

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO USUÁRIO DE DROGAS**

VITÓRIA SCUSSIATO JAEGER

**RELAÇÕES INTERPESSOAIS ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIOS
DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: uma revisão integrativa**

**PORTO ALEGRE
2023**

VITÓRIA SCUSSIATO JAEGER

**RELAÇÕES INTERPESSOAIS ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIOS
DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: uma revisão integrativa**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Atenção Integral ao Usuário de Drogas da Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Orientador: Profº Dr. Marcio Wagner Camatta

PORTO ALEGRE

2023

CIP - Catalogação na Publicação

Scussiato Jaeger, Vitória
Relações interpessoais entre profissionais de saúde
e usuários de substâncias psicoativas: uma revisão
integrativa / Vitória Scussiato Jaeger. -- 2023.
42 f.
Orientador: Márcio Wagner Camatta.

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Hospital de
Clínicas de Porto Alegre, Residência Multiprofissional
em Saúde - Programa de Atenção Integral ao Usuário de
Drogas, Porto Alegre, BR-RS, 2023.

1. Transtornos relacionados ao uso de substâncias.
2. Psicotrópicos. 3. Pessoal de saúde. 4. Estigma
social. 5. Humanização da assistência. I. Wagner
Camatta, Márcio, orient. II. Título.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	5
2. OBJETIVOS	11
3. METODOLOGIA	12
3.1 Tipo de estudo.....	12
3.2 Formulação do problema.....	12
3.3 Coleta de dados	12
3.4 Avaliação dos dados	14
3.5 Análise e interpretação dos dados	14
3.6 Análise e interpretação dos resultados	14
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	15
5. REFERÊNCIAS	16
6. Apêndice A – Instrumento de Registro	19

1 INTRODUÇÃO

Durante a minha trajetória acadêmica e profissional como psicóloga, estive inserida em serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) especializados no atendimento de pessoas que fazem uso de Substâncias Psicoativas (SPAs). Ao longo dessa caminhada, ouvi histórias e conheci alguns fatores que contribuíram para o início do uso de SPAs, tais como fatores emocionais, carência de rede de apoio, vínculos familiares fragilizados, situações de violência, vulnerabilidades sociais, entre outros.

No decorrer desses encontros com as pessoas que buscavam tratamento, muitos relatos ficaram marcados em minha memória em relação ao preconceito social e estigma vivido por esses usuários, inclusive em serviços de saúde. Um dos mais significativos foi a história de um senhor de 71 anos que, ao final de um atendimento, disse: “*Dona, a senhora me trata como gente!*”. Esse relato pode apontar a experiência da pessoa quanto à postura moral e estigmatizante reproduzida pelos profissionais de saúde no acolhimento aos seus problemas relacionados ao uso de SPAs, revelando a baixa expectativa desta pessoa em receber um atendimento humanizado.

Essa história corrobora com uma observação frequente da dificuldade de profissionais da saúde em atender demandas relacionadas ao uso de SPAs, enfatizando o quão desafiador é para muitos profissionais trabalhar no cuidado ao usuário, devido às barreiras socialmente construídas, principalmente, as de cunho moral que determinam comportamentos julgadores, disciplinadores e conseqüentemente punitivos. Sendo assim, a interação entre profissionais de saúde e as pessoas que buscam serviços de saúde por uso de SPAs tornou-se um tema motivador para a realização deste Trabalho de Conclusão de Residência.

A ideia de um cuidado moral disciplinador é o resultado de uma construção histórica-social, e, para compreender como se deu essa formação profissional imbuída de um ideário normatizador e moralizador é preciso revisitar fatos históricos. Sabemos que no Brasil, a partir da segunda metade do século XIX, inaugurou-se o Hospício de Alienados Pedro II, no Rio de Janeiro, sendo este o primeiro Hospital Psiquiátrico do País. A partir desse momento, novas instituições denominadas “exclusivas para alienados” foram desenvolvidas em outros Estados, tornando-se locais de “tratamento” e isolamento para as pessoas consideradas como loucas e pobres (ODA; DALGALARRONDO, 2005). Nesses locais, a relação entre profissionais e pacientes caracterizava-se por um modelo de poder onde o profissional tinha sabedoria e razão, enquanto a pessoa em tratamento era um paciente ignorante e insensato. Ainda sobre as formas

de relação, ressalta-se a interdição do diálogo, que invalida a voz, os direitos e a dignidade da pessoa, fixando-o à imobilidade (COSTA-ROSA, 2000).

