
TOXICOMANIA: UMA TENTATIVA DE RETORNO AO PRAZER PRIMÁRIO

Wesley Rossi¹

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação do tema

O presente projeto de pesquisa tem por motivação essencial, um convite à reflexão na problemática que diz respeito a toxicomania. Através dessa modesta contribuição busca-se identificar os fenômenos existenciais, psicológicos e sociais em indivíduos que estão sob acompanhamento na instituição de atenção psicossocial, de modo a verificar os efeitos nocivos que a dependência química expressa na interação indivíduo/sociedade. Deste modo o levantamento dos dados objetivará o entendimento holístico e integral das problemáticas que englobam os fatores sociais e psicodinâmicos deste grupo de indivíduos.

1.2 Justificativa

O presente projeto de pesquisa tem por motivação identificar os fenômenos existenciais, psicológicos e sociais em indivíduos que estão sob acompanhamento na instituição, de modo a verificar os efeitos nocivos que a dependência química expressa na interação indivíduo/sociedade.

Desviar nosso olhar para o sujeito e não para o objeto droga, nos possibilitará esclarecer os elementos que circundam à história no sentido singular que a droga tem para este sujeito. Esta troca de papéis nos auxiliará posteriormente a construir e mapear diretrizes norteadoras que auxiliarão desde o processo de recuperação e reinserção deste sujeito na sociedade, até o processo de redução de danos, nesse sentido busca-se identificar possíveis ações que minimizem o sofrimento no uso, pois o caráter de uma escolha pressupõe a uma “jurisdição própria”, onde o exercício da escolha, também se torna um exercício da autonomia, pois esta escolha pertencerá exclusivamente ao sujeito, e uma decisão incumbirá a esse indivíduo

¹ Psicologia, Universidade do Contestado – UnC, Campus Concórdia.

inúmeras repercussões não só em seus processos subjetivos, mas também, em toda sua rede relacional.

2 OBJETIVOS DO ESTÁGIO

2.1 Objetivo geral

- Oportunizar ao acadêmico de psicologia a vivência prática acerca da atuação profissional no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial);

2.2 Objetivos específicos

- Estabelecer relação entre o Estágio Básico IV e as demais disciplinas do curso que permitam a análise e interpretação dos fenômenos observados;
- Oportunizar aos alunos a inserção na comunidade permitindo-o vivenciarem o fenômeno da observação de locais e pessoas que fazem parte da rede de atenção psicossocial;
- Promover junto aos alunos uma reflexão crítica acerca do trabalho desenvolvido pelo psicólogo e sua escolha profissional;
- Desenvolver raciocínio, interpretação de texto, habilidade de escrita, senso crítico e habilidade de síntese;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O abuso de substâncias: Uma breve historização

Na atual cena contemporânea, somos testemunhas da grande visibilidade que vem sendo alcançada pelo fenômeno do uso de drogas, apesar da problemática atual, é de compreensão pública que a utilização de substâncias químicas consiste em uma prática milenar, praticada por diversos povos e culturas, em diferentes momentos e contextos históricos. Neste movimento do desenvolvimento da história, o homem sempre reservou um lugar determinado para o uso das drogas, ainda que para funções muito específicas, desse modo, vemos que ela acompanhou a trajetória do homem por todos esses anos, porém o fato é que, em decorrência da dependência, surgem diversas consequências destrutivas, das quais, médicos, educadores, assistentes sociais e psicólogos são quase que diariamente convocados pela mídia para tratar desta temática que

se desmembra em diversos campos, sendo considerado tanto um problema de saúde mental como também de segurança pública.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), considera o uso abusivo de drogas como uma doença crônica e recorrente. Nesse sentido o uso de drogas torna-se um problema de saúde pública, que transpassa barreiras sociais, emocionais e políticas, preocupando a sociedade como um todo (ANDRETTA; OLIVEIRA, 2011).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), a dependência química caracteriza-se pela presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, indicando que o indivíduo continua utilizando uma substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela.

A partir dos dados do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid, 2010) muitos são os fatores que podem motivar o uso de drogas, como: a busca de prazer, amenizar a ansiedade, tensão, medos e até aliviar dores físicas, e é a partir deste sentido que o uso das drogas se torna uma problemática biopsicossocial.

Ao que diz respeito aos processos de tratamento dos toxicômanos, verifica-se que ao longo do desenvolvimento da história, esses usuários sempre foram tratados a partir de uma política segregadora e excludente nas instituições psiquiátricas especializadas em saúde mental, sendo que a principal meta era alcançar a abstinência. A partir da Reforma Psiquiátrica no Brasil, o Ministério da Saúde (1992), através da portaria nº224/1992 passou-se a iniciar um movimento econômico, no sentido de financiar e normatizar os serviços de saúde mental, priorizando o tratamento ambulatorial de caráter multidisciplinar, a partir dessa mudança estrutural nos serviços direcionados a este público, passou-se a regulamentar as diretrizes e normas dando subsídio para a implementação de Núcleos/Centros de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS). Após esse movimento estrutural, o CAPS foi redefinido, tendo também o caráter de serviço de atenção para atendimento de usuários e pacientes com transtorno decorrentes do uso de dependência substâncias químicas

3.2 A alternância de papéis: O foco no sujeito

O processo da toxicomania se caracteriza por sua relação estrita e exclusiva do sujeito com a droga, do ponto de vista econômico a droga materializa uma espécie de encurtamento de caminho até o prazer. Este processo podemos exemplificar de uma forma análoga a um “atalho”, que levará o sujeito a um mesmo destino, porém de uma forma mais rápida. A toxicomania se instala definitivamente quando ganha uma certa autonomia na função psíquica, levando a um

investimento libidinal muito particular, o que por sua vez não acontece com o usuário de uso esporádico da substância.

Segundo Serretti (2012) o importante na toxicomania é a posição que o sujeito se coloca diante da substância, desse modo é lícito verificarmos qual é a posição do sujeito para com a droga, e qual é a posição da droga para o sujeito? São indagações como essas, que nos levam a explorar o campo de fixação da pulsão em um objeto, essa fixação nos conduz a um destino que acaba pervertendo o caráter contingencial da pulsão e auxilia como fator fundamental na toxicomania (SERRETTI, 2012).

A partir disso, devemos investigar quais são os fatores pré-determinantes que caracterizam o abuso de substâncias, pois as toxicomanias não podem ser explicadas somente pela substância ou objeto ao qual se busca satisfação (isso tornaria a explicação vaga e reducionista), mas sim, por qual operação inconsciente que determina a compulsão à repetição que caracteriza a adicção propriamente dita.

