

## **Inserção do psicólogo na atenção básica: uma visão integral na atenção a usuários de álcool e drogas**

**(Psychologist insertion in primary care: a comprehensive view on the attention to alcohol and drug users)**

**Luiz Gustavo Simionato Tomaz Ferreira<sup>1</sup>; Bartira Palin Bortolan Pontelli<sup>2</sup>;  
Ramiz Candeloro Pedroso de Moraes<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Graduação – Centro Universitário UNIFAFIBE, Bebedouro – SP, Brasil  
gustavosimionato.oficial@gmail.com

<sup>2</sup>Centro Universitário UNIFAFIBE, Bebedouro – SP, Brasil  
bartirapbortolan@gmail.com; ramizcpm@hotmail.com

***Abstract.** This article through literature review, discusses the growth of individual and collective problems related to alcohol and drugs. The Primary Care through the Family Health Strategy is the most viable SUS structure to support the social reintegration of drug addict, because it coexists in the reality of it. spaces opening considers to be relevant to rethink and research the psychologist's role in public health, especially in primary care. We conclude that, through the psychologist's work with the staff in primary care can recognize the needs and subjectivity of the human being attended grounded in a comprehensive and humanistic approach*

***Keywords:** Mental health; primary care; Psychology*

***Resumo.** Este artigo, através de revisão bibliográfica, aborda o crescimento de problemas individuais e coletivos relacionados ao consumo de álcool e drogas. A Atenção Básica através da Estratégia de Saúde da Família é a estrutura do SUS mais viável para apoiar a reinserção social do dependente químico, pois a mesma coexiste na realidade do mesmo. Considera-se relevante a abertura de espaços para se repensar e pesquisar a função do psicólogo na saúde pública, em especial na atenção básica. Conclui-se que, através do trabalho do psicólogo junto a equipe na atenção básica pode-se reconhecer as necessidades e subjetividades do ser humano a ser atendido embasado em uma abordagem integral e humanística.*

***Palavras-chave.** Saúde mental; Atenção básica; Psicologia*

## **Introdução**

A progressiva descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) exige que se aplique e reflita em relação ao princípio da integralidade. Entendemos a integralidade no cuidado de pessoas, grupos e coletividade tendo o usuário como sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e a sociedade na qual se insere (MACHADO, 2007). Nessa lógica, o desenvolvimento de pesquisas, no reconhecimento dos aspectos biológicos, psicológicos e sociais relativos à saúde da população, viabilizando dentro da realidade a objetividade do atendimento oferecido à mesma, é de grande relevância. Nessa perspectiva, este artigo pretende discutir aspectos da saúde mental na Atenção Básica e atuação do psicólogo dentro desse contexto, focalizando essa integralidade e busca de soluções concretas de intervenção para maior eficácia na reinserção social de dependentes químicos após internação em instituições terapêuticas especializadas.

A diversidade e constante crescimento de problemas individuais e coletivos da sociedade relacionados ao consumo de drogas permite dizer que o uso compulsivo/obsessivo de substâncias psicoativas é um fator de altíssima relevância dentro dos estudos sobre a saúde pública, pois a mesma necessita de maior intervenção nas ações de prevenção, tratamento e principalmente, reinserção social destes usuários (BRASIL, 2006). Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas de 2015 do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crimes (UNODC) estima-se que um total de 246 milhões de pessoas - um pouco mais do que 5% da população mundial com idade entre 15 e 64 anos - tenha feito uso de drogas ilícitas em 2013. Cerca de 27 milhões de pessoas fazem uso problemático de drogas, das quais quase a metade são pessoas que usam drogas injetáveis (PUDI). Estima-se que 1,65 milhão de pessoas que injetam drogas estavam vivendo com HIV em 2013. Homens são três vezes mais propensos ao uso de maconha, cocaína e anfetamina, enquanto que as mulheres são mais propensas a usar incorretamente opióides de prescrição e tranquilizantes. A ONU enfatiza em seu relatório que o Brasil é um país vulnerável ao tráfico de cocaína, devido à sua geografia estratégica no tráfico para a Europa, e também ao fato de ser um mercado consumidor devido à grande população urbana. Citando dados da Senad (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas), o estudo indica que 3% dos estudantes universitários, de todas as idades, usam cocaína.

## **Metodologia**

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, estudo descrito e exploratório, relacionado à atuação do psicólogo em situações envolvendo álcool e drogas através da integralidade das ações na atenção básica. Foi realizado levantamento bibliográfico nas bases de dados SCIELO e Google Acadêmico e sites específicos de programas governamentais.

