



Carla Gomes Ferreira

**O cuidado em saúde mental ao usuário de álcool e outras drogas na atenção primária: o que a prática nos revela**

Belo Horizonte

2019

Carla Gomes Ferreira

**O cuidado em saúde mental ao usuário de álcool e outras drogas na atenção primária: o que a prática nos revela**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Atenção a Usuários de Drogas no SUS.

Orientador: Prof. Dr. Rinaldo Conde Bueno

Belo Horizonte

2019

F383c Ferreira, Carla Gomes.  
O cuidado em Saúde Mental ao usuário de álcool e outras drogas na atenção primária: o que a prática nos revela. / Carla Gomes Ferreira – Belo Horizonte: ESP-MG, 2019.

28 p.

Orientador(a): Rinaldo Conde Bueno.

Artigo Científico (Especialização) em Atenção a Usuários de Drogas no SUS.

Inclui bibliografia

1. Saúde Mental. 2. Políticas Públicas. 3. Atenção Básica. 4. Usuário de Drogas. 5. Matriciamento. I. Bueno, Rinaldo Conde. II. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. III. Título.

NLM WM 270

Carla Gomes Ferreira

**O cuidado em saúde mental ao usuário de álcool e outras drogas na atenção primária: o que a prática nos revela**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Atenção a Usuários de Drogas no SUS.

Aprovado em:

Banca Examinadora

---

Mestra Cristiane Santos de Souza Nogueira  
Coordenadora Municipal da Saúde Mental de Itaúna/ MG

---

Prof. Mestre Marcelo Gonçalves Campos  
Professor da Faculdade de Pará de Minas – FAPAM

---

Orientador: Prof. Doutor Rinaldo Conde Bueno  
Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais

Belo Horizonte

2019

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus, por ser sempre luz em meu caminho e escolhas.

Aos meus pais e familiares pela força e incentivo, nos mais diversos momentos, possibilitando-me a caminhada.

Aos colegas de trabalho pelo apoio e compreensão de minhas ausências.

À Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais pela oportunidade de fazer este curso.

Ao Prof. Rinaldo Conde Bueno pela disponibilidade de conduzir-me neste percurso.

Aos membros da banca que, gentilmente, aceitaram o convite para tecerem considerações sobre esse trabalho.

Aos mestres que, no decorrer deste curso, dividiram comigo saberes acumulados ao longo da história de cada um.

Aos amigos que se fizeram, no percurso desta formação, que foram prestativos e solidários, agradeço por sua amizade e ajuda em diversos momentos.

## RESUMO

Na atualidade, o uso e abuso de álcool e outras drogas configuram-se como um significativo problema de saúde pública. Objetivou-se com este texto fazer uma reflexão a respeito do lugar que a rede básica vem ocupando enquanto um território estratégico de intervenção aos usuários de álcool e outras drogas, no interior das reformas implementadas no Brasil, principalmente, a partir da constituição do Sistema Único de Saúde. Neste contexto, buscou-se analisar e interpretar, criticamente, as políticas públicas de atenção aos usuários de álcool e de outras drogas, considerando seu processo histórico e sua correlação com o cenário internacional. Trata-se de um trabalho de revisão narrativa da literatura a partir da análise de documentos oficiais de órgãos governamentais brasileiros e de artigos científicos relacionados à temática. Constata-se uma grande dificuldade da Atenção Básica, em incluir ações de saúde mental em sua agenda, principalmente as referentes ao uso de álcool e outras drogas. No intuito de viabilizar estas ações na agenda das equipes de Saúde da Família (eSF), temos o matriciamento como ferramenta adotada pelo Ministério da Saúde.

Palavras-chave: Saúde Mental – Políticas Públicas – Atenção Básica – Usuário de Drogas – Matriciamento.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>9</b>
<b>3</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>3.1</b>	Percurso histórico das políticas públicas sobre drogas.....	<b>10</b>
<b>3.2</b>	A saúde como um componente do processo histórico-social.....	<b>12</b>
<b>3.3</b>	A redemocratização do país e a saúde.....	<b>13</b>
<b>3.4</b>	Novos modelos de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.....	<b>14</b>
<b>3.5</b>	Se há várias entradas, qual a saída?.....	<b>18</b>
<b>4</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>22</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>24</b>

## 1. INTRODUÇÃO

As questões abordadas, neste artigo, surgiram a partir de minha inserção como psicóloga em uma equipe de Saúde da Família (eSF), a dois anos atrás, em um município de médio porte, no centro-oeste mineiro. Já trabalhava neste mesmo município, havia 18 anos. Cheguei a atuar como psicóloga do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), a gerenciar este mesmo CAPS II e a coordenar a saúde mental municipal.

Contudo, somente ao estar na eSF, que me deparei com uma realidade ainda não constatada por mim: que os usuários de álcool e de outras drogas, com os quais tive contato durante minha trajetória no CAPS, não transitavam pela unidade básica de saúde (UBS).

A partir desta questão, e sem a pretensão de esgotar esse assunto, procuraremos, com este texto, fazer uma reflexão a respeito do lugar que a rede básica vem ocupando enquanto um território estratégico de intervenção aos usuários de álcool e de outras drogas, no interior das reformas implementadas no Brasil, principalmente, a partir da constituição do Sistema Único de Saúde – SUS, como nos aponta Merhy (1997)

No interior das principais correntes envolvidas com a Reforma Sanitária brasileira tem se tomado como eixo que a rede básica deverá ser um lugar de efetivação das práticas de saúde que reposicionem o sentido de todo processo de produção de serviços e das suas finalidades, inclusive redefinindo o lugar dos outros, visando uma mudança de direção de um sistema hospitalocêntrico para um redebasicocêntrico (MERHY, 1997, p. 198).

Para isto, optamos por analisar alguns dados históricos da saúde pública no Brasil com o objetivo de compreendê-los enquanto bases conceituais e políticas e, verificar de que modo ela foi concebida e que implicações tecnológicas e assistenciais trouxe para um novo modelo de política (social) de saúde, o SUS.