Nesse sentido os campos do saber precisam ser convocados a visualizar o eixo do problema a partir de uma ótica do sujeito e não para o objeto. É digno de nota a contribuição de Freud, que pouco escreveu sobre toxicomania, mas que trouxe grandes contribuições para o entendimento da forma de como o homem busca amenizar e fugir de sua angústia através de recursos cabíveis a ele. No texto *O mal-estar na civilização (1930)* Freud teoriza sobre a intoxicação como uma das formas mais eficazes em tamponar a dor existencial sentida, o autor discorre:

“Tal como nos foi imposta, a vida resulta em demasia pesada, nos fazendo deparar-nos com sofrimentos, decepções, empreendimentos impossíveis. Para poder suportá-la, não podemos prescindir de paliativos. Existem três tipos: os entretenimentos intensos, que fazem a nossa miséria parecer menor; as satisfações substitutivas, que a reduzem; e os narcóticos, que nos tornam insensíveis a ela. Qualquer um desses remédios acaba sendo indispensável.” (FREUD, 1930, p.83)

A angústia e todas as formações sintomáticas desaparecem quando a estruturação toxicomaníaca exerce suas funções (SERRETTI, 2012). A intoxicação além de ser uma ferramenta efetiva para a retirada de elementos causadores de desconforto, ela também exerce uma função no campo dos afetos para aquele que a utiliza, a droga nesse sentido se estrutura sob uma condição narcísica ao sujeito.

3.3 Narcisismo primário e autoerotismo: Uma posição de onipotência

Partindo da teorização da segunda tópica de Freud (1923), no início da vida, o aparelho psíquico operava a partir do princípio do prazer, sem significativas interrupções. O bebê torna-

se o centro das atenções, todos o agradam, fazem-no sorrir, procurando satisfazer todos seus desejos, cuidando-o e alimentando-o. Semelhante aos efeitos da intoxicação, os desejos do bebê são satisfeitos de uma maneira alucinatória, diretamente, sem obstáculos, não havendo nada para interpor-se entre desejo e a satisfação, segundo Gurfinkel (1996) o efeito desencadeado pela intoxicação, promove ao sujeito uma regressão às fases anteriores de seu desenvolvimento libidinal.

É a partir da satisfação absoluta do bebê que Freud (1915) descreve o início do psiquismo como uma fase de narcisismo primário, este processo se potencializa sobre o movimento do bebê em sugar o leite morno e adocicado do seio da mãe, ao mesmo tempo que o bebê se alimenta, ele também sente a excitação que o contato da zona erógena da boca exerce sobre o bico do seio. Este prazer primário permanece fixado e inscrito em nosso psiquismo, ele é o protótipo do sentimento de prazer.

“Se um bebê pudesse falar, ele indubitavelmente afirmaria que o ato de sugar o seio materno é de longe o mais importante de sua vida. E nisso o bebê não se engana muito, pois nesse único ato está satisfazendo de uma só vez as duas grandes necessidades vitais. Por isso, não nos surpreendemos ao saber, por meio da psicanálise, quanta importância psíquica conserva esse ato durante toda a vida. Sugar o seio materno é o ponto de partida de toda a vida sexual, o protótipo inigualável de toda satisfação sexual ulterior, ao qual a fantasia retorna muitíssimas vezes, em épocas de necessidade. Esse sugar importa em fazer do seio materno o primeiro objeto do instinto sexual. Não posso dar-lhes uma ideia da importante relação entre esse primeiro objeto e a escolha de todos os objetos subsequentes, dos profundos efeitos que ele tem em suas transformações e substituições, até mesmo nas mais remotas regiões da nossa vida sexual.” (FREUD, 1915, p.367.)

É lícito supormos a possível existência de uma organização narcisista que origina a toxicomania, o efeito desencadeado pelos agentes intoxicantes conduzem o indivíduo a uma regressão às fases anteriores de seu desenvolvimento (GURFINKEL, 1996), desse modo o sujeito para a ser regido pelo princípio do prazer. A busca por esse prazer primário, que foi inscrito no psiquismo nos primeiros anos de vida, é expressa na utilização da droga, nesse sentido, a toxicomania se expressa como uma tentativa de retorno ao prazer primário, neste movimento, o sujeito é convocado a retornar à posição que ocupava quando estava na fase do narcisismo primário. A posição simbiótica com a mãe proporcionou a este indivíduo o primeiro contato de prazer, e essa primeira experiência manteve-se registrada em seu psiquismo. A respeito da excitação oral, Freud (1905) nos alerta sobre a importância que essa fase desempenha na vida adulta:

“Nem todas as crianças praticam esse chuchar. É de se supor que cheguem a fazê-lo aquelas em quem a significação erógena da zona labial for constitucionalmente reforçada. Persistindo essa significação, tais crianças, uma vez adultas, serão ávidas apreciadoras do beijo, tenderão a beijos perversos ou,

se forem homens, terão um poderoso motivo para beber e fumar.” (FREUD, 1905, p. 171)

A tentativa de retorno a esse estado narcísico, vivenciado nos primeiros momentos de vida, torna-se a meta daquele que busca dopar-se, pois a partir disso o sujeito procura reconquistar a onipotência narcísica, não precisando assim, lidar com os limites e interrupções que a realidade externa os impõe (TOMÁS, 2008).

O uso de droga nesse sentido trata-se de uma tentativa de alteração da realidade, mas não a excluindo completamente, pois ao mesmo tempo em que ele a rechaça, ele a recria em sua fantasia. Diferentemente do psicótico, o toxicômano mantém, em geral um vínculo aparente com a realidade, segundo Serretti (2012) ver de outra maneira, não significa o repúdio radical da realidade, como é feito na psicose. A incapacidade de adaptação se caracteriza na toxicomania e na neurose, para Freud (1924) “a neurose não repudia a realidade, apenas a ignora; a psicose a repudia e tenta substituí-la”.

Desse modo o funcionamento do toxicômano se aproxima muito mais ao funcionamento psíquico do neurótico, pois ambos manifestam tentativas de fuga da realidade externa, mas um elemento que caracteriza essencialmente esse funcionamento é a tentativa de mudança interna de uma realidade psíquica intolerável desse sujeito, mas o que diferencia essencialmente o toxicômano do neurótico, é que na medida em que o neurótico utiliza a fantasia para alterar sua realidade psíquica, o toxicômano utiliza-se de ferramentas materiais como forma de alteração na química de seu corpo.

