

## ESTIGMA E USUÁRIOS DE DROGAS: AS CRENÇAS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Rafaela Toledo Dias<sup>1</sup>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6109-8863>

Natália São Tiago Vieira<sup>2</sup>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0696-0689>

Caroline Thebald dos Reis Gomes<sup>3</sup>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2394-5950>

Pollyana Santos da Silveira<sup>4</sup>, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3010-6477>

**RESUMO.** A estigmatização dos profissionais de saúde sobre os usuários de álcool e outras drogas limita o acesso ao tratamento e legitima práticas que violam os direitos dessa população. Portanto, o objetivo do estudo é compreender as crenças estigmatizantes de profissionais de saúde relacionadas a estes usuários a partir de uma aproximação qualitativa. Compuseram esta investigação 11 profissionais de três serviços: CAPSad-III, CAPS-II e Residência Multiprofissional. A estratégia de coleta de dados foi o Grupo Focal, examinados conforme a análise de conteúdo temática. Os resultados demonstraram a presença de crenças permeadas por estigmas; o maior comprometimento social da mulher, podendo justificar a maior adesão dos homens ao tratamento; a importância de uma atuação consciente sobre os próprios estigmas e a relevância da intersetorialidade no cuidado, provendo autonomia ao usuário. Diante dos resultados da investigação, conclui-se que apesar de todos os participantes apresentarem crenças permeadas por estigmas, os mesmos também são críticos aos discursos que minoram os direitos de participação social de usuários de drogas e que legitimam sua exclusão.

**Palavras-chave:** Estigma social; transtornos relacionados ao uso de substâncias; profissional da saúde.

## STIGMA AND DRUG USERS: THE BELIEFS OF HEALTH PROFESSIONALS

**ABSTRACT.** The stigmatization of health professionals related to alcohol and other drugs users limit the access to treatment and allow practices that violate these population's rights. Therefore, this study aims to comprehend the stigmatizing beliefs of health professionals concerning these users, through a qualitative approach. This investigation was composed by eleven professionals of three areas: CAPSad-III, CAPS-II and Multiprofessional Residence. The strategy applied for data collection was the Focus Group, and they were examined accordingly to the thematic analysis of content. The results showed the presence of beliefs surrounded by stigmas; bigger social damage to women, which can justify bigger acceptance of men to treatment; the importance of a responsible attitude toward the own stigmas and the relevance of the intersectorial approach, which provides autonomy to the user. In view of the results of the investigation, it is concluded that although all the

<sup>1</sup> Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora-MG, Brasil. E-mail: [rtoledodias@gmail.com](mailto:rtoledodias@gmail.com)

<sup>2</sup> Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora-MG, Brasil. E-mail: [natstvieira@gmail.com](mailto:natstvieira@gmail.com)

<sup>3</sup> Centro Universitário Arthur Sá Earp Neto, Petrópolis-RJ, Brasil. E-mail: [carolinethebald@gmail.com](mailto:carolinethebald@gmail.com)

<sup>4</sup> Universidade Católica de Petrópolis, Petrópolis-RJ, Brasil. E-mail: [pollyannassilveira@gmail.com](mailto:pollyannassilveira@gmail.com)



participants present beliefs permeated by stigmas, they are also critical of the discourses that lessen the rights of social participation of drug users and that legitimize their exclusion.

**Keywords:** Social stigma; substance-related disorders; health care provider.

## **ESTIGMA Y USUARIOS DE DROGAS: LAS CREENCIAS DE PROFESIONALES DE LA SALUD**

**RESUMEN.** La estigmatización de profesionales de salud a usuarios de alcohol y otras drogas, limitan el acceso al tratamiento legitimando prácticas que violan los derechos de dicha población. El objetivo del estudio es comprender las creencias estigmatizantes de profesionales de salud relacionados a tales usuarios desde una aproximación cualitativa. Esta investigación estuvo compuesta por 11 profesionales de tres servicios: CAPSad-III, CAPS-II y Residencia Multiprofesional. La recolección de datos fue mediante Grupo Focal, siendo analizados según el análisis de contenido temático. Los resultados demuestran la presencia de creencias impregnadas por estigmas; el mayor compromiso social de la mujer, justificando mayor adhesión de hombres al tratamiento; la importancia de una actuación consciente sobre los propios estigmas y la relevancia de la intersectorialidad en el cuidado, proporcionando autonomía al usuario. A la vista de los resultados de la investigación, se concluye que si bien todos los participantes presentan creencias permeadas por estigmas, también son críticos con los discursos que menoscaban los derechos de participación social de los usuarios de drogas y que legitiman su exclusión.

**Palabras clave:** Estigma social; trastornos relacionados con sustancias; profesionales de la salud.

### **Introdução**

Em âmbito global, o uso de drogas tem sido elencado como um dos mais graves problemas de saúde pública (Silveira, Tostes, Wan, Ronzani, & Corrigan, 2018), e as complicações decorrentes desse uso cada vez mais crescente estão associadas a outros temas relevantes, como pobreza e violência (Cerqueira, et al., 2019). A investigação acerca da origem do uso problemático de drogas deve considerar as multideterminações que perpassam o fenômeno, visando aperfeiçoar sua compreensão e pautar as intervenções em evidências sólidas para um cuidado mais amplo, contextualizado e integral do usuário (Mota, Ronzani & Moura, 2014).

Mesmo diante de um cenário de mobilização política e social em torno dos problemas decorrentes do uso de drogas, muitas pessoas que fazem uso optam por não procurar atendimento ou abandonam prematuramente o tratamento em função da estigmatização (Silveira, et al., 2018). Entre os efeitos do estigma para a saúde e qualidade de vida dos sujeitos, pode-se destacar a diminuição da autoestima, autoeficácia, a limitação das interações sociais, o desemprego, a desesperança, os baixos níveis de escolaridade (Silveira et al., 2015; Nieweglowski, Dubke, Mulfinger, Sheehan, & Corrigan, 2018) e a discriminação (Lundquist & Gurung, 2019).

As atitudes e políticas públicas de cunho moralista da primeira metade do século XX reforçaram as crenças negativas da população geral e de profissionais de saúde da atualidade, visto que disseminavam que o uso de drogas é fruto de uma escolha pessoal (Pickard, 2017). Especialmente com relação aos profissionais de saúde, as causas podem incluir a carência de compreensão de diferentes expressões culturais, ausência de

formação e treinamento adequados, a fragmentação de modelos de cuidados, e até mesmo a precariedade de tecnologias que favoreçam a formulação de diagnóstico e cuidado adequados (Tavares, Souza, & Ponte, 2013).

