



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DE MIRACEMA DO TOCANTINS
CURSO DE PSICOLOGIA**

PAULA ALVES TAVARES

**A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO JUNTO A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O
ATENDIMENTO INTEGRAL AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

MIRACEMA DO TOCANTINS, TO

2023

Paula Alves Tavares

**A atuação do psicólogo junto a Estratégia da Saúde da Família e o atendimento integral
ao usuário de álcool e outras drogas**

Artigo apresentado à UFT - Universidade Federal do Tocantins - Campus Universitário de Miracema do Tocantins para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientador: Dr. Ricardo Monteiro Guedes de Almeida.

Miracema do Tocantins, TO

2023

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

T231a Tavares, Paula Alves.

A atuação do psicólogo junto a Estratégia da Saúde da Família e o atendimento integral ao usuário de álcool e outras drogas. / Paula Alves Tavares. – Miracema, TO, 2024.

39 f.

Artigo de Graduação - Universidade Federal do Tocantins – Câmpus Universitário de Miracema - Curso de Psicologia, 2024.

Orientador: Ricardo Monteiro Guedes de Almeida

1. Atuação do psicólogo. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Drogas. 4. Psicologia. I. Título

CDD 150

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

PAULA ALVES TAVARES

A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO JUNTO A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E O
ATENDIMENTO INTEGRAL AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Artigo avaliado e apresentado à Universidade Federal do Tocantins (UFT), Campus Universitário de Miracema, curso de Psicologia, para obtenção do título de Bacharel em Psicologia, e aprovado em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.

Data da Aprovação: 27/11/2023

Banca Examinadora:

Professor Dr. Ricardo Monteiro Guedes de Almeida – Orientador, UFT.

Esp. Julliani Conceição Marques Godinho – Examinadora, FESP.

M.a. Joana Manassés Penteadó – Examinadora, PUC-SP.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Valdirene Alves, que foi minha força motriz durante todo esse percurso, que através de muito esforço me possibilitou oportunidades, e por ser a minha maior inspiração. Te devo tudo.

Ao meu padrasto, Jailson de Sena, por ser meu exemplo diário, e por seu constante incentivo e encorajamento aos estudos.

À minha irmã mais velha, Kétssya Tavares, por todo seu apoio e por sempre ser meu porto seguro, “eu não imagino como seria o mundo sem você me esperando nele”.

À minha sobrinha, Laura Tavares, por ser minha fonte de amor doce.

Ao meu avô, Paulo Tavares (*em memória*), por todo amor, carinho, presença, afeto e cuidado que recebi. Te amo, pra sempre.

À minha avó, Judite Moreira, por todo seu amor e cuidado, por sua história de vida e força, e por seu suporte nesta etapa.

Às minhas irmãs, Júlya Araújo e Jayne Araújo, por se fazerem presentes, seja no quarto do lado ou no nosso whatsapp.

À minha fiel amiga que ganhei nessa trajetória, Bhruna Morais, por ser meu amparo diário, e por todas as nossas histórias juntas, obrigada por deixar tudo mais leve.

Aos meus amigos, Thamyres Ferreira, Millena Menezes, Késia Kauane, Isabela Gomes, Heitor Magalhães e Auriene Santos, por me ensinarem o que é rede de apoio, e por se fazerem minha família em Miracema.

Ao meu professor e orientador, Dr. Ricardo Monteiro, pela sua paciência e por sempre acolher meus medos e dificuldades nessa reta final, obrigada professor.

À Deus, que sempre foi minha fonte de fé nos dias difíceis.

RESUMO

O presente trabalho busca elucidar como tem se apresentado a produção científica acerca da atuação do psicólogo junto a Estratégia da Saúde da Família (ESF) e o atendimento integral ao usuário de álcool e outras drogas, utilizando dos referenciais teóricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira como base. Através de uma revisão integrativa, de cunho qualitativo, e utilizando-se do instrumento metodológico da análise de conteúdo de Bardin, foram selecionados nove artigos, dos quais surgiram as seguintes categorias de análise: I) Programas de Residência como porta para a atuação do psicólogo na ESF; II) Modelo biomédico e a visão hegemônica sobre a prática psicológica; III) Estigma, preconceito e falta de capacitação dos profissionais da saúde no atendimento ao usuário de drogas. Os resultados apontaram como a aproximação da psicologia da ESF tem contribuído para a reformulação de práticas psicológicas que se adequam ao contexto dinâmico de uma atuação na perspectiva social-comunitária e territorial, e em como o modelo assistencial biomédico ainda presente, tem refletido em práticas estigmatizadas em relação aos usuários de álcool e drogas.

Palavras-chave: Psicologia. Estratégia Saúde da Família. Drogas.

ABSTRACT

This study aims to elucidate the current state of scientific production regarding the psychologist's role within the Family Health Strategy (FHS) and the comprehensive care for users of alcohol and other drugs, using the theoretical frameworks of the Brazilian Psychiatric Reform as a foundation. Through an integrative review, with a qualitative approach and employing Bardin's content analysis methodology, nine articles were selected. From these, the following analysis categories emerged: I) Residency Programs as a gateway for psychologists in the FHS; II) Biomedical model and the hegemonic view of psychological practice; III) Stigma, prejudice, and lack of health professionals' training in caring for drug users. The results indicate how the integration of psychology into the FHS has contributed to reshaping psychological practices that align with the dynamic context of a social-community and territorial perspective. Additionally, they highlight how the lingering biomedical care model has manifested in stigmatized practices regarding users of alcohol and drugs.

Keywords: Psychology. Family Health Strategy. Drugs.

SUMÁRIO

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 7 |
| 2 | FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA..... | 15 |
| 3 | OBJETIVOS | 19 |
| 3.1 | Objetivo Geral | 19 |
| 3.2 | Objetivos específicos: | 19 |
| 4 | METODOLOGIA | 20 |
| 4.1 | Formulação do problema..... | 21 |
| 4.2 | Coleta de dados..... | 21 |
| 4.3 | Avaliação dos dados | 22 |
| 4.4 | Análise e interpretação | 23 |
| 4.5 | Apresentação dos dados..... | 23 |
| 5 | RESULTADOS E DISCUSSÃO | 24 |
| 5.1 | Programas de Residência como porta para a atuação do psicólogo na ESF..... | 26 |
| 5.2 | Modelo biomédico e a visão hegemônica sobre a prática psicológica..... | 27 |
| 5.3 | Estigma, preconceito e falta de capacitação dos profissionais da saúde no atendimento ao usuário de drogas..... | 30 |
| 6 | CONCLUSÃO | 34 |
| | REFERENCIAL..... | 36 |

1 INTRODUÇÃO

Após os movimentos da Reforma Sanitária Brasileira, caracterizada pela democratização da saúde, e diante de uma conjuntura de lutas contra a ditadura, é que emergem as estratégias para uma ação transformadora no campo da Saúde Mental. Inspirada nas ideias e práticas do psiquiatra Franco Basaglia, crítico da psiquiatria tradicional, é que nasce o processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPb). Segundo Amarante e Nunes (2018), é no cenário de redemocratização, relacionando a luta específica de direitos humanos para as vítimas da violência psiquiátrica com a violência do estado autocrático, e reconhecendo a má qualidade da assistência psiquiátrica prestada no Brasil, que se constituiu a RPb.

De acordo com Amarante (1995), entende-se a Reforma Psiquiátrica como um processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento e a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, ela se dá no fim da década de 70, tendo como fundamento uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, além de uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas (AMARANTE, 1995).

Barro e Salles (2011) dividem o processo da RPb, na perspectiva do uso de mecanismos de gestão para sua implantação e avanço, em três períodos: o primeiro, de 1992 a 2001, em que houve a implementação de estratégias de desinstitucionalização, por meio das primeiras normas que possibilitam experiências de humanização e controle da hospitalização, ampliação da rede ambulatorial em saúde mental e início do financiamento e implantação dos novos serviços substitutivos; o segundo, de 2000 a 2002, marcado pela aprovação da Lei 10.216 de 2001 e pela expansão da rede de atenção psicossocial, com financiamento para implantação de dispositivos de desinstitucionalização e início da expansão da agenda política para novos problemas a serem enfrentados, como a questão das crianças e adolescentes e o abuso de drogas; e o terceiro, de 2003 até a atualidade, marcado pela consolidação da hegemonia reformista.

A RPb, inicialmente, não conseguiu adotar em seus desafios a discussão do cuidado comunitário para pessoas que estavam internadas por questões relacionadas ao consumo de álcool e/ou outras drogas, como o fez com transtorno mental. Ainda que, segundo Assis, Barreiras e Conceição (2013), grande parte das pessoas em isolamento social nos hospitais psiquiátricos estivessem lá por essas questões. Junto a isso, com a dificuldade de tratar o fenômeno da drogadição de forma complexa, associada ao viés proibicionista e conservador, que demoniza aquilo que não se compreende, emerge então a política de “guerra às drogas.

Com a aprovação da Lei 11.343/06 (BRASIL; 2006), conhecida como a Lei das Drogas, é instituído o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, que tinha como objetivo instituir penas mais leves para o usuário, que passou a ser visto como assunto de saúde pública, e endurecer a penalidade para os narcotraficantes, “seguindo a dicotomia entre o usuário patologizado e o traficante demonizado e reproduzindo seletividade e classicismo” (LEAL, 2017, p. 192). A guerra às drogas consiste em tornar o combate ao narcotráfico uma pauta de segurança nacional permitindo a militarização dessa política.