É digno de nota ressaltarmos que o autoerotismo, fase que caracteriza a transição do narcisismo primário, torna-se o protótipo da toxicomania, pois diferente do sujeito que conquista sua autonomia e independência no mundo externo através de atividades saudáveis, o toxicômano busca realizar essa independência auto eroticamente através da intoxicação, para clarificarmos essa ideia, deve-se entender a toxicomania como uma atividade sexual não no sentido de ato sexual, mas sim do autoerotismo de uma posição narcisista da libido, pois o que o toxicômano busca é justamente não ter que fazer conciliações entre as instâncias psíquicas, pois ao negar à existência de conflitos psíquicos, ele busca um tratamento pelo corpo, um prazer sem palavras, que só encontrará na droga (SERRETTI, 2012).

3.4 A clínica da toxicomania: Perspectivas transferências

O estereótipo clínico que foi construído no campo de atuação da toxicomania, anula em certa medida, o poder de ação da transferência, desse modo, é importante questionar-se em como se pensar as perspectivas transferências na clínica da toxicomania? Lacan (1960), em seu seminário sobre a transferência, reforça a dinâmica transferencial: "Sempre chamei a atenção de vocês que se deve partir do fato de que a transferência, em última instância, é o automatismo da repetição." (LACAN, 1960, p. 173).

É por meio da transferência que se dá o contato com o funcionamento psíquico do paciente, a psicodinâmica do paciente toxicômano é caracterizada pela repetição, a priori ocorre no toxicômano uma operacionalização de vida repetitiva. Autores como Conte (1997) e Waks (1997) teorizam sobre uma tendência presente no estabelecimento transferencial: a iniciação de vínculo baseada na disputa do lugar subjetivo que é ocupado pela droga. Segundo Da Silva (2010) esse tipo de disputa de vínculo será essencial somente nas primeiras fases do tratamento, pois permanecer nessa relação díade, poderá ser prejudicial ao desenvolvimento do tratamento.

A entrada de um terceiro na relação simbiótica do sujeito com a droga não é uma tarefa fácil, Conte (1997) ressalta que o processo de entrada de um terceiro na relação dual do toxicômano com a droga é complexo que se estabelece vagarosamente, Waks (1997) surge com uma forte contribuição para o entendimento transferencial:

No começo do vínculo transferencial surge, no paciente, uma espécie de rivalidade interna entre a droga-em-si, a droga-do-analista e o analista-droga. À medida que a transferência ganha potência, a droga-do-analista constitui-se, progressivamente, em analista-droga, gradualmente ocupando o lugar da droga-em-si. O vínculo com o produto perde sua intensidade libidinal, abrindo caminho para o investimento erógeno no vínculo transferencial. (WAKS, 1997, p. 59).

Nesse sentido, o investimento erógeno se direciona no sentido de estabelecer um caminho de vínculo que não seja a rivalidade com a droga, mas sim, um caminho que possibilita o estabelecimento do que chamamos de relação transferencial (DA SILVA, 2010).

Mesmo que, inicialmente, o toxicômano não consiga questionar sua subjetividade e demanda ao analista o restabelecimento de um saber-fazer sobre o bom uso da droga (gozo de uma parte do corpo desertada pelo registro simbólico), aos poucos poderá acreditar que o analista tenha algo a dizer sobre seu sofrimento / falência, e passará a supor-lhe um saber, criando assim as condições necessárias para o estabelecimento da transferência. (CONTE, 1997, p. 37)"

A idealização que promove a suposição de que o analista/terapeuta sabe algo sobre seu sofrimento, é o que levaria o paciente toxicômano a estabelecer um vínculo transferencial, nesse sentido entende-se que é essa idealização presente que leva a este processo de vinculação, pode-

se pensar então, que essa suposição do saber do paciente para com o analista é um dos últimos recursos capazes de levar o paciente ao questionamento sobre seu próprio desejo (DA SILVA, 2010).

3.5 A dinâmica psicoterápica grupal: Dificuldades e ganhos.

A terapia de grupo não apenas se baseia nos efeitos gerais das expectativas positivas sobre a melhora, como também se beneficia como uma fonte de esperança que é única do formato de grupo. Os grupos de terapia invariavelmente contêm indivíduos que estão em pontos diferentes ao longo de um continuum de enfrentamento e colapso. Assim, cada membro tem um contato considerável com outros - muitas vezes indivíduos com problemas semelhantes - que melhoraram como resultado da terapia. (FREUD, 1920, p.78)

A Psicoterapia de grupo nunca deve caracterizar-se por uma política julgadora, punitiva e nem mesmo paternalista, essa ferramenta terapêutica é uma intervenção profissional, onde um dos elementos fundamentais do desenvolvimento deste processo, é a escuta objetiva e analítica, embora muitas vezes os usuários no início da formação de grupos se remetem à terapia grupal como uma “roda de conversa”, isso é compreensível, pois alguns usuários nunca enfrentaram um processo terapêutico, e pode confundir-se no início. Após a construção do vínculo, há uma atmosfera de confiabilidade, respeito e sigilo por tudo que é preparado e passado no processo terapêutico e na dinâmica clínica (BECELLI, 2004).

A técnica grupal serve essencialmente como ferramenta de identificação, pois na medida em que o participante ouve histórias de vida que se assemelham à sua, dá-se a oportunidade de sentir-se importante e valorizado, pois o outro também irá ouvir a sua história, segundo Freud (1921):

[...] a psicologia de grupo interessa-se assim pelo indivíduo como membro de uma raça, de uma nação, de uma casta, de uma profissão, de uma instituição ou como parte de uma multidão de pessoas que se organizaram em grupo, numa ocasião determinada, para um intuito definido (FREUD, 1921, p. 92).

O processo grupal caracteriza-se fundamentalmente sobre a perspectiva não só da remissão do sintoma causado pela dependência, mas do processo que se desmembra também na viabilidade de proporcionar aos participantes o alívio de memórias dolorosas, experiências vivenciadas em decorrência da dependência, além disso outro fator importante é que o grupo não se limita somente pela pauta da dor, mas sim de uma pauta de esperança, onde manifesta-se o sorriso, graça, boas memórias e perspectivas futuras, pois esses fenômenos psíquicos

ajudam o usuário a enfrentar o dia a dia no processo de convivência consigo mesmo e com os outros (DANTAS, 2018).