Ao longo do Século XX, o modelo de tratamento baseado na exclusão se manteve. Eram retirados do convívio social os alcoolistas, mulheres consideradas histéricas, homossexuais, epiléticos, entre tantos outros identificados como um anormal ao modelo moral da época, reféns de suas características individuais e falta de poder no meio social. Fome, frio, abusos físicos e psicológicos, doenças infecciosas e sexualmente transmissíveis são algumas das violências que podemos citar, dentre tantas outras sofridas pelos indivíduos internados em Manicômios (CARDOSO, 2020; ARBEX, 2019).

As relações que permeiam esses contextos passaram por uma transição de paradigma quanto à forma de tratamento de pessoas com transtornos mentais, incluindo o transtorno por uso de SPAs, mas o modelo moral permaneceu. Contudo, uma nova perspectiva se instalou para compor a forma de atender em saúde mental, calcada nos direitos humanos universais. Essas modificações se deram a partir do marco histórico da Reforma Psiquiátrica Brasileira, inspirado no movimento de desinstitucionalização desenvolvido pelo psiquiatra Franco Basaglia, que na década de 1960 deu início ao desejo de mudança no tratamento oferecido pelos hospitais psiquiátricos da Itália. Basaglia caracterizava essas instituições como locais de mortificação e des-historização dos sujeitos (AMARANTE, 2013).

Em 2001, instituiu-se a Lei 10.216 que *“Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”*, referindo o direito a serem tratadas com humanidade e respeito, em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis. A recuperação dos sujeitos será alcançada por inserção na família, no trabalho e na comunidade (BRASIL, 2001). Conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, tornou-se um marco de extrema importância para um avanço considerável no modelo de tratamento oferecido às pessoas com transtornos mentais, incluindo o transtorno por uso de SPAs.

No ano de 2003, o Ministério da Saúde instituiu a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, que aborda a necessidade de uma reconfiguração das redes de cuidado e a capacitação dos profissionais que atendem esse público. Essa política reconhece a importância do tratamento e prevenção ao uso de SPAs e apresenta a proposta de um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de SPAs (BRASIL, 2003). De acordo com o Ministério da Saúde, quando tratamos de vidas humanas, devemos pensar em seres singulares, que merecem que suas escolhas sejam respeitadas. Dessa forma, a

abstinência deixa de ser a única meta a ser alcançada no tratamento de usuários de SPAs (BRASIL, 2003).

Mais tarde, a Lei nº 11.343/2006 instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), que tem como finalidade articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com a prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários de SPAs e a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas. Além disso, um de seus objetivos é promover o acesso do usuário a todos os serviços públicos (BRASIL, 2006).

Em 2011 estabeleceu-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) através da Portaria 3.088/11 com os objetivos de ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Os componentes da RAPS estão divididos no âmbito da Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada (organizada entre as diferentes modalidades de Centros de Atenção Psicossocial, inclusive o especializado em álcool e drogas); Atenção de Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização; e Reabilitação Psicossocial (BRASIL, 2011).

Os encontros entre profissionais de saúde e as pessoas que buscam serviços de saúde para tratamento dos problemas relacionados ao uso de substâncias ocorrem tanto nesses serviços quanto na comunidade em geral. Sendo assim, com a criação da RAPS amplia-se o acesso das pessoas que fazem uso de substâncias aos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, possibilitando a promoção da integralidade do cuidado através do trabalho em rede, dentre as quais a forma de interação intersubjetiva, sobretudo entre profissionais de saúde e usuários, acontecerá através do vínculo, que se torna uma das mais importantes ferramentas de trabalho, voltando o olhar de forma acolhedora e empática para esses indivíduos.