No cenário atual, o cuidado a usuários de álcool e outras drogas é ainda permeado pelo estigma, acarretando em investimentos insuficientes para a promoção do tratamento adequado, além da violação de direitos e da culpabilização dos usuários de drogas por diversos problemas sociais (Silveira et al., 2018). A medida que prevalece o ideal moral do modelo de cuidado, o estigma, as injustiças e as violações de direitos continuarão sendo legitimadas (Pickard, 2017), e o usuário continuará sendo vítima de dispositivos de tratamento que não oferecem um cuidado adequado.

O estigma é inicialmente formado pelas crenças e mantido por elas, abarcando, primeiramente, os processos de rotulação e estereotipização e, em seguida, as manifestações afetivas e comportamentais (Link & Phelan, 2001). Rosenberg e Hovland (1960) teorizam que as crenças são um dos elementos das atitudes, sendo esta constituída por três componentes: o afetivo, o cognitivo e o comportamental. As crenças constituem o componente cognitivo, e se explicam pelas informações que os indivíduos possuem a respeito do objeto para qual se dirige a atitude.

Em virtude desse cruzamento entre crenças estigmatizantes e desajustamento dos modelos de atenção, considera-se relevante entender as crenças dos profissionais de saúde sobre o uso e os usuários de drogas, posto que este entendimento pode posteriormente fundamentar melhorias nas ações, estratégias e intervenções que visam aperfeiçoar o cuidado e reduzir o estigma. Portanto, o objetivo do presente estudo é compreender as crenças estigmatizantes relacionadas aos usuários de álcool e outras drogas em profissionais de saúde a partir de uma aproximação qualitativa. Esses profissionais atuam em serviços especializados e não especializados no tratamento de usuários das referidas substâncias.

## Método

Como o objetivo deste estudo diz respeito a um aprofundamento da experiência subjetiva com o objeto, considerou-se a aproximação qualitativa a mais apropriada (Cavazza, 2008). O planejamento da presente pesquisa se deu de forma articulada a um estudo multicêntrico. A coleta dos dados aconteceu após aproximadamente um mês do *Workshop* proposto pelo estudo supracitado, realizado para sensibilizar os profissionais acerca da temática do estigma relacionado aos usuários de álcool e drogas. Assim, o *workshop* contribuiu para gerar disparadores discursivos importantes no momento da coleta de dados. A pesquisadora responsável participou ativamente no *Workshop*, tomando notas, compartilhando experiências profissionais e pessoais, com a finalidade de se ambientar, interagir e entrar na realidade investigada.

## O cenário

A coleta de dados compreendeu três modalidades de serviço, a saber: o Grupo 1 (G1) foi composto por profissionais de serviço especializado do Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas III (CAPSad-III); o Grupo 2 (G2) por profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS-II), ambos do mesmo município do estado do Rio de Janeiro; e o Grupo 3 (G3) foi formado por profissionais que integram o Programa de Residência Multiprofissional de uma universidade pública de Minas Gerais. Todos os residentes têm contato com usuários de álcool e outras drogas ao

longo da especialização através do ambulatório Álcool e Drogas do HU ou no CAPSad do município.

### Os participantes

Um mês após a realização do *Workshop*, a pesquisadora estabeleceu contato via telefone com os profissionais que participaram integralmente do mesmo, para convidá-los a formar o grupo da coleta, explicando os objetivos da pesquisa e o caráter voluntário da participação. Após isso, a coordenação da instituição foi informada sobre o aceite dos profissionais e solicitou-se um espaço dentro do próprio ambiente de trabalho.

Essa investigação foi composta por 11 profissionais de saúde que atuam nos serviços citados. Entre as categorias profissionais estavam: técnico de enfermagem, enfermeiro, psicólogas, assistente social, terapeuta ocupacional e uma administradora (coordenadora do CAPS-II). Adotamos, ainda, o critério de tempo mínimo de atuação de seis meses no serviço.

### A coleta das informações

Foi realizada uma sessão de Grupo Focal (GF) para cada cenário em seu respectivo serviço. O GF se constitui como um instrumento privilegiado para o estudo aprofundado de um sistema de crenças socialmente compartilhado (Cavazza, 2008). Assumimos por definição de GF uma técnica que promove a interação grupal mediante uma discussão focal, específica e diretiva. Como resultado, obtém-se um espaço de troca de experiências e percepções, fomentando o protagonismo dos participantes por intermédio das discussões e construções coletivas (Dall'agnol, Magalhães, Mano, Olschowsky, & Silva, 2012).

Um roteiro foi usado para condução das discussões e seus tópicos foram apresentados no formato de “disparadores discursivos” aos profissionais, com a intenção de dar início ao assunto e suscitar comentários dos participantes. A duração prevista para a sessão do GF era de 90 minutos, sendo que este tempo foi ultrapassado em dois dos três grupos realizados, não extrapolando a 120 minutos. A coleta ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2018.

Além da moderadora, os grupos contaram com duas observadoras. Estas estavam presentes com o intuito de registrar a dinâmica do grupo, colaborar no controle do tempo, monitorar o equipamento de gravação e realizar anotações referentes às falas dos participantes para facilitar a transcrição dos dados. Todas as pesquisadoras envolvidas no projeto foram previamente capacitadas com vistas a garantir a qualidade e igualdade de todo o procedimento de coleta de dados. Para mais, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética (processo 104554/2017). A coordenação geral dos serviços de saúde envolvidos forneceu sua autorização e todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

### Análise dos dados

Os dados oriundos do GF foram analisados de acordo com as orientações propostas por Braun e Clarke (2006) por um grupo de três pesquisadoras. Ao longo do processo, as três primeiras fases são realizadas de forma individual, sendo as fases posteriores executadas conjuntamente em reuniões. As fases da análise estão explanadas na Tabela 1.