Historicamente, a relação do homem com as drogas sempre existiu. Desde os primórdios da história da humanidade há relatos de uso de substâncias psicoativas. Já a proibição, nem sempre existiu. Contudo, como nos aponta Oliveira et al (2019),

O grande poder e influência exercidos pela Igreja Católica não somente em termos religiosos, mas também em termos políticos e sociais acabou por disseminar uma mentalidade preconceituosa acerca do consumo de substâncias psicoativas, fazendo com que tal consumo passasse a ser entendido como heresia, estando associado à feitiçaria por utilizarem-se tais substâncias em rituais pagãos que culminou na perseguição dos indivíduos que apresentavam tal comportamento. ...No entanto, o consumo excessivo de qualquer substância, incluindo-se o álcool, era considerado

pela Igreja e conseqüentemente pela sociedade como conduta pecaminosa (OLIVEIRA et al, 2019, p. 259).

Siqueira (2004), afirma que os problemas relacionados ao consumo de álcool e de outras drogas nem sempre foram os mesmos e nem sempre tiveram a mesma dimensão, pois a relação do homem com a droga vem mudando, principalmente nos últimos séculos.

Somente a partir do início do século XX, é que se dá a proibição e a criminalização do comércio, da produção e do consumo de drogas tornadas ilícitas e, somente nas últimas décadas do século XX, o consumo de álcool e outras drogas passa a ser visto como uma questão de saúde pública.

É importante assinalarmos que, no Brasil, como nos aponta Fiore (2005 apud MACHADO, 2006), as primeiras medidas de tratamento destinadas aos dependentes de drogas não surgiram no campo da Saúde Pública; e sim, da Segurança Pública. Siqueira (2004) ressalta que só a partir do momento em que o uso de álcool e de outras drogas configura-se como uma ameaça à segurança pública (danos à família, violência e crime, e segurança no trânsito, por exemplo) é que o campo da saúde pública passa a ocupar-se dessa problemática. E ainda, que apesar de terem a contribuição da Psiquiatria para sua legitimação, a preocupação maior era com a repressão e o controle do uso de drogas. O usuário de droga era considerado como um doente e/ou criminoso, ou como visto acima, um pecador.

No Brasil, no início do século XX, foram adotadas medidas governamentais, sobretudo no campo legislativo, para o estabelecimento de medidas de controle do uso de álcool e outras drogas. A manutenção da ordem social e a preservação das condições de saúde e de segurança da população brasileira serviram como justificativas para o estabelecimento desse controle. O saber jurídico e o saber psiquiátrico forneceram as bases técnico-científicas necessárias à elaboração e à legitimação dessas medidas. No cenário internacional, as proposições das convenções da ONU colocavam como necessário o controle da oferta e da demanda de drogas (MACHADO, 2006, p. 35).

Contudo, ainda que as primeiras medidas tenham ocorrido na seara da Segurança Pública, não há como negar que as práticas suscitadas por essas medidas no processo de controle e na repressão ao uso de drogas, em muito contribuíram para a criação, em 2003, da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil (MACHADO, 2006).

A Política Nacional do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas nos aponta que a realidade contemporânea tem nos colocado desafios ao abordarmos alguns temas, especialmente na área da saúde. Dentre estes temas, está o uso

de álcool e outras drogas, que requer “uma ação não apenas ampliada, mas para onde devem concorrer diferentes saberes e aportes teórico-técnicos” (BRASIL, 2003, p.7). Ressalta ainda a associação do uso de álcool e outras drogas à criminalidade e práticas antissociais; e que a questão do uso abusivo e da dependência de álcool e outras drogas têm sido tratados, predominantemente, por uma ótica médica ou psiquiátrica, desconsiderando as implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas (BRASIL, Ministério da Saúde, 2003; CARDOSO et al, 2014).

Na apresentação da Política Nacional do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, Humberto Costa, na época Ministro da Saúde, afirma:

Reafirmando que o uso de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública, reconhecendo a necessidade de superar o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo SUS, e buscando subsidiar a construção coletiva de seu enfrentamento, o Ministério da Saúde apresenta a sua Política para a Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, Ministério da Saúde, 2003, p. 6).

Percebe-se, no Brasil, uma carência de serviços que consideram as características e necessidades dos usuários de drogas, o que nos leva a buscar compreender as políticas públicas que norteiam tais serviços através de uma revisão narrativa da literatura acerca das políticas públicas sobre drogas no Brasil.

## 2. MÉTODO

O presente trabalho caracteriza-se por ser uma revisão narrativa da literatura. De acordo com Rother (2007, p.1) “os artigos de revisão narrativa são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual”. Buscou-se analisar e interpretar, criticamente, as políticas públicas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, considerando seu processo histórico e sua correlação com o cenário internacional.

Na formulação do trabalho, foram consultados artigos acerca do assunto, encontrados no Banco de Dados SciELO – Scientific Electronic Library Online e no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), além de documentos oficiais de órgãos governamentais brasileiros que tratavam da temática. O processo de coleta de dados ocorreu de forma não sistemática, no período de fevereiro a abril de 2019.

A partir da análise da literatura surgiram alguns pontos a serem discutidos:

1. Percurso histórico das políticas públicas sobre drogas
2. A saúde como um componente do processo histórico-social
3. A redemocratização do país e a saúde
4. Novos modelos de atenção aos usuários de álcool e outras drogas
5. Se há várias entradas, qual a saída?

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1 Percurso histórico das políticas públicas sobre drogas

A Convenção Internacional do Ópio, assinada em 23 de janeiro de 1912, na Primeira Conferência Internacional do Ópio, em Haia, pode ser vista como a pedra fundamental do controle internacional de drogas. Foi o primeiro tratado internacional relacionado às drogas que abordava a necessidade de proteção internacional e cooperação no controle de drogas. A Conferência Internacional do Ópio deu-se em três encontros, todos em Haia. Sendo que, o Brasil não participou da 1ª Conferência, a qual contou com a participação de representantes de 12 países: Alemanha, Estados Unidos da América, China, França, Grã-Bretanha, Itália, Japão, Países-Baixos, Pérsia, Portugal, Rússia e Sião. O convite para a participação do Brasil só ocorreu em março de 1912, pelo governo holandês. A partir de então, o governo brasileiro passa a participar de ações para regulamentar o consumo e o comércio de ópio e outros alcaloides juntamente com outros países (CARVALHO, 2011; XAVIER *et al*, 2018).

