



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS – FCM/UNICAMP
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE MENTAL**

BRUNO WALDMAN GOMES

**BARREIRAS DE ACESSO À SAÚDE:
O (NÃO) LUGAR DE PESSOAS EM USO ABUSIVO DE
SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**CAMPINAS
2023**

BRUNO WALDMAN GOMES

BARREIRAS DE ACESSO À SAÚDE:
O (NÃO) LUGAR DE PESSOAS EM USO ABUSIVO DE SUBSTÂNCIAS
PSICOATIVAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Trabalho de conclusão do curso de
Residência Multiprofissional em Saúde
Mental e Coletiva da Universidade
Estadual de Campinas.
Orientadora: Juliana Azevedo Fernandes

CAMPINAS

2023

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	04
2. OBJETIVOS	12
2.1 <i>Objetivo geral</i>	12
2.2 <i>Objetivo específico</i>	12
3. MÉTODO	12
4. DESENVOLVIMENTO	14
4.1 <i>Dispositivos de discussão clínico-institucional</i>	14
4.1.1 <i>Organização e exercício da equipe NASF</i>	14
4.1.2 <i>Reuniões de equipe de ESF</i>	15
4.1.3 <i>Reuniões de matriciamento</i>	20
4.2 <i>Dispositivos terapêuticos e ações em saúde mental</i>	21
4.2.1 <i>Vinheta um: “Você está no lugar certo”</i>	21
4.2.2 <i>Vinheta dois: “Não tem jeito mesmo”</i>	22
5. CONCLUSÃO	26
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

1. INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas (SPA) é um fenômeno longo e constante na história da humanidade, nas mais diversas sociedades e com os mais diversos objetivos e, muito provavelmente, seguirá acompanhando a existência humana. Mesmo que agrupadas genericamente na mesma palavra, comumente generalizadas sob o termo “drogas”, as SPA, em sua diversidade, provocam diferentes alterações na percepção, humor e nos sentidos. Há pluralidade na concepção e estigmatização das diferentes substâncias a depender da finalidade, público e momento histórico (GIL; FERREIRA, 2008); encontrando seu lugar dicotômico no imaginário popular. Para além de efeitos psicossomáticos, é importante tencionar a compreensão da função do uso de substâncias psicoativas no subjetivo individual. Faz-se necessário caracterizar a sociedade e o contexto sócio histórico no qual propicia-se a estigmatização do uso de substâncias psicoativas. Os quais revelam aspectos próprios ao apontar a “loucura” ou “vadiagem” enquanto descoladas da teia social.

Antes das “drogas” levarem a rápida e fácil associação de sintomas manifestos da sociedade como: violência, lazer, não-funcionalidade, criminalidade e miséria; o consumo delas é intrinsecamente ligado a aspectos da vida humana. Geralmente, atreladas a religiosidade, simbologias, emancipação, construções identitárias socioculturais e recreação; as SPA remontam o lidar humano com sua própria condição e existência, explorando e elaborando questões como sofrimento, prazer, sociabilidade, conhecimento e moralidade. Possibilitando e potencializando a experimentação e compreensão do mundo (LABATE *et al.*, 2008).

Freud, ao longo de sua produção, vislumbra algumas funções para o uso de SPA na economia psíquica dos sujeitos. De maneira mais categórica, em “O mal estar na civilização”, publicado em 1930, ele aponta a função primordial de arrefecimento do sofrimento via alteração de consciência, sendo a intoxicação o mais eficaz recurso para esse apaziguamento do mal-estar inerente ao pacto social. A droga é reconhecida, por ele, enquanto satisfação substitutiva e singular de cada usuário. Em dissonância com o contemporâneo senso comum, é interpretada como a “solução” do sofrimento e não a causa, pelo menos inicialmente (FREUD, 2010).