**Tabela 1.** Fases da análise de conteúdo.

| Fase                                                    | Descrição do método                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1ª Fase - Familiarização com os dados                   | Realizar transcrição padronizada dos dados, seguida de leitura repetida do <i>corpus de dados</i> , tomando nota das ideias centrais identificadas.                                                                                                                                                            |
| 2ª Fase - Geração de códigos iniciais                   | Codificar sistematicamente as características do <i>corpus de dados</i> que se vinculavam ao objeto delimitado e aos objetivos da pesquisa, agrupando dados relevantes para cada código.                                                                                                                       |
| 3ª Fase - Procurando pelos temas centrais e específicos | Agrupar os códigos em temas potenciais, reunindo juntamente os <i>conjuntos de dados</i> (todos os dados dentro do <i>corpus</i> que está sendo usado para a análise) relevantes para cada tema potencial.                                                                                                     |
| 4ª Fase - Revisão dos temas                             | Os temas escolhidos foram verificados em relação aos <i>extratos</i> (trechos extraídos do conjunto de dados). Nesta fase foram geradas as tabelas temáticas (contendo a síntese da pergunta ou eixo de discussão, o tema central e o tema específico) e em seguida, foram gerados mapas temáticos da análise. |
| 5ª Fase - Definindo e nomeando temas                    | Empreendida ao longo do processo de análise e escrita dos resultados com vistas a refinar as especificidades de cada tema, gerando definições e nomes claros para cada tema.                                                                                                                                   |
| 6ª Fase - Produção do relatório                         | Dada a análise final dos extratos selecionados, relacionaram-se os resultados com a literatura e o relatório acadêmico da análise foi produzido (no respectivo trabalho, a ênfase foi dada aos temas centrais).                                                                                                |

## Resultados e discussão

No que se refere à caracterização dos 11 participantes deste estudo que compuseram três grupos focais (GF), a participação foi majoritariamente do sexo feminino (08 mulheres e 03 homens). Quanto à profissão, os grupos foram constituídos por seis psicólogos, uma assistente social, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, uma terapeuta ocupacional e uma agente de apoio administrativo, que era a coordenadora da instituição. A média de idade da população estudada foi de 39 anos, contemplando participantes de 23 até 62 anos. O tempo de trabalho variou de seis meses de atuação até 30 anos, sendo o tempo médio dos profissionais do CAPSad-III e CAPS-II de 3,14 anos. Levando em consideração que os profissionais da residência atuam rotativamente entre os serviços de saúde, no período de realização do grupo, as instituições onde eles atuavam eram o CAPSi, os dois hospitais universitários (HU) do município, e um CAPS-III. Todo o processo de coleta de informações contemplou a discussão de cinco eixos temáticos que, após a análise, foram categorizados em temas centrais e seguem dispostos na Tabela 2.

**Tabela 2.** Temas centrais da análise de conteúdo.

| Síntese dos eixos de discussão                                                                | Temas centrais dos grupos                                                                                                                 |                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                               | <i>Grupo Focal 1 (G1)<br/>CAPSad-III</i>                                                                                                  | <i>Grupo Focal 2 (G2)<br/>CAPS-II</i>                                                                                                     | <i>Grupo Focal 3 (G3)<br/>Residência Multi</i>                                                                                                                                                                      |
| O que leva o indivíduo a fazer uso problemático de drogas:                                    | Fatores como sexo, raça, classe social e a “guerra às drogas”                                                                             | Não há fatores específicos que determinam o uso problemático                                                                              | Influências sociais fundamentadas no sistema capitalista                                                                                                                                                            |
| Como é o trabalho com usuários de drogas:                                                     | A atuação crítica e consciente é necessária nesta área                                                                                    | O contato com usuários de drogas modifica os preconceitos que se têm deles                                                                | Deve-se ter uma atuação adequada à complexidade do serviço                                                                                                                                                          |
| Já presenciou e como reagiu diante de uma situação de estigmatização de um usuário de drogas: | Tentaram dialogar com os colegas de equipe.                                                                                               | Tentaram auxiliar, quando presenciado, o usuário estigmatizado.                                                                           | Tentaram dialogar para diminuir o estigma                                                                                                                                                                           |
| Como lidar com os próprios preconceitos para garantir a qualidade do atendimento:             | O contato com o usuário do serviço propicia uma reflexão crítica sobre a própria atuação.                                                 | Negaram a existência de seus próprios preconceitos                                                                                        | Refletindo criticamente acerca da sua visão sobre os usuários do serviço, que é permeada pelo preconceito.                                                                                                          |
| Desafios e potencialidades no trabalho com usuários de drogas:                                | Desafios: Ausência de efetividade nas políticas públicas.<br><br>Potencialidades:<br>- Motivação da equipe.<br>- Qualidade do acolhimento | Desafios:<br>- Falta de recursos financeiros<br>- Ausência de profissionais;<br><br>Potencialidades:<br>- motivação da equipe do serviço. | Desafios: manutenção da motivação perante os obstáculos encontrados na rede de serviço das políticas públicas.<br><br>Potencialidades:<br>- a autonomia dos próprios usuários;<br>- diretrizes da política pública. |

### Determinações do uso problemático de drogas

No G1 foi levantado que marcadores sociais de raça, classe social, sexo e a política proibicionista vigente são importantes de serem considerados para a compreensão do uso problemático de drogas. O marcador sexo se destaca, pois eles consideram que o comprometimento social da mulher é maior, culminando no abandono familiar, o que, segundo eles, pode até justificar a maior adesão dos homens ao tratamento. Os participantes concordam, ainda, que a atuação no serviço especializado deve se adequar às especificidades do sexo feminino, incluindo o fato de que, cultural e historicamente, a figura feminina tem sido atrelada ao cuidado familiar. O trecho abaixo exemplifica as referidas conclusões:

Eu percebo que na mulher o impacto é um pouco diferente, né? [...] Existe uma vergonha por parte delas, eu lembro de algumas pacientes que chegam e falam: 'eu não quero que ninguém saiba, tem gente conhecida ali aguardando. E percebo também que o impacto na saúde é um pouco mais desastroso (Profissional 1, G2).

Sobre a raça e classe social dos usuários de drogas e do serviço, os participantes discorrem que elas influenciam tanto a forma de tratamento quanto a exposição aos riscos do uso da droga. A fala de um dos participantes do primeiro grupo, nesse sentido, é ilustrativa:

[...] Hoje se morre muita mais gente pela condição da guerra das drogas do que pelo uso das drogas propriamente dito [...]. Se você é pobre e mora dentro de uma comunidade, você está mais exposto ao risco do tráfico local, do domínio armado, de tomar dura da polícia, de tomar 'sopapo' no pé do ouvido, de ser preso (Profissional 1, G1).