No ano de 2010 foi realizada a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, que trouxe como um de seus eixos a Consolidação da Rede de Atenção Psicossocial e Fortalecimento dos Movimentos Sociais. Um dos princípios e diretrizes principais desse eixo é a superação da lógica manicomial que deverá acontecer através de relações pautadas no acolhimento e no vínculo, entre trabalhadores do SUS, usuários e familiares. Ressalta-se também o fortalecimento da integração dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diferentes

modalidades com os demais serviços que compõem a rede, promovendo a qualidade de vida (BRASIL, 2010).

Com a criação destas leis, o modelo de cuidado em saúde mental se desenvolveu, mesmo que lentamente, mas na busca do atendimento humanizado e pautado na liberdade e reinserção social dos sujeitos. Porém, em 2019, o Ministério da Saúde divulgou a nota técnica 11/2019, conhecida como “Nova Política Nacional de Saúde Mental”, que incentiva as internações psiquiátricas e Comunidades Terapêuticas (BRASIL, 2019), o que nos faz refletir sobre um retrocesso que vai ao encontro de um modelo de tratamento asilar. Além disso, no que se refere aos usuários de SPAs, a nova política reconhece a abstinência como o único objetivo a ser alcançado, indo contra à Redução de Danos proposta pela Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, citada anteriormente. Com essa nova política, observamos um movimento de desmonte das conquistas alcançadas pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, que afeta também na relação entre profissionais da saúde e pessoas que fazem uso de SPAs.

Apesar de serem necessárias, entende-se que apenas a criação de leis não se torna suficiente para a construção da cidadania. No campo da saúde mental e atenção psicossocial, a cidadania se desenvolverá através de um processo social complexo, que exigirá uma mudança na mentalidade, atitudes e relações sociais (AMARANTE, 2013).

As práticas de ação em saúde voltadas para um modelo hospitalocêntrico podem estar presentes em vários contextos, como por exemplo, em uma equipe multiprofissional que utiliza o prontuário como principal meio de trocas de informações, sem haver discussões sobre o caso, depositando a eficácia do tratamento na dimensão biológica, com ênfase na medicalização. Outro exemplo de práticas asilares é o não reconhecimento da subjetividade desejante do indivíduo, sem que haja a sua participação nas decisões voltadas para o seu tratamento (COSTA-ROSA, 2000).

Um dos desafios enfrentados por pessoas que fazem uso de SPAs é o preconceito. No imaginário social, a interrupção do uso dependerá da força de vontade dos sujeitos. Além disso, a avaliação negativa acontece de maneiras diferentes conforme a substância utilizada. Usuários de crack, por exemplo, muitas vezes são vistos como pessoas envolvidas com o tráfico de drogas e a criminalidade (BARD *et al.*, 2016).

Com o passar dos anos, diferentes modelos teóricos tentam explicar o uso de SPAs, sendo o Modelo Moral um dos mais utilizados pela sociedade. De acordo com esse modelo, o uso está relacionado a uma escolha pessoal e o indivíduo é o principal responsável pela doença, sendo visto como um desrespeito às normas culturais. Apesar de ser um modelo em desuso, não só a sociedade em geral, como também profissionais da saúde julgam as pessoas que fazem uso

de SPAs através dessa concepção, situação que leva os sujeitos a serem alvo de críticas e desatenção ao acessar os serviços de saúde (CORDEIRO, 2013).

Por outro lado, o Modelo Biopsicossocial entende que o surgimento do transtorno por uso de substâncias está ligado à multifatorialidade. Dessa forma, não há uma única causa que determine a doença, sendo a substância apenas um dos fatores que compõem uma tríade, tornando-se necessário considerar também a sociedade na qual o indivíduo se encontra (CORDEIRO, 2013). A partir dessa perspectiva, entende-se que fatores socioculturais juntamente com variáveis biológicas e psicológicas influenciam em nosso desenvolvimento, determinando a saúde e a vulnerabilidade dos indivíduos (STRAUB, 2014). Assim, o Modelo Biopsicossocial é o mais atual, pois entende que uma série de fatores atua como risco para o uso de SPAs.