As palavras chaves utilizadas foram: serviços de saúde mental, atenção básica, psicologia

## **Referencial Teórico**

### **Políticas Públicas direcionadas a álcool e drogas no Brasil**

Estrategicamente, as ações do governo para reduzir as consequências do uso de entorpecentes estão vinculadas, basicamente, em ações de segurança pública, no combate ao tráfico e redução da oferta; ações em saúde e assistência social, na recuperação dos indivíduos com transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso; e ações em educação e informação, focadas na prevenção do uso (BRASIL, 2013).

Muitas são as instituições junto à sociedade civil que têm se proposto a desenvolver um trabalho de assistência e tratamento a dependentes químicos: grupos anônimos, clínicas ou casas de recuperação, hospitais, etc. O número delas cresce à medida em que a demanda aumenta, levando grupos, comunidades, associações, clubes de serviços e igrejas a organizarem trabalhos de atendimento a esse segmento. As propostas oferecidas para o atendimento a essa população específica variam de acordo com a visão de mundo e perspectiva ideológica e religiosa dos diferentes grupos que propõe alternativas de tratamento. O atendimento a pessoas com problemas resultantes do uso e/ou abuso de substâncias psicoativas e portadores de outros transtornos psiquiátricos, devem seguir o modelo psicossocial, padrão este estabelecido pela Resolução – RDC nº 101, de 30 de maio de 2001 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. O modelo psicossocial é entendido como sendo:

Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de

um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial, são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social (ANVISA, 2001, p.2).

A internação, em qualquer de suas modalidades, só será iniciada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes (BRASIL, 2001). O tratamento em regime de internação, de acordo com a lei, será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros.

A Lei N° 10.216, de 6 de abril de 2001 (BRASIL, 2001), diz ainda, que a internação para tratamento da dependência química somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos. São considerados os seguintes tipos de internação: voluntária (aquela que se dá com o consentimento do usuário); involuntária (aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro); e compulsória (aquela determinada pela Justiça).

Em decorrência, ao término do tratamento, o que geralmente dura 6 meses, o sujeito recuperado se vê diante de outro desafio: o retorno ao meio sócio-familiar. Trata-se do reinício das relações no âmbito da família, do trabalho, da escola. Essa é a chamada reinserção social. Etapa decisiva para o seu retorno ou não do indivíduo ao consumo de drogas. Dependerá de como essa reinserção é trabalhada, enfrentada e assumida por todos os envolvidos nesse processo: profissionais, egressos e familiares.

O Art. 4º. § 1º diz, “O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio”.

Em seus 12 artigos, a Lei 10.216/01 estabelece que o tratamento dos portadores de transtornos mentais visará como finalidade permanente a reinserção social do paciente em seu meio. A norma estabelece que é obrigação do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais (BRASIL, 2001).

No atual contexto social, a Reinserção Social tem sido considerada central nas ações e preocupações de vários agentes da rede de intervenção na área da toxicodependência. A Reinserção exige uma intervenção de carácter multi, inter e transdisciplinar. Essa intervenção inicia-se quando o indivíduo toma consciência do seu problema e recorre a qualquer espécie de ajuda, prolonga-se durante todo o tratamento e só se apresenta eficaz quando em todas as suas dimensões, biológica, psicológica, afetiva, cultural e social, esse indivíduo consegue estabelecer um quadro de vida com autossuficiência e satisfação pessoal.

Em virtude das características de heterogeneidade relacionadas ao abuso de substâncias psicoativas, uma vez que a dependência afeta as pessoas de diferentes maneiras e por inúmeras razões, nos mais diversos contextos e circunstâncias, uma política de atenção deve privilegiar as necessidades dos usuários, que, muitas vezes, não correspondem às expectativas dos profissionais de saúde com relação à abstinência, fator esse que dificulta a adesão ao tratamento, bem como as práticas preventivas ou de promoção voltadas aos usuários que não se sentem acolhidos em suas diferenças (BRASIL, 2004):

Reconhecer o consumidor, suas características e necessidades, assim como as vias de administração de drogas, exige a busca de novas estratégias de contato e de vínculo com ele e seus familiares, para que se possa desenhar e implantar múltiplos programas de prevenção, educação, tratamento e promoção, adaptados às diferentes necessidades. Para que uma política de saúde seja coerente, eficaz e efetiva, deve-se levar em conta que as distintas estratégias são complementares e não concorrentes, e que, portanto, o retardo do consumo de drogas, a redução dos danos associada ao consumo e a superação do consumo, são elementos fundamentais para sua construção (BRASIL, 2004, s/p.).