Policiais – militares ou civis – são colocados no ‘front’ para matar e morrer. Formal ou informalmente autorizados e mesmo estimulados por governantes, mídia e grande parte do conjunto da sociedade a praticar a violência, expõem-se a práticas ilegais e a sistemáticas violações de direitos humanos, inerentes a uma atuação fundada na guerra. A missão original das polícias de promover a paz e a harmonia assim se perde e sua imagem se deteriora, contaminada pela militarização explicitada na política de ‘guerra às drogas’ (KARAM, 2015, p. 48)

No que se refere à recorte social, não há como discutir a guerra às drogas sem considerar os marcadores sociais que forjam os jovens negros como os inimigos de fato dessa guerra, o processo de repressão tem cor, gênero e classe social em sua materialização. De acordo com Oliveira e Ribeiro (2018), é observado ao longo dessa atuação o aumento do encarceramento por delitos relacionados às drogas e do número de mortes entre pessoas jovens e negras. Evidenciando como correspondente a aproximação das temáticas de políticas e leis desse campo com os dados de violência que se encontram entre a juventude pobre e negra.

De acordo com Atlas da Violência (BRASIL, 2019) no ano de 2019, num total de 45.503 homicídios, 34.466 foram contra pessoas negras no Brasil. Desse total de pessoas vitimadas, 41.692 eram homens e 21.897 tinham idade entre 15 e 29 anos. Podemos dizer que a vítima de assassinato no Brasil é, em sua maioria, um jovem homem negro. Tornando-se evidente a seletividade da política de drogas proibicionista através de um regime perverso e violento.

Oliveira e Ribeiro (2018) sinalizam que esse modelo de combate ignora completamente a existência em igual incidência quanto ao uso e à constituição de outras formas de organização do tráfico de drogas nas demais camadas sociais, com privilégios de mercado seguro para pessoas brancas e de classes altas neste circuito. Havendo, no entanto, forças de segurança que agem de maneira ostensivas em territórios “periféricos” inteiros, utilizando-se prioritariamente da violência.

O aumento da população carcerária em detrimento da sustentação do modelo proibicionista das drogas, também se configura como forma de violência, logo que, a ideia de que o sistema prisional é voltado como uma forma de proteção a esses sujeitos, encobre a

realidade de que a intervenção do sistema penal é mera manifestação de poder, servindo tão somente como instrumento de disciplina e ordem social, assim como serviram os hospitais psiquiátricos e os manicômios.

Buscando construir saídas para a lógica do confinamento, com apostas em serviços substitutivos que propunham um modelo mais integrado de cuidado, é através da Reforma Psiquiátrica que ocorrem as grandes transformações das práticas em Saúde Mental, que impactaram diretamente no cuidado de usuários de álcool e outras drogas. A partir de 2011, com a regulamentação da Portaria Nº 3.088 (BRASIL, 2011), surge a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Segundo o Ministério de Saúde (BRASIL, 2011), a RAPS surge com a finalidade de ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Orientando-se por diretrizes ancoradas no respeito aos direitos humanos, na construção da integralidade e da intersetorialidade e na participação dos usuários, familiares e comunidade na definição do projeto terapêutico.

Nessa perspectiva, é por meio do reconhecimento do caráter multifatorial alinhado ao princípio do cuidado integral, que se reconhece o problema da drogadição. Alinhando-se a isso a necessidade de intervenções que busquem atender as necessidades individuais dos usuários, dando enfoque a promoção de autonomia, e a reabilitação psicossocial. Qualificando o cuidado a este usuário por meio da assistência multiprofissional, sob uma lógica interdisciplinar.

Tendo como principal característica suas múltiplas portas de entrada, a Atenção Primária à Saúde, também se caracteriza como o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção do SUS. Devendo se orientar pelos princípios da: universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, responsabilização, humanização e equidade. Isso significa dizer que a Atenção Primária à Saúde funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos (BRASIL, 2020).

Segundo o Ministério da Saúde, o primeiro nível de atenção se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange: prevenção de agravos, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas (BRASIL, 2022). A Atenção Primária é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Há diversas estratégias governamentais relacionadas, sendo uma delas a Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Na trajetória de construção da Atenção Primária à Saúde no Brasil (APS), o modelo da ESF é considerado prioritário para a consolidação e a ampliação da cobertura da APS no país, com as equipes de Saúde da Família, visando promover a ampliação e a resolutividade da atenção primária de forma integrada e planejada. A ESF é desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado dirigidas à população do território, por gestão qualificada e conduzida por equipe multiprofissional, que assume responsabilidade sanitária local (BRASIL, 2022).

Já o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), criado em 2008, tinha o objetivo de consolidar a atenção primária, promovendo a atuação integrada entre médicos, enfermeiros e profissionais das mais variadas especialidades, como acupunturistas, assistentes sociais, psicólogos, homeopatas, fonoaudiólogos e nutricionistas. Através de um trabalho interprofissional nas discussões de casos clínicos, atendimento compartilhado e construção de projetos terapêuticos. No entanto, o programa foi extinto em 2019, durante o Governo Bolsonaro, devido à revogação de seus instrumentos normativos pelo novo modelo de financiamento de custeio da APS (BRASIL, 2010).

A atuação em saúde, tendo como foco do cuidado a família é uma forma de reversão do modelo hegemônico voltado à doença, que fragmenta o indivíduo e separa-o de seu contexto e de seus valores socioculturais. No modelo biomédico de atenção à saúde, o atendimento à família verifica-se em função do surgimento de uma doença em um de seus membros, raramente sendo vista como um grupo de pessoas que necessita de avaliação e intervenção (SILVA; SILVA; BOUSS; 2011). Assim, privilegia-se o atendimento individualizado de seus membros, perdendo sua integralidade, de maneira que seus anseios, desejos, e relações com os demais membros da família e social são aspectos que, com frequência, são deixados de lado.

Com isso, priorizando ações de proteção e promoção da saúde na ESF, cada equipe de saúde é levada a conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio do cadastramento e da identificação de suas características, tornando-se mais sensível às suas necessidades (SILVA; SILVA; BOUSS; 2011). Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos, o que facilita a identificação e o atendimento dos problemas de saúde da comunidade.

Nesse sentido, convém sinalizar o trabalho com famílias e visitas domiciliares na assistência ao usuário de álcool e outras drogas, uma vez que se observa nos fatores de proteção a importância da aceitação e apoio familiar, além das oportunidades de reestruturação de vida e de reinserção social. Esses usuários, assim como suas famílias, possuem direitos de acesso aos serviços de saúde, direito que deve ser garantido em todos os níveis de atenção, e não apenas nos serviços especializados.

É a partir dessa perspectiva, de que o cuidado deva ocorrer no território, de modo a respeitar a história, cultura e vínculos sociais desses sujeitos que é estabelecida a Portaria 336/2002 (BRASIL, 2002), que institui as diferentes modalidades de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), incluindo o CAPS-AD, que seria destinado para tratamento de pessoas com necessidades específicas decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. Colocado como um dos serviços substitutivos à internação, buscando promover a reabilitação psicossocial de seus usuários, se caracterizando pelo cuidado e atenção diária, além da articulação com toda a rede de atenção. Sendo central no planejamento de ações voltadas para a atenção integral às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

Segundo Xavier e Monteiro (2013), as ações desenvolvidas atuam através de um trabalho interdisciplinar e integral, que busca o acolhimento universal e incondicional ao paciente e seus familiares. Com um atendimento que busca ajudar até mesmo aqueles usuários que não demonstram o desejo de interromper o consumo, além de auxiliar no tratamento de abstinências leves em nível ambulatorial e realizar busca ativa em articulação com atenção básica em casos de abandono de tratamento.

Junto a isso, um conjunto de normativas foi adotado pelo Ministério da Saúde, enfatizando a expansão dos CAPS e a construção de uma política de atenção integral. No campo da política de atenção integral em álcool e outras drogas no Brasil, é importante destacar que o Ministério da Saúde (2003) assume de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar, reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública. Indicando a necessidade de consideração das implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas como forma de compreensão global do problema.

O tema da dependência de drogas age de diferentes formas, já que afeta pessoas de diferentes maneiras, por diferentes razões, em diferentes contextos e circunstâncias (BRASIL, 2003). É através da política integral que se reconhece esse usuário, suas características e individualidades, para que se possa desenhar e implantar múltiplos programas de prevenção, educação e tratamento adaptados às suas especificidades.

Inicialmente, esse processo foi atravessado a todo o momento pela lógica hegemônica proibicionista e abstinência, sobretudo às chamadas drogas ilícitas. Com isso, destaca-se os modos distintos de “enfrentamento às drogas”: o proibicionismo e a redução de danos (RD). Segundo Andrade (2000), enquanto o primeiro está empenhado em reduzir a oferta e demanda por substâncias psicoativas (SPAs) consideradas danosas com ações repressivas e criminalizadoras da produção, comércio e uso; o paradigma da RD, por sua vez, concentra-se em enfrentar, junto com os principais envolvidos e de modo pragmático, os problemas de saúde, sociais e

econômicos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, sem avaliações ou prescrições morais sobre essas práticas (ANDRADE, 2000).

Com o retrocesso na Política sobre Drogas com o decreto Nº 9.761/2019, que põem fim na política de redução de danos, observa-se que é através do paradigma proibicionista que são evidenciadas as práticas tutelares, heteronômicas e violadoras de direitos amparadas no modelo médico-moral (BRASIL, 2019). Dessa forma, tal modelo reforça, na contramão da RPb e da luta antimanicomial, a internação compulsória e involuntária, além do tratamento visando a abstinência como única meta possível (CFP, 2019). Se opondo a prática do psicólogo, que tem como pressupostos a dignidade e integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos, através de um referencial ético e político da profissão (CFP, 2005).

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (BRASIL, 2003, p. 10).

Para além disso, se faz necessário evidenciar mais duas medidas tomadas pelo governo federal entre 2018 e 2019: a ampliação do financiamento para mais 12 mil vagas em Comunidades Terapêuticas e o aumento do financiamento a hospitais psiquiátricos, concedendo reajuste acima de 60% no valor das diárias (DELGADO, 2019). Reforçando o ideário da higiene social, de se retirar os elementos indesejáveis do cenário social urbano, com investimentos financeiros em modelos que tiram a identidade do usuário, ao invés de investir em políticas públicas que tem como base a autonomia, protagonismo e emancipação dessas pessoas.