O modelo biológico explica a doença, a consequência e riscos neurobiológicos, servindo como um modelo explicativo para o diagnóstico e tratamento médico. Ao fazer uso de SPAs, o Sistema de Recompensa Cerebral é ativado. Esse sistema auxilia na busca repetitiva pelo prazer, que pode estar relacionado a outras situações, como alimentação e exercícios físicos, por exemplo. Porém, ao alimentar-se, o sujeito realiza uma busca natural de prazer. As SPAs são maneiras artificiais de adquirir prazer, agindo como estímulos mais intensos do que os naturais. Dessa forma, quando ocorre o uso abusivo de substâncias, o prazer natural passa a ocupar um papel secundário na vida do indivíduo, que buscará, em primeiro lugar, a sensação de prazer no uso de SPAs (MITSUHIRO, 2013).

Como citado anteriormente, o uso de SPAs não se restringe apenas a fatores biológicos. Um estudo realizado em sete países da América Latina identificou como principais fatores de risco para o uso de SPAs fatores econômicos e sociais, como as iniquidades, pobreza, altas taxas de desemprego, falta de moradia ou moradia em locais insalubres, baixa escolaridade e problemas no âmbito familiar (SILVA *et al.*, 2009). Esses dados vão ao encontro dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS), que identificam uma relação entre a saúde dos indivíduos e grupos com as suas condições de vida e trabalho; estilo de vida; redes sociais e comunitárias; condições socioeconômicas, culturais e ambientais (BUSS; FILHO, 2007).

Por ser um problema social e de saúde complexo, o uso de SPAs exige dos profissionais da saúde intervenções baseadas na aliança terapêutica por meio de um ambiente acolhedor e empático (PILON; JORA; SANTOS, 2011). Segundo o Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas, lançado pelo Ministério da Saúde em 2015, os profissionais que realizam o acolhimento desse público devem evitar atitudes relacionadas ao juízo de valor, estigma e preconceito, oportunizando um espaço

de atenção integral que valoriza a história e a individualidade da pessoa atendida, acolhendo suas vivências e seu sofrimento. Entende-se que quanto mais tempo o usuário leva para acessar o serviço de saúde, maior será o seu grau de sofrimento (BRASIL, 2015).

Durante o atendimento, o profissional da saúde deve buscar compreender como é o contexto social em que o sujeito está inserido, bem como os fatores de risco para o uso pelos quais está exposto. Essa atitude, além de auxiliar no direcionamento do tratamento, que deverá ser planejado de maneira singular, auxiliará também na formação de um vínculo de confiança (FARIAS *et al.*, 2019).

Um estudo realizado no ano de 2014 no município de Fortaleza, teve como objetivo analisar a assistência a usuários de SPAs na Atenção Primária à Saúde (APS). Através de entrevistas realizadas com profissionais da saúde, identificou-se desafios que fragilizam o cuidado, destacando a dificuldade dos profissionais em estabelecer vínculos com os pacientes e o preconceito com os mesmos por serem usuários de SPAs (PAULA *et al.*, 2014).

A existência de rótulos em relação aos usuários de SPAs causam um efeito negativo nas relações, que geram o desejo de distanciamento social dos profissionais em relação aos pacientes (SOARES *et al.*, 2011). Além disso, o usuário atribui a si mesmo uma representação social negativa, por vezes resumindo-se apenas ao uso da substância. Essa perspectiva resulta em dois elementos: o primeiro, que ligará o usuário as características de alguém sem caráter, que não é digno de confiança e o segundo, que o condicionará à concepção de vítima, incapaz de mudar sua condição e decidir sobre suas escolhas diante do uso da substância (MELO; MACIEL, 2016).