O autor descreve as SPA enquanto paliativas do sofrimento proveniente do contato com a realidade, do qual o sujeito busca alienar-se, funcionando como negação da renúncia à satisfação, evitando diretamente o sofrimento e a falta. A gama de sensações voltadas à soma, ao corpo, em direção à satisfação plena, imediata e efêmera criam certa independência do mundo externo. Concomitantemente, são enlaçados, o sujeito e a substância, em uma relação de maior ou menor dependência (FREUD, 2010). Esse mesmo aspecto diz do duplo caráter do uso de substância, ao passo em que denuncia o risco desse anestesiamento que desloca o sujeito da realidade mas também, potencialmente, de seus papéis sociais, vitalidade, relações, necessidades fisiológicas e subjetivas. As ponderações sobre os danos do uso de SPA apontam para a centralidade do sujeito na discussão, sendo improdutivo prender-se a dicotomia da “droga boa” e da “droga má”.

Destaca-se também a cultura de consumo em que a relação danosa com a substância vem se dando. A identidade é constituída a partir das posses e símbolos que aderem-se aos sujeitos. O uso de SPA também estabelece uma possível maneira de construção identitária frente ao enfraquecimento de referências simbólicas. Não deixa de ser a busca por um lugar no pacto social, muitas vezes um lugar de exceção (PEREIRA, 2008; TOROSSIAN, 1997).

Dar nome e lugar a algumas das funções subjetivas do uso de substância não significa desconhecer os possíveis, e reais, riscos à saúde biopsicossocial. Faz-se necessário definir e discriminar os diferentes usos para que se distancie de uma visão moralista. Dizer sobre uso de substância não é intuir relação danosa ou submissão. A relação pode ser inofensiva ou de baixo dano, mas a depender do padrão de uso pode causar prejuízos e disfuncionalidades. Nesse sentido, podemos recorrer aos termos: uso abusivo e a dependência/adicção. No primeiro, há a definição do uso nocivo de substância, seja ele de qualquer ordem e natureza, enquanto o segundo diz de um padrão de uso problemático que acarreta sofrimento clínico e impacto nas relações sociais e papéis funcionais. Necessariamente, na dependência são estabelecidos a tolerância à substância e os quadros de abstinência quando há interrupção do uso (SWIFT; LEWIS, 2009).

O 3º Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas Pela População Brasileira, publicado em 2019 pela Fiocruz, mostra que, nos últimos 12 meses, o equivalente a 4,9 milhões de brasileiros (aproximadamente 3,2% da população)

relataram fazer uso de alguma SPA ilícita (BASTOS, 2017). Em 2021, o atendimento de pessoas com transtornos mentais por uso de álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde (SUS) aumentou em 12,4% em relação ao ano anterior, representando mais de 400 mil atendimentos (BRASIL, 2022). Faz-se necessária a compreensão mais aprofundada do tema, das possibilidades de abordá-lo e a perspectiva popular frente à população em uso de SPA. Segundo Costa (2017), no Brasil, é bastante recente e ainda em debate, a percepção da temática enquanto questão de saúde pública. Não à toa, uma das primeiras abordagens acerca das SPA surgiu apenas em 1920, com a criação de aparato jurídico-institucional que proibia a produção, comércio e uso de drogas. A reclusão era a única alternativa.

Importando a maneira de lidar da esfera criminal, os modelos de intervenções em saúde e tratamento eram feitas no sentido de cercear essas pessoas, vide a Lei nº 891/1938 a qual previa internação obrigatória para os usuários de SPA. Quando revogada em 1976, fora substituída pela Lei 6.368/1976, que previa a criação de ambulatórios que, pasmem, também indicavam a internação obrigatória para os casos entendidos enquanto necessários. Importante ressaltar o caráter médico-centrado dessas avaliações, o saber psiquiátrico enquanto legitimador da exclusão dos usuários de drogas e outros grupos marginalizados (PINHEIRO; TORRENTÉ, 2020).