Partindo deste pressuposto, levantamos a temática da dificuldade da adesão desses pacientes no processo de tratamento, pois nesse sentido a adesão ao tratamento torna-se uma das virtudes motivacionais mais fundamentais que corroboram para o sucesso do tratamento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a adesão como: “[...] o grau em que o comportamento de uma pessoa - tomar o medicamento, seguir um regime alimentar e/ou executar mudanças no estilo de vida - corresponde às recomendações acordadas com um prestador de cuidados de saúde. Existe um consenso universal e literário sobre o baixo índice de adesão pelos dependentes químicos, sendo que muitos iniciam o tratamento, mas poucos o mantêm, este fato é compreensível na medida em que entendemos a dependência como uma doença crônica e multicausal, pois o usuário que está em processo de recuperação enfrenta diversos obstáculos como, recaída, lapsos, ciclo de amizades, onde poucos conseguem manter-se abster-se durante o tratamento.

Em uma pesquisa desenvolvida no CAPS AD do estado do Piauí, realizada com 227 dependentes químicos em tratamento, explicitou que 56,8% (n=129) abandonaram o tratamento (MONTEIRO, 2011). Nesse sentido o problema da adesão ao tratamento reflete em uma esfera que caracteriza não só um fator motivacional, mas também um fator de saúde pública, é com esse intuito que essa temática será concatenada às análises observadas na instituição acompanhada.

3.6 Políticas Públicas: O construto inacabado

Um grande paradigma na construção de políticas públicas e diretrizes de tratamento para dependência química, é a organização e sistematização de processos de tratamento para este público, visto que é uma tarefa extremamente complexa que envolve diversas variáveis de cunho político, financeiro e profissional. Segundo Diehl (2018) é possível perceber que grande parte dos programas de tratamento para a dependência de substâncias químicas se constrói sob uma organização empírica, a partir do empenho e da experiência pessoal de seus profissionais, havendo assim, uma grande lacuna entre o que é eficaz e comprovado por pesquisas e o que se faz de fato na prática clínica.

Ainda segundo a autora, nas últimas décadas houve um aumento de interesse por parte de pesquisadores pela forma como o contexto organizacional dos serviços para dependentes

químicos é planejado, viabilizado e executado, tanto em setores públicos quanto privados. O interesse que sustenta essa ideia se baseia fundamentalmente na necessidade de estabelecer métodos de tratamentos mais efetivos para dependentes químicos, já que fenômeno tem se tornado um problema de saúde pública (DIEHL, 2018).

O planejamento geral é uma etapa fundamental para a organização de um serviço efetivo para os usuários, sendo necessário considerar questões como: quais são os principais objetivos? Qual é o público-alvo que o serviço pretende alcançar? Qual é a viabilidade de aplicação? Quais são os custos envolvidos com a atividade, equipe? Após a triagem dos questionamentos internos, vem-se a seleção e organização da equipe. O trabalho com dependentes químicos exige do profissional uma série de critérios que vão além da capacidade técnica, assim sendo, o profissional deverá oferecer o serviço de acolhimento, de estar aberto, tolerar frustrações, nesse sentido uma boa seleção de profissionais torna-se essencial pois eles que estarão na linha de frente das implementações futuras (DIEHL, 2018).

É digno de nota ressaltarmos a importância que de tempos em tempos todo o serviço possa ser monitorado pelo seu desempenho, efetividade e qualidade. Faz-se necessário nesse sentido que todo serviço público de aplicação social tenha minimamente um serviço de banco de dados com um perfil geral de seus pacientes e protocolos diversos de estruturação das atividades desenvolvidas. Esse monitoramento serve como um marco norteador para avaliação dos impactos do tratamento, custos, necessidades, qualidade de vida e satisfação com o serviço oferecido, além disso, torna-se essencial que a reavaliação da estratégia principalmente quando o serviço é implantado como uma política de saúde pública (municipal, estadual ou federal), seja feita incisivamente, segundo Diehl (2018) hoje no Brasil o exemplo mais precoce que essa idealização de reavaliação poderia ser representada, é a da política pública assistencial, diretamente no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).

O CAPS hoje é um dos principais serviços de atendimento a pessoas com transtornos mentais graves, incluindo usuários dependentes químicos de álcool e drogas, integrando a Política Pública de Saúde Mental desde 2002. Durante todo o tempo de funcionamento há raras informações a respeito de reavaliação crítica e metodológica do modelo escolhido de tratamento e assistencialização do CAPS. Segundo a vistoria realizada pela CREMESP (2010), 230 CAPs do Estado de São Paulo foram avaliados, segue os resultados que apontam falhas no atendimento:

- 42% não contam com retaguarda para internação psiquiátrica;
- 66,7% não disponibilizam atendimento médico clínico;

- 69,4% fizeram referência a falta de profissionais;
 - 45,2% não realizam capacitação das equipes de profissionais da saúde;
 - 64,3% não fazem supervisão técnica entre os membros da equipe;
 - 30% dos CAPS III (de maior complexidade) não acataram a legislação no que se refere à atenção contínua durante 24 horas diariamente;
 - em 10 dos CAPS avaliados havia apenas um único psiquiatra;
 - 16,7% não têm um responsável médico;
 - 66,2% dos CAPS não têm registro no CREMESP, o que é obrigatório.
- (CREMESP, 2010)

A partir do levantamento de dados, faz-se mais que necessário que se olhe para as políticas públicas de saúde, com um olhar mais holístico e integral, onde exige uma demanda financeiro dos cofres públicos, bem como um processo efetivo de planejamento e seleção de profissionais, pois um consenso das diretrizes assistencialista irá trazer um preenchimento de lacunas e uma adequação digna para a melhoria dos serviços de dependência química, sendo possível atender centenas de pessoas desamparadas.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estágio

Estágio de caráter qualitativo com a utilização de ferramentas analíticas e observacionais, junto ao público de 4 adultos do sexo masculino, usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), de um município localizado no Meio Oeste Catarinense, com duração total de 10 horas.

4.2 Local do estágio

As horas de estágio serão desenvolvidas em um município pertencente à região Meio Oeste de Santa Catarina. O processo observacional e analítico irá ocorrer dentro da instituição CAPS, o local foi delimitado pela Universidade do Contestado de modo a servir como inserção do acadêmico às práxis psicológicas e sociais da comunidade. O estágio será dividido em dois encontros, o primeiro no dia 06/11 e o último 13/11 contabilizando 4 horas de observação e análise.

4.3 Fatores de inclusão e exclusão

Para a realização deste estágio, foram elencados os usuários que recebem atendimento junto ao CAPS, que concordaram no acompanhamento do acadêmico com o grupo, esses indivíduos se mostram capazes de compreender os objetivos alinhados com o trabalho proposto, com o foco na recuperação da autonomia, desintoxicação e construção de vínculos, estando todos os indivíduos em situação de recuperação às toxicomanias, sendo residentes do território de abrangência da instituição.