A literatura descreve diferentes formas de como os usuários de SPAs são atendidos pelos profissionais de saúde, repercutindo nos resultados do cuidado em saúde. Neste sentido, este estudo trata-se de uma Revisão Integrativa, que busca responder a seguinte questão de pesquisa: “Como se dá a relação interpessoal entre profissionais da saúde e usuários de SPAs no cuidado em saúde?”.

Espera-se que os resultados desta revisão possam subsidiar a reflexão sobre as formas de relacionamento de profissionais de saúde para proporcionar um cuidado humanizado aos usuários de SPAs nos serviços de saúde.

2 OBJETIVOS

Analisar as evidências científicas disponíveis na literatura sobre a relação interpessoal entre profissionais de saúde e usuários de SPAs no cuidado em saúde.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Este estudo é uma Revisão Integrativa (RI), baseada na metodologia de Harris Cooper (1989). A RI sintetiza pesquisas anteriores e forma conclusões gerais através da análise de diferentes estudos que versam sobre o mesmo assunto. Para que seja realizada, a RI está dividida nas seguintes etapas: 1) formulação do problema; 2) coleta dos dados; 3) avaliação dos dados; 4) análise e interpretação dos dados; 5) apresentação dos resultados (COOPER, 1989).

3.2 Formulação do Problema

A questão de pesquisa deste estudo foi elaborada conforme a combinação PCC (ARKSEY; O'MALLEY, 2005): P: *População* - Profissionais da saúde e usuários de SPAs; C: *Conceito* - Relações interpessoais; C: *Contexto* - Cuidado em saúde.

Dessa forma, a partir das questões levantadas anteriormente e considerando a importância de um atendimento humanizado nos serviços de saúde, formulou-se o seguinte problema de pesquisa: “Como se dá a relação interpessoal entre profissionais da saúde e usuários de SPAs no cuidado em saúde?”.

3.3 Coleta de Dados

O levantamento bibliográfico desta pesquisa foi realizado em bases de dados com relevância científica para a área da saúde. Serão utilizadas as seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) para apresentar resultados que englobam Brasil e América Latina e PubMed para a busca de pesquisas internacionais, de acordo com os objetivos do presente estudo.

Os termos utilizados para essa pesquisa foram definidos através de buscas nos Descritores de Saúde (DeCS) e no Medical Subject Headings (MeSH). Para a combinação dos termos, utilizou-se os operadores booleanos OR e AND. A estratégia de busca utilizada nas duas bases de dados foi: (“Patient Care Team” OR “Health Personnel” OR “Allied Health Personnel” OR “Drug Users” OR “Substance-Related Disorders”) AND (“Interpersonal Relations” OR “User Embracement” OR “Nurse-Patient Relations” OR “Physician-Patient Relations” OR “Social Stigma”) AND (“Health Services” OR “Mental Health Services” OR “Health Facilities, Proprietary” OR “Public Health Services”).

Os critérios de inclusão utilizados para a amostra deste estudo foram artigos originais com diferentes delineamentos (quantitativo, qualitativo, quanti-qualitativo e misto), estudos de

caso e relatos de experiência publicados de forma online, gratuitos, disponíveis na íntegra e nos idiomas português, inglês e espanhol realizados com público adulto. As pesquisas incluídas foram publicadas no período entre os anos 2010 e 2021, abrangendo os últimos 11 anos, que de acordo com Cooper (1989), é o tempo recomendado para a realização de Revisões Integrativas abrangentes que não tenham um marco temporário específico relacionado a um evento.

No que se refere aos critérios de exclusão, foram excluídos artigos que abordam estudantes universitários, bem como revisões da literatura, editoriais, reflexão/ensaio, nota prévia, teses e dissertações.

A Figura 1 apresenta o Fluxograma com as diferentes fases do processo de coleta de dados e seleção dos estudos que compuseram a amostra.