As lacunas de cuidado e assistência contribuem com a possibilidade de organização e criação de equipamentos não governamentais, como as Comunidades Terapêuticas (CT) e grupos de pares/ajuda mútua baseados nas diretrizes dos alcoólicos anônimos (AA) e narcóticos anônimos (NA). Estes modelos difundem visões moralizantes, geralmente atreladas a pressupostos religiosos, que preconizam a abstinência como único objetivo do cuidado (COSTA, 2017).

A delimitação e compreensão do perfil dessa população e de suas demandas é recente no país e surge a partir da epidemia do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e seus complicadores, na década de 1980. Usuários de substância eram considerados grupos de risco de contágio a partir da partilha de insumos de uso, como agulhas e cachimbos, e da prática de sexo desprotegido. O olhar mais amplo para o uso de SPA com a chegada de redução de danos permitiu uma mudança de paradigma a ser adotado no cuidado e manejo dos usuários de maneira geral. Não eventualmente, também é na segunda metade da década que ocorrem mudanças

fundamentais no modelo político brasileiro, como a emergência do estado democrático, a instituição do SUS e a adoção das contribuições da Reforma Psiquiátrica (RP) e do, destacado acima, modelo da redução de danos (PINHEIRO; TORRENTÉ, 2020).

A lógica da Redução de Danos (RD) é uma estratégia utilizada, enquanto prática de saúde pública, para lidar com o uso de substância, a qual concentra-se em compreender e agir acerca dos problemas de saúde, sociais, econômicos relacionados ao uso, sem qualquer tipo de ponderação e/ou orientação morais. Trata-se de uma série de procedimentos norteados pelo objetivo de atenuar consequências adversas do uso de drogas. Privilegia-se a aspectos da vida real de cada um nas discussões, nunca situando a SPA, e o uso dela, enquanto impeditivos de oferta de saúde. É a antítese de lógicas proibicionistas que pregam a abstinência enquanto finalidade exclusiva do cuidado; as quais muitas vezes oportunizam medidas tutelares e violadoras de direitos. E foi através das Portarias Ministeriais e estratégias de redução de danos elaboradas ao longo dos anos 1990 e 2000 que foi deslocada a problemática do uso abusivo de substâncias para o campo da saúde, oportunizando o acesso dessa população a, de fato, cuidados (NICODEMOS, 2020).

Essa reorganização paradigmática e inauguração das intervenções de cuidado com foco no sujeito, para além da droga, culminaram em políticas específicas no início dos anos 2000. Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD) são dispositivos pioneiros na atenção à saúde da população usuária de substâncias psicoativas, pertencendo ao nível de atenção especializada. Visam ofertar cuidado psicossocial, através de estratégias individuais e coletivas, para usuários e suas famílias no território ou em domicílio (PINHEIRO; TORRENTÉ, 2020).

Novos equipamentos foram integrados ao cuidado com a Portaria nº 3.088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), buscando garantir cuidado integral e longitudinal. Entre eles estão: unidades de acolhimento, leitos de saúde mental em hospital geral, Serviço Móvel de Urgência, Unidades de Pronto Atendimento (UPA), Unidades Básicas de Saúde (UBS), centro de convivência e consultório na rua (CNAR). Há a instituição da estratégia de RD como norteadora do cuidado. Entretanto, os esforços para superação da lacuna assistencial não indicam erradicação dos modelos de tratamento não conformantes à RP e RD. É garantido pela própria Portaria nº 3.088/2011, e por editais de habilitação do Ministério da

Justiça, o financiamento das CT's na contramão do cuidado integral em liberdade (COSTA; RONZANI; COLUGNATI, 2018; PINHEIRO; TORRENTÉ, 2020).

Ainda sobre a elaboração e instauração de instrumentos políticos-legais na área, destacam-se: a Política de Atenção Integral aos Usuários de Drogas (Paiudad) do Ministério da Saúde, em 2003; e a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) sintetizada pela primeira vez em 2002, pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), criada em 1998 na desvinculação da temática ao Ministério da Justiça e vinculados a Casa Militar da Presidência da República. Ambas são marcos teórico-conceituais que embasam e norteiam as ações no intuito de voltar-se para as demandas do público em questão pensando em redes integradas e intersetoriais. Entretanto, é fundamental ressaltar algumas disparidades entre as políticas. (COSTA; RONZANI; COLUGNATI, 2017).