Esta fala sintetiza o cenário dos estados brasileiros que apresentaram no ano de 2017 uma média de 65.602 homicídios por violência, número este que cresce anualmente, sendo impulsionado pelo combate ao narcotráfico, baseado na repressão das drogas (Cerqueira et al., 2019). Os autores Rêgo, Oliveira, Lima e Holanda (2017) discorrem que há no Brasil uma interseção e associação dos "perfis" de pessoas negras, pobres, de baixa escolaridade e moradores de favelas com usuários de drogas. Eles acrescentam ainda os rótulos de "traficante", "perigosos", "sem controle", sendo que a estes as políticas públicas de segurança devem se direcionar de forma categórica. Assim, ainda conforme os autores, essa política tem refletido que o fenômeno em questão é uma opção ou desajuste individual ou grupal, culminado na criminalização da pobreza como uma das formas de se combatê-la.

Precisamos destacar que o patriarcado ainda expressa o arranjo social, político, cultural e simbólico vigente, e foi representado nas falas dos participantes, especialmente do G1 e G2. Essa organização reproduz as desigualdades e violências que vitimam as mulheres, tal como os obstáculos que enfrentam em relação à educação, à renda, ao emprego, à carga de trabalho, e às violências (Cruz et al., 2014). Isso faz com que a visão do abuso de drogas em mulheres gere desaprovação social e estigma, o que pode impedir a busca de ajuda por parte das mesmas (Stringer & Baker, 2015), o que torna necessário garantir maior visibilidade às idiosincrasias femininas no campo das dependências, objetivando a adequação das políticas públicas à essa população.

O G2 trouxe pouco conteúdo em relação a este tópico, apontando que não há fatores específicos que determinam o uso problemático de substâncias, contrariando a opinião dos outros grupos. Este conteúdo está sintetizado abaixo:

[...] Eu me faço essa pergunta muitas vezes né [...] o que pra algumas pessoas vira uma coisa problemática pro resto da vida [...] eu penso nos meus amigos [...] outros até hoje têm problema decorrente do uso e [...] outros usam até hoje, sem nenhum problema, trabalham, têm família [...] então eu não tenho resposta pra isso né, eu tenho perguntas (Profissional 1, G2).

Observou-se ainda falas coerentes com as manifestações verbais do G1 sobre o maior impacto na saúde e no âmbito social da mulher, ressaltando ainda a expressiva predominância masculina na instituição. Quando observado outro estudo brasileiro, repete-se este padrão de prevalência masculina nos serviços de tratamento a dependência de drogas (Barbosa et al., 2015).

As análises das falas do G3 apontam que eles creem que o uso problemático é um meio de adaptação a forma de organização social, regida pela lógica capitalista. Os participantes deste grupo consideram que a discussão deve ultrapassar os "determinantes

sociais de saúde”, entendendo que o uso de drogas é um processo histórico e cultural da humanidade, tendo sido agravado pelo consumismo crescente impulsionado pelo sistema capitalista. Coerentemente, Rêgo et al. (2017) vão citar que as condições sociais e históricas da sociedade capitalista determinam a maneira como os indivíduos são vistos em seu poder de decisão diante do consumo de drogas. Os participantes do G3, de forma semelhante ao G1, pontuam que a condição econômica pode favorecer o uso de drogas de forma mais confortável e segura. Assim, os usuários sofrem menor impacto direto da violência relacionada ao tráfico, além de garantir melhor qualidade da substância.

### **O trabalho com usuários de drogas**

Quando indagados sobre a atuação direta com essa população, os profissionais do G1 apontaram que é necessário ter uma atuação crítica e consciente para garantir que os usuários do serviço sejam atendidos em suas demandas. A frustração é um sentimento presente, mas quando se consideram as subjetividades do público atendido, aliado a uma prática consciente sobre os próprios estigmas, pode acarretar na diminuição de expectativas com o tratamento, o que, segundo eles, se torna positivo.

Mediante as falas do G2, foi possível constatar que o contato com usuários de drogas modificou o preconceito que se tinha deles. Sabe-se que a conceitualização do estigma é ampla e ele existe na intercessão de conceitos variados, como rotulação, estereótipo, separação, perda de status, discriminação (Link & Phelan, 2001), distanciamento social (Lundquist & Gurung, 2019) e preconceito (Martinez & Hinshaw, 2016). Essa definição multicomponente do estigma possibilita a identificação dos elementos que devem se apresentar para que o mesmo seja identificado (Link & Hatzenbuehler, 2016). O contato é amplamente apontado como uma estratégia privilegiada para reduzir o estigma, consistindo na vivência interpessoal positiva com grupos estigmatizados. Esta vivência vai possibilitar o questionamento das atitudes negativas mediante interações diretas, reduzindo o desejo de distância social (Lundquist & Gurung, 2019). Entretanto, evidências de um estudo nacional indicam que o contato, diferente do que fora mencionado diversas vezes pelos profissionais, não se mostrou significativo para diminuir o desejo de distância social (Silveira et al., 2015).

A presença de medo e frustração também foi relatada, indo ao encontro ao estudo de Ferreira e Engstrom (2017) que se refere aos sentimentos de medo por parte dos enfermeiros e profissionais da Estratégia de Saúde da Família no trabalho com usuários de drogas. Outro ponto a ser destacado é a maior empatia que os profissionais demonstram com usuários de álcool, pois os usuários de outras drogas são vistos como mais ameaçadores. Ademais, as falas dos participantes apontam que uma atitude compreensiva é determinante para o estabelecimento da confiança do usuário. Abaixo segue um trecho que elucida com precisão o exposto acima acerca do manejo do tratamento com usuários de álcool:

[...] Eu percebia que eu tinha uma empatia melhor com álcool [...] então as pessoas com problema da dependência química do álcool eu acho que eu sabia lidar um pouco melhor [...] e com a droga eu já achava as pessoas mais desafiadoras, ameaçadoras [...] então eu prefiro mais o alcoólico, e eu acho que eles são mais francos [...] tanto que eu pegava uns na rua levava pra lá [outro serviço especializado que atuou] [...] mas a droga, o drogado em si, eu tenho sérios, hoje em dia nem tanto, mas eu já tive essa resistência, né? (Profissional 1, G2).

Com relação ao G3, é importante pontuar que, apesar de terem tido contato com usuários AD em algum momento, nenhum deles havia passado pelo CAPSad. Apenas uma psicóloga já havia atuado no Ambulatório AD do HU. Portanto, a experiência com essa

população por parte desses profissionais ainda é muito limitada, e as discussões se direcionaram as suas crenças futuras quanto ao trabalho com usuários de drogas. O núcleo central das respostas desses participantes é de que se deve ter uma atuação que se adequa à complexidade da demanda. A atuação intersetorial é apontada como meta de tratamento mais abrangente a esse público, o que converge com os apontamentos de Costa, Ronzani e Colugnati (2017).