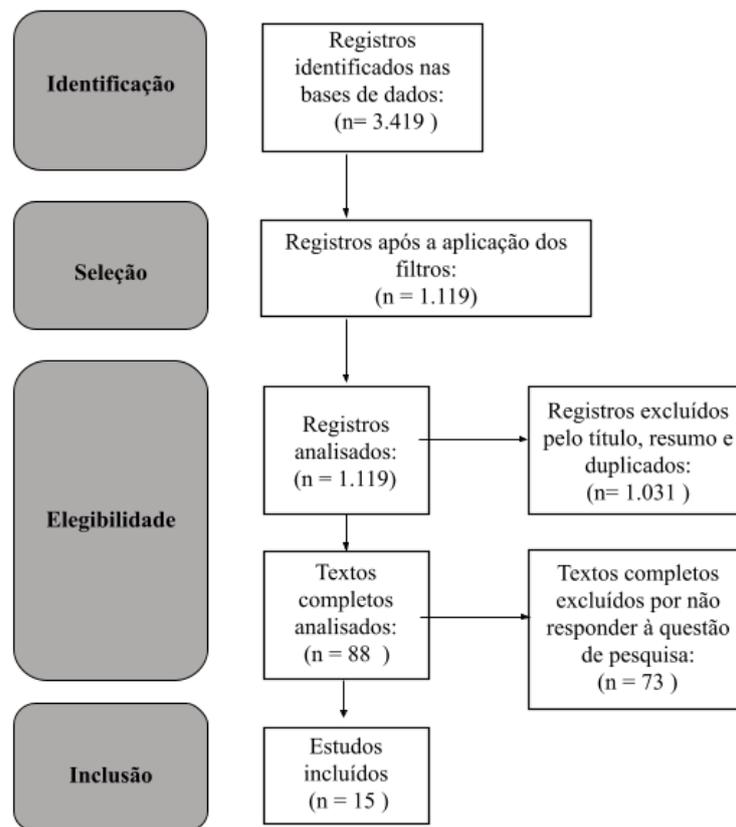


Figura 1 - Fluxograma com as diferentes fases do processo de coleta de dados. Adaptado de Joanna Briggs Institute.

3.4 Avaliação dos Dados

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão utilizados para a coleta de dados, organizou-se as informações coletadas dos artigos a partir de um instrumento de registro (APÊNDICE A), que tem como objetivo analisar se os dados que constam nos artigos respondem ao problema de pesquisa. Dessa forma, o instrumento está dividido em: dados de identificação, objetivos, métodos, resultados, conclusões, recomendações e observações.

3.5 Análise e Interpretação dos Dados

Após a etapa de avaliação, realizou-se a análise e interpretação dos dados, que compreende a síntese das informações avaliadas anteriormente. As informações foram organizadas de acordo com: 1º autor/país/ano, periódico, local do estudo, participantes e principais resultados.

3.6 Apresentação dos Resultados

Os resultados do estudo foram apresentados por meio de figuras e tabelas. Também serão organizados a partir de categorias temáticas. A discussão foi construída a partir dessas informações.

Em relação aos aspectos éticos, esta pesquisa foi realizada sob a luz da lei de número 9.610 de 1998, que consolida a legislação sobre os direitos autorais no Brasil (BRASIL, 1998).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da realização deste trabalho, foi possível identificar que apesar da discussão sobre a relação de profissionais de saúde e usuários de SPAs ainda ser uma temática que apresenta um número considerável de artigos atuais, observa-se que o estigma segue permeando essas relações, sendo o despreparo profissional um fator que reforça essa forma de desaprovação e que demanda dos gestores e dos serviços de saúde um olhar ampliado para esse assunto.