Costa, Ronzani e Colugnati (2017), a partir do destrinchamento das políticas supracitadas, apontam algumas inconsistências e polarizações no que se desenha enquanto rede de atenção aos usuários de SPA. A PNAD limita-se a descrever o público alvo e os equipamentos do SUS e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Enquanto a Paiudad busca, para além da descrição estrutural e mapeamento de serviços, dar ênfase aos pressupostos, norteadores de modelo de atenção e leva em consideração aspectos processuais e relacionais. Apontar tais descompassos se faz relevante na medida em que se compreende também a disparidade de fazeres na prática do cuidado à população em uso abusivo de SPA. Os autores indicam a naturalização dos processos de trabalho no sentido do esvaziamento de seus preceitos e valorização dos componentes estruturais.

Nesse sentido, ao compreender e apresentar o CAPS AD enquanto equipamento central e organizador de fluxo do cuidado da população inserida, considerando a oferta em cuidado especializado e a realização apoio matricial para serviços não-especializados, como prevê a Paiudad, não se exclui o caráter longitudinal do cuidado nos demais níveis de atenção (Costa 2017). A política preconiza:

“rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede

assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica” (Brasil, 2003, p. 6).

Também na Portaria nº 3.088/2011, anteriormente mencionada acerca da implementação da RAPS, aponta-se a necessidade de uma rede integrada de saúde mental, na qual possam ser exercidos cuidados efetivos nos diferentes pontos e níveis de atenção para população com demandas recorrentes do uso de SPA. Costa, Ronzani e Colugnati (2018) questionam, nunca desconsiderando a importância e a relevância político histórica desses equipamentos, sobre a centralidade dos Caps AD no cuidado oferecido aos usuários de SPA. Debatem sobre o número insuficiente desses serviços no Brasil, mesmo considerando a expansão do modelo nas últimas décadas, apontando para insuficiência estrutural na organização de uma demanda que vem aumentando. Insuficiência essa que também é notável em termos de investimento, principalmente quando traçados paralelos entre as aplicações do Estado em organizações não governamentais como as CT's, apontando, mais uma vez, para inconsistência nos paradigmas adotados enquanto norteadores do cuidado e endereçamento das demandas da população em destaque.

A partir de alguns dos desalinhos levantados, pensar em atenção comunitária e redes de cuidado territorializadas, com enfoque na reabilitação e reinserção dos usuários, remete à centralidade que a atenção primária à saúde (APS) exerce no cuidado dessa população. Isto é previsto na Portaria que institui a RAPS e também na Paiuad, corroborando com os pressupostos da RP. Ramalho (2011) reafirma sobre o papel da APS enquanto porta de entrada dos usuários em uso abusivo de substâncias psicoativas no SUS; realizando: a identificação desses usuários, das suas famílias e de suas demandas, identificação das consequências e agravos provenientes de possíveis rupturas dos laços sociais, articulação com nível especializado para construção conjunta e ampliada de Projeto Terapêutico Singular (PTS), ofertas de tratamento e mapeamento dos usuários (BRASIL, 2010).

Também de acordo com os princípios do SUS, pensar na APS no cuidado das demandas AD é pensar em intervenções com maior alcance, abarcando também a prevenção e o diagnóstico precoce, por meio de ações de educação em saúde

(PAULA, *et al.*, 2014). Vargas, Oliveira e Luiz (2010) entendem que boa parte das intervenções realizadas à população usuária, e à temática como um todo, acontece no tratamento de sintomas visando a estabilização de demandas pontuais e agudas. Há foco nas ações voltadas ao corpo em detrimento à atenção psicossocial, modelo compreendido enquanto essencial e orientado pelas políticas. Portanto, se há a demanda e há, prevista pelo Estado, uma lógica de atenção e estruturas para a realização dessas ações em saúde: qual o lugar do usuário de substâncias psicoativas na atenção primária?