É necessário traçar estratégias singulares, não excluindo da Redução de Danos a abstinência como direção, através de uma atenção integral que compreenda o desenvolvimento contínuo de fatores de proteção, individuais e coletivos na trajetória de vida desses sujeitos, “tratar significa aumentar o grau de liberdade” (BRASIL, 2003, p.11).

Pelo exposto se infere que o abuso de drogas é um problema de saúde pública e, também, uma demanda da Atenção Primária à Saúde; sendo necessário elucidar a efetivação do cuidado ao usuário de drogas na Estratégia Saúde da Família (ESF), por ser um serviço de proximidade territorial que possibilita uma relação mais próxima e afetiva com os usuários e seus familiares. Considerando a importância da integração e articulação desse serviço com a prática do psicólogo, idealizou-se esta pesquisa que busca responder ao seguinte questionamento: Como

se apresenta a produção científica acerca da atuação do psicólogo junta a Estratégia da Saúde da Família no atendimento integral ao usuário de álcool e outras drogas? Tendo em vista a continuidade do cuidado em saúde mental, na perspectiva da integralidade, através das políticas públicas de saúde mental.

O desejo por esse tema foi surgindo a partir dos textos e debates proporcionados pela disciplina de "Saúde Mental: saberes e práticas", e em seguida foi ainda mais impulsionado pelo Programa Institucional de Bolsas de Extensão - PIBEX, do qual fui bolsista no projeto: "Escuta e Acolhimento das Experiências de Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da atenção à Saúde Mental". Ambos me proporcionaram o primeiro contato com a estruturação da RAPS, seja através da teoria com aulas da disciplina, ou das rodas de conversa na escuta de experiências dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS 's) no SUS. Com isso, a vontade de entender e pesquisar mais sobre a temática, me incentivaram a querer contribuir para a produção científica sobre ela.

Nesse sentido, a relevância deste projeto se apresenta ao buscar explorar as recentes transformações na política brasileira sobre drogas, e os impactos imediatos dessas transformações no campo da saúde mental. Considerando que a reforma da atenção em saúde mental no Brasil apresentava uma linha relativamente firme e contínua de progresso, desde a década de 1980. No entanto, após as medidas tomadas pelo governo federal a partir de 2016, no governo Temer, e aprofundadas no governo Bolsonaro, como o reforço do papel estratégico do hospital psiquiátrico e a ênfase na internação de usuários que fazem uso de substâncias psicoativas, representam uma medida direta de desconstrução da reforma psiquiátrica (DELGADO, 2019).

Junto a isso, a busca por contribuir para a reflexão sobre esses acontecimentos na saúde e de como a psicologia se insere em tal sistema, evidenciando a perspectiva da integralidade através da consideração dos fatores socioculturais e dos aspectos subjetivos destes usuários. Além das formas de cuidado ofertados a pessoas com sofrimentos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e de como funcionam as ações transversalizadas nos serviços da rede de cuidado do SUS, especialmente na ESF.

A proposta de pesquisa também encontra justificativa na necessidade de explorar mais o tema da atuação dos psicólogos na atenção primária junto aos usuários de álcool e outras drogas. Considerando os poucos estudos e materiais teóricos que investigam a prática do profissional e os desafios encontrados na inserção desse(a) profissional nesse campo, logo que a entrada do(a) psicólogo(a) na rede de atenção como parte obrigatória de uma equipe de

referência de profissionais garantida por legislação da área, ainda se faz recente (CAMARGO-BORGES; CARDOSO; 2005).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Segundo Rameh-de-Albuquerque et al. (2017, p. 84), em diversos momentos históricos, por entre algumas culturas e sociedades, certos atores sociais considerados “desviantes”, por irem na contramão de normas e padrões de comportamento culturalmente estabelecidos, foram assim considerados pela ótica da “loucura”, do “alcoolismo”, da “heresia” e da “drogadição”. Zygmunt Bauman (1998) sobre a noção de ordem e pureza evidencia a configuração de determinada ordem social em que esses “desviantes” são classificados como “estranhos”, e acabam denunciando a fragilidade da ordem. Dessa forma, “os estranhos exalam a incerteza, a onde a certeza e a lógica deveriam imperar” (BAUMAN, p.28, 1998), apontando o interesse dessas sociedades por uma higiene que retirasse esses indivíduos do meio social, a fim de não comprometer a norma estabelecida.

Com isso, surge durante a época clássica, o hospício, que segundo Amarante (1998) cumpre a função de uma caracterizada 'hospedaria'. Representando um espaço de recolhimento a possíveis marginalizados na sociedade, todos aqueles que sinalizaram uma ameaça à lei e à organização: leprosos, prostitutas, ladrões, loucos, vagabundos, legitimando esses espaços como verdadeiros responsáveis pela limpeza social. Após a Revolução Francesa, século XVIII, esse enclausuramento passa a receber o sentido de medicalização, transformando-se em hospitais e recebendo características médicas. É a partir dessas mudanças que esses hospitais passam a assumir características sociais e políticas, perdendo sua função de controle social e passando a ter a finalidade de tratar enfermos. Por meio desse modelo é produzido o saber inicial sobre as doenças, apesar deste saber referir-se a uma doença institucionalizada, isto é, a uma doença modificada pela ação prévia da institucionalização. Em outras palavras, a doença isolada, em estado puro, terminava por ser uma doença produzida, transformada pela própria intervenção médica (AMARANTE, 2007).

No final do século XVIII, Phillippe Pinel, uma vez nomeado para dirigir o Hospital de Bicêtre, na França, define um novo status social para a loucura. Trata-se da apropriação da loucura pelo saber médico (ALVES et al. 2009). Surge então o início da institucionalização da loucura pela medicina, a partir da caracterização do louco, enquanto personagem representante de risco e periculosidade social, e da ordenação do espaço hospitalar pela categoria profissional psiquiátrica (AMARANTE, 1998). A partir de então, a loucura passa a ser sinônimo de doença mental, devendo, enquanto doença, ser tratada medicamente.

Segundo Birman (1978), é a partir daí que o universo da loucura foi excluído do espaço social, ao possibilitar que fosse concedido ao louco o direito de assistência médica e de cuidados

terapêuticos, enunciando a ideia de incapacidade, retirando dele a cidadania. Os usuários de álcool e outras drogas, por sua vez, também eram enquadrados e submetidos a estas mesmas categorias e ordens sociais. Nesse sentido, tal iniciativa cria um campo de possibilidades terapêuticas, mas acaba definindo um estatuto patológico e negativo para a loucura, reforçando a ideia de isolamento e da exclusão.

Desta forma, a instituição psiquiátrica, de inspiração manicomial, e toda lógica asilar que lhe fundamenta, configura-se como um lugar de segregação, expurgo social, onde são confinados, na maioria das vezes sem o direito de escolher, aqueles que, desviantes do padrão de razão ocidental, não correspondem às expectativas mercantilistas da sociedade. A institucionalização da loucura, que tem no Manicômio o seu maior expoente, através de uma cultura asilar, cujo tratamento moral, com seus ideais de punição, regulação e sociabilidade, promove o surgimento de verdadeiras ‘fábricas de loucos’, reprodutoras de uma concepção preconceituosa e totalitária, que discrimina, isola, vigia e tem, na doença, o seu único e absoluto objeto (ALVES et al. 2009, p. 88).

Com isso, convém caracterizar o que Goffman (1961) define como “instituições totais”, sendo aquela que promove uma espécie de barreira à relação social com o mundo externo, vetando o contato de seus internos com qualquer realidade que lhe seja exterior, e os impedimento de decisões sobre os mínimos aspectos da existência. Revelando, assim, particularidades dos hospitais psiquiátricos enquanto instituição total que através do controle e isolamento, geram a “mortificação do eu civil”, devido à distância das rotinas e transformações culturais ocorridas no mundo externo, gerando dependência da instituição e causando um medo nesse interno de reinserir-se no convívio social.

É através dessa barreira com o mundo externo, e do despojamento do seu “eu” ao entrar na instituição, que é construída a face institucional da doença mental, “tomando-se por base a negação da subjetividade do louco, a negação das identidades, e a partir da objetivação extrema da pessoa como objeto do saber” (AMARANTE, p. 81, 1996). Com isso, Amarante (1994) destaca o que Franco Basaglia intitulou como ‘duplo da doença mental’, que consiste nas formas institucionais de lidar com o objeto, e não mais com o sujeito, e que devem ser superadas por meio do reconhecimento desse sujeito e da sua subjetividade como o principal alvo do ato terapêutico.

Desse modo, a ideia de colocar entre parênteses a doença mental não significa a sua negação, com destino a negação de que exista algo que produza dor e sofrimento, mas a recusa à aceitação da completa capacidade do saber psiquiátrico em explicar e compreender o fenômeno loucura/sofrimento psíquico, assim reduzido ao conceito de doença. Diz respeito à tentativa de superar as consequências da vida institucional, para estabelecer quais partes eram

de responsabilidade da instituição e quais eram da doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia e a ruptura epistemológica que se refere ao 'duplo' da doença mental, isto é, ao que não é próprio da condição de estar doente, mas de estar institucionalizado (AMARANTE, 1994).

Basaglia destaca a necessidade de colocar o sujeito em evidência e não mais a doença. Tal proposta possibilitaria enfrentar o duplo da doença mental causado pela institucionalização do sujeito. Entendendo o duplo como algo que se sobrepõe à doença, que surge como consequência do processo de institucionalização.

