho”. Quando essa prática é delineada, a redução de danos, enquanto paradigma que concede voz e escuta o usuário, encontra firme sustentação em sua articulação com a psicologia para a consolidação de uma clínica política, como coloca Doneda (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010). Na opinião de Totugui (2009, p. 148):

Para além do cuidado de não isolar o desejo do sujeito, de suas escolhas e de seu pensar, e dele nos distanciarmos, o trabalho à luz da redução de danos implica também que o aproximemos de sua responsabilidade, tanto no que diz respeito ao seu tratamento, quanto ao que diz respeito às consequências daquilo que pratica durante o uso, seja em direção a si, seja em direção ao outro. Implicar o sujeito em suas escolhas significa, antes de tudo, ajudá-lo no resgate do direito de exercer sua liberdade, quesito essencial da noção de cidadania, um direito tão tutelado num passado tão presente.

Ainda que o psicólogo atue a partir do seu núcleo de saber, a vivência de uma prática interdisciplinar e multisetorial é indispensável por efetivar uma abordagem no contexto das drogas; a rede de atenção psicossocial estrutura na noção de integralidade a consideração da subjetividade (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013). É importante salientar que a abertura para a participação da psicologia nas políticas públicas sobre drogas foi favorecida através do arranjo de dispositivos que compõe a rede de cuidado e da valorização do discurso de atuação multidisciplinar, permitindo ao psicólogo a possibilidade de construir um lugar de relevância.

Para Totugui (2009), a construção de atitudes e condutas interdisciplinares é uma forma sistêmica e integrada de lidar e sobreviver a causas compostas por vertentes de natureza muito diferenciadas. Considera-se, então, que a prestação de cuidados no âmbito das drogas é consolidada quando há uma conduta de compartilhamento e recebimento de informações que auxiliam no desenvolvimento de ações eficazes. A atitude interdisciplinar dos profissionais, na perspectiva da autora, se pauta no desejo e na busca comum de transcender o sofrimento humano.

Para Tatarsky (2002), a abordagem do uso de substâncias psicoativas deve partir de um olhar e enfoque integrativo, que reconheça os fatores psicológicos, sociais e biológicos em sua combinação única na vida de cada sujeito. Com a consideração das multiplicidades de fatores e o reconhecimento de suas implicações individuais, podem-se desenvolver caminhos que integrem estratégias focadas em cada um desses fatores, apresentando possibilidades máximas de êxito. Desse modo, dada a diversidade dos usuários de drogas, as intervenções em redução de danos não seguem roteiros pré-

definidos aos quais o usuário deve se adequar. As ações possuem características distintas para cada usuário, consolidando uma prática dirigida a partir da escuta da demanda do sujeito.

Esse exercício conta com a utilização de dispositivos, como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), frequentemente utilizado em estratégias de saúde mental e atenção básica, podendo ser definido como uma ferramenta de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar e leva em conta as necessidades, as expectativas, as crenças e o contexto social da pessoa ou do coletivo para o qual está dirigido (BRASIL, 2007); é recomendável para casos mais complexos, considerando a extensão dos problemas para o sujeito, família e comunidade; sua construção compreende a avaliação das dimensões afetadas, sejam elas biológicas, psicológicas e/ou sociais. A proposta do PTS no contexto do consumo de drogas é descolar o foco da substância para o contexto no qual o usuário está inserido, sua história individual e seus aspectos biológicos. O PTS não é uma ferramenta exclusiva do psicólogo; sua construção atravessa a interdisciplinaridade de olhares e a integralidade no cuidado.

A atuação do psicólogo no âmbito das políticas públicas sobre drogas não se caracteriza pelo isolamento, com práticas distanciadas, que não façam uma leitura da realidade. De fato, discutir e trabalhar subjetividade diante de políticas generalistas é um desafio, mas é preciso clareza ao considerar que a existência de parâmetros não impede a necessidade de uma análise estrutural das condições que participam da relação contexto- sujeito-substância. Com essa leitura, a elaboração de modos singulares de intervenção se torna mais acessível.

A redução de danos enquanto política e abordagem está em conformidade com os aspectos apresentados que consolidam ações eficazes no âmbito das drogas: coloca à margem a substância para centralizar o usuário, se esforça por construir ações a partir da soma de olhares e se baseia no respeito aos direitos humanos, fundamento da prática do psicólogo. Oferece, então, consistência para se pensar essa atuação, pois se o momento atual da psicologia nas políticas públicas é de construção de alternativas que tenham por interesse a qualidade de vida do sujeito e seu entorno, como atesta Gonçalves (2010), a concepção “médico-psicológica” não preenche mais a atuação do psicólogo, se é que algum dia preencheu. Diante disso, falar da interlocução entre Psicologia e redução de danos é cada vez mais coerente, mas ser coerente não implica em sua aceitação imediata, seja pelos serviços, seja pelos profissionais.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, A. Psicologia no Brasil: Leitura Histórica sobre a sua Constituição. São Paulo: Educ Unimarco, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Redução de Danos. Brasília: Coordenação Nacional de DST e AIDS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. O Uso de Substâncias Psicoativas no Brasil: módulo 1. 6. ed. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Brasília, 2004. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocia1/arquivo/Politica%20Nacional%20de%20Assistencia%20Socia1%202013%20PNAS%202004%20e%202013%20NOBSUASsem%20marca.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional sobre Drogas (PNAD). Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 3088 / 2011, de 23 de dezembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS nº 1.028/ 2005, de 01 de julho de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde e Ministério da Educação. Portaria MS/MEC nº 1.802/ 2008, de 26 de agosto de 2008.