Apesar de grande parte dos serviços da APS funcionarem como Estratégia de Saúde da Família (ESF), equipamento de proximidade territorial que preconiza relação próxima, longitudinal e afetiva, existem barreiras de acesso à população em uso abusivo de SPA. Fontanella e Turato (2002) apontam para a diversidade dos entraves que inibem e postergam a chegada de um usuário em uso abusivo de SPA em um equipamento de saúde. Classificam-nas como internas e externas. No que concerne aos próprios usuários, as barreiras de acesso internas, levantam: 1) a não crítica sobre gravidade do próprio uso e seus agravos; 2) não cogitar a possibilidade de um tratamento; 3) considerar o cuidado enquanto não relevante para promoção de melhorias/mudanças no bem-estar; 4) tratamento ineficaz; 5) dificuldade em compartilhar sobre problemas; 6) medo de possíveis repercussões na família e/ou no trabalho; 8) medo de recair e ficar envergonhado; entre outras.

Nas barreiras de acesso externas, evidencia-se a precariedade do sistema de saúde, ou dos formatos de tratamentos ofertados, passando por falta de formação e capacitação da equipe no trato e atenção dessa população e de suas demandas, o que pode causar receio dos profissionais em abordar aspectos relacionados ao uso de drogas e em vincular-se a essa população. Há, ainda, a associação dos usuários de drogas a grupos sociais compreendidos como perigosos e delinquentes, entendendo possíveis manejos enquanto passíveis de risco à própria segurança. Além disso, há a percepção de que a temática do uso de substância é pouco passível de mudança ou intervenção, compreendendo a “cura” como improvável, considerando a cura enquanto, irrevogavelmente, a abstinência (FONTANELLA; TURATO, 2002; PAULA, *et al.*, 2014).

Fugindo da classificação binária, do que está no sujeito ou nos serviços, os autores ainda apontam as barreiras subjetivas. Nelas evidenciam-se nos usuários o

medo do estigma ao procurar por tratamento (FONTANELLA; TURATO, 2002). É indispensável que esses obstáculos sejam encarados sempre dentro de uma dialética usuário-serviço e devem ser interpretados a partir de seus contextos histórico-políticos, buscando compreender em que contexto e discurso social se inserem, tanto o/a usuário(a) quanto o/a profissional.

Levar em consideração o caldo neoliberal em que boiam os diversos atores envolvidos no cuidado dessa população significa não atrelar a indivíduos específicos a responsabilidade, ou a culpa, pelos entraves do tratamento e negligência de pessoas em uso abusivo de substâncias psicoativas. Não é inerente ao trabalhador toda a moral e estigma que é tão disfuncional no momento de acolher e compreender o sujeito e suas demandas, mas pode informar sobre resquícios de uma política proibicionista adotada pelo Brasil, onde o “problema das drogas” é visto como caso de polícia, digno de roupagem de guerra e motivações genocidas. Assim, identifica-se e incomoda-se com a existência dessas pessoas, mas não se vislumbra ofertas de cuidado em saúde, sobrando então o lugar de resto, daquilo que é impossível tratar (NICODEMOS, 2020; PAULA, *et al.* 2014).

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral: Investigar a manutenção das barreiras de acesso à saúde pelos usuários de substância.