Segundo Paulo Amarante:

Nesta (instituição), é constituído um conjunto de formas de lidar, olhar, sentir o internado, com base naquilo que se supõe ser o louco e sua loucura. Assim, 'por duplo da doença mental' é entendido tudo aquilo que se constrói em termos institucionais em torno do internado: é a face institucional da doença mental, construída tomando-se por base a negação da subjetividade do louco, da negação das identidades, a partir da objetivação extrema da pessoa como objeto do saber. São formas institucionais de lidar com o objeto, e não mais com o sujeito, sobre o qual edificam-se uma série de 'pré-conceitos' 'científicos', fundados em noções tais como a de periculosidade, irrecuperabilidade, incompreensibilidade da doença mental (AMARANTE, 1996, p. 80-81).

Com isso, entende-se o processo de desmontagem do conceito de 'duplo da doença', através da identificação do sujeito como único protagonista no ato terapêutico. Foi através da observação do processo de institucionalização, isolamento e do tratamento moral, que surgiram os grandes questionamentos, após a Segunda Guerra Mundial, acerca do objetivo da Psiquiatria, seu saber e seu poder.

Dentre os questionamentos estavam: superlotação de internos nos asilos, dificuldade em estabelecer os limites entre a loucura e a sanidade, as evidentes funções sociais cumpridas pelos hospícios na segregação de segmentos marginalizados da população, e ainda as constantes denúncias de violências contra os pacientes internados. Fazendo com que a credibilidade do hospital psiquiátrico e, em última instância, da própria psiquiatria, fosse contestada (AMARANTE, 2011). Emergindo, assim, as primeiras experiências de “reformas psiquiátricas”.

Experiências internacionais, como “Comunidade Terapêutica” e “Psicoterapia Institucional”, que propôs mudanças na instituição, a “Psiquiatria de Setor” e “Psiquiatria Preventiva” que acreditava na construção de serviços assistenciais, e a “Antipsiquiatria” e “Psiquiatria Democrática” que consideravam que a questão estaria no modelo científico psiquiátrico, evidenciaram as primeiras influências pelas mudanças no contexto psiquiátrico

(ALVES, 2009). No entanto, para o Brasil, a eclosão da “Psiquiatria Democrática Italiana” sob influência de Franco Basaglia, que propunha a compreensão da loucura, foi a maior inspiração para a RPb.

Assim, tem-se a negação não apenas de uma estrutura física da violência nas instituições, mas das práticas que a sustentam, não se tratando apenas de um processo de desospitalização. Para Basaglia, mudar a psiquiatria é mudar a instituição e suas práticas, refletindo na mudança do saber psiquiátrico. Nesse sentido, é colocado em evidência: a negação da instituição manicomial, da psiquiatria enquanto ciência, do doente mental como resultado de uma doença incompreensível, do papel de poder puro do psiquiatra em relação ao paciente, da negação e da denúncia da violência à qual o doente é sujeito dentro e fora da instituição (AMARANTE, 1996).

Segundo Amarante (1996), embora o manicômio fornecesse a condição de possibilidade epistêmica da psiquiatria, o que faz com que este seja um lugar prático e simbólico de eleição para o processo efetivo de desinstitucionalização, o projeto de transformação iniciado por Basaglia não se restringia ao hospital psiquiátrico. Como destaca Basaglia:

A negação de um sistema é a resultante de uma desestruturação, de um questionamento do campo de ação em que agimos. E o caso da crise do sistema psiquiátrico enquanto sistema científico e enquanto sistema institucional: desde que nos conscientizamos do significado desse campo específico, particular, em que atuamos, ele vem sendo desestruturado e questionado. Isso significa que em contato com a realidade institucional, e em nítida contradição com as teorias técnico-científicas, evidenciaram-se elementos que remetem a mecanismos estranhos à doença e sua cura. Diante de uma tal constatação era impossível evitar a crise das teorias científicas sobre o conceito de doença, assim como das instituições sobre as quais elas fundam suas ações terapêuticas (BASAGLIA, 1985, p.103-104).

Com o questionamento do saber psiquiátrico, observa-se a necessidade não de humanizar a instituição manicomial, mas de substituí-la, através de novas estruturas assistenciais. Surge a ideia da criação de centros de saúde mental territoriais, nos quais todas as funções básicas de um serviço assistencial psiquiátrico podem ser cumpridas, até mesmo a internação em período de crise.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Levantar e analisar, por meio de uma revisão integrativa, a produção científica acerca da atuação do psicólogo junto a Estratégia da saúde da família e o atendimento integral ao usuário de álcool e outras drogas.

3.2 Objetivos específicos:

- Caracterizar a atuação do psicólogo junto a Estratégia da Saúde da Família.
- Descrever o atendimento integral ao usuário de álcool e outras drogas.
- Analisar a atuação do psicólogo junto a Estratégia da Saúde da Família a partir da perspectiva do atendimento integral ao usuário de álcool e outras drogas.

4 METODOLOGIA

Segundo Raupp e Beuren (2006), quando determinada temática a ser estudada não apresenta muito conhecimento, é possível caracterizar o seu estudo como sendo uma pesquisa exploratória. Nesse sentido, sendo a atuação do psicólogo na Estratégia de Saúde da Família no atendimento integral ao usuário de álcool e outras drogas um tema pouco estudado, buscou-se conhecer com maior profundidade o assunto, por meio do estudo exploratório.

Gil (1999) destaca que a pesquisa exploratória é desenvolvida no sentido de proporcionar uma visão geral acerca de determinado fato. Portanto, esse tipo de pesquisa é realizada, sobretudo, quando o tema escolhido é pouco explorado e torna-se difícil formular hipóteses precisas e operacionalizáveis. Uma característica interessante da pesquisa exploratória consiste no aprofundamento de conceitos preliminares sobre determinada temática não contemplada de modo satisfatório anteriormente.

Dessa forma, por possuir seus fenômenos inseridos em uma complexa rede de fatores sociais, políticos, econômicos, culturais e históricos, a presente pesquisa foi profundamente analisada e interpretada, se apropriando também de uma abordagem qualitativa.

A pesquisa qualitativa ocupa um reconhecido lugar entre as várias possibilidades de se estudar os fenômenos que envolvem os seres humanos e suas intrincadas relações sociais, estabelecidas em diversos ambientes (SILVA; EMMENDOERFER, 2014), através de um levantamento de informações de qualidade e das interpretações que se dá a elas. Destaca-se, neste trabalho, um recorte de pesquisa cujo foco não teve como pretensão tomar conotação de defesa ou prioridade, mas sim de aprofundamento, caracterização e compreensão sobre o tema, tendo a reflexão como parte do processo de produção de conhecimento.

Para responder ao objetivo deste estudo, a revisão integrativa de literatura mostrou-se o instrumento mais fecundo, pois consiste num método que permite além da revisão da produção acadêmica, a realização da síntese do conhecimento a organização das produções sobre o tema, no âmbito científico, garantindo assim um rigor metodológico e a apresentação crítica da análise dos textos (SOUZA; SILVA; CARVALHO; 2010).

Segundo Ercole, Melo e Alcoforado (2014), este tipo de levantamento bibliográfico da literatura é denominada integrativa pois é capaz de fornecer informações mais amplas sobre um determinado assunto, contribuindo assim, para a construção de conhecimento. Deste modo, pesquisas desta natureza podem ser realizadas com diferentes finalidades, como a definição de conceitos, revisão de teorias, análises metodológicas dos estudos revisados, entre outras.

Para a operacionalização desta proposta, de acordo com Souza, Silva e Carvalho (2010), são utilizadas as seguintes etapas: a formulação do problema ou questão norteadora, estabelecimento de critérios de seleção da amostra, coleta de dados, definição de informações a serem extraídas dos artigos selecionados, análise crítica dos dados coletados e a apresentação dos resultados, as quais serão utilizadas nesta pesquisa.

4.1 Formulação do problema

Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), a primeira etapa consiste como norteadora para a condução de uma revisão integrativa, pois é através da pergunta norteadora que será determinado quais estudos serão utilizados e as formas escolhidas para identificação de cada estudo. Devendo ser estabelecida de forma clara e específica, levando em consideração que objetividade inicial conduzirá uma análise com conclusões de fácil identificação e aplicabilidade (POMPEO; ROSSI; GALVÃO; 2009).

Uma vez que a questão de pesquisa é bem delimitada, os descritores ou palavras-chave são facilmente identificados para a execução da busca dos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO; 2008). Nesse sentido, foi utilizada como questão norteadora o seguinte questionamento: como se apresenta a produção científica acerca da atuação do psicólogo junto a Estratégia da Saúde da família e o atendimento integral ao usuário de álcool e outras drogas?

4.2 Coleta de dados

Estando diretamente ligada à etapa anterior, logo que a amplitude do assunto estudado determina o procedimento de amostragem, na etapa da coleta de dados foram definidos os critérios de inclusão e exclusão do estudo investigado, estratégias e a seleção das bases de dados utilizadas.

A seleção dos estudos para a avaliação crítica é fundamental, a fim de se obter a validade interna da revisão. Segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008) esse procedimento de inclusão e exclusão de artigos deve ser conduzido de maneira criteriosa e transparente, uma vez que a representatividade da amostra é um indicador da profundidade, qualidade e confiabilidade das conclusões finais da revisão.

Dessa forma, foram considerados como critérios de inclusão para orientar a busca e seleção dos materiais nessa pesquisa: artigos que respondiam à pergunta norteadora, que estivessem completos, disponibilizados na língua portuguesa e foram publicados entre os anos

de 2013 e 2023. Levando em consideração uma literatura branca, na busca de artigos convencionais ou formais que apresentem uma facilidade para identificação, divulgação e obtenção, e produzidos dentro dos circuitos comerciais (GOMES; MENDONÇA; SOUZA; 2007), visando a qualidade dos materiais encontrados. Como critérios de exclusão foram descartados os artigos que não respondiam a pergunta norteadora, disponibilizados de forma parcial, ou em outro idioma que não estivesse em Português, e publicações não convencionais de difícil acesso, classificadas como literatura cinzenta.