### **A estigmatização dos usuários de drogas**

É notável que abordar a temática do estigma em pesquisas é um desafio, especialmente naquelas que se propõem a mensurá-lo. Este é um constructo que está sujeito a um forte viés de desejabilidade social (Wood & Elliott, 2020). Assim posto, nesta investigação, abordou-se o tema colocando-o no passado com a finalidade de minimizar as resistências relacionadas às perguntas e de forma sutil aproximar esse fenômeno do cotidiano dos profissionais. Inicialmente, os participantes foram perguntados se já haviam presenciado uma situação de estigmatização de um usuário de drogas e como se sentiram e reagiram diante dela. Foi unânime em todos os grupos que já presenciaram cenas de estigmatização, que envolveram os processos de rotulação, discriminação e exclusão social, principalmente.

No G1 e no G2, os participantes reconheceram a presença do estigma em si mesmos e no serviço, afirmando que optam pelo diálogo como forma de evidenciar o estigma presente. No G1, contudo, discorreram sobre a carência de um mediador externo para trabalhar a questão pelo atrito gerado na equipe ao abordar o assunto. Como exemplos apontados no G1, as crenças negativas que eles próprios possuem, como a desconfiança sobre o usuário, reflete o processo de estigmatização.

Ainda de acordo com o G1, foi declarado que o estigma internalizado é uma barreira para adesão ao tratamento e que o trabalho em equipe e de articulação com a rede minimizam as consequências do estigma. Com efeito, as implicações do estigma internalizado culminam na tentativa de evitar o diagnóstico e a divulgação negativa da condição de saúde, diminuindo a procura dos serviços pelos usuários (Corrigan & Wassel, 2008), o que também fora mencionado pelos profissionais, com exemplos verídicos do CAPS em questão.

No G2, os participantes afirmaram que tentam auxiliar os usuários quando presenciam situações em que eles estão sendo estigmatizados. Os exemplos de situações e de reações foram permeados por forte carga emocional, por se tratarem de experiências com familiares ou de usuários que vieram a óbito em decorrência do uso de drogas.

No eixo de discussão *“Como lidar com os próprios preconceitos para garantir a qualidade do atendimento”*, o tema central do G1 é mais um apontamento que o contato com os usuários propicia uma reflexão crítica sobre a própria atuação, questão já abordada anteriormente pelo G2. Os profissionais reconhecem que sentem medo de alguns usuários, o que é agravado pelas comorbidades psiquiátricas, pela crença de periculosidade e pela desconfiança. Eles discorrem que esse é um fator que compromete o vínculo entre profissional/usuário e que este vínculo é a ponte fundamental para a qualidade do atendimento. Semelhantemente, o estudo de Giandinoto, Stephenson e Edward (2018) aponta que a maioria dos profissionais de saúde também considera os indivíduos que sofrem de problemas decorrentes do uso de drogas e pacientes com esquizofrenia como perigosos, até mais do que pacientes que tinham apenas um transtorno relacionado ao álcool.

Uma tentativa de explicar o comprometimento do vínculo entre profissional/usuário pode se dar pelo desejo de distância social, que é mais um efeito do estigma. Esse processo pode ser definido pela ausência de disposição de um indivíduo a se relacionar intimamente ou não com outra pessoa que sofreu certo grau de deterioração de sua identidade (Lundquist & Gurung, 2019). No estudo de Silveira et al. (2015) foi constatado que a percepção de periculosidade é explicativa para o desejo de distância social relacionada a dependentes de cocaína e maconha.

No G2, percebeu-se na análise um afastamento do preconceito por parte dos participantes, ou seja, as opiniões expressas apontavam que o preconceito e o estigma não partem das profissionais do grupo, e sim de outros e de pessoas de fora do serviço.

[...] Bom, eu acho que para tá aqui não teve preconceito, porque a equipe foi muito bem escolhida [...] já sabiam lidar [...] sabe tratar normal, como qualquer outro paciente psiquiátrico [...] sabemos que eles são falhos, que não são iguais aos outros, muitos vêm atrás de benefício, a gente tem consciência disso (Profissional 2, G2).

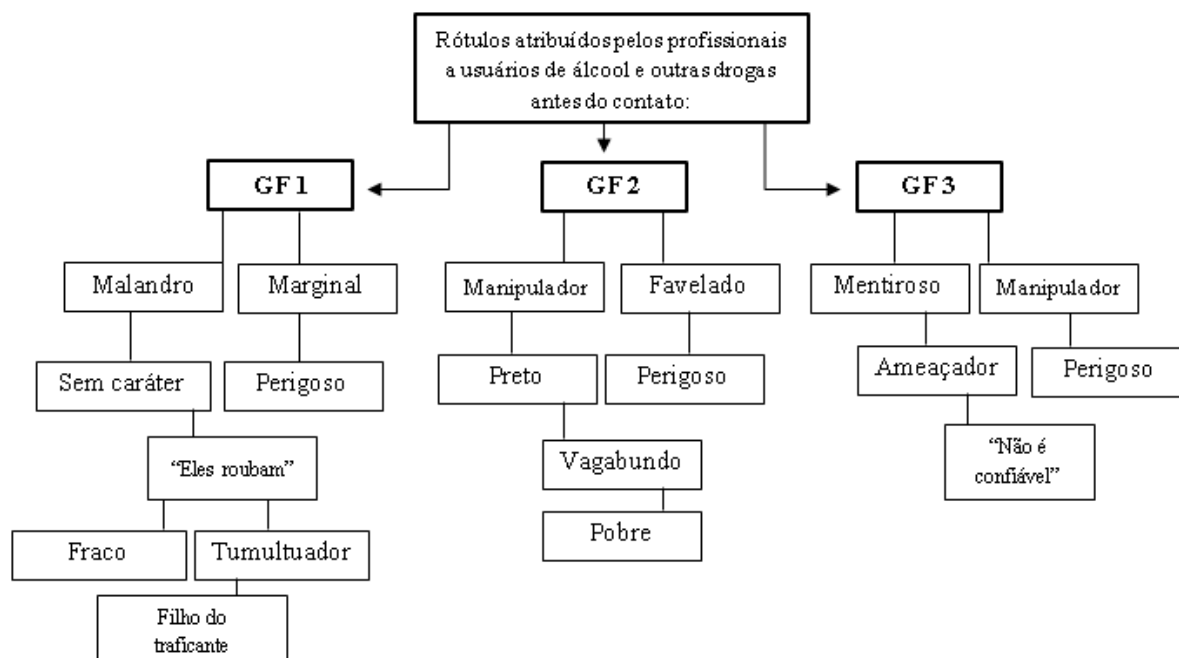
Porém, um membro do grupo discordou, afirmando que percebe o preconceito no serviço e em si, como demonstra o extrato a seguir:

[...] Eu acho que ainda tem preconceito sim, por vezes eu me pego pensando coisas que de repente eu falo 'que isso?', tipo roubo [...] dia de grupo de dependência química eu sou muito mais cuidadosa com a minha bolsa [...] (Profissional 1, G2).