2.2 Objetivos Específicos:

- Discutir a função do uso de substância na subjetividade e funcionamento das pessoas
- Ilustrar o imaginário dos profissionais de saúde frente ao cuidado dos usuários de substância
- Distinguir as barreiras de acesso impostas às pessoas usuárias de substâncias
- Desenvolver estratégias para potencializar o acesso à saúde de pessoas usuárias de substância

3. MÉTODO

Este trabalho é de natureza qualitativa e se volta à compreensão das barreiras de acesso dos usuários de substâncias psicoativas à atenção primária, na Rede de Atenção à Saúde de Campinas, São Paulo. Ressaltando o aspecto qualitativo, objetiva-se através das experiências vividas na rotina de um grupo e/ou instituição coletar dados descritivos que privilegiam a atenção no que é próprio, individual e subjetivo nos fatos e fenômenos estudados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Para isso, o trabalho foi desenvolvido a partir do método da observação participante de maneira em que a coleta de dados ocorre por meio da inserção no cotidiano da instituição e do grupo que a mantém. Nesse modelo, é fundamental que se observe o objeto de estudo, as reações e as relações geradas a partir dele, ou seja, para além do fenômeno ou grupo de pessoas em si, também as configurações que oportunizam ou enfraquecem determinados comportamentos. Também fundamenta o método a coleta de dados através da troca interpessoal de impressões, valorações e opiniões sobre os acontecimentos. É propícia a adoção da observação participante enquanto metodologia para compreender instituições e suas especificidades na formação de hipóteses e nos testes das mesmas (BECKER, 1993).

Enquanto residente, a metodologia da observação participante se faz potente na medida em que o processo de trabalho, o fazer propriamente dito, é o principal dispositivo de ensino; tornando-se indispensável a entrada na equipe e na instituição para a formação clínica-institucional. Onocko-Campos, Emerich e Ricci (2019)

também realçam a potência na criação de práxis possíveis em saúde a partir de um modelo de formação do contato com as condições reais e concretas de trabalho. Este modelo legitima o conhecimento, além de sua maneira de produção, que advém dos territórios e do choque e encontro entre ensino e serviço.

A instituição em que este trabalho foi realizado é um Centro de Saúde (CS) da macrorregião Norte de Campinas (SP). A região Norte tem a extensão de aproximadamente 200km² com 95% da região pavimentada e possui em torno de 200 mil habitantes (PREFEITURA DE CAMPINAS, [s.d.]). A vila em que se situa o equipamento de saúde, a qual é porção principal da área de abrangência do CS, possui pouco mais de 50 anos e em torno de 15 mil moradores. Tornou-se vila, mais ou menos em meados do século passado, quando centenas de casas foram entregues pela Companhia de Habitação (COHAB), construções erguidas onde antes era uma fazenda pertencente à elite cafeeira e política do Brasil.

O Centro de Saúde atua na lógica de Estratégia de Saúde da Família com três equipes completas (agentes comunitárias de saúde, médicos/as, equipe de enfermagem e equipe de odontologia) somadas à equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF é uma equipe interdisciplinar, integrada aos serviços, que se propõe a ampliar as ações e resolutividade na Atenção Primária. Sua constituição e composição deve ser traçada a partir de perfis epidemiológicos e necessidades/configurações do território, população e rede. Dentre as categorias profissionais elegíveis estão: assistente social, profissional de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, nutricionista, psicóloga, terapeuta ocupacional, diversas especialidades médicas (psiquiatria, ginecologia/obstetrícia, pediatria, geriatria, etc.) (BRASIL, 2010).

É nesse cenário clínico-institucional em que realizo, a partir do lugar de residente em suas potências e fragilidades, o trabalho de buscar compreender acerca da existência e manutenção das barreiras de acesso à atenção primária pelos usuários de substâncias psicoativas.

4. DESENVOLVIMENTO

Entrar em campo, enquanto psicólogo residente da equipe NASF, e me apresentar a partir de uma trajetória em CAPS AD no ano anterior me caracterizou, frente as equipes de ESF, enquanto profissional “habilitado” no cuidado e manejo dessa população. Entretanto, ao longo do tempo e do processo de trabalho, pude perceber que extrapola a dimensão da experiência a constante evocação para discussão e papel terapêutico nesses casos. Pude compreender o caráter de possibilidade investido pela equipe em mim. Busco compreender por onde passa a indisponibilidade de parte da equipe frente a essa população e o que corrobora com a manutenção disso.