A pesquisa foi realizada através das seguintes bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* - (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde - Periódicos Eletrônicos de Psicologia (BVS-Pepsic), e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Levando em consideração o carácter multidisciplinar das duas primeiras e pelo foco em periódicos provindos da Psicologia no caso da terceira. Comprometidas com a ciência, ambas auxiliaram e contribuíram com o desenvolvimento da pesquisa. A busca foi direcionada pelos seguintes descritores: Estratégia Saúde da Família; Psicologia; drogas. Tendo “Estratégia Saúde da Família” como descritor fixo em todas as pesquisas, o operador “AND” será utilizado com os demais descritores (“Psicologia” AND “Estratégia Saúde da Família” / “Estratégia Saúde da Família” AND “drogas”) de modo que, a mesma estratégia de busca de dados será utilizada para todas as bases.

4.3 Avaliação dos dados

De acordo com Roman e Friedlander (1998), é a partir de um julgamento crítico sobre a qualidade dos dados individuais que é feita a avaliação de dados. Com isso, os dados levantados serão avaliados se estão atravessados por fatores irrelevantes para o problema, de acordo com variáveis definidas previamente, devendo ser analisados de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO; 2008). Esse procedimento é realizado para se saber se os dados estão realmente relacionados com o objeto de interesse do estudo e, portanto, se vão colaborar com o resultado final da pesquisa.

A fim de atender o propósito prático dessa etapa de sumarizar e documentar, de forma concisa e fácil às informações-chave de cada artigo incluído na revisão (SILVA, 2011), foi utilizado a aplicação de um instrumento para o melhor direcionamento da pesquisa. O instrumento teve como objetivo garantir a precisão na checagem das informações, além de servir como forma de registro, contemplando alguns itens básico.

4.4 Análise e interpretação

No que se refere à análise e interpretação, é nessa etapa que as informações extraídas serão unificadas, após uma análise crítica dos estudos selecionados, correspondendo à fase de discussão dos principais resultados encontrados (SOUZA; SILVA; CARVALHO; 2010). A análise dos estudos selecionados em relação ao delineamento da pesquisa foi realizada de forma descritiva com o objetivo de reunir o conhecimento produzido sobre o tema escolhido para a revisão. O método empregado foi o de análise de conteúdo, sendo considerado um conjunto de técnicas utilizadas na análise de dados qualitativos.

Oscilando entre o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade, a análise de conteúdo pode ser definida como um conjunto de instrumentos metodológicos que têm como fator comum uma interpretação controlada, baseada na inferência (BARDIN, 1988). Segundo Castro, Abs e Sarriera (2013) a proposta de Bardin, está organizada em três fases: a primeira refere-se à pré-análise, onde foram feitas leituras do material e a utilização dos indicadores de critério de análise; na segunda, fez-se a exploração do material no sentido de codificar e criar categorias a partir dos dados; na terceira, o tratamento dos resultados e à interpretação, em que os dados foram interpretados, considerando os conteúdos manifestos e latentes. Após esse processo, os dados obtidos foram organizados em categorias de análise.

4.5 Apresentação dos dados

De acordo com Botelho, Cunha e Macedo (2011), é nessa fase que será feita a redução, exposição e comparação, bem como a conclusão e verificação dos dados que serão evidenciados. Dessa forma, após a leitura dos artigos selecionados, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, procedeu-se à extração dos dados de interesse para a revisão. As informações foram registradas no instrumento de coleta, preenchido para cada artigo da amostra, o que permitiu a sistematização dos dados. A apresentação dos resultados e discussão dos dados obtidos foi feita de forma descritiva, utilizando-se da técnica de análise temática a partir de três categorias estabelecidas: Programas de Residência como porta para a atuação do psicólogo na ESF; Modelo biomédico e a visão hegemônica sobre a prática psicológica; Estigma, preconceito e falta de capacitação dos profissionais da saúde no atendimento ao usuário de drogas.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que se refere aos resultados, na base de dados Scielo, obteve-se 46 resultados para a busca dos descritores “Psicologia” AND “Estratégia Saúde da Família”, dos quais 4 foram selecionados para revisão, e 2 resultados para os descritores “Estratégia Saúde da Família” AND “drogas”, os 2 foram selecionados para revisão. Quanto a base BVS-Pepsic, foram alcançados 5 resultados para os descritores “Psicologia” AND “Estratégia Saúde da Família”, e 1 selecionado para revisão, e 2 resultados para os descritores “Estratégia Saúde da Família” AND “drogas”, mas como nenhum atendia a pergunta de pesquisa foram desclassificados. Na LILACS foram encontrados 68 resultados para os descritores “Psicologia” AND “Estratégia Saúde da Família”, dos quais 4 foram selecionados, e 16 respostas para os descritores “Estratégia Saúde da Família” AND “drogas”, e 1 selecionado para revisão. Ao total foram 9 artigos selecionados para o estudo, sendo 1 desqualificado na revisão por não atender ao objetivo da pesquisa. A figura 1 compõe a estratégia para a busca dos artigos.

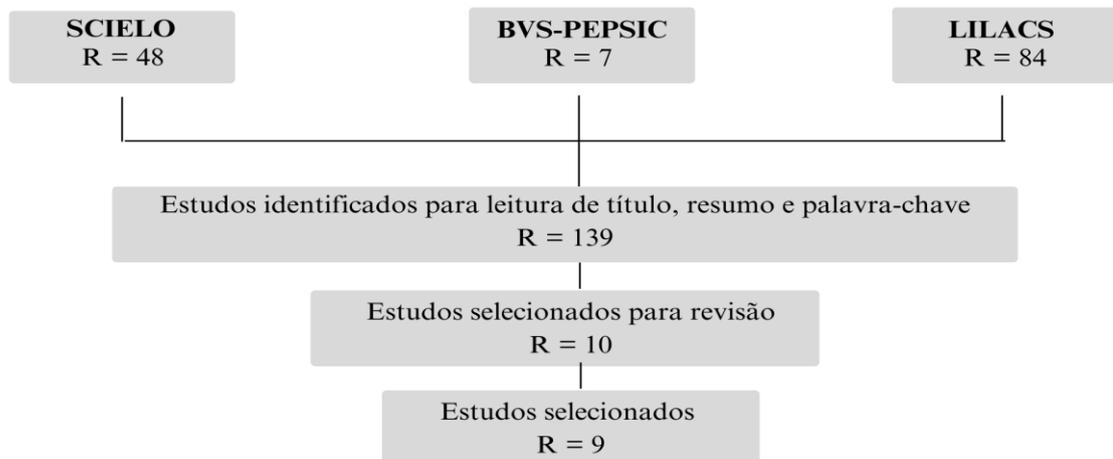


Figura 1 - Estratégia de busca

Tabela 1 - Artigos

| Artigos | Ano |
|---|------|
| 1. O Espaço Socioprofissional da Estratégia Saúde da Família sob a Perspectiva de Psicólogos | 2017 |
| 2. Práticas de Psicólogos na Estratégia Saúde da Família: Poder Simbólico e Autonomia Profissional | 2021 |
| 3. Concepções Sobre Álcool e Outras Drogas na Atenção Básica: o Pacto Denegativo dos Profissionais de Saúde | 2014 |
| 4. Interfaces da Psicologia aplicada à saúde: Atuação da Psicologia na Estratégia Saúde da Família em Londrina | 2008 |
| 5. A Psicologia na Estratégia de Saúde da Família: Vivências da Residência Multiprofissional | 2015 |
| 6. A importância dos profissionais de Psicologia na Estratégia Saúde da Família: a experiência de uma psicóloga residente | 2021 |
| 7. Psicologia em Ação no SUS: a Interdisciplinaridade Posta à Prova | 2013 |
| 8. O registro em prontuário coletivo no trabalho do psicólogo na Estratégia Saúde da Família | 2017 |
| 9. A assistência ao usuário de drogas na Atenção Primária à Saúde | 2014 |

| Artigos | Ano |
|---|------|
| 1. O Espaço Socioprofissional da Estratégia Saúde da Família sob a Perspectiva de Psicólogos | 2017 |
| 2. Práticas de Psicólogos na Estratégia Saúde da Família: Poder Simbólico e Autonomia Profissional | 2021 |
| 3. Concepções Sobre Álcool e Outras Drogas na Atenção Básica: o Pacto Denegativo dos Profissionais de Saúde | 2014 |
| 4. Interfaces da Psicologia aplicada à saúde: Atuação da Psicologia na Estratégia Saúde da Família em Londrina | 2008 |
| 5. A Psicologia na Estratégia de Saúde da Família: Vivências da Residência Multiprofissional | 2015 |
| 6. A importância dos profissionais de Psicologia na Estratégia Saúde da Família: a experiência de uma psicóloga residente | 2021 |
| 7. Psicologia em Ação no SUS: a Interdisciplinaridade Posta à Prova | 2013 |
| 8. O registro em prontuário coletivo no trabalho do psicólogo na Estratégia Saúde da Família | 2017 |
| 9. A assistência ao usuário de drogas na Atenção Primária à Saúde | 2014 |

Tabela 2 - Categorias de Análise

| CATEGORIAS DE ANÁLISE |
|---|
| Programas de Residência como porta para a atuação do psicólogo na ESF |
| Modelo biomédico e a visão hegemônica sobre a prática psicológica |
| Estigma, preconceito e falta de capacitação dos profissionais da saúde no atendimento ao usuário de drogas |

5.1 Programas de Residência como porta para a atuação do psicólogo na ESF

De acordo com o material estudado, observou-se que os Programas de Residência em Saúde da Família têm se constituído como a principal porta de entrada para os psicólogos na ESF, e que através dessa inserção os profissionais passaram a ocupar mais um campo de atuação profissional, oportunizando o acesso da população às práticas psicológicas e contribuindo para a construção de práticas interprofissionais.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), os programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família tem por objetivo possibilitar tanto a formação de profissionais quanto contribuir com a mudança do desenho técnico assistencial do SUS. Por meio da sua intrínseca característica de interdisciplinaridade, possui como modo de operação a formação 'inter-categorias' visando à formação coletiva inserida no mesmo 'campo' de trabalho sem deixar de priorizar e respeitar os 'núcleos' específicos de saberes de cada profissão, colaborando na construção do novo processo de trabalho em saúde da família.