Com a Primeira Guerra Mundial, houve um enfraquecimento do avanço do proibicionismo no contexto mundial, sendo o tema retomado pelos proibicionistas estadunidenses logo após ter cessado os conflitos. Assim, a ratificação definitiva da Convenção de Haia, só ocorre em 1919, quando a Alemanha, derrotada, é obrigada a aderir à Convenção de Haia, anexada ao Tratado de Versalhes.

Em 1945, com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU), o debate sobre drogas é potencializado em nível mundial. As Convenções Internacionais de drogas da ONU, Convenção Única de Narcóticos (1961), Convenção de Drogas Psicotrópicas (1971) e a Convenção contra o Tráfico Ilegal de Narcóticos e Substâncias Psicotrópicas (1988) formam os pilares da política de drogas internacional, e, conseqüentemente, ordenam as políticas nacionais referentes às drogas. Assim, a criminalização das drogas, no Brasil está intrinsecamente correlacionado à conjuntura mundial (XAVIER *et al*, 2018).

É interessante atentarmos para o que nos aponta Carvalho:

O aspecto econômico parece prevalecer no que tange a constituição da política proibicionista, primeiro porque interessava a indústria farmacêutica o monopólio da manipulação e comércio do ópio e da cocaína, assim como seus derivados. Por

outro, a ascensão da classe médica que assumia a ordem do discurso procurava rechaçar tudo que pudesse ser tratado como xamanismo ou curandeirismo. Pode-se citar finalmente a participação de setores mais conservadores da sociedade que referendaram as políticas proibicionistas valendo-se da ideologia de pureza moral, cabe lembrar que tais setores tinham força política juntos aos legisladores entre eles podemos destacar as Ligas Antisaloon e o Partido Proibicionista (CARVALHO, 2011, p. 5).

O Brasil, em 1921, vê-se pressionado a cumprir com os acordos firmados nas convenções internacionais, pelas quais os países signatários se comprometeram em coibir o uso de opiáceos e de cocaína em seus territórios e sanciona sua primeira lei específica sobre drogas, o decreto nº 4.294, no dia 06 de julho; o qual:

Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, opio, morfina e seus derivados; cria um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas; estabelece as formas de processo e julgamento e manda abrir os créditos necessários (BRASIL, 1921).

Na era Vargas, é implementada a próxima lei brasileira sobre drogas pelo decreto nº 2.994, de 17 de agosto de 1938, o qual promulgava a Convenção para a repressão do tráfico ilícito das drogas nocivas de 1936. Ainda, neste mesmo ano, era aprovada a Lei de Fiscalização de Entorpecentes, através do decreto nº 891, de 25 de novembro de 1938. Esta lei objetivava dotar o país de uma legislação capaz de regular eficientemente a fiscalização de entorpecentes e ainda estabelecia quais as substâncias eram consideradas entorpecentes. Cabe ressaltar que o Decreto-Lei nº 891 além de inaugurar um novo momento na política proibicionista brasileira ao ampliar a lista de substâncias proibidas e inserir novas técnicas e estratégias de controle do comércio e consumo de entorpecente; também serviu, até o início da década de 70, como marco legal, apesar das alterações e das promulgações das Conferências que se sucederam (CARVALHO, 2014).

As primeiras intervenções em saúde no Brasil, referem-se à lei nº 5726/1971, revogada em 1976, a qual dispunha "...sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências" (BRASIL, 1971). Dentre essas medidas, trata-se também da recuperação dos infratores viciados, ordenando inclusive "...sua internação em estabelecimento hospitalar para tratamento psiquiátrico pelo tempo necessário à sua recuperação." (BRASIL, 1971), dando o mesmo tratamento penal a usuários e traficantes.

Desta feita, até que fosse consolidada no Brasil uma Política Nacional sobre Drogas, muito das alterações nas legislações brasileiras referentes às drogas eram decorrentes de orientações internacionais.

### 3.2 A saúde como um componente do processo histórico-social

Como nos aponta Fassin (1996 apud MACHADO, 2006) “a saúde é uma construção social”, e como processo social,

as políticas de saúde revestem-se de grande complexidade na sua trajetória e as propostas de reforma dessas políticas encontram um processo lento e entrelaçado por uma diversidade de interesses e conseqüentes avanços e recuos, em virtude das diferentes forças que se apresentam em cada conjuntura e dos vários projetos diversificados para superar a lógica perversa do capitalismo (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002, p. 6).

A exemplo disto, temos a apropriação da loucura pela medicina com o surgimento do capitalismo no Brasil. Até então, a loucura não representava uma ameaça ao país escravocrata, no qual a força de trabalho era escrava. Com o capitalismo, o país passa, a exemplo da Europa a considerar a loucura como uma doença mental, tomando-a como objeto de estudo e objetivando sua cura; atendendo assim, às necessidades econômicas da época. (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002).

Nesta configuração, em 1852, no Rio de Janeiro, surge o Hospital Dom Pedro II, a primeira instituição psiquiátrica no Brasil. A criação dessa instituição foi motivada pelas epidemias que, naquela época, assolaram o Brasil, no início de seu processo de urbanização e interferiam nos interesses políticos e econômicos dos latifundiários.

Contudo, não se trata aqui ainda de uma Política de Saúde Mental. “A psiquiatria do século XIX cabia recolher e excluir. No século seguinte, além da remoção e exclusão, havia uma indicação clínica, o tratamento moral”(SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002, p. 6).

No período varguista, como nos aponta Baptista (2007), o Estado passa a ocupar-se com a saúde por um lado como condição geral para a ordem social (saúde pública) e, por outro, como condição para o trabalho e o desenvolvimento do projeto de industrialização. O foco principal da política social no estado-novo era o mundo do trabalho formal e a urbanização.