A Estratégia Saúde da Família (ESF), eixo estruturante da Atenção Básica à Saúde, concebe a família de forma integral e sistêmica, como espaço de desenvolvimento individual e grupal, dinâmico e passível de crises, inseparável de seu contexto de relações sociais no território em que vive (BRASIL, 2013). Para que haja uma reinserção social dentro dos pressupostos citados, a Atenção Básica com a ESF é a estrutura do SUS mais viável para apoiar a reinserção social do dependente químico, pós-internação em instituição especializada, pois a mesma coexiste na realidade do mesmo.

### **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Saúde mental**

A constituinte de 1988, no capítulo VIII da Ordem Social e na secção II referente à Saúde, define, no artigo 196 que:

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, s/p.).

Nos anos 80 e 90 a população brasileira era muito envolvida em questões sociais e diante desse contexto se deu a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Com o objetivo de melhorar a qualidade no atendimento houve a iniciativa da criação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), para se enquadrar aos princípios do sistema. Com os avanços fez se necessário a criação de um Programa de Saúde da Família (PSF) que mais tarde se tornou Estratégia de Saúde da Família (ESF) que tem por finalidade organizar a atenção básica nos pais, e torna a família o foco principal. A saúde mental por sua vez, começa na Atenção Básica, que é a porta de entrada ao sistema.

Diante do contexto acima citado, podemos estabelecer uma relação entre a atenção básica e a saúde mental, visto que para tal encontramos grandes desafios e limites principalmente por conta do modelo de assistência manicomial pré estabelecido há décadas, atitude essa que ao longo dos anos vem sendo alvo de discussões e através destas, originou-se a chamada Reforma Psiquiátrica.

A reforma da assistência psiquiátrica, ou seja, a extinção de manicômios e a substituição por outros recursos assistenciais, de acordo com a lei federal 10.216/01 (Dispõe da Reforma psiquiátrica) e da portaria 224/92 (Dispõe sobre as diretrizes e normas para a oferta de serviços de saúde mental) defende diferentes pensamentos no processo saúde/doença mental /cuidado e deseja mudança de doença para \*existência-sofrimento\*, buscando exercício de cidadania. No entanto quando escolhe o território como estratégia, aumenta a participação na comunidade às redes social em que se inserem, assumindo responsabilidades na atenção e tomando atitudes terapêuticas, baseando no contato, cuidado e acolhimento (CABRAL, 2001 apud COIMBRA, 2005).

O que se espera da reforma psiquiátrica não é apenas a retirada dos pacientes portadores de transtornos mentais dos hospitais, deixando-os sob cuidados de um cuidador ou até mesmo esperar que ele possa cuidar-se sozinho. Na verdade o objetivo é que este possa se

resgatar e se estabelecer como cidadão e o respeito a sua individualidade transforma-o numa peça fundamental para o sucesso de próprio tratamento (GONÇALVES; SENA, 2001).

A Atenção Básica que se caracteriza como porta de entrada preferencial do SUS é onde ocorre a abordagem inicial ao dependente que será encaminhado para as entidades cadastradas nos Programas públicos de tratamento a dependência química. Esse trabalho inicial é executado pelas secretarias de saúde e promoção social dos municípios. Se o município não possuir vagas conveniadas, pode acionar a rede de acolhimento social disponível no Estado pelos centros de referências de assistência social e saúde mental, conhecidos como CRAS, CREAS e CAPS. Essas estruturas referenciam o sujeito, após triagem, para uma entidade cadastrada dentro das delimitações geográficas pré-determinadas. (PROGRAMARECOMEÇO – 2016)

No Brasil, assim como em vários países, além da estigmatização desta clientela, podemos ver dificuldades no acesso ao serviço de saúde e na estruturação destes serviços para apoio e reinserção social. Esta categoria da população é excluída, o que a afasta dos serviços de saúde, algumas vezes por não ter profissionais com treinamento mínimo necessário para que possam realizar os cuidados básicos e o encaminhamento adequado (CARNEIRO JUNIOR, 1998).

As estruturas da atenção básica que referenciaram o sujeito para a entidade recebe novamente o mesmo. Ela deveria fazer o trabalho de apoio para a reinserção social do indivíduo. A pergunta que surge é a seguinte: Será que a Atenção Básica está preparada para receber e fazer o trabalho de apoio a reinserção social desse indivíduo em especial?