Os trabalhos de Machado, Lima e Santos (2021), e Cezar, Rodrigues e Arpini (2015), destacam a necessidade de refletir sobre o espaço do psicólogo nas políticas de saúde por meio do trabalho em equipe, legitimando o fazer profissional além das quatro paredes do consultório. Evidenciando o desafio da realização de um trabalho mais ampliado e não focado no modelo clínico individual ou nas ações exclusivas de saúde mental, promovendo relações e construindo cuidado para os sujeitos do território.

Nesse sentido, entende-se que atender ao princípio de desinstitucionalização promovido pela RP, significa deslocar o centro da atenção da instituição para a comunidade, e que através desses Programas de Residência, que se orientam pelos “princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais identificadas” (BRASIL, 2006), é possível uma leitura social dos problemas de saúde, que possibilite compreender o usuário do serviço em sua inserção no território/comunidade.

Rotelli (1990), vê a desinstitucionalização como um trabalho prático de transformação que contempla a ruptura do paradigma clínico e a reconstrução de possibilidades, através de uma ótica ampliada, ou seja, não somente focando o indivíduo, mas ampliando esse olhar para seu meio (local de moradia no momento). Nepomuceno e Pontes (2017), destacam em sua pesquisa que o objeto das práticas de Residência na ESF está diretamente ligado ao entrelaçamento entre contextos individuais e sociocomunitários. Nesse ponto, “a ESF impõe a necessidade de territorialização das práticas, que implica no reconhecimento das condições de vida dos usuários, bem como na possibilidade de intervir nelas” (NEPOMUCENO; PONTES;

2017). Atendendo a reformulação de práticas profissionais que se adequam ao contexto dinâmico de uma atuação na perspectiva social-comunitária, territorial.

Com base nos artigos, identificou-se que é através das necessidades do território que surgem as demandas, e que essa territorialização pode ser considerada uma ferramenta para o planejamento das ações, enfatizando seu caráter de coleta/produção de dados para elaboração de diagnósticos de condições de vida e situação de saúde. Além disso, esse contato também funciona como forma de estabelecimento de vínculos entre os profissionais, e dos profissionais com os usuários-moradores da comunidade (NEPOMUCENO; PONTES; 2017).

Os Programas de Residência em Saúde da Família assumem o protagonismo na expansão e consolidação da Atenção Básica em território no Brasil, e por meio desse contexto permitem aos profissionais de psicologia a participarem e criarem novas metodologias de intervenção no enfrentamento dos problemas de saúde na atenção básica

Soares e Pintos (2008), evidenciam em seu artigo que tendo como objeto de trabalho o homem e suas relações, a psicologia pode trazer importantes contribuições para concretização desta política de saúde, auxiliando para a visão mais integral do sujeito, e trazendo para discussão a dimensão subjetiva (SOARES; PINTO; 2008). Logo, Cezar e Arpini (2015), destacam essa contribuição da psicologia como a superação do modelo de atenção centrado na doença/sintoma, pois reconhece que a saúde é perpassada pela articulação de fenômenos psicológicos, relacionais, sociais, culturais, econômicos e biológicos. Ambos os trabalhos possibilitam a compreensão dessa contribuição com a visão ampliada do processo saúde-doença, e compartilham a perspectiva de integralidade do cuidado.

5.2 Modelo biomédico e a visão hegemônica sobre a prática psicológica

Segundo as pesquisas de Nepomuceno e Pontes (2017), Nepomuceno, Dimensteins, Pontes (2021) e Machado, Lima e Pontes (2021), a hegemonia da categoria médica tem se apresentado como parte da constituição do espaço de práticas da ESF, o que tem refletido no prestígio e reputação por práticas pautadas no modelo biomédico. Muito embora o campo de atuação Saúde da Família tenha se constituído a partir de uma crítica a essa hegemonia, através dos estudos, evidenciou-se a sua forte presença através dessas práticas profissionais. Corroborando com um modelo focado na cura da doença, mas que não se preocupa em promover saúde, logo que, se concentra em fatores puramente biológicos e exclui as influências psicológicas, ambientais e sociais. Segundo o modelo biomédico, a saúde é a ausência de

doença, dor ou defeito, e a doença tem uma única causa física que pode ser tratada com manipulação quirúrgica ou farmacológica.

Através da hierarquização do processo de trabalho, Nepomuceno e Pontes (2017), destacam o poder do encaminhamento médico, como evidência do domínio desse especialista no desenvolvimento e legitimação das práticas. Tendo em vista a centralização do controle de encaminhar casos para outros profissionais, especialmente para os de outras especialidades médicas, como forma de desautorização de outros agentes envolvidos na construção de algumas práticas que ficam subalternas desse encaminhamento, como a prática dos psicólogos. Constatando formas de desigualdade de poder, dentro de uma espécie de hierarquia das profissões, onde a medicina se encontra no topo.

Segundo os autores:

A desautorização das práticas não médicas é uma característica do processo de trabalho multiprofissional da ESF, percebida pelos psicólogos. O poder médico impõe-se na definição de uma dinâmica de relações profissionais e entre serviços, cujo ritmo e perspectivas das práticas estão sob o controle quase exclusivo dos médicos. Nesse contexto, a prática psicológica é relativamente inferiorizada e sua dinâmica é afetada pelo domínio imposto pela hegemonia do modelo biomédico. A sua estrutura hierarquizada da ESF corrobora para a desvalorização da ESF como espaço profissional de atuação para os psicólogos entrevistados. O domínio médico é constituído de diversos modos e demarcações de poder, que se estruturam no cotidiano percebido das relações de trabalho (NEPOMUCENO; PONTES; p. 298, 2017).

Nessa visão, as demais profissões que integram a ESF, como a psicologia, ocupam uma posição complementar e inferior. Diante disso, é possível perceber o quanto o modelo biomédico, curativista, toma uma proporção mais importante diante da complexidade que é o ser humano. O que se opõe ao que Amarante (2011) destaca, segundo o autor, é necessário o abandono da concepção de cura e a adoção da concepção de cuidado, fundamentado na humanização, na subjetividade, e imerso no contexto social, visando priorizar o indivíduo e não a doença.

No que se refere ao atendimento ao usuário de álcool e outras drogas, segundo os artigos, os profissionais atuantes na ESF compartilham de um olhar para o consumo de drogas ilícitas entendendo-o como um mero desdobramento de um estado patológico, o que contribui para essa perspectiva biomédica (PAULA et al., 2014), essa concepção tende a acreditar que o consumo de drogas é um problema que necessariamente demanda medicalização e institucionalização (SILVA; PERES; 2014). No entanto, o fenômeno da drogadicção não se reduz a uma relação linear de causa e efeito, mas insere-se numa perspectiva complexa, fugir disso é ignorar as políticas de atenção integral.

Segundo Amarante (1998), não considerar a importância da complexidade do sujeito, fortalece a tecnificação do ato médico, consolidando o curativismo, por prestigiar o aspecto fisiopatológico da doença em detrimento da causa. Machado, Lima e Santos (2021), apontam em seu trabalho, que nessa perspectiva o sujeito é despersonalizado, e a patologia descontextualizada, o que dificulta a construção do trabalho e a promoção de um cuidado amplo, considerando as singularidades individuais, e do contexto. De acordo com Galimberti, conforme citado por Rotelli (p. 91, 1990), “quando o olhar não é clínico é o doente e não a doença a ser considerado e visto”, com isso, é visto a importância de se colocar o doente em evidência, entendendo suas especificidades, e a necessidade de um atendimento multiprofissional que considere as suas particularidades idiossincráticas, como um ser biopsicossocial.

Com as dificuldades relacionadas à forte presença do modelo biomédico em detrimento ao modelo psicossocial, entende-se o espaço social da ESF como aquele atravessado por lutas pela legitimação das práticas profissionais. Desse modo, as pesquisas de Nepomuceno e Pontes (2017), Soares e Pinto (2008), e Cezar, Rodrigues e Arpini (2015), demonstra a constante necessidade dos profissionais de definir o que é e o que não é legítimo de se fazer na ESF, no caso da psicologia, o que é e o que não é papel do psicólogo, e o que é e o que não é sua demanda.

Como consequência do seu reconhecimento e valorização serem provenientes de visões limitadas sobre o que é a prática psicológica, os resultados das pesquisas permitem destacar a influência de uma visão hegemônica sobre a prática psicológica, permeada pelo imaginário social construído em torno da clínica em consultório particular. Por conta de uma expectativa de que as intervenções psicológicas sejam focadas na atuação clínica individual, há um estranhamento por parte dos profissionais e da população sobre o trabalho psicológico desenvolvido na ESF (CEZAR; RODRIGUES; ARPINI; 2015).

Nesse sentido, surge o desafio de desconstruir a concepção de que o trabalho específico e distintivo do psicólogo só se efetiva verdadeiramente no consultório, e no atendimento clínico, sendo fundamental a reflexão sobre o espaço do psicólogo nas políticas de saúde. Machado, Lima e Santos (2021), sinalizam a necessidade de defender o fazer desse profissional fora da clínica, por meio de ações que contribuam para a interdisciplinaridade e promoção de relações, com vistas a superar a fragmentação do conhecimento focado nas especialidades.