Assim, no início do século XX, estabelecia-se, de forma mais sistemática, políticas de saúde que buscavam responder às necessidades do Estado em formação – controle das epidemias e saneamento urbano. Nesse sentido, a saúde assumia um papel político importante

no controle social; era reconhecida como um problema vital para o país, mas não como um direito a ser garantido ao cidadão (BAPTISTA, 2007).

No início dos anos 70, em meio ao milagre econômico brasileiro, apesar da criação, em 1966, do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a lógica do sanitarismo, do começo do século XX, perpetuava-se: o benefício à saúde era vinculado a uma ocupação produtiva. Era necessário comprovar o vínculo com o instituto, apresentando a carteira de trabalho ou carnê previdenciário para acesso aos hospitais ou qualquer outro tipo de assistência (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002; BAPTISTA, 2007).

Com fim do milagre econômico, a partir de meados dos anos 70, e a crise política, social, institucional e econômica vivenciada pelo governo militar começa a se pensar em novas estratégias para a manutenção do governo, bem como uma política de abertura do governo. Para a saúde, esse contexto possibilitou o fortalecimento do movimento sanitário. “Como parte do movimento maior pela democratização do país e fortalecimento da sociedade civil” (SILVA; BARROS; OLIVEIRA, 2002, p. 5), organiza-se o Movimento pela Reforma Sanitária.

Desta forma, a proposta de reforma para a saúde trazia em si uma proposta de reforma do Estado, pois

o ideal da reforma sanitária exigia, nesse contexto, uma revisão de modo de operar do Estado, da lógica burocrática que concentrava poder, e uma disposição social para repartir a renda (redistribuir) e participar ativamente da construção desse novo Estado, agora de intenção democrática (BAPTISTA, 2007, p. 45).

### **3.3 A redemocratização do país e a saúde**

A década de 1980 iniciou-se em clima de redemocratização, em meio à crise política, social, institucional e econômica do Estado Nacional. Nesse contexto, no ano de 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada um marco histórico na política de saúde pública brasileira; pois foi a primeira vez que técnicos, gestores da saúde e usuários participariam da construção/ discussão de uma política setorial: a reforma do sistema de saúde.

Por ocasião da Assembleia Nacional Constituinte 1987/88, temos a aprovação do Sistema Único de Saúde –SUS; ocorrida a partir do relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Com a criação do SUS, a Reforma Sanitária inaugura um novo cenário no sistema público de saúde brasileiro, quando pela primeira vez, em nossa história, a saúde inscreve-se como direito de todos os cidadãos e dever do Estado. Antes da Constituição Federal de 1988, somente os trabalhadores vinculados à Previdência Social tinham acesso ao sistema público de saúde.

Neste momento fecundo de discussões sobre “as mudanças necessárias a serem implantadas no campo da saúde e dos direitos, fortalece-se o movimento de Reforma Psiquiátrica” (CONTE *et al*, 2004, p. 60).

No Brasil, diferentemente do que ocorreu no sistema de saúde inglês, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica são contemporâneas, ou seja, aqui o sistema de saúde nasce se reformando.

Os questionamentos suscitados pela Reforma Psiquiátrica e pela Reforma Sanitária provocaram reflexões não somente quanto ao tratamento dispensado aos portadores de sofrimento psíquico, mas também trouxe para a cena os usuários de drogas, buscando distanciar-se de uma visão moralista e preconceituosa em torno do assunto.

Desta forma, como nos aponta Conte *et al*

A abordagem da Saúde Pública voltada para os usuários de álcool e outras drogas acompanhou os avanços promovidos pela Reforma Psiquiátrica e pela Reforma Sanitária, o que significou o reconhecimento de direitos e deveres dos “loucos” e, por consequência, também dos “toxicômanos”. Neste sentido, passa-se a dar maior visibilidade ao usuário, como um sujeito de direitos e coloca-se em debate aspectos fundamentais, como responsabilidade individual; responsabilidade penal; liberdade de escolha; descriminalização; diversificação das modalidades de atendimento, objetivos e direção dos tratamentos; qualificação na interface da saúde e da lei e dispositivos de saúde socioculturais (esporte, lazer, cultura, trabalho), no compasso com os princípios e as diretrizes do SUS (CONTE *et al*, 2004, p. 61).

### **3.4 Novos modelos de atenção aos usuários de álcool e de outras drogas**

Costa; Paiva (2016) afirmam que a partir dos anos de 1970 e 1980, influenciados pelos movimentos das Reformas Psiquiátrica e Sanitária, novos modelos de assistência aos usuários

de drogas passaram a fazer parte das pautas de discussões, buscando romper com a cultura de exclusão sofrida por essa população. Assim o modelo de atenção psicossocial, que visa a inclusão e reinserção social, ganha força. As questões decorrentes do uso prejudicial de álcool e de outras drogas passam a ser pensadas na ótica basagliana<sup>1</sup> pela qual se propõe colocar a doença entre parênteses para se debruçar sobre o sujeito do processo de adoecimento com seus determinantes sociais, econômicos e políticos, ou seja, para além da noção de doença.

Como nos aponta Zinberg (1984 apud TEIXEIRA, 2018, p. 17), “[...] a toxicomania ou a dependência de drogas é vista como resultante do encontro de uma pessoa com uma droga em um dado momento sociocultural, numa tríade indivíduo-droga-contexto”.

Não há como negarmos que, a criação do SUS, em 1988 e a inclusão das ações de saúde mental em seu contexto, contribuíram para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira e demandou uma reorientação da prática das equipes de saúde da família junto aos usuários com necessidades no campo da saúde mental.

Por sua vez, o SUS, implementado como política pública, articula suas ações a partir da atenção básica, a qual

caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

No Brasil, a partir de 1994, a Atenção Básica à Saúde ao adotar o modelo de Saúde da Família como forma de organização visando a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios acabou por constituir-se em elemento fundamental na reordenação de todo o sistema de atenção à saúde (DRUMMOND JUNIOR, 2009).

Em 2001, a Lei Federal nº 10.216/2001 foi um marco da Reforma Psiquiátrica ao legislar sobre a proteção e os direitos das pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental e dar um novo ordenamento ao modelo de atenção em saúde mental.