A descrição do funcionamento da equipe NASF e dos espaços de reunião de equipe de ESF são fundamentais para compreender o manejo e o raciocínio clínico/terapêutico, ou a ausência deles. Há uma miscelânea de perspectivas frente a esses casos, variando de equipe para equipe, mas também adaptadas aos diferentes contextos e agentes presentes.

4.1 Dispositivos de discussão clínico-institucional

4.1.1 Organização e exercício da equipe NASF

A lógica que rege o processo de trabalho da equipe NASF é a de Apoio Matricial; estratégia metodológica orientadora de trabalho interprofissional que se empenha em superar o cuidado fragmentado que pode ocorrer ao ater-se à lógica burocratizada. Não se trata de ignorar os níveis de organização da rede e dos níveis de cuidado em saúde, mas buscar ultrapassar a hierarquização entre profissionais e entre equipamentos da rede de saúde. Uma nova forma de produção em saúde a partir da partilha de saberes e de responsabilidades entre os sujeitos envolvidos (ANÉAS, 2017; CAMPOS, 2017).

A construção de uma clínica ampliada se faz a partir da interdisciplinaridade e corresponsabilização, tencionando funcionamento dinâmico e interativo da rede. Para isso, dada a dimensão de suporte técnico-pedagógico que constitui a lógica do apoio matricial, há a oferta de retaguarda especializada para as equipes de referência. Pode ocorrer na partilha de atendimentos e ações, em discussões de equipe, momentos de educação permanente, ou seja: ao longo do processo de trabalho. A pretensão de

contribuir para o aumento da resolutividade que abarque a complexidade da vida dos sujeitos não exclui a realização de atividades diretas com os usuários. Há também a dimensão de suporte assistencial, a equipe NASF realiza ações em saúde de diversas ordens. Sempre privilegiando nas discussões e no fazer a corresponsabilização para não perder de vista o vínculo e a lógica do diálogo entre serviços, profissionais e usuários (ANÉAS, 2017; CAMPOS, 2017).

A equipe NASF que integrei vem se constituindo aos poucos desde o primeiro semestre de 2022. A equipe é constituída por psicólogas, fonoaudióloga, fisioterapeuta, médica pediatra e assistente social. Em suas ações, este NASF realiza: grupos com as mais diversas propostas e públicos; participação em reuniões de equipe NASF, ESF, gerais e de matriciamento; além de um grande número de atendimentos individuais.

A equipe encontra, em seu processo de fortalecimento, empecilhos e potências para o funcionamento pleno conforme o escopo original da política que o preconiza. Há certo descompasso por parte da ESF desse CS, na compreensão acerca do caráter técnico-pedagógico e da lógica de apoio matricial, portanto a lógica dos encaminhamentos e, respectivamente, a fragmentação do cuidado ainda são bastante vigentes. Treichel, Onocko-Campos e Campos (2019) apontam esses obstáculos para a realização do apoio matricial. Classificam a pouca clareza da delimitação de funções dos equipamentos e a inserção em uma rede de saúde pouco integrada enquanto configurações improdutivas no exercício do apoio matricial em saúde mental. Além de obstáculos subjetivos, como a pouca aptidão e disponibilidade de alguns profissionais frente essas demandas. No centro de saúde, discussões sobre o processo de trabalho são realizadas com frequência pela equipe NASF, a partir da necessidade de estruturação do processo de trabalho frente aos aspectos expostos e a imensa demanda territorial e institucional.

4.1.2 Reuniões de equipes de ESF

Participo frequentemente das reuniões de equipe das ESF, estou regularmente em duas das três equipes. Costuma-se destacar os casos “para o NASF” e/ou “para a saúde mental” expostos no início ou final do período de duas horas. Há a passagem e partilha dos casos novos e devolutivas sobre os previamente discutidos.