Segundo Brêda e Augusto (2005), os profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) têm grande dificuldade de identificar e/ou interferir no processo saúde-doença, em meio à situação de dependência química nas comunidades. Existe necessidade de estudos mais profundos que possam apontar estratégias para a resolutividade e eficácia da assistência aos usuários de drogas no Programa Saúde da Família. Percebe-se também que há muitas questões a serem exploradas quanto à temática que envolve os usuários de drogas e as possíveis contribuições do Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2003). À área da saúde cabe refletir sobre como este grupo social concebe em seu próprio corpo a relação entre saúde/doença/meio ambiente/modos de viver e como pensam a relação profissionais-pacientes-instituição e seu papel nesta dinâmica (SUPERA, 2009).

Para que a relação entre a Saúde Mental e a Atenção Básica seja efetiva, é necessário que os profissionais tenham maior proximidade com clientes e suas famílias, considerando-o sem seus vários aspectos (credos, valores, cultura), só assim o antigo modelo de tratamento manicomial com referência hospitalar, pode ser instinto. (RIBEIRO, et. al, 2009).

Um dos maiores obstáculos encontrados para efetivação das ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família, é oferecer atendimento integral a este público, pois apesar da similaridade de conceitos e diretrizes teóricas, as práticas têm sido divergentes. (NEVES, et. al, 2010)

Silva e De Sena (2008) nos apresentam uma definição muito clara do conceito de integralidade:

No Brasil, um dos pilares da atenção básica é o princípio da integralidade, que se baseia em ações de promoção, prevenção de agravos e recuperação da saúde. A integralidade permite a percepção holística do sujeito, considerando o contexto histórico, social, político, familiar e ambiental em que se insere. (p.48)

Portanto, qualquer tentativa de tratar o indivíduo isoladamente é inútil, pois para que ocorra um tratamento com sucesso, deve-se ocorrer um planejamento conforme o contexto familiar, porque quando a indivíduo sofre algum transtorno mental a família e todos ao redor sentem também a situação do doente. (SARACENO, 1999 apud MACHADO; MOCINHO, 2003).

Segundo Brêda *et al* (2005), os profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) têm grande dificuldade de identificar e/ou interferir no processo saúde-doença, em meio à situação de dependência química nas comunidades. Existe necessidade de estudos mais profundos que possam apontar estratégias para a resolutividade e eficácia da assistência aos usuários de drogas no Programa Saúde da Família. Percebe-se também que há muitas questões a serem exploradas quanto à temática que envolve os usuários de drogas e as possíveis contribuições do Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2003). À área da saúde cabe refletir sobre como este grupo social concebe em seu próprio corpo a relação entre saúde/doença/meio ambiente/modos de viver e como pensam a relação profissionais-pacientes-instituição e seu papel nesta dinâmica (SUPERA, 2009).

### **O psicólogo nas ações de saúde mental na atenção básica**



Psicólogos são especialistas que tem como objeto de estudo de estudo o comportamento humano e toda subjetividade que compõem o mesmo; usam métodos científicos para estudar os fatores que influenciam o modo como as pessoas sentem, agem, aprendem e pensam, bem como estudam as estratégias e intervenções baseadas em evidências para ajudar as pessoas a superar suas queixas.

O psicólogo se configura a partir de uma ação multifacetada, isto é, possui vários modelos de trabalho em uma única ciência, cada abordagem com sua especificidade e seus objetivos particulares. Assim, a Psicologia encontra-se nos mais diversos setores atendendo às demandas sociais “tradicionais” e “emergentes” que surgem no dia-a-dia. O diferencial da Psicologia é seu caráter único, seu objeto de estudo e seu fazer que se desvela a partir de uma ótica ampliada frente às várias realidades que se apresentam no contexto contemporâneo.

Vivemos um momento de construção e consolidação do lugar do psicólogo nos serviços públicos de saúde, mais especialmente na atenção básica, assim, consideramos de extrema importância a abertura de espaços para se repensar e pesquisar a função da Psicologia e do psicólogo na área de assistência pública à saúde, em especial dos profissionais responsáveis pela atenção básica, bem como tomar conhecimento dos paradigmas que embasam suas práticas nessas instituições. Para tanto, compreender a adequação/reinvenção dos mesmos a um modelo assistencial que responda às premissas da integralidade e qualidade nos serviços de saúde, respondendo de fato às necessidades dos usuários.