---

<sup>1</sup>Franco Baságli nasceu no ano de 1924 em Veneza, Itália, e faleceu em 1980. Era médico e psiquiatra, e foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano conhecido como Psiquiatria Democrática. Em 1978, foi aprovada na Itália a “Lei da Reforma Psiquiátrica Italiana”, também conhecida como “Lei Baságli”. Baságli criticava o positivismo médico e suas implicações ao lidar apenas com a doença/sintoma e desconsiderando o sujeito e sua relação com o corpo social. Suas ideias têm sido referência para o movimento antimanicomial no Brasil, desde o início da nossa Reforma Psiquiátrica. Franco Baságli esteve algumas vezes no Brasil realizando seminários e conferências; sendo uma delas em outubro de 1978, quando se iniciava o processo de reforma psiquiátrica brasileiro.

No ano de 2002, a Portaria 336/2002 é instituída pelo Ministério da Saúde, a qual regulamenta os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas modalidades CAPS I, II, III, Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPS i II) e Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad II); sendo esses designados como serviços ambulatoriais de atenção diária que deveriam funcionar segundo a lógica do território.

Ainda em 2002, em consonância com os compromissos internacionais firmados pelo Brasil, foi instituída a Política Nacional Antidrogas (PNAD), que trata da “redução da demanda e da oferta de drogas” e se propõe “garantir inovação dos métodos e programas de redução da demanda” (BRASIL, 2002). Todavia, com uma denotação proibicionista, como já indica sua nomeação: antidrogas. Em 2005, atendendo às tendências internacionais, a posicionamento de diversos setores do governo e à demanda popular, essa política passa a ser chamada de Política Nacional sobre Drogas (PNAD). Cabe ressaltar aqui, que o realinhamento da Política sobre Drogas ocorreu em um processo democrático e participativo e que,

Durante todo o processo de realinhamento da Política Nacional sobre Drogas, o governo foi o grande articulador, pois possibilitou a realização das discussões; a comunidade científica foi a mediadora dos trabalhos; e a sociedade, a protagonista do processo, pois dela – e somente dela – resultou toda a proposta de realinhamento da PNAD (SENAD, 2011).

Como resultado do realinhamento da Política sobre Drogas, tem-se uma política orientada pelo princípio da responsabilidade compartilhada, que assume como estratégia a cooperação mútua e a articulação entre governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos, no intuito de conscientizar sobre a importância da intersetorialidade e descentralização das ações sobre drogas no país (SENAD, 2011).

Contudo, na seara da saúde, somente em 2004, temos de forma mais efetiva a temática das drogas em sua agenda, com a publicação da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas; como afirma Xavier et al

Compreende-se que com a formulação da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, voltada para a assistência centrada em uma rede extra-hospitalar, o MS admite o atraso histórico de inserção do uso prejudicial e/ou dependência do álcool e outras drogas na agenda da saúde pública (XAVIER *et al*, 2018, p.7).

Essa política ao preconizar o cuidado em serviços extra-hospitalares, com enfoque na reinserção social e reabilitação dos usuários, reafirma os princípios da Reforma Psiquiátrica, baseada no cuidado territorial e incluindo a Atenção Primária em Saúde, à rede necessária

para esse cuidado. Nesse sentido, cabe à Atenção Primária a oferta de cuidados ao usuário de drogas, desempenhando assim o seu papel de porta de entrada no SUS (PAULA et al, 2014).

Em 2005, temos a regulamentação das ações de Redução de Danos (RD), através da Portaria nº 1028/2005; a qual trata da oferta de cuidados a usuários ou dependentes de drogas, com o objetivo de redução de danos sociais e à saúde, em decorrência do uso, sem obrigatoriamente, intervir na oferta ou no consumo.

Ao aprovar a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), por meio da Portaria nº 2.488, de 21/10/2011, o Ministério da Saúde, revê a organização da Atenção Básica: estabelece a Estratégia Saúde da Família (ESF) como estratégia prioritária para a expansão e consolidação da atenção básica; incorpora a RD na atenção básica ao recomendar esta estratégia de cuidado na atenção primária e ainda cria as equipes de Consultório na Rua para o cuidado à população em situação de rua e usuários de drogas (TEIXEIRA *et al*, 2017).

Também em 2011, o Ministério da Saúde, considerando a necessidade do SUS ofertar uma rede de serviços de saúde mental integrada, articulada e efetiva nos diversos pontos de atenção e a necessidade de ampliação e diversificação dos serviços para atender as pessoas com transtorno ou sofrimento mental decorrentes do uso de álcool e outras drogas, resolve instituir a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da Portaria nº 3088 (BRASIL, 2011).

A RAPS é constituída pela articulação entre diferentes níveis e dispositivos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo os efeitos nocivos do uso do álcool e de outras drogas. Como nos coloca Costa, Ronzani e Colugnati (2017), trata-se de

uma rede de atenção integral, intersetorial, com variados níveis, modalidades de atenção e dispositivos (públicos, privados e não governamentais sem fins lucrativos, atores comunitários, usuários, familiares etc.), que busca prover um cuidado continuado (promoção de saúde, prevenção, tratamento e reinserção social) de inclinação comunitária, territorial, embasada na Reforma Psiquiátrica (RP) e lógica da redução de danos, de modo a abranger as necessidades das pessoas e particularidades socioculturais (COSTA; RONZANI; COLUGNATI, 2017, p. 743).

Os autores ainda, afirmam ser o CAPS ad o principal dispositivo da RAPS no cuidado aos usuários de drogas, que para além da prestação de atenção especializada a esses usuários, os CAPS ad também são responsáveis por organizar a rede, gerenciar o fluxo de usuários e prestar apoio matricial aos serviços não especializados; devendo para isso atuar de forma articulada com outros dispositivos assistenciais e níveis de atenção da RAPS. Contudo, de acordo com o Decreto nº 7508/ 2011, que regulamenta a Lei do SUS (Lei nº 8.080/1990), é

atribuído também à atenção básica o papel de porta de entrada do sistema e ordenadora do acesso às ações e aos serviços de saúde da rede. Assim, cabe à Atenção Básica realizar a gestão do cuidado do usuário e coordená-la, mesmo quando há necessidade de intervenção em outros pontos de atenção.