Considerando a pouca experiência do G3 com o público-alvo das discussões, a pergunta se direcionou de forma mais diretiva a identificação dos próprios preconceitos e rotulações. Sobre a tentativa de proporcionar um atendimento de qualidade, os participantes consideram que é fundamental que o profissional reflita acerca da sua crença sobre os usuários, permeada pelo preconceito. Eles apresentaram exemplos de suas crenças imediatas quando pensam em um usuário de droga, e a imagem física se direciona quase sempre a um homem mais velho, emagrecido, sujo, mal vestido, debilitado em sua saúde e sua aparência e associado a uma comorbidade psiquiátrica. Eles concordaram que o estereótipo físico se forma primeiro na mente, e depois outros rótulos se colam ao sujeito, como "perigoso", por exemplo. Acrescentam que todo esse processo pode culminar em uma seletividade no acolhimento, o que já fora evidenciado por Deslandes (2002), onde a avaliação moral dos usuários de serviço de emergências revelava a discriminação e estigmatização por parte dos profissionais, dadas as suas características socioeconômicas, culturais, raça, modo de falar, vestimentas, dentre outras.

Para finalizar a apresentação da análise desse eixo de discussão, julgou-se adequado fornecer um mapa mental (Figura 1) que apresentasse uma síntese do que fora declarado pelos profissionais como os "rótulos" atribuídos a usuários de drogas, especialmente antes do contato com essa população. A saber, dentro da perspectiva psicossocial de Link e Phelan (2001) sobre o estigma, a rotulação é o primeiro componente que dará início aos processos subsequentes que podem conduzir à estigmatização. Para os autores, o rótulo é algo afixado e deixa uma categoria valorativa aberta, que fará uma conexão de natureza automática a um conjunto de características indesejáveis que constituem o estereótipo.

**Figura 1.** Mapa mental. Rótulos dos profissionais relacionados aos usuários de álcool e outras drogas.



### Desafios e potencialidades no trabalho com usuários de drogas

A última pergunta disparadora do GF foi sobre os desafios e as potencialidades no trabalho com esse público, que poderiam englobar tanto a própria prática e a rede de cuidado, como as políticas públicas de saúde. No G1, os participantes pronunciaram-se acerca da ausência da efetividade das políticas públicas, abarcando questões relacionadas ao acesso do usuário à rede, estrutura dos serviços públicos e formação dos profissionais das equipes.

Os profissionais argumentam sobre o desafio que é lidar com a “Rede Afetiva”, ou seja, aquela rede que se articula mediante os vínculos que se possui dentro de um serviço público, sendo esta a maneira mais rápida de acessar o dispositivo de tratamento. Além disso, consideram que, se a rede de cuidado fosse “efetiva” e não “afetiva”, o atendimento do usuário seria garantido com base em seus direitos e mediante a articulação da equipe, e não pelo parentesco ou relações que ele possui. A descontinuidade do cuidado na rede também foi um desafio apontado.

Neste sentido, Costa et al. (2017), quando fazem menção à implementação das políticas sobre drogas e aos seus aparatos normativo-legais, consideram a existência de uma fragmentação entre o ideal e o real, o que se espera e o que realmente se apresenta no contexto ordinário dos dispositivos de cuidado. Esse processo colabora para a desconexão entre as políticas e os instrumentos normativos da atividade profissional, e a consequente naturalização de práticas excludentes, como a “Rede Afetiva”.

Observa-se que o que está em questão não é somente a falta de efetividade das políticas públicas que buscam abarcar integralmente a complexidade da demanda dos usuários de álcool e outras drogas, mas também como elas têm sido analisadas e

implementadas. É necessário considerar as potencialidades e as contradições dessa e de outras legislações, dos contextos sociais, econômicos e políticos ao qual elas se inserem, além dos sujeitos e dispositivos que a compõem (com suas crenças e seus valores) (Costa, Ronzani & Colugnati, 2017). Portanto, nota-se o contrassenso entre o ideal e o real, ou melhor dizendo, o possível.

O G1 evidencia ainda a ausência de treinamento de alguns servidores públicos que lidam diretamente com os usuários (ex: secretária e recepcionista), a falta de investimento em profissionalização e capacitação dos usuários, e a precariedade do serviço. De fato, o treinamento e a formação deficientes que se fundamentam apenas no modelo clínico e biomédico não preparam o profissional para atuar sobre a temática do uso de álcool e outras drogas, podendo justificar a estigmatização por parte dos profissionais de saúde (Costa, Mota, Cruvinel, Silveira, & Ronzani, 2016). Concorde-se com Souza, Souza, Souza, Abrahão e Fernandes (2016) que é necessário levar em conta a necessidade de reflexão atenta das práticas, considerando que os dispositivos de saúde podem ser vistos como lugares de educação continuada, sendo que estes são importantes espaços promotores de transformação na formação.

Como potencialidades, os profissionais apresentam a motivação da equipe, que mesmo diante dos desafios, esforça-se para se tornar um lugar de referência para o usuário por meio da qualidade do acolhimento (escuta acolhedora, valorização e compreensão). A motivação também é uma potencialidade citada no G2. Elas mencionam que apesar da falta de recursos financeiros e profissionais, contando com uma equipe muito reduzida, e do desafio de lidar com funcionário sem vínculo empregatício, os profissionais do serviço atuam em cooperação com os usuários até mesmo na manutenção da estrutura do local.

Em contrapartida, a manutenção da motivação se apresenta no G3 como um desafio. Os participantes apontam que a sociedade não está preparada para lidar com o usuário, diante de julgamentos, falta de confiança e políticas de criminalização da pobreza. O estigma oriundo da própria família e do serviço se apresenta como um obstáculo na lida com essa população, conforme o grupo, pois podem potencializar o estigma internalizado e prejudicar o tratamento. No entanto, eles concordaram que as políticas de redução de danos, intersetorialidade e o cuidado territorializado são ferramentas potenciais, além da autonomia do próprio usuário neste processo, abarcando assim sua capacidade de mudança.