O psicólogo, enquanto profissional no Brasil, tem uma história muito recente. Apesar de o ensino da Psicologia ser feito desde os anos 1930 nas escolas normais dos Institutos de Educação do país e, em 1956 ter sido implantado um curso de formação de psicólogo na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro e em 1957 na Universidade de São Paulo, foi somente em 1962 - por força da Lei Federal nº 4.119 - que a Psicologia passou a existir como profissão. No ano de 1964 foi regulamentada a formação do psicólogo e seu exercício profissional pelo Conselho Federal de Educação com o Decreto nº 53.464. Com isso o Brasil tornou-se um dos poucos países a adotar uma legislação reguladora da profissão em todo território nacional.

A inserção do psicólogo nos serviços públicos de saúde no Brasil tem se dado mais claramente a partir do final dos anos 70 e início dos anos 80. Sua entrada neste campo de atuação se deu em decorrência de transformações da sociedade brasileira em geral, e no

campo da saúde, em especial. De um lado, a crise econômica e social que afastou os clientes dos consultórios privados, forçando os psicólogos a buscarem outros contextos de atuação. De outro lado, as políticas de saúde mental que promoveram a ambulatorização dos serviços e a multiprofissionalidade na atenção dos portadores de sofrimento psíquico (DIMENSTEIN; SANTOS, 2005).

Contudo, este novo contexto de atuação profissional exige outras posturas do psicólogo que tem que enfrentar uma nova realidade para a qual não havia sido preparado durante a graduação na universidade. Assim, a Psicologia aos poucos tenta construir o seu lugar no campo da saúde. Conforme (SPINK; LIMA, 1999).

A psicologia chega tarde neste cenário e chega 'miúda', tateando, buscando ainda definir seu campo de atuação, sua contribuição teórica efetiva e as formas de incorporação do biológico e do social ao fato psicológico, procurando abandonar os enfoques centrados em um indivíduo abstrato e a-histórico tão frequentes na psicologia clínica tradicional (SPINK, 2003, p. 30).

Esta defasagem entre a formação do psicólogo e as necessidades atuais da saúde pública no Brasil tem levado os psicólogos que atuam nessa área ao enfrentamento de inúmeros desafios, tais como o desconhecimento do SUS e da realidade das instituições de saúde pública. Este desconhecimento tem promovido uma atuação profissional indiferenciada segundo os objetivos de cada um dos níveis de atenção, comprometendo a eficiência e a eficácia do trabalho realizado. (OLIVEIRA, 2005)

Em um estudo sobre a atuação do psicólogo na Estratégia Saúde da Família (ESF), Diógenes e Pontes (2016) observaram que abordagens psicológicas que trazem visões de mundo e de homem que se aproximam do que preconiza a ESF, facilitam o trabalho. A ênfase dada pelos autores é nas abordagens humanistas, ainda assim, afirmam que "...todos os entrevistados relataram intervenções que partiam sempre das demandas que indivíduos ou coletivos expressavam e só depois da sua compreensão, essas intervenções eram postas em prática" (p.169). Isto indica que o trabalho da Psicologia, que normalmente é representante da saúde mental na atenção básica, não é engessado e sim dinâmico e que atende as necessidades reais da população atendida.

Moraes (2014) atenta para o papel da Psicologia na questão da saúde mental:

Penso que nosso papel (psicólogos e psicólogas) é ter um compromisso ético-político engajado nas questões sociais e na luta pelos direitos humanos. É ter uma postura crítica frente às relações de poder observadas, tanto nas intersubjetividades do cotidiano, quanto nas macrorrelações políticas, econômicas e sociais. Independente de teoria psicológica, religião e cultura, nossa compreensão de sujeito deve abarcar o sujeito psicológico e social que vive em uma sociedade marcada por relações que seguem a lógica excludente do capitalismo (lucro a qualquer custo, vaidade acima da vida humana etc). Os psicólogos e psicólogas devem ser criativos e encontrar maneiras de potencializar os seres humanos que estão em sofrimento ético-político e de lutar contra todas as formas de maus tratos e exclusão (MORAES, 2014, p.159).

Neste contexto de saúde mental na atenção básica, é imprescindível a compreensão do sujeito, a partir do que Moraes (2014) chama de sofrimento ético-político. Este modo de enxergar a pessoa deve introduzir os conceitos de afetividade e sofrimento na análise da dialética exclusão/inclusão social, o que desestabiliza análises em que o sujeito é visto como número. Isto permite ainda a não culpabilização daquele que sofre, entendendo que as formas de exclusão estão nas relações intersubjetivas delineadas socialmente. Atuar nesta perspectiva é promover bons encontros que potencializam ações e respeitam as pessoas enquanto seres humanos que tem infinitas possibilidades e sonhos (SAWAIA, 2011).