Muito embora a construção das práticas dos psicólogos na ESF seja um aspecto fundamental para a inserção desse profissional na rede de saúde, Nepomuceno, Dimensteins e Pontes (2021), notam uma contraditória demanda. Segundo a perspectiva dos autores, se por

um lado esse profissional precisa lutar para legitimar sua atuação, colocando em evidência o seu saber específico, por outro lado, precisa agir como facilitador na construção dessas práticas, visando à quebra dos especialismos. Revela-se, então, um desafio importante na consolidação do profissional “especialista em processos subjetivos”, logo que, as lacunas deixadas pelo modelo biomédico impulsionam a construção do manejo do objeto “subjetividade”, como exclusivo da psicologia. Esse reconhecimento é maximizado pela hegemonia da biomedicina e seu objetivismo, que impulsiona a reprodução de práticas limitadas (NEPOMUCENO; DIMENSTEINS; PONTES; 2021).

Com isso, buscou-se identificar, através dos trabalhos selecionados, as formas de contribuição e atuação desse profissional na ESF, Soares e Pinto (2008), Machado, Lima e Santos (2021), Cezar, Rodrigues e Arpini (2015), e Couto, Schimith, Dalbello-Araujo (2013) destacam que as atividades desenvolvidas podem estar voltadas tanto para questões técnicas, como atendimento individual, e incentivo para facilitar a comunicação entre a comunidade e a equipe de saúde, quanto para práticas conjuntas, como: ações intersetoriais, onde acontece a interlocução com outros espaços no estabelecimento de estratégias de intervenção, visitas domiciliares, que tem como objetivo conhecer a realidade do usuário e/ou da família de uma forma mais contextualizada, e em espaços de discussão de caso, onde é possível analisar e avaliar possíveis estratégias de intervenção, como no caso de problemas vinculados ao abuso de álcool e outras drogas, visando à redução de danos e à melhoria da qualidade de vida.

Percebe-se a variedade de possibilidades de atuação do psicólogo nas ações de saúde, no entanto, muitos desses papéis e suas atribuições acabam sendo delineados na prática, no enfrentamento real das dificuldades e impasses cotidianos. Dessa forma, é fundamental que esse profissional trabalhe com foco nas necessidades percebidas, por meio do cuidado humanizado, característico da APS, da promoção de saúde, e aliado ao modelo psicossocial, compreendendo as especificidades dos territórios vivos.

5.3 Estigma, preconceito e falta de capacitação dos profissionais da saúde no atendimento ao usuário de drogas

Apesar do consumo abusivo de drogas representar um problema de saúde pública no Brasil, em função dos agravos, em diversas esferas, as políticas públicas voltadas para tal questão são recentes. Após o realinhamento da Política Nacional Antidrogas (BRASIL; 2002) para a Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2005), a qual, em contraste com sua antecedente, não tinha a repressão como um de seus eixos norteadores. A Política mais recente

mostra sua relevância em sua proposta de contemplar tanto a redução da oferta de drogas quanto a redução da demanda e de danos.

No que se refere a redução de danos, é através de ações que visem minimizar os riscos e danos causados pelo uso de álcool e outras drogas que a Política Nacional sobre Drogas atua, voltando-se para a promoção da saúde, valorização da cidadania e pautada na liberdade de escolha do indivíduo. Essa política ratifica os princípios da Reforma Psiquiátrica, os quais propõem o fortalecimento das bases territoriais do cuidado em saúde mental. Através da ESF, por meio da sua assistência a partir do território, dos conhecimentos sobre a população e dos recursos sociais nele existentes, é feito o primeiro contato desses usuários com a rede.

Observando a relevância da assistência ao usuário de drogas na Atenção Primária à Saúde, uma vez que se nota a emergência dos agravos biopsicossociais decorrentes do uso de substâncias psicoativas, Silva e Peres (2014), e Paula, Jorge, Vasconcelos e Albuquerque (2014) tratam em seus trabalhos sobre a perspectiva dos profissionais que compõem a ESF, a respeito da assistência ao usuário de drogas, ambas contam com psicólogos atuantes na ESF como participantes da pesquisa. Numa análise das políticas de saúde no Brasil, de acordo com o princípio da universalidade proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), “os usuários de drogas, assim como suas famílias, possuem direitos de acesso aos serviços de saúde, direito que deve ser garantido em todos os níveis de atenção, e não apenas nos serviços especializados” (PAULA et al., p.224, 2014).

Pelo exposto se infere que o abuso de drogas se apresenta como demanda da ESF, no entanto, muitas são as dificuldades para a efetivação do cuidado ao usuário de drogas nesse nível de atenção, Silva e Peres (2014), evidenciam concepções permeadas por preconceitos e estigmas pelos profissionais que compõem essa rede, o que contribui para que haja barreiras que impeçam que o usuário admita o seu uso e procure ajuda.

De acordo com Fontanella e Turato, conforme citado por Paula *et al.* (2014):

Existem vários entraves que dificultam a chegada de um usuário de substâncias psicoativas a um tratamento. Estas estão relacionadas aos próprios usuários, que adiam a procura por acompanhamento ou não pensam na possibilidade de se tratar, e empecilhos externos ao indivíduo, que decorrem da precariedade do sistema de saúde ou das características dos programas de tratamento oferecidos. Outras barreiras são consideradas subjetivas, como o medo e o estigma, que impedem a busca por ajuda. (FONTANELLA; TURATO, 2014 apud PAULA et al., 2014, p. 228)

Dessa forma, a associação desses usuários com esses estigmas, como entre crack e a violência, que geralmente é considerada por muitos uma relação de causa e efeito, contribui para a formação dessa dificuldade de que o sujeito busque por ajuda. Muitas vezes tal problema

ocorre por falta de conhecimento sobre o assunto, pois a falta de capacitação para lidar com o problema das drogas, dificulta qualquer tipo de ação voltada aos usuários e a família.

Como efeito dessa postura moralista, Silva e Peres (2014), notam que as dificuldades para o empreendimento de ações de saúde, leva, na maior parte das vezes, a realização de encaminhamentos. De modo geral, parece prevalecer a concepção de que a ESF tem pouco a oferecer a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, que deveria estar a cargo de profissionais e serviços especializados para tanto (SILVA; PERES; 2014). Tal concepção, vale destacar, pode ser considerada incompatível com as diretrizes estabelecidas pelas políticas públicas vigentes.

No que se refere aos encaminhamentos, Silva e Peres (2014) observam, através de sua pesquisa, ações automáticas, por meio da seguinte formulação:

Se o usuário deixa de frequentar o CAPS ad, o profissional de saúde vai procurar fazer com que ele retorne, ao passo que, se o usuário entende que é necessária alguma mudança em seu padrão de consumo de álcool ou outras drogas, ele também é encaminhado ao CAPS ad (SILVA; PERES; 2014, p.482)

Os autores notam que não parece haver uma reflexão sobre os fatores associados à não adesão ou sobre a possibilidade de encaminhamento para outro dispositivo de saúde. Em uma das pesquisas destaca-se a fala de um dos profissionais de psicologia, participante da pesquisa, que compartilha da concepção de uma suposta inaptidão da ESF, como principal determinante de sua propensão a se limitar a realizar encaminhamentos (SILVA; PERES; 2014).

De acordo com Favaro, conforme citado por Silva e Peres (2014), o encaminhamento partindo das unidades de Atenção Básica para unidades especializadas como os CAPS ad deveria ser realizado caso o usuário não obtivesse um resultado satisfatório frente à sua demanda de diminuir ou interromper o uso de álcool ou outras drogas. Muito embora, mesmo que o encaminhamento se mostre necessário, ele deveria ser construído com o usuário, devendo existir a segurança em relação à continuidade de seu acompanhamento por parte da equipe de saúde mais próxima a ele.

Entende-se a Atenção Primária como uma das áreas que possuem políticas de atenção a usuários de álcool e outras drogas, tal política define que suas equipes da APS devem ser capacitadas para o desenvolvimento de ações de prevenção primária, diagnóstico precoce de uso prejudicial, desenvolvimento de ações de redução de danos, tratamento de casos não complicados e encaminhamento, para a rede de assistência, dos quadros moderados e graves (PAULA et al., 2014).

Outro ponto de destaque nas pesquisas selecionadas, é o fato das famílias desenvolverem um papel de bastante relevância, logo que, funcionam como mediadores entre os sujeitos que abusam de drogas e a equipe de saúde. Ao trazerem as queixas destes usuários, elas contribuem com a equipe no reconhecimento dos indivíduos que abusam dessas substâncias e necessitam de ajuda.

Nesse sentido, observou-se a dificuldade de vinculação entre a equipe de saúde e usuários, pois eles não se sentem à vontade para falar com profissionais que fazem parte da localidade e por isso não expõem seus problemas. Sendo necessário que os profissionais deixem clara a sua função nos serviços de saúde, a qual em nada faz referência à ação de controle, repressão ou de agente da justiça, é necessário destacar que: “a abordagem do tema do uso de drogas é delicada e expressa fragilidades, pois caso a família ou o usuário não abordem o assunto, nenhuma atitude é tomada pela equipe” (PAULA et al., 2014).

Com isso, é necessário sempre buscar pela liberdade e autonomia ao se pensar no cuidado para pessoas em sofrimento com necessidades decorrentes do uso de drogas, levando em consideração o percurso da Reforma Psiquiátrica Brasileira (AMARANTE; 1998), problematizando as propostas atuais de cuidado, e as repercussões de concepções de tratamento contraditórias ao paradigma psicossocial, entendendo os fenômenos relacionados com o uso de drogas, como uma trama complexa de fatores que se estende para além da relação exclusiva entre usuário e droga.