Vale ressaltar que no contexto em que ocorreu este estudo ainda não tinham sido implementadas as modificações contidas na resolução Nº 1 de 9 de março de 2018, em que a Política Nacional de Drogas atual se posiciona contrária à legalização das drogas, passando a ser norteadada pela lógica da abstinência, abandonando a redução de danos como ferramenta de tratamento principal (Brasil, 2018).

O norteamiento de políticas públicas proibicionistas se fundamenta em crenças estigmatizantes que moralizam o uso de drogas, tendo como seus sustentáculos a medicalização e criminalização dessa condição (Silveira et al., 2018). O foco na promoção de abstinência como principal estratégia de tratamento vai na contramão às diversas evidências científicas que apontam para a ineficácia de protocolos terapêuticos que a utilizam (Medeiros & Tófoli, 2018). Frente a isto, nega-se ainda a eficácia da estratégia de redução de danos focada na liberdade do usuário do serviço, através de uma visão integral para sua saúde. Este viés proibicionista torna-se um dos principais combustíveis que impulsionam o mecanismo de “guerra às drogas”, fenômeno este que se associa a violência contra pessoas, e não a substância, culminando em encarceramento, mortes evitáveis, além do forte viés racial (Medeiros & Tófoli, 2018).

Outro fator observado concerne às questões referentes ao sexo, à classe e à raça, que foram um dos destaques das discussões, principalmente sobre os comentários relativos à vulnerabilidade observada tanto nas mulheres que adentram aos serviços, quanto aos homens. É fundamental compreender os demais estigmas associados à população atendida a fim de articular o cuidado em rede, minimizando os danos oriundos das violências vivenciadas pelas mulheres (Cortes, Padoin, Vieira, Landerdahl, & Arboit, 2015). A violação de direitos e legitimação da exclusão se vinculam a políticas públicas proibicionistas que reiteram a criminalização da pobreza, naturalizando e criminalizando o jovem negro, pobre, morador das periferias brasileiras, com a pretensa justificativa de punição e coerção a favor da segurança da sociedade. A garantia de direitos e a equidade, o incentivo à cidadania e à autonomia, o protagonismo do sujeito em seu tratamento e o foco na promoção de saúde integral são princípios que devem direcionar a prática profissional em qualquer serviço público voltado ao cuidado, especialmente os de tratamento de usuários de drogas.

### **Considerações finais**

A presente investigação demonstrou que as crenças de todos os participantes ainda são permeadas por estigmas, expressas, por exemplo, pelos rótulos, estereótipos e sentimentos ainda vinculados a usuário de drogas, como o medo. É possível observar certa homogeneidade nos discursos entre os grupos do CAPSad-III e CAPS-II no que tange às determinações do uso de drogas, diferindo um pouco do grupo de profissionais residentes, que possuem manifestações mais politizadas e censuradoras da forma de organização social e de suas implicações sobre a vida das pessoas. Neste ponto, é imprescindível considerar o contexto onde cada serviço está inserido, bem como o seu nível de estruturação. Destaca-se que o intercâmbio entre universidade e serviços/comunidade ao qual ainda estão inseridos os profissionais da residência multiprofissional, pode levá-los a essa maior criticidade sobre sua própria prática.

Precisamente, um realce das discussões foi o alto nível de vulnerabilidades observado nas mulheres que adentram nos serviços, sendo estes comprometimentos frutos de estereótipos de gênero e estigmas específicos, com sérios impactos na sua adesão ao tratamento e, conseqüentemente, para sua saúde. Como já fora destacado, na tentativa de garantir o cuidado continuado a essas mulheres, é importante ampliar o olhar às suas necessidades singulares, incluindo os determinantes sociais de saúde que circundam suas vidas, como suas relações com o companheiro, os filhos, os familiares, os vizinhos e, especialmente, quando há ruptura dessas relações. Para mais, defende-se que as ações voltadas a essa população devem ser pautadas pela perspectiva de intersetorialidade e interdisciplinaridade, compartilhando a responsabilização pelos cuidados dos usuários de drogas com diferentes segmentos da sociedade, priorizando o investimento na formação profissional (Souza et al., 2016).

Em se tratando de forças do estudo, pode-se citar a escolha do grupo focal como método de coleta de informações, que possibilitou riqueza de significados nos dados e auxiliou o processo de resignificação de crenças e revisão da prática profissional. É importante destacar que o processo de análise por pares realizado pode garantir maior consistência interna dos dados apresentados, o que foi facilitado mediante a presença de um grupo de pesquisa já consolidado sobre a temática do estigma. Entre suas limitações elenca-se a relação de poder bem demarcada no G2, o que pode ter comprometido a discussão e a obtenção de significados mais fidedignos, e a falta de equilíbrio na composição dos grupos, restringindo a comparação de crenças a partir do modelo de

formação profissional. Por fim, sugere-se que novas pesquisas sejam feitas em outros territórios e com uma gama maior de informantes. Considera-se a relevância de se investigar as crenças dos profissionais, com vistas a melhoria dos processos formativos e, conseqüentemente, dos serviços de saúde e do atendimento a essa população historicamente estigmatizada.