Conforme apontado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a Atenção Básica, deve ocupar uma posição de centralidade nas redes de cuidado devendo ordenar, coordenar e gerir o processo de cuidado em saúde, com o intuito de garantir ao usuário que ele receba o cuidado do qual necessita e continuidade desse cuidado, em diferentes serviços da rede.

### **3.5 Se há várias entradas, qual a saída?**

As políticas públicas de atenção aos usuários de drogas, fundamentadas nos princípios de Reforma Psiquiátrica e da RD apontam para a necessidade de uma gama de modelos de atenção e serviços, pois apenas um único modelo não conseguiria abarcar toda a complexidade do assunto e suas diferenças individuais e sociais. Para tanto, faz-se necessária a organização desses serviços através de redes assistenciais integradas e intersetoriais.

Segundo a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, os CAPS ad tem o papel de articulador e organizador da rede assistencial e devem atuar em conjunto, principalmente com as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), qualificando e ampliando suas ações (COSTA *et al*, 2013).

Contudo, observa-se que os CAPS ad ainda não tem conseguido desempenhar o papel de articulador da rede assistencial sobre drogas, uma vez que não conseguem realizar o matriciamento dessa rede, o que compromete a continuidade do cuidado e da oferta assistencial em outros pontos da rede de atenção; impactando, dessa forma, também na atuação da Atenção Básica.

A OMS preconiza a integração da atenção em saúde mental no sistema de saúde geral, contudo, constata-se uma grande dificuldade da Atenção Básica, em incluir ações de saúde mental em sua agenda, principalmente, aquelas referentes ao uso de álcool e outras drogas. No intuito de viabilizar essas ações na agenda das eSF, tem-se o matriciamento como ferramenta adotada pelo Ministério da Saúde.

Entende-se por matriciamento ou apoio matricial “um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (Ministério da Saúde, 2011, p. 13). Formulado por Gastão Wagner, em 1999, esse novo modelo de produzir saúde viabiliza um cuidado colaborativo entre a saúde mental e a atenção primária, ao “assegurar uma retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa” (CUNHA, CAMPOS, 2011, p.964); proporcionando maior consistências às intervenções, principalmente quando se fala na questão do abuso de drogas como um problema de saúde pública, que ainda, mostra-se incipiente na área da saúde e em especial na Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; CUNHA, CAMPOS, 2011; CORTES *et al*, 2014).

Percebe-se que há um consenso, na literatura consultada, sobre a necessidade de apoio matricial à Atenção Básica para que essa possa realizar a gestão dos casos de saúde mental, álcool e outras drogas no território.

Alguns estudos trazem a desarticulação da rede de atenção à saúde, intrinsecamente, correlacionado à falta de um fluxograma que organize e articule o trabalho dos serviços, como é colocado por Cortes et al (2014):

Para o desenvolvimento do cuidado continuado e articulado em redes é necessário planejar fluxos com ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar para uma rede cuidadora. Seria um sistema de referência e contrarreferência, como um tramado de cuidados, e não com centralização numa hierarquia vertical e burocrática do uso dos recursos assistenciais, permitindo a inclusão do usuário. A fim de que este tenha conhecimento da estrutura do serviço e da rede assistencial, visando ser uma pessoa participante e influente dessa rede. Destaca-se a necessidade de existir equipes de referência nos territórios, aquelas que têm a responsabilidade pela condução de um caso, que venham assumir a responsabilidade pela transferência do usuário de um serviço para outro. Assim, o conceito de transferência ultrapassa o de referência e contrarreferência tradicionalmente usado, uma vez que implica em corresponsabilidade pelo usuário e garantia do acesso (CORTES *et al*, 2014, p. 88).

Zambendetti; Perrone (2008 apud COSTA et al,2013) chama a atenção para a descontinuidade dos tratamentos e para as desresponsabilizações por parte dos profissionais quando a articulação entre os dispositivos da rede se dá através de uma transferência de responsabilidades, na lógica de encaminhamentos, de referências e contrarreferências, e não

como um cuidado compartilhado<sup>2</sup>. Como possibilidade para mudar essa lógica e viabilizar o cuidado compartilhado, tem-se o apoio matricial como uma importante ferramenta.

Observa-se também que a falta de qualificação técnica dos profissionais para trabalhar com a saúde mental na Atenção Básica é apontada, em alguns trabalhos, como um dificultador no planejamento do cuidado, fazendo com que no cuidado ao usuário de drogas seja reproduzida a lógica reducionista e estigmatizadora, restringido-se ao campo da marginalização e criminalidade. Frente a singularidade do caso que se apresenta e à dificuldade da equipe em acolhê-lo, encaminha-se a outro serviço (especializado) para que esse dê conta dessa demanda. Para Costa *et al* (2013),

[...] Novamente, os encaminhamentos adquirem uma posição privilegiada nesta discussão, com os encaminhamentos errados resultado dessa falta de compreensão da realidade e interferindo na desistência do tratamento por uma parcela de usuários. Além disso, esse desconhecimento também resulta na falta de interação entre os serviços e no não estabelecimento de parcerias, [...]. (COSTA *et al*, 2013, p. 118).

Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde (EPS) apresenta-se como uma estratégia de desenvolvimento e formação para os profissionais da saúde, preconizada pelo SUS, que poderá senão sanar, pelo menos minimizar a desqualificação apontada; uma vez que se trata de um processo educativo, na qual o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano do trabalho, viabilizando a construção de conhecimento a partir dos saberes dos atores envolvidos no problema, possibilitando a transformação das práticas dos trabalhadores da saúde (CORTES *et al*, 2014; LEMOS, 2016).

Como nos aponta Ceccim (2004/2005 apud LEMOS, 2016)

Das atividades de educação permanente, das problematizações ao pensar-agir-perceber e de sua interpretação emerge como aprendizagem significativa a invenção de si, nesse processo há a “dissolução de identidades” e a reconfiguração de novas subjetividades. Aquele que aprende é pressionado pelas problematizações a reinventar-se, aos seus coletivos e às suas instituições (CECCIM 2004/2005 apud LEMOS, 2016, p. 919).