Entre os fatores de exclusão, temos as escolas maternais, jardins de infância e creches infantis, que não fazem parte do nosso campo de investigação. Também não pretendemos trabalhar com entidades que atendem crianças e adolescentes com deficiência física ou mental como a APAE, pois entende-se que merecem estudos específicos. As entidades que funcionam em regime de privação de liberdade e as que proporcionam abrigo e funcionam em regime de internato também foram excluídas, pois entendemos que elas possuem dinâmicas particulares.

4.4 Aspectos éticos

As observações e atuações serão realizadas com a autorização do responsável pelo Secretaria de Saúde municipal, que contém as unidades de assistência psicossocial do município, incluindo o CAPS. Todas as atividades serão resguardadas pelo sigilo, no intuito de proteger a identidade e a integridade dos participantes e da instituição.

4.5 Descrição do Estágio

Será realizado um contato inicial com o responsável pela Secretaria da Saúde, solicitando a autorização para que o acadêmico possa estar realizando o estágio no CAPS. Com a autorização em mãos, o acadêmico se deslocará até a unidade de atendimento a fim de conhecer o histórico, a estrutura física e funcional do local, bem como as datas para a realização das horas.

Com todas essas situações definidas, será realizado a conversa primária com o psicólogo responsável pela condução do grupo e posterior a isso, o acompanhamento propriamente dito. No primeiro dia, será feita uma apresentação inicial dos acadêmicos para o psicólogo do grupo, como uma forma de estabelecer uma aproximação para conhecer as demais atividades. O acompanhamento observacional será aplicado no segundo encontro, após o relato das

observações será desenvolvido o relatório de análise de grupo, com o intuito de levantar hipóteses a respeito dos fenômenos psicológicos e sociais que foram identificados nos encontros.

5 CRONOGRAMA

Atividades	Nov. 2020	Nov. 2020
Pesquisa bibliográfica	03/11	06/11
Acompanhamento no CAPS	06/11	13/11
Análise e compilação dos dados observados	13/11	17/11
Socialização do estudo de caso	17/11	
Revisão e Elaboração Final	23/11	
Apresentação	24/11	
Entrega Final	24/11	

6 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

6.1 Historização breve do CAPS

O primeiro CAPS inaugurado no Brasil, foi no ano de 1986, em São Paulo, o centro que futuramente viria acolher usuários com transtornos mentais graves e dependentes químicos, veio a se chamar: Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira, popularmente conhecido como CAPS do Brasil da Rua Itapeva (BRASIL, 2004). O II Congresso Nacional do MTSM (Movimento do Trabalhadores em Saúde Mental adotou como lema “Por uma sociedade sem manicômios”, após essas diretrizes de conferência pública, passa-se a entrar em vigor no país as primeiras normas federais regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, e as primeiras normas para fiscalização e classificações dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004). O CAPS da cidade mapeada para o desenvolvimento do Estágio Básico IV, atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e usuários com necessidades desencadeadas pelo uso recorrente de drogas, em todas as faixas etárias de idade. O CAPS é norteador a partir de um Serviço de Saúde municipal e comunitário, que oferece

atendimento diário. A instituição objetiva promover um serviço de resgate das potencialidades dos recursos comunitários à sua volta, fazendo com que os recursos humanos sejam inclusos nos cuidados psicossociais na comunidade. O CAPS iniciou suas atividades em 26 de maio de 2003 com 11 pacientes e até final do ano de 2003 foram atendidos no Programa 133 pacientes, destes 34 receberam alta a pedido, alta administrativa ou desistiram e 23 não se encaixaram como paciente do programa, encerrando o ano com 76 pacientes frequentando todas as atividades, hoje em 2020 o CAPS atende mais de 1.000 usuários.

A estrutura da instituição está localizada no centro da cidade mapeada, com um espaço que possibilita atender os usuários beneficiados com o serviço. O espaço é alugado pela prefeitura municipal, possuindo:

- 01 Recepção
- 01 Sala de Enfermagem/Psiquiátrica/Assistência Social
- 03 Consultórios Psicológicos
- 01 Sala para Terapia Ocupacional
- 04 Banheiros
- 01 Cozinha
- 01 Sala de Administração
- 01 Salão
- 01 Garagem
- 01 Horta

O espaço funciona de segunda a sexta-feira, no período matutino das 8:00h às 11:30h horas e no período vespertino da 13:00h às 17:00h horas, além da estrutura física o quadro de profissionais compõem uma equipe multidisciplinar que desenvolvem projetos terapêuticos, atividades de reabilitação psicossocial, e tratamento de saúde, orientação, acompanhamento, entre outros.

6.2 Estrutura física

A estrutura do CAPS é uma casa residencial no centro da cidade mapeada, com uma pequena horta e garagem:

Qt	Espaço de atendimento
1	Recepção
2	Salas de Espera
1	Consultório médico e de enfermagem
3	Salas de Psicologia
1	Sala de Terapia Ocupacional
1	Sala de Administração e Serviço Social
1	Cozinha
3	Banheiros
1	Garagem
1	Horta

6.3 Quadro de funcionários

Qt	Funcionários
3	Psicólogos
1	Médico Clínico
2	Médicos Psiquiatras
2	Técnicas de Enfermagem
1	Enfermeira
1	Terapeuta Ocupacional
2	Assistentes Sociais
1	Coordenadora
1	Auxiliar Administrativo
1	Motorista
1	Zelador

6.4 Número de pacientes e grupos

A instituição atende cerca de 1000 usuários, dentre internações, atendimentos e acompanhamentos, além da realização de trabalhos com um grupo de dependência química, sendo que o horário do grupo é somente no período matutino, o grupo é composto por 4 integrantes.

6.5 Funcionamento

A instituição funciona de segunda à sexta das 8:00h às 11:30h e da 13:30h às 17:00h. Atende o grupo de dependência química todas às sextas-feiras nos períodos matutinos das 9:30h às 10:30h.

6.6 Atuação do psicólogo

O psicólogo do CAPS acompanhado, atua com sujeitos dependentes químicos. O atendimento ocorre tanto individualmente, no sentido de acompanhamento e orientação, como no contato em grupos.

Toda sexta-feira das 9:30h até 10:30h é formado o grupo de drogadictos de forma a compartilharem vivência e trabalharem suas questões existenciais que corroboram a atmosfera do grupo para a recuperação e sobriedade.