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. Relatório Brasileiro sobre Drogas/Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. IME USP/organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempiuk e Lúcia Pereira Barroso. Brasília: SENAD, 2009.

CERQUEIRA, L. Psiquiatria Social: Problemas Brasileiros de Saúde Mental. São Paulo: Atheneu, 1984.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2005. Disponível em: http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/legislacao/codigo_etica. Acesso em: 02 fev. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogos/os em Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas. Brasília: CFP, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Relatório do I Seminário de Psicologia e Políticas Públicas. Brasília: CFP, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Relatório do II Seminário de Psicologia e Políticas Públicas. Brasília: CFP, 2003.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Relatório do III Seminário de Psicologia e Políticas Públicas. Brasília: CFP, 2005.

- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Relatório do IV Seminário de Psicologia e Políticas Públicas. Brasília: CFP, 2007.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Relatório do V Seminário de Psicologia e Políticas Públicas. Brasília: CFP, 2011.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Relatório Seminário Nacional Subjetividade do Consumo de Álcool e Outras Drogas e as Políticas Públicas Brasileiras. Brasília: CFP, 2010.
- CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO (Org). Álcool e Outras Drogas. São Paulo: CRPSP, 2011.
- DIMENSTEIN, M. B. O Psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: Desafios para a Formação e Atuação Profissionais. Estudos de Psicologia, [S.1.], v. 3, n. 1, 1998, p. 53-81.
- DONEDA, D. Os Rumos das Ações Voltadas à Redução de Danos e à Abstinência. Conselho Federal de Psicologia/Revista Diálogos, Brasília: CFP, v. 6, n. 6, 2009, p. 28-30.
- GONÇALVES, M. Psicologia, Subjetividade e Políticas Públicas. São Paulo: Cortez, 2010. (Coleção Construindo o Compromisso Social da Psicologia).
- GORGULHO, M. Álcool e outras Drogas: a Perspectiva dos Direitos Humanos dos Usuários. Conselho Federal de Psicologia/Revista Diálogos, Brasília, v. 6, n. 6, 2009, p. 7-10.
- LANE, S. Histórico e fundamentos da Psicologia Comunitária no Brasil. In: CAMPOS, R. (Ed.), Psicologia Social Comunitária: da Solidariedade à Autonomia, Petrópolis: Vozes, 1996, p. 17-34.
- MACEDO, M.; FALCÃO, C. A Escuta na Psicanálise e a Psicanálise da Escuta. Plataforma Scielo, [S.1.], 2005. Disponível em: http://pepsic.bvsa1ud.org/scielo.php?pid=S141511382005000100006&script=sci_arttext. Acesso em: 01 dez. 2014.
- MENDES, E. As Políticas de Saúde no Brasil nos Anos 80: a Conformação da Reforma Sanitária e a Construção do Projeto Neoliberal. In: MESQUITA, F. Estratégias de Redução de Danos. São Paulo: Hucitec, 1994.
- Discursos dos Profissionais e dos Sujeitos em Tratamento no CAPS AD. 2014. 162 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2014.
- PORTAL BRASIL. Cidadania e Justiça: Secretário fala sobre Política Nacional sobre Drogas. Portal Brasil, [S.1.], 2014. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2014/03/secretario-fala-sobre-politica-nacional-sobre-drogas>. Acesso em: 09 maio 2015.
- TATARSKY, A. Psicoterapia de Reducción de Daños: Un Nuevo Tratamiento para Problemas de Drogas y Alcohol. Santiago: Fundacion Parentesis, 2002.
- TOTUGUI, M. L. Possibilidades Integradoras da Redução de Danos na Perspectiva da Complexidade: Estudo Teórico Clínico no Contexto da Psicoterapia de Dependentes de Drogas. 2009. 201 f. Dissertação (Psicologia Clínica e Preventiva) — Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2009.



VELASCO, K. et al. O Acolhimento e Escuta como Prática de Trabalho do Psicólogo no Contexto Hospitalar. *Disciplinarum Scientia. Série: Ciências Humanas*, Santa Maria, v. 13, n. 2, 2013, p. 243-255.