Ademais, este trabalho possibilitou uma compreensão mais aprofundada sobre características presentes nessa relação, como os principais fatores que reforçam o estigma e também ações que fortalecem o vínculo entre profissionais e usuários de SPAs, resultando em um atendimento humanizado e maior adesão dos usuários aos serviços de saúde. Dessa forma, enquanto residente multiprofissional e trabalhadora do SUS, o desenvolvimento deste estudo auxiliou no reconhecimento dessas demandas e melhor entendimento sobre o assunto.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2013.
- ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2019.
- ARKSEY, H; O'MALLEY, L. Scoping studies: Towards a methodological framework. **International Journal of Social Research Methodology**. p. 19-32, 2005.
- BARD, N. D. et al. Estigma e preconceito: vivências dos usuários de crack. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online], v. 24, 2016. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/113355/111315>>. Acesso em: 13 ago. 2021.
- BRASIL. **Lei nº 9.610**, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. Brasília, DF, 1998.
- _____. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF, 2001.
- _____. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF, 2003.
- _____. **Lei nº 11.343**, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF, 2006.
- _____. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial**, 27 de junho a 1 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.
- _____. **Portaria 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). Brasília, DF, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas**. Brasília, DF, 2015.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Nota Técnica nº 11/2019**, de 4 de fevereiro de 2019. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, DF, 2019.

BUSS, P. M; PELLEGRINI, F. A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva** [online]. v. 17, n. 1, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/physis/a/msNmfGf74RqZsbpKYXxNKhm/?lang=pt>>. Acesso em: 20 ago. 2021.

CARDOSO, A. J. C. et al. Violência institucional e enfermidade mental: narrativas de egressos de um manicômio da Bahia. **Saúde Debate**. v. 44, n. 127, p. 1105-1119, out-dez 2020. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1156918>>. Acesso em 29 set. 2021.

COOPER, H. **Integrating Research: a guide for literature reviews**. London SAGE publication, 1989.

CORDEIRO, D. C. **Dependência Química: conceituação e modelos teóricos**. In: ZANELATTO, N. A.; LARANJEIRA, R. (org.). O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 25-33.

COSTA-ROSA, A. **O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar**. In: AMARANTE, P. (org.). Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000. p. 141-169.

FARIAS, L. et al. Atitudes e práticas de profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família quanto à abordagem aos usuários de drogas no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. v. 24, n. 10, 2019. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/qVTNfFxRtZr9n6FngsQDQnS/?lang=pt>>. Acesso em: 20 ago. 2021.

MELO, J. R. F; MACIEL, S. C. Representação Social do Usuário de Drogas na Perspectiva de Dependentes Químicos. **Psicologia: Ciência e Profissão** [online]. v. 36, n. 1, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/jWYhznwqpQw63sDXHf5KKGv/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 27 ago. 2021.

MITSUHIRO, S. S. **Classificação das substâncias psicoativas**. In: ZANELATTO, N. A.; LARANJEIRA, R. (org.). O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas. Porto Alegre: Artmed, 2013. p. 43-52.

ODA, A. M. G. R; DALGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set.-dez. 2005. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/hcsm/a/RHJYmhbjt3DHjHkPt9xy8TK/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 27 ago. 2021.

PAULA, M. L. et al. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 223-233, abr/jun. 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pe/a/ZgnD6nLYNN5zy9JRGz7XsPz/?lang=pt>>. Acesso em: 01 set. 2021.

PILLON, S. C; PEGORARO, N. P. J; SANTOS, M. A. **O papel da equipe interdisciplinar na dependência química**. In: DIEHL, Alessandra et al. Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2019. Cap. 40. p. 455-463.

SILVA, J. et al. Illicit drug use in seven Latin American countries: critical perspectives of families and familiars. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online]. v. 17, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/XWwKjhm7PvV9KmMJYxRp6Wd/?lang=en>>. Acesso em: 01 set. 2021.

SOARES, R. G; SILVEIRA, P. S; MARTINS, L. F; GOMIDE, H. P; LOPES, T. M; RONZANI, T. M. Distância social dos profissionais de saúde em relação à dependência de substâncias psicoativas. **Estudos de Psicologia** [online], v.16, n. 1, 2011. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26119145012>>. Acesso em: 20 ago. 2021.

STRAUB, R. O. **Psicologia da Saúde: Uma abordagem biopsicossocial**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

APÊNDICE A**Instrumento de registro**

Dados de Identificação
Título:
Autores:
Periódico:
Ano:
Volume:
Número:
Objetivos
Métodos
Delineamento:
População/Amostra: País de origem:
Local em que ocorreu o estudo:
Resultados
Conclusões
Recomendações
Observações