O psicólogo aponta que os grupos sentem necessidade de diálogo, porém torna-se de difícil acesso devido à falta de adesão deles, vindo de um momento pandêmico, esse torna-se um fator determinante na composição e consistência do grupo

Os encaminhamentos dos usuários do CAPS são realizados por hospitais, postos de saúde, escolas e até mesmo pelo poder judiciário, eles se caracterizam exclusivamente pelo uso e abuso de substâncias. A orientação deste profissional é fundamental pois dá amparo e impulsiona os indivíduos e famílias a buscarem um sentido existencial pelo qual possam permanecer sóbrios e alcançar a recuperação.

7 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE: ESTUDO DE CASO

7.1 Grupo de dependência química: Resistências, adesão ao tratamento e suas adversidades

O construto analítico será baseado nas observações realizadas nos períodos de 06/11 e 13/11, com o intuito de levantar hipóteses diagnósticas não só do grupo de dependentes químicos, mas também do contexto integral em que o CAPS está inserido.

O CAPS é um serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Conforme a confirmação fixada pelo Ministério da Saúde (2006), esse serviço oferece atendimento diário aos pacientes que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas, permitindo o planejamento terapêutico. Segundo o psicólogo da instituição, os encaminhamentos são feitos por hospitais, postos de saúde, escolas ou até mesmo pelo poder judiciário. Ao chegar os prontuários dos pacientes é realizado o primeiro contato via telefone, que é efetuado pelo próprio psicólogo, aqui encontramos diversas variáveis que irão refletir no processo de adesão de tratamento, tais como resistência, comprometimento, e percepção de necessidade de ajuda.

Discorreremos agora sobre um dos empecilhos fundamentais do tratamento de dependentes químicos, que são as resistências e a falta de adesão. É de entendimento comum que a resistência nos dependentes químicos torna-se um fator determinante e explicitamente visível, pois este elemento está presente na maior parte dos procedimentos que envolvam mudanças fundamentais na vida do indivíduo, de acordo com Fontanella e Turato (2002), visualiza-se que a maioria dos usuários adia a procura por tratamento simplesmente por não pensarem nessa possibilidade, negando a própria condição, isso é concatenado pela falta de percepção de necessidade de ajuda que esse próprio paciente dispõe. Durante o acompanhamento com o psicólogo, ele informou que a estrutura do primeiro contato, muitas vezes pode comprometer o restante do tratamento, no caso das internações mediada pelo poder judicial, o profissional se apresenta na residência do usuário juntamente com a polícia, nesse sentido vemos que o primeiro contato poderá ter repercussões significativas durante todo o tratamento, durante a fala do psicólogo foi expressado: “imagine que o sujeito que está te tratando, é o mesmo sujeito que foi na sua casa com a polícia, para depois te levar a um tratamento”, nota-se que nessa passagem do psicólogo identifica-se um erro na estrutura do primeiro contato, podendo ser refletido em algumas hipóteses como: falta de profissionais, falta

de financiamento e políticas públicas para contratar os profissionais, falta de conhecimento do processo terapêutico, pois nesse sentido a percepção do primeiro contato estará influenciando intrinsecamente o decorrer do tratamento, é lícito levantarmos uma hipótese resolutive no sentido de que no primeiro contato, o mesmo seja realizado por um profissional que não terá vínculo direto com o tratamento do usuário, pois segundo a percepção do psicólogo, este processo do primeiro contato pode “abalar” o andamento da adesão ao tratamento.

Já no que diz respeito às resistências, poderemos citar aqui o determinante que corrobora para a superação destes mecanismos resistências. É digno de nota ressaltar a contribuição de Occhini (2006), o autor assinala algumas estratégias de ação para conquistar essa superação, como a capacidade do profissional para tomar a resistência como uma oportunidade de abertura à percepção do problema, auxiliando assim o usuário compreender sua problemática, nesse sentido além de promover essa interação, o psicólogo pode ainda alcançar uma dimensão no usuário que é a da sensibilização, ajudando também no fortalecimento de vínculo. Desse modo vale ressaltar um fragmento discursivo do psicólogo, quando ele fala: “nossa trabalho é responsabilizá-los”, torna-se necessário ressaltar a importante diferença entre responsabilizar e culpar, pois esse é um trabalho fundamental dos profissionais que ali estão, responsabilizar o sujeito por suas escolhas e também pelas consequência delas, no sentido de que o sujeito responsabilizando-se, ele também cria novas possibilidades de ação, promovendo assim sua autonomia em prol de sua vida.

Além de todo esse processo, cabe aqui destacar a importância da adesão do grupo de tratamento que vem a posteriori dos pleitos citados. O processo grupal caracteriza-se fundamentalmente sobre a perspectiva não só da remissão do sintoma causado pela dependência, mas do processo que se desmembra também na viabilidade de proporcionar aos participantes o alívio de memórias dolorosas e experiências vivenciadas em decorrência da dependência, além disso, outro fator importante é que o grupo não se limita somente pela pauta da dor, mas sim de uma pauta de esperança, onde manifesta-se o sorriso, graça, boas memórias e perspectivas futuras, pois esses fenômenos psíquicos ajudam o usuário a enfrentar o dia a dia no processo de convivência consigo mesmo e com os outros. (DANTAS, 2018)

Partindo deste pressuposto, levantamos a temática da dificuldade da adesão desses pacientes no processo de tratamento, pois nesse sentido a adesão ao tratamento torna-se uma das virtudes motivacionais mais fundamentais que corroboram para o sucesso do tratamento. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a adesão como: “[...] o grau em que o comportamento de uma pessoa - tomar o medicamento, seguir um regime alimentar e/ou

executar mudanças no estilo de vida - corresponde às recomendações acordadas com um prestador de cuidados de saúde.

Existe um consenso universal e literário sobre o baixo índice de adesão pelos dependentes químicos, sendo que muitos iniciam o tratamento, mas poucos o mantêm, este fato é compreensível na medida em que entendemos a dependência como uma doença crônica e multicausal, pois o usuário que está em processo de recuperação enfrenta diversos obstáculos como, recaída, lapsos, ciclo de amígdalas, onde poucos conseguem manter-se abstinência durante o tratamento.