Aqui, poderia, também, se pensar no matriciamento como uma ferramenta de educação permanente, qualificando a assistência e a formação dos profissionais na atenção aos usuários de drogas, a partir de suas próprias experiências; reconhecendo-as como oportunidades de aprendizagem; como afirmam Silva e Souza:

---

<sup>2</sup> As consultas compartilhadas baseiam-se em atendimentos em saúde realizados por profissionais de diferentes áreas para construir, conjuntamente com o usuário, uma proposta de adesão às demandas em saúde, de forma que esta reflita as condições socioeconômicas, culturais e as rotinas dos sujeitos. Essa metodologia está relacionada com os pressupostos da clínica ampliada, assumindo que profissionais de saúde possam atuar concomitantemente ante a complexidade das demandas e manejo de diagnósticos, fazendo-os refletir e compartilhar a gestão de tais situações com usuários e famílias, reconhecendo a singularidade de cada situação (FRANKE; IANISKI; HAAS, 2018, p. 113).

O cerne da Educação Permanente é a possibilidade de transitar por entre a realidade dos serviços e dispositivos de saúde e seus potenciais de mudança, de reforma. A formação profissional, as experiências vivenciadas e as possíveis experimentações podem produzir reflexões e autoanálise, não apenas sob um espectro individual, mas coletivo, plural e institucional. Esta potência influencia os perfis e condutas dos profissionais em sua práxis, retroalimentando a qualificação das ações e serviços (SILVA, SOUZA, 2017, p. 3993).

Em seus estudos, Cortes et al (2014) apontam como um dificultador para a constituição de uma rede efetiva de atenção à saúde, a falta de comunicação entre os diversos pontos de atenção e o desconhecimento sobre a dinâmica de funcionamento de cada serviço. Portanto, ressaltam que o apoio matricial constitui-se em um importante instrumento para suprir tais dificuldades. Segundo eles,

A incorporação do dispositivo apoio matricial (AM) para as equipes de referência é uma boa alternativa para se desenvolverem ações mais articuladas e resolutivas em saúde mental. O matriciamento em saúde visa garantir suporte especializado, tanto assistencial quanto técnico-pedagógico, as equipes de referência e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde; *procura construir e ativar espaço para comunicação e para o compartilhamento de conhecimentos entre profissionais de referência e apoiadores*; personaliza os sistemas de referência e contrarreferência, ao estimular e facilitar o contato direto entre a referência encarregada do caso e o especialista de apoio. ... Essas estratégias objetivam ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões (CORTES *et al* 2014, p. 89, grifo nosso).

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É possível entender que a Atenção Básica à Saúde, ao adotar o modelo de Saúde da Família como forma de organização visando a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, acabou por se constituir como elemento fundamental na reordenação de todo o sistema de atenção à saúde em resposta a um longo processo social que também expressa a reordenação das relações entre Estado e classes sociais, através das políticas públicas.

Destarte, analisamos os princípios ideários que foram gerados no movimento social brasileiro, no campo da saúde pública, a fim de compreendê-los como bases conceituais e políticas de construção da rede básica como um lugar de novas configurações tecno-assistenciais das políticas de saúde.

Percebe-se que as políticas públicas de atenção aos usuários de drogas evoluíram historicamente em sintonia com as premissas e demandas do acesso a todos à integralidade de atenção voltada à saúde. Assim, repensar a prática, à luz da forma, como os serviços se estruturam na composição de uma rede de atenção aos usuários de drogas torna-se necessário para que se tenha a garantia de acesso desses ao SUS.

Pode-se pontuar algumas questões ao repensar o lugar da rede básica como um espaço de trabalho em saúde. Observa-se que o cuidado em Saúde Mental ao usuário de álcool e outras drogas na atenção básica ainda se coloca como um desafio, quer pela dificuldade dos CAPS ad em desempenhar seu papel de articulador da rede assistencial, instrumentalizando as eSF para realizarem esse cuidado; quer pela desarticulação resultante da falta de comunicação entre os diversos pontos da rede de atenção e da lógica do encaminhamento desresponsabilizado que fragmenta o cuidado; quer pela falta de formação e qualificação dos profissionais.

Os resultados deste estudo apontaram o apoio matricial como uma boa alternativa para se desenvolver ações mais articuladas e resolutivas em saúde mental, principalmente no que se refere ao uso/abuso de drogas na atenção básica; redimensionando o cuidado dentro das premissas da atenção psicossocial.

Assim, à guisa de conclusão, sobre o apoio matricial, o estudo demonstrou que sua utilização requer um constante exercício de ação e reflexão sobre o cuidar em saúde mental pelos atores envolvidos. Nesse sentido, o matriciamento é uma importante ferramenta para garantir o acesso do usuário aos serviços da rede de atenção, uma vez que reorganiza a entrada do usuário nestes serviços; promove a responsabilização compartilhada dos casos o

que viabiliza distinguir o que deverá ser acolhido por um determinado serviço e o que deverá ser endereçado a outro, possibilitando dessa forma, que a Atenção Básica desempenhe seu papel de articuladora do cuidado em saúde mental.

Neste artigo discutiram-se alguns dados históricos da saúde pública no Brasil na tentativa de compreendê-los no processo normativo das políticas sobre drogas e qual sua implicação/ contribuição na construção de um novo modelo de atenção à saúde, em especial à atenção básica enquanto território estratégico de intervenção aos usuários de álcool e outras drogas. Vimos que a construção de uma política é permeada de avanços e retrocessos, influenciada pelo pensamento vigente da época. Atualmente, com as mudanças ministeriais – Saúde, Educação, Justiça, Desenvolvimento Social – presenciamos a Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas ameaçada por uma onda conservadora que retoma a lógica da política proibicionista, manicomial, centrada na abstinência e inclusive com investimentos financeiros em serviços desta natureza.