6 CONCLUSÃO

A partir do trabalho produzido, observou-se como a aproximação da psicologia na ESF proporciona uma via significativa para expandir as práticas profissionais do psicólogo, instigando-o a desenvolver metodologias de intervenção para lidar com questões de saúde na Atenção Básica. Além disso, destaca-se a importância dos Programas de Residência em Saúde como meio de inserção deste profissional no SUS, tendo em vista a sua articulação entre prática e formação, o programa tem produzido ações as quais têm impactado no processo de trabalho das equipes de ESF.

Por meio de práticas voltadas para a promoção, prevenção e educação em saúde, mediante intervenções interdisciplinares, intersetoriais e colaborativas com a comunidade, a psicologia tem acrescentado na promoção de uma visão mais abrangente do sujeito, incorporando à discussão a dimensão subjetiva e promovendo o conceito de ampliação da clínica, contribuindo para o cuidado integral e estabelecendo interfaces com diversas áreas do conhecimento.

Apesar disso, nota-se que a tradição biomédica se evidencia como um modelo assistencial ainda presente, estabelecendo uma certa hierarquia médica e exercendo influência no desenvolvimento de algumas práticas multiprofissionais na ESF. Contrariando a ideia de humanização dos serviços e as conquistas do movimento da RPb, alguns setores da sociedade ainda buscam reintroduzir modelos retrógrados e ineficientes de cuidado.

Apesar da implementação de uma nova legislação sobre drogas, a prática não evoluiu tão rapidamente, e ainda persistem resquícios do antigo tratamento em relação ao fenômeno, prevalecendo, muitas vezes, uma abordagem repressiva e punitiva em relação aos usuários. Muitos profissionais que compõem a ESF ainda possuem visões preconcebidas e estigmatizadas em relação aos usuários de álcool e drogas, o que resulta em obstáculos para a implementação de ações de saúde, o que geralmente os conduz a realizarem encaminhamentos, em vez de abordagens mais abrangentes. Em linhas gerais, a percepção dominante sugere que a ESF tem recursos limitados a proporcionar, e o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas deveria ser responsabilidade de profissionais e serviços especializados.

Por último, notou-se que apesar do papel do psicólogo na equipe da ESF se evidenciar ao procurar desenvolver um cuidado enraizado nos princípios do modelo psicossocial, e considerando as particularidades dos territórios em que atua, esse papel e suas responsabilidades ainda estão sendo moldados na prática, através do enfrentamento efetivo das dificuldades e desafios presentes no cotidiano. Nesse sentido, se torna crucial a atenção para a

abordagem de cuidado promovida pela psicologia, a fim de evitar que sua prática se baseie no modelo curativista ainda em uso, reproduzindo abordagens predefinidas e procedimentos que não contribuem para a promoção da saúde.

REFERENCIAL

- ALVES, C.; et al. (2009). **Uma breve história da reforma psiquiátrica**. *Neurobiologia*, 72, 1. 2009.
- AMARANTE, P. coord. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil** [online]. 2nd ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.
- AMARANTE, P.; NUNES, O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, 23(Ciênc. saúde coletiva, 2018 23(6)), 2067–2074. 2018
- AMARANTE, P. (1994). Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **História, Ciências, Saúde-manguinhos**, 1(1), 61–77. 1994.
- AMARANTE, P. (1996) **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 264p., 1996.
- AMARANTE, P. **Reforma Psiquiátrica e Epistemologia** *Cad. Bras. Saúde Mental*, Vol 1, no 1, jan-abr. 2009
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 3º Ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
- ASSIS, J.; BARREIROS, B.; CONCEIÇÃO, G. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. **Revista Latino-americana De Psicopatologia Fundamental**, 16 (Rev. latinoam. psicopatol. fundam., 2013 16(4)), 584–596.
- BAUMAN, Z. (1998) **O mal-estar da pós-modernidade** / Zygmunt Bauman; tradução Mauro Gama, Cláudia Martinelli Gama; revisão técnica Luís Carlos Fridman. - Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. 1998
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1988
- BARROS, S.; SALLES, M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. **Revista Da Escola De Enfermagem Da USP**, 45(Rev. esc. enferm. USP, 2011 45(spe2)), 1780–1785. 2011
- BEZARRA, B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 17, 243-250. 2007.
- BIRMAN, J. (1978). **A psiquiatria como discurso da moralidade**. RiodeJaneiro:Graal, 1978.
- BOARINI, L.; BORGES, F. O Psicólogo na atenção básica à saúde. **Psicologia: Ciência E Profissão**, 29 (Psicol. cienc. prof., 2009 29(3)), 602–613. 2009.
- BOTELHO, L.; CUNHA, C.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Gestão e Sociedade**. Belo Horizonte, v.5, n. 11, p. 121-136 · maio-ago. 2011

BRASIL. **Lei Federal 10.216**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1, p. 2.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 336**, a. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria. 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 3.088**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção Psicossocial**. 2022[1] . Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental/rede-de-atencao-psicossocial-raps>. Acesso em 14 de junho de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. **Portaria n. 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 jun. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Departamento de Gestão da Educação na Saúde**. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. (2012). **Resolução nº 2 de 13 de abril de 2012**. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)**. 2020. Disponível em: <https://shre.ink/lqT4>. Acesso em 14 de junho de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Coordenação Nacional DST/AIDS, 2003.

BRASIL. **Decreto nº 9.761**, de 11 de abril de 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas. Diário Oficial da União.

BRASIL. **IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**. em desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas. Brasília: Ipea, 2019.

BRASIL, 2002. **Portaria N° 336**. de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, L. A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia & Sociedade**, 17(2), 26–32. 2005.

CASTRO, T.; ABS, D.; SARRIERA, J. Análise de conteúdo em pesquisas de Psicologia. **Psicol cienc prof** [Internet]. 2011;31(4):814–25.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Código de Ética Profissional dos Psicólogos, Resolução n.º 10/05**. Psicologia, ética e direitos humanos. 2005

DELGADO, G. Reforma psiquiátrica: estratégias para resistir ao desmonte. **Trabalho, Educação E Saúde**, 17(2), e0020241. 2019

ERCOLE, F.; MELO, L.; ALCOFORADO, C. **Revisão integrativa versus revisão sistemática**. Reme.org.br, 18 mar. 2014. DOI: 10.5935/1415-2762.20140001.

FERREIRA, M. Polissemia do conceito de Instituição: Diálogos entre Goffman e Foucault. In: **ECOS Estudos Contemporâneos da Subjetividade**. V.2 N. 1, Rio de Janeiro: 2012.

FERRUGEM, D. **Guerra às Drogas e a Manutenção da Hierarquia Racial** - Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre. 2018

GIL, A. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. - São Paulo: Atlas, 1946.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. Editora Perspectiva, 1961.

GOMES, S.; MENDONÇA, M.; SOUZA, C. de. Literatura cinzenta. In: CAMPELLO, B.; CENDÓN, B.; KREMER, J. (Org.). **Fontes de informação para pesquisadores e profissionais**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2007. p. 97-103.

KARAN, M. Violência, militarização e ‘guerra às drogas’. In: KUCINSKI, Bernardo [et al], (org.). **Bala Perdida: a violência policial no Brasil e os desafios para a sua superação**. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2015

LEAL, J. Guerra às drogas e criminalização da juventude: Da ilegalidade do entorpecimento à funcionalidade do anestesiamiento. **Revista de Estudos de Conflito e Controle Social** – Rio de Janeiro – Vol. 11 – no 2 – pp. 191-211. 2017

MACHADO L.; BOARINI, M. Políticas sobre Drogas no Brasil: a Estratégia de Redução de Danos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 33, n. 3, p. 580-595. 2013

MENDES, K.; SILVEIRA, R.; GALVÃO, C. **Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem**. Texto contexto - enferm [Internet]. 2008 Oct;17(4):758–64.

OLIVEIRA, N.; RIBEIRO, E. **O massacre negro brasileiro na guerra às drogas**. SUR 28, v. 15, n. 28, pp35-43. 2018

POMPEO, D.; ROSSI, L.; GALVÃO, C. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paulista De Enfermagem**, 22(4), 434–438. 2009

RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, R. et al. Do descaso a um novo olhar: a construção da Política Nacional de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas como conquista da Reforma Psiquiátrica Brasileira. O caso de Recife (PE). **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 1-2, jun. 2017

RAUPP, F.; BEUREN, I. **Metodologia da pesquisa aplicável às Ciências Sociais**. In I. M. Beuren (Ed.), *Como Elaborar Trabalhos Monográficos em Contabilidade: Teoria e Prática* (3rd ed., pp. 76-97). São Paulo. 2006.

ROMAN, A.; FRIEDLANDER, M. (1998). Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v.3, n.2, p. 109-112. jul./dez. 1998.

ROTELLI, Franco et al. A instituição inventada. **Desinstitucionalização**, v. 2, p. 89-99, 1990.

SILVA, L.; EMMENDOERFER, L. **Resenha Bibliográfica - Pesquisa Qualitativa em Administração: Fundamentos, Métodos e Usos no Brasil**. *Organizações em contexto*, 10(20), 453-458. 2014

SILVA, M. (2011). **Fatores de risco de queda em idosos: revisão integrativa da literatura a partir do diagnóstico da Enfermagem da NANDA**. Dissertação. Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande. 2011.

SILVA, R.; SILVAL.; BOUSSO, S. A abordagem à família na Estratégia Saúde da Família: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Da Escola De Enfermagem Da USP**, 45 (Rev. esc. enferm. USP, 2011 45(5), 1250–1255. 2011

SOUZA, M.; SILVA, M.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: O que é e como fazer. **Einstein**, 8(1), 102-106. 2010

XAVIER, T.; MONTEIRO, K. Tratamento de Pacientes Usuários de crack e outras drogas nos CAPS AD. **Psicologia Revista**, 22(1), 61–82. 2013.