Nesse sentido concatena-se as ideias citadas ao processo de adesão do tratamento, pois ambos os dias observados, foram corroborados pela ausência e falta de adesão dos usuários, fazendo com que o trabalho de aplicação das ferramentas de intervenção fiquem com imensas lacunas, dificultando não só o progresso do usuário, mas também da própria política do CAPS. Dentro deste contexto, o processo analítico foi imensamente dificultado pela falta de matéria-prima (observações do grupo) que veio em decorrência da falta de adesão ao tratamento, independentemente de qualquer empecilho, não poderemos deixar de citar aqui, o empenho e dedicação dos profissionais do CAPS, que mesmo com todas as lacunas sociais, burocráticas, e subjetivas dessa atmosfera que engloba a política pública de saúde para dependentes químicos, mesmo assim, ainda conseguem prestar suas práticas técnicas, sem deixar de lado, a priori, sua sensibilização e humanização no acompanhamento e tratamento desses usuários, fazendo com que o CAPS seja uma referência no que diz respeito à recuperação destes usuários.

Durante a conversa com o psicólogo, foi mencionado sobre o processo do acolhimento, recurso este que é preconizado pela política de humanização de nosso sistema de saúde (SUS), o acolhimento além de ser uma ação prática, ela é um processo ativo que auxilia incisivamente o processo da construção de uma relação de confiança e comprometimento desses profissionais para com o usuário. Para além do cenário clínico, acolher é abrir portas, aceitar, redimir-se, fornecer, dar crédito. Esse ato implica em uma ação inclusiva, que promove a este usuário um corpo estrutural na qual ele se sente parte de um todo, condição esta que não existia antes na situação de dependência e das demais comorbidades que este usuário enfrentava, em última análise o processo de acolhimento torna-se uma das diretrizes de maior relevância para esse sistema de tratamento e recuperação desses usuários, pois acolher torna-se a base primária de todo um movimento que deverá ser feito durante o processo que este usuário estiver inserido no CAPS, ou seja, o acolhimento é um modo de lidar com todas as vicissitudes dos usuários de modo a conseguir procurar através do serviço de saúde, uma forma de atender seus pedidos,

exigindo assim do profissional uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas suficientemente adequadas, responsabilizando-o, orientando-o de forma a dar consistência em sua recuperação, objetivando o seu progresso. Os encaminhamentos dos usuários do CAPS são realizados por hospitais, postos de saúde, escolas e até mesmo pelo poder judiciário, eles se caracterizam exclusivamente pelo uso e abuso de substâncias, porém essa utilização se configura de maneira distinta entre eles, mas se traçarmos um denominador comum majoritário nesses usuários, indiscutivelmente será o uso do álcool. Segundo Arthur Guerra (2010), teórico referência no Brasil sobre a utilização de álcool, afirma que o álcool é uma droga que o sujeito pode consumir durante a vida toda, todos os dias, sem ter complicações, porém 12% a 15% desses que se empenham no uso, adotam o quadro de dependência, a dependência ao alcoolismo. Nesse sentido torna-se importante levantarmos a questão do porquê do uso do álcool ou das demais drogas?

Compreender o porquê do uso de álcool, é entendermos ele como sintoma, um sintoma que muitas vezes denuncia problemas que todos nós enfrentamos, problemas sociais, familiares e subjetivos. Quando se procura refletir sobre os motivos que podem levar um sujeito a consumir algum tipo de droga, torna-se importante ressaltar que não são pequenos motivos ou uma causa isolada, existe um conjunto de fatores que ao atuarem no contexto no qual está inserido esse sujeito, acaba predispondo-o à utilização da substância. Uma das modestas hipóteses propostas no levantamento deste trabalho, torna-se a busca de sentido e significado da vida deste usuário, pois o sujeito não encontrando sentido no contexto vivencial, ele buscará através da substância, uma experiência que irá oferecer o seu suposto significado e sentido de vida, além disso, outra hipótese acerca da problemática, seria a romantização do uso do álcool, essa romantização vem da propaganda globalizada e glamourizada que não raramente encontramos nos mais variados canais abertos, além da herança hedonista, que existe a partir de um imperativo de gozo a estes sujeitos, quase obrigando-os a terem prazer, e caso não o tiverem, são seres incompletos. Essa sintomatologia social que se constrói a base do princípio do prazer, dificilmente consegue lidar com a frustração ou interdição de suas vontades, o uso do álcool nesse sentido torna-se uma ferramenta de onipotência narcísica que promove ao sujeito uma condição de retorno ao prazer, e em última análise, de permanência ao prazer (pelo menos até enquanto durar o efeito). Por fim, poderemos enfatizar que o recurso das drogas é entendido como uma resposta possível do sujeito ao mal-estar que é inerente ao ser humano tanto subjetivamente quanto socialmente, podendo ser uma medida paliativa extremamente útil, porém com prazo de validade, pois o sofrimento é uma sensação, e só existe na medida em que

é sentida, e o sujeito, ao usar algum tipo de substância, provoca diretamente em seu organismo sensações prazerosas, alterando suas condições de sensibilidade, tornando-os insensíveis à própria desgraça.

6.3 Atuações do CAPS no cuidado do paciente

Nos centros de atendimento do CAPS o profissional além de realizar atendimentos em grupo, também realiza atendimentos individuais, porém tem como principal atendimento os grupos, trabalhando no sentido de incluir e reinserir esses usuários na sociedade, trabalhando com a fenomenologia existencial que é manifestada nos encontros.

A construção teórica no que diz respeito ao profissional, teve uma base psicanalítica, porém na prática dos atendimentos o psicólogo optou pela abordagem comportamental (TCC). O profissional apontou questões que são denominadores comum entre os profissionais da instituição, como a falta de material, mudanças de diretrizes, carência de recursos financeiros, além de múltiplas problemáticas que vão além do alcance da equipe, como pobreza, violência, desemprego, apontam também dificuldades de ordem estrutural relacionado ao espaço físico, pois logo a instituição terá que mudar de local, essa mudança irá repercutir na percepção de espaço nesses usuários e profissionais devido à uma quebra da ideia que antes era direcionada a uma dimensão de residência, para uma dimensão agora, institucionalizada. Dentre as principais atuações do profissional estão, o trabalho clínico, seja ele individual ou em grupo, triagens, acolhimentos, acompanhamento em internações compulsórias, coordenação de atividades, atuações em grupos operativos e terapêuticos.

Desse modo, vemos que a prática clínica tem uma condição hegemônica no atendimento dentro do CAPS, apesar de não ser a única técnica, ela aparece como destaque devido a sua efetividade e relação positiva com os usuários, além de ser uma prática norteadora para o serviço deste profissional.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do construto teórico realizado até aqui, objetivou-se levantar dados qualitativos a respeito da temática do atendimento realizado dentro do CAPS. Foi construída uma breve historização do uso de abuso de substâncias, a importância da alternância de papéis, pois deslocar o sujeito do eixo das drogas é visualizá-lo a partir de uma ótica holística, propomos também levantar hipóteses acerca do entendimento de narcisismo, sendo que a droga,

semelhante a masturbação, torna-se um culto ao próprio corpo, uma tentativa de retorno ao prazer primário que fora vivenciado em seus anos mais primitivos, e que por meio da droga, tenta retornar à essa posição onipotente, além dos processos transferências e de políticas públicas que estão intrinsecamente ligados à essa problemática social.