## REFERÊNCIAS

CARVALHO, J. A produção de leis e normas sobre drogas no Brasil: a governamentalidade da criminalização. *In: XXVI SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA*, 2011, São Paulo. **Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH**[...]. São Paulo: [s. n.], 2011.

Disponível em:

<[http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1312485386\\_ARQUIVO\\_APRODUCAO\\_DELEISENORMASSOBREDROGASNOBRASIL-Anpuh2011.pdf](http://www.snh2011.anpuh.org/resources/anais/14/1312485386_ARQUIVO_APRODUCAO_DELEISENORMASSOBREDROGASNOBRASIL-Anpuh2011.pdf)> Acesso em: 19 abr 2019.

BAPTISTA, T.W. F. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. *In: MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. (Org.). Políticas de saúde: a organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007. v. 3, p.29-60. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/l25.pdf>> Acesso em: 16 mar 2019.

BRASIL, **Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002**. Institui a Política Nacional Antidrogas. Brasília: 2002.

BRASIL. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Brasília: 2011.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011. 106 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.028, de 01 de julho de 2005**. Brasília: 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Brasília: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 3.088 de 23 de dezembro de 2001**. Brasília: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília: 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: 2004.

BRASIL. **Decreto nº 2994, de 17 de agosto de 1938**. Rio de Janeiro, 1938.

BRASIL. **Decreto nº 4.294, de 6 de julho de 1921**. Rio de Janeiro: 1921.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Brasília: 2001.

BRASIL. **Lei nº 5726, de 29 de outubro de 1971**. Brasília: 1971.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Brasília: 1990.

CARDOSO, M. P. *et al.* A percepção dos usuários sobre a abordagem de álcool e outras drogas na atenção primária à saúde. **Aletheia**, Canoas, n. 45, p. 72-86, dez. 2014. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-03942014000200006&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942014000200006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 16 fev. 2019.

CARVALHO, J. C. A emergência da política mundial de drogas: o Brasil e as primeiras conferências internacionais do ópio. **Oficina do Historiador**, Porto Alegre, v. 7, n. 1, p.153-176, jan./jun. 2014. Disponível em:< <http://dx.doi.org/10.15448/2178-3748.2014.1.15927>> Acesso em: 22 mar. 2019.

CONTE, M. *et al.* Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 59-77. jan-jun/ 2004. Disponível em: <[http://crprs.org.br/upload/files\\_publications/arquivo27.pdf](http://crprs.org.br/upload/files_publications/arquivo27.pdf)> Acesso em: 28 fev. 2019.

CORTES, L.; TERRA, M.; PIRES, F.; HEINRICH, J.; MACHADO, K.; WEILLER, T.; PADOIN, S. M. DE. Atenção a usuários de álcool e outras drogas e os limites da composição de redes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p. 84-92, 31 mar. 2014. Disponível em: <[www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v16/n1/pdf/v16n1a10.pdf](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a10.pdf)> Acesso em: 10 mar. 2019.

COSTA *et al.* A rede assistencial sobre drogas segundo seus próprios atores. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 37, n. especial, p. 110-121, dez. 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341755013>> Acesso em: 11 abr. 2019.

COSTA, P. H. A.; PAIVA, F. S. Revisão da literatura sobre as concepções dos profissionais de saúde sobre o uso de drogas no Brasil: modelo biomédico, naturalizações e moralismos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 1009-1031, set. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312016000301009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000301009&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05 abr. 2019.

COSTA, P. H. A.; RONZANI, T. M.; COLUGNATI, F. A. B. “No papel é bonito, mas na prática...” Análise sobre a rede de atenção aos usuários de drogas nas políticas e instrumentos normativos da área. **Saude soc.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 738-750, Set. 2017. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902017000300738&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000300738&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 03 mar.2019.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, Dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=en&nrm=iso)> Acesso em 13 abr. 2019.

DRUMMOND JÚNIOR, M. A. **Ações de saúde mental por agentes comunitários de saúde: investigando uma experiência de saúde mental na atenção básica.** 2009. 136F. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/TMCB-7XBHNT>> Acesso em: 22 fev. 2019.

FRANKE, C.; IANISKI, V.; HAAS, L. O atendimento compartilhado na perspectiva da atuação multiprofissional na atenção primária à saúde. **Revista Contexto & Saúde**, v. 18, n. 35, p. 111-115, 20 dez. 2018. Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/7081>> Acesso em: 17 abr. 2019.

LEMOS, C. L. S. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 913-922, mar. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232016000300913&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300913&lng=en&nrm=iso)> Acesso em: 21 abr 2019.

MACHADO, A. R.. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública:** um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. 2006. 151f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <[http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ECJS-6Y7K78/ana\\_regina\\_machado.pdf?sequence=1](http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/ECJS-6Y7K78/ana_regina_machado.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 16 fev. 2019.

MERHY, E. E. 1997. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em Saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec/Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.p. 197-228.

OLIVEIRA, A. J. *et al.* A Construção Histórica do Estigma sobre o Conceito de Dependência de Álcool. **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, vol.13, n.44, p. 253-275, 2019. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1612>>. Acesso em: 30 abr. 2019.

PAULA, M. L. *et al.* Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 19, n. 2, p. 223-233, Jun. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-73722014000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 25 abr. 2019.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, jun. 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 03 abr. 2019.

SILVA, A. T. M. C.; BARROS, S.; OLIVEIRA, M. A. F. Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 4-9, mar. 2002. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342002000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342002000100002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 mar. 2019.

SIQUEIRA, M. M. Debate sobre o artigo de Delma Pessanha Neves. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 15-16, fev. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000100003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 25 mar. 2019.

TEIXEIRA, M. B. *et al.* Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1455-1466, mai 2017. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.php>>

script=sci\_arttext&pid=S1413-81232017002501455&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 abr. 2019.

XAVIER, R. T. *et al.* Políticas públicas de atenção aos usuários de drogas no contexto brasileiro: revisão narrativa de literatura. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del Rei, v. 13, n. 1, p. 1-12, jan/abr. 2018. Disponível em <[http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista\\_ppp/article/view/2815/1838](http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/2815/1838)>. Acesso em: 16 março 2019.