## **Conclusão**

Os psicólogos junto às equipes de saúde da família e demais equipes da atenção básica, reinventam o modo de enxergar e, sobretudo, de promover cuidado aos cidadãos com necessidades de enfrentamento a distúrbios relacionados a álcool e drogas e demais agravos em saúde mental.

Ao construir a integralidade das ações em saúde mental, é importante não perder de vista os aspectos individuais e coletivos dos sujeitos envolvidos nas ações de saúde mental sob a ótica do enfrentamento de situações relacionadas a álcool e drogas.

Através do trabalho do psicólogo junto a equipe na atenção básica pode-se reconhecer as necessidades e subjetividades do ser humano a ser atendido embasado em uma abordagem integral e humanística.

Dessa forma faz-se necessário a união de esforços junto a equipe multiprofissional e interdisciplinar para enfrentamento deste problema de saúde pública.

## Referências

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. Acesso em: 20 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *A Política o Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRÊDA, M. Z.; AUGUSTO, L. G. S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 471-480, 2001.

CARNEIRO JUNIOR, N. et al. Serviços de saúde e população de rua: contribuição para um debate. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 47-62, 1998.

COIMBRA, V. C. C. et al. Atenção em saúde mental na estratégia saúde da família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v.07, n.01, p.113-117, 2005.

DIMENSTEIN, M.; SANTOS, Y. F. Compromisso com o SUS entre as profissões de saúde na rede básica de Natal. In: BORGES, L. O. (org.) *Os profissionais 21 de saúde e seu trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005, p. 91-108.

DIÓGENES, J.; PONTES, R. J. S. A atuação do psicólogo na estratégia saúde da família: articulações teóricas e práticas do olhar gestáltico. *Psicologia: Ciência e Profissão*. vol.36, n.1, p. 158-170, 2016.

GONÇALVES, A. M.; SENA, R. A. Reforma Psiquiátrica no Brasil: Contextualização e Reflexos Sobre o Cuidado com o Doente Mental na Família. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.9, n.2, p. 48-55, 2001.

MACHADO, M. F. A. S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as proposta do SUS- uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MACHADO, A. P. C.; MOCINHO, R. R. Saúde mental um desafio no programa da saúde. *Boletim da saúde*, Porto Alegre, v. 17, n. 2, 2003.

MORAES, R. C. P. *Saúde Mental e Economia Solidária: os processos psicossociais de inclusão social pelo trabalho*. Santos. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Santos, 2014.

NEVES, H. G. Saúde mental na atenção primária: necessária constituição de competências. *REBEN*, v. 63, n. 4, p. 666-70, 2010.

OLIVEIRA, I. F. *A Psicologia no Sistema de Saúde Pública: diagnóstico e perspectivas*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

PROGRAMARECOMEÇO, 2016. PROGRAMA ESTADUAL DE ENFRENTAMENTO DO CRACK E OUTRAS DROGAS. Síntese de internações por álcool e drogas no Brasil, [online]. São Paulo (SP): Secretarias Estaduais da Saúde, da Justiça e Defesa da Cidadania e do Desenvolvimento Social, 2016. Disponível em: <http://programarecomeco.sp.gov.br/acesso> 20 de junho de 2016.

RIBEIRO, L.M. et al. Saúde mental e enfermagem na estratégia saúde da família: como estão atuando os enfermeiros?. **Revista de enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 376-382, 2009.

SAWAIA, B. B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: \_\_\_\_\_(org). **As Artimanhas da Exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 11ª ed. Petrópolis: Vozes, 2011, p.99-119.

SILVA, K. L.; DE SENA, R. R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. *Revista-escola de enfermagem Universidade de São Paulo*, v. 42, n.1,48-52, 2008.

SPINK, M. J. P. & LIMA, H. Rigor e visibilidade: A explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M. J. P. (org.). *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. p. 93-122, São Paulo: Cortez, 1999.

SUPERA. *Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento*. 2016. Disponível em: < <http://www.supera.senad.gov.br/>>. Acesso em: 20 jun. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The world drug report**. Geneva: World Health Organization, 2015.

*Recebido em 24/05/2016*

*Aprovado em 01/11/2016*