Nesse sentido, buscou-se através das observações realizadas, concatenar a teoria com a prática, levantando hipóteses acerca do sintoma social que é a toxicomania, buscando evidenciar lacunas no sistema público de saúde, que não raro, repercutem nas mais variadas entidades que recebem estas diretrizes públicas. Deste modo faz-se necessário continuarmos na luta da desconstrução do estigma da doença mental e da toxicomania, pois a luta que vem sendo travada contra os fenômenos sociais e existenciais, ainda não parou, estamos em constante labuta para melhorarmos o serviço público, e oferecer acolhimento e suporte para esses usuários e famílias, de modo a reintegrá-los na sociedade buscando uma melhor qualidade de vida para ambos os lados, o entendimento disso carece de investimentos públicos, pois ainda trabalhamos a partir de uma política imediatista que precisa de resultados no mesmo momento de suas ações, essa alternância de ideias, fará com que possamos pensar a longo prazo, investindo, psico-educando e trabalhando para o melhor desempenho desses profissionais, que em última análise irá repercutir no desenvolvimento e reintegração destes usuários, aqui finalizo com um trecho da música de nosso querido poeta e músico Belchior (1946-2017) que acredito que se alinha com o que viemos construindo ao longo deste projeto a respeito da toxicomania, o nome da música é Alucinação que diz assim: *“Eu não estou interessado, em nenhuma teoria, nem nessas coisas do oriente, romances astrais, a minha alucinação, é suportar o dia-a-dia, e meu delírio, é a experiência, com coisas reais”*.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Arthur Guerra de et al. I levantamento nacional sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários das 27 capitais brasileiras. Brasília: **Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**, v. 1, p. 284, 2010.

Andretta, I., Oliveira, M. S. A entrevista motivacional em adolescentes usuários de droga que cometeram ato infracional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 24, v. 2, p. 218-226, 2011.

BRASIL, M. da S. et al. **Ministério da Saúde**. Portaria MS, v. 2914, p. 12, 2004.

CREMESP constata falhas no atendimento dos Centros de Atenção Psicossocial. **Jornal Cremesp**. 2010, v. 269, p.8-9.

CONTE, M. Da necessidade à demanda. **Pulsional Revista de Psicanálise**, 10 (103), 33-41, 1997.

CONTE, M. **A clínica psicanalítica com toxicômanos: o corte & costura no enquadre institucional**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003.

DANTAS, M. L. N. B.; DANTAS, J. S. SILVA, G. de S. A psicoterapia de grupo no atendimento a dependentes químicos-relato de experiência em um projeto social. **Revista Ciência (In) Cena**, v. 1, n. 7, p. 105-120, 2018.

DA SILVA, Mariana Benatto Pereira; CREMASCO, M. V. F. O analista e a toxicomania. **Revista Mal-estar E Subjetividade**, v. 10, n. 3, p. 913-929, 2010.

DOS SANTOS, ÉLEM GUIMARÃES. O grupo como estratégia terapêutica nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas do Espírito Santo. 2010.

FERREIRA, A. C. Z. et al. Fatores que interferem na adesão ao tratamento de dependência química: percepção de profissionais de saúde. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 150-164, 2015.

FREUD, Sigmund. The ego and the id. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIX (1923-1925): **The Ego and the Id and Other Works**. 1961. p. 1-66.

O mal-estar na civilização. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XXI, (p. 67-148). (J. Salomão, dir. da Trad.). RJ: Imago Ed. (Trabalho original publicado em 1930), 1996.

(1996) Além do princípio de prazer. Edição Standard Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. XVIII, 1(p.105-154). (J. Salomão, dir. da Trad.). RJ: Imago Ed. (Trabalho original publicado em 1920)

GRECO, CRISTINA PINI. **O grupo de acolhimento: um dispositivo para facilitar a adesão ao tratamento**. 2009.

GURFINKEL, D. **A pulsão e seu objeto-droga: estudo psicanalítico sobre a toxicomania**. Petrópolis: Vozes, 1996.

LACAN, J. **O Seminário: Livro 8: A transferência**. Rio de Janeiro: Zahar. (Originalmente publicado em 1960-1), 1980.

Ministério da Saúde (Brasil). A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília (DF); Editora MS; 2003

Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. (Org.).VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras. São Paulo, SP: **Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas**, 2010.

OCCHINI, M. F.; TEIXEIRA, M. G. Atendimento a pacientes dependentes de drogas: atuação conjunta do psicólogo e do psiquiatra. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 11, n. 2, p. 229-236, 2006.


SERRETTI, M. A. T. Toxicomania: um estudo psicanalítico. *Mosaico: estudos em psicologia*, v. 5, n. 2, 2012.

TOMÁS, M. A. Intoxicação: um retorno à onipotência narcísica. **Mosaico: estudos em psicologia**, v. 2, n. 1, 2008.

ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. (Col.). **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

WAKS, C. E. M. O lixo clínico: A clínica psicanalítica da toxicomania. **Pulsional Revista de Psicanálise**, 10 (103), 55-61, 1997.

9 ANEXOS



**Universidade
do Contestado**

CURSO DE PSICOLOGIA
RUA VICTOR SOPELSA, 3000 – BAIRRO SALETE
CONCÓRDIA - SC
Telefone: (049)3441-1000

CONTROLE DE PRESENCAS 2020/2

Acadêmico(a): Wesley Rossi

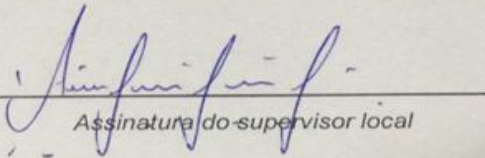
Período: 6ª Fase – Estágio Básico IV

Professora: Ana Patricia Parizotto

Local: CAPS - Concórdia

Nº	Data	Horário de chegada	Horário de saída	Assinatura do(a) Supervisor(a) Local	Assinatura do(a) acadêmico(a)
1	06/11	9:00	10:30	<i>[Handwritten Signature]</i>	<i>Wesley Rossi</i>
2	13/11	9:00	10:30		<i>Wesley Rossi</i>
3					
4					
5					
6					

Observações: Observação do dia 13/11 foi interrompida devido a certos contingências.



Assinatura do supervisor local

1