## Referências

- Barbosa, G. C., Oliveira, M. A. F., Moreno, V., Padovani, C. R., Claro, H. G., & Pinho, P. H. (2015). Satisfação de usuários num Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras drogas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (14), 31-37. doi:10.19131/rpesm.0103
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Cavazza, N. (2008). Como se estudam as atitudes e opiniões. (3a ed., pp. 67-93). In Nicoletta Cavazza. *Psicologia das atitudes e das opiniões* (A. A. Machado, Trad.). São Paulo: Edições Loyola.
- Corrigan, P. W., & Wassel, A. (2008). Understanding and influencing the stigma of mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 46(1), 42-48. doi: 10.3928/02793695-20080101-04
- Cortes L.F., Padoin, S.M.M., Vieira, L.B., Landerdah, M.C., & Arboit, J. (2015). Cuidar de mulheres em situação de violência: empoderamento da enfermagem em busca de equidade de gênero. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(esp), 77-84. doi: 10.1590/1983-1447.2015.esp.57162
- Costa, P. H. A., Mota, D. C. B., Cruvinel, E., Silveira, P. S., & Ronzani, T. M. (2016). O Ecomapa como ferramenta na formação para o trabalho em rede no campo de álcool e outras drogas. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 11(3), 669-681.
- Costa, P. H. A., Ronzani, T. M., & Colugnati, F. A. B. (2017). “No papel é bonito, mas na prática...” Análise sobre a rede de atenção aos usuários de drogas nas políticas e instrumentos normativos da área. *Saúde e Sociedade*, 26(3), 738-750. doi: 10.1590/s0104-12902017170188
- Cruz, V. D., Oliveira, M. M., Pinho L. B., Coimbra, V. C. C., Kantorski, L. P., & Oliveira, J. F. (2014). Sociodemographic conditions and patterns of crack use among women. *Texto Contexto Enferm*, 3, 1068-1076. doi: 10.1590/0104-07072014000580013
- Dall’agnol, C. M., Magalhães, A. M. M., Mano, G. C. M., Olschowsky, A., & Silva, F. P. (2012). A noção de tarefa nos grupos focais. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(1), 186-190. doi: 10.1590/S1983-14472012000100024
- Deslandes, S. (2002). *Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida* (20a ed). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Ferreira, J. T., & Engstrom, E. M. (2017). Estigma, medo e perigo: representações sociais de usuários e/ou traficantes de drogas acometidos por tuberculose e profissionais de

saúde na atenção básica. *Saúde e Sociedade*, 26(4), 1015–1025. doi: 10.1590/S0104-12902017155759

- Giandinoto, J. A., Stephenson, J., & Edward, K. (2018). General hospital health professionals' attitudes and perceived dangerousness towards patients with comorbid mental and physical health conditions: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(3), 942–955. doi:10.1111/inm.12433
- Cerqueira, D., Lima, R.S. De, Bueno, S., Neme, C., Ferreira, H., Alves, P. P., Marques, D., Reis, M., Cypriano, O., Sobral, I., Pacheco, D., Lins, G., & Armstrong, K. (2019). *Atlas da violência* (1a ed.). Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Rev. Sociol*, 27, 363-385. doi:10.1146/annurev.soc.27.1.363
- Link, B., & Hatzenbuehler, M. (2016). Stigma as an Unrecognized Determinant of Population Health: Research and Policy Implications. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 41(4), 653-673. doi 10.1215/03616878-3620869
- Lundquist, A., & Gurung R. A. R. (2019). Social Distancing Individuals With Depression: The Impact of Symptom Severity. *Psi Chi Journal Of Psychological Research*, 24(3), 159-169. doi.org/10.24839/2325-7342.JN24.3.159
- Martínez, A. G., & Hinshaw, S. P. (2016). Mental health stigma: Theory, developmental issues, and research priorities. In: D. Cicchetti (Ed.), *Developmental psychopathology: Vol. 4. Risk, resilience, and intervention* (3ª ed., pp. 997-1039). Wiley. doi: 10.1002/9781119125556.devpsy420
- Medeiros, D., & Tófoli, L.F. (2018). Mitos e Evidências na Construção das Políticas sobre Drogas. *Boletim de Análise Político-Institucional*, 18, 53-62.
- Mota, D. C. B., Ronzani, T. M., & Moura, Y. G. (2014). Tratamento e apoio psicossocial às pessoas em situação de rua usuárias de drogas [Psychosocial treatment and support for street drug users]. In: Grinover A.P., Assagra G., Gustin M., Lima P.C.V., Ienaco R. (Orgs). *Direitos Fundamentais das Pessoas em Situação de Rua* (2ª ed., pp. 497-514). D'Plácido.
- Nieweglowski, K., Dubke, R., Mulfinger, N., Sheehan, L., & Corrigan, P. W. (2018). Understanding the factor structure of the public stigma of substance use disorder, *Addiction Research & Theory*. 1-6. doi: 10.1080/16066359.2018.1474205
- Pickard, H. (2017). Responsibility without blame for addiction. *Neuroethics*, 10, 169-180.
- Rêgo, N. G., Oliveira, P. R. S., Lima, A. F., & Holanda, R. B. (2017). Pobreza e políticas sobre drogas: documentos de vigilância e tecnificação. *Psicologia Política*, 17(38), 72-89.
- Resolução nº 1, de 9 de março de 2018. Realinha a política nacional de saúde mental do Ministério da Saúde de 2017. Recuperado de <https://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/conad/conteudo/res-n-1-9-3-2018.pdf/view>

- Rosenberg, M. J., & Hovland, C. J. (1960). Cognitive, affective, and behavioural components of attitudes. In: C. J. Hovland, & M. J. Rosenberg (Orgs.). *Attitude organization and change*. New Haven: Yale University Press.
- Silveira, P. S., Tostes, J. G. A., Wan, C., Ronzani, T. M., & Corrigan, P. W. (2018). The Stigmatization of Drug Use as Mechanism of Legitimation of Exclusion. (1, 15-25). In: Telmo Mota Ronzani. (Org.). *Drugs and Social Context: Social Perspectives on the Use of Alcohol and Other Drugs*. Cham: Springer.
- Silveira, P.S., Soares, R. G., Gomide, H.P., Ferreira, G. C. L., Casela, A. L. M., Martins, L. F., & Ronzani, T. M. (2015). Social distance toward people with substance dependence: a survey among health professionals. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 9(2), 170-176. doi:10.5327/Z1982-1247201500020007
- Souza, L. F. de, Souza, Â. C. de, Souza, E. O. de; Abrahão, A. L., & Fernandes, F. L. (2016). A universidade como parceira na formação diferenciada para o cuidado aos usuários de drogas. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 11(3), 1-13.
- Stringer, K. L., & Baker, E. H. (2015). Stigma as a Barrier to Substance Abuse Treatment Among Those With Unmet Need: An Analysis of Parenthood and Marital Status. *Journal of Family Issues*, 39(1), 3–27. doi:10.1177/0192513x1558165
- Tavares, A. L. B., Souza, A. R., & Pontes, R. J. S. (2013). Estudo da demanda de saúde mental em Centro de Saúde da Família em Caucaia, Ceará, Brasil. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 8(26), 35-42. doi: 10.5712/rbmfc8(26)492
- Wood, E., & Elliott, M. (2020). Opioid Addiction Stigma: The Intersection of Race, Social Class, and Gender. *Substance use & misuse*, (55)5, 818-827, doi: 10.1080/10826084.2019.1703750

Recebido em 13/10/2020  
Aceito em 03/03/2022