O fenômeno do uso abusivo de substâncias psicoativas costuma protagonizar as discussões de casos nos quais a temática se faz presente. Entretanto, não enquanto aspecto balizador da construção do projeto terapêutico. Costuma-se privilegiar esse aspecto da rotina, ou do sofrimento, dos sujeitos a partir de uma ótica moralizante. Não é incomum que o uso abusivo apareça enquanto um grupo de ações e posturas propositais e descoladas da esfera da saúde pública e de contextos sociais. Ao longo da exposição, comentários que posicionam o uso de SPA enquanto opostos a possibilidade de vida e potência são ditos (*“mas esse usa droga, também não quer saber de nada” / “do que adianta vir na consulta se vai continuar usando drogas”*). Pereira (2008) destaca o lugar de “drogado” enquanto uma acusação moral e médica que possui caráter totalizador na caracterização desses sujeitos, contaminando integralmente a vida do sujeito em sua diversidade de papéis que exerce nas dimensões da rotina. O estigma do uso de SPA parece ser definitivo e toma a identidade como um todo.

Mora no sujeito, e apenas nele, a responsabilidade de arcar com o uso de SPA que realiza e com as consequências disso. O caráter da dependência, ao descrever o usuário enquanto “dependente químico” também expõe a dimensão identitária de doente, ao qual faz-se necessário tratar a partir da constante abstinência somada ao exercício do autocontrole (PEREIRA, 2008). Quase como um castigo, o cuidado em saúde parece ganhar teor facultativo. São frequentes frases que ilustram esse aspecto, e são reproduzidas no senso comum, também alcançam as discussões entre os profissionais de saúde: *“tanta gente querendo viver e a gente investindo tempo e dinheiro em quem escolhe morrer”*. O uso de substâncias psicoativas parece ser aspecto finalizador de discussão, justificativa para desimplicação. Pérez e Martínez (2007) caracterizam o consumo de drogas enquanto prática dos corpos desviantes, recriminada, e compreendida enquanto sujeita a punição. Delimita-se um corpo abjeto, distante do ideal de sujeito e de produtividade que atinge em cheio o corpo desejável.

A partir da deslegitimação da existência e do sofrimento, potencializa-se que a incumbência do cuidado dessa população fique restrito aos profissionais que, de alguma forma, estão disponíveis. Portanto, as discussões tornam-se escassas em perspectiva, em planejamento e em frequência. Faz-se necessário que os profissionais que coordenam o cuidado desses casos adotem para si a responsabilidade de evocar, constantemente, a presença dessas pessoas nas

discussões e, respectivamente, nas ações do centro de saúde. Torna-se isolado o exercício de pensar e investir na construção e manutenção dos projetos terapêuticos singulares. Deslocam-se as discussões interdisciplinares, aloca-se o fazer calcado no desejo e empenho pessoal dos que se envolvem. Certa vez, em horário de almoço, conversava-se informalmente sobre um usuário antigo no território que vinha acessando o centro de saúde de maneira mais organizada desde que começou a ser atendido por uma residente da saúde mental. Uma profissional do centro de saúde queixava-se da prévia desorganização e do discurso poliqueixoso dele: “*não tenho saco para essa conversa toda vez, ainda bem que vocês tem essa coisa da empatia*”.

Para além do caráter da imoralidade, o uso abusivo de substâncias pode ser irresponsavelmente reduzido à “demanda de saúde mental”. Reduz-se o fenômeno multifacetado do uso abusivo de SPA ao olhar psiquiátrico e psicológico, noção essa bastante empobrecida no que tange a vastidão de possibilidades e núcleos que compõem a saúde mental. Dispensa-se a potência de poder acolher, orientar e perceber sobre os efeitos e danos das substâncias no corpo, por exemplo. É muito recorrente a prescrição de benzodiazepínicos para usuários da atenção primária que expressam sofrimento mental. Para os que estão em uso abusivo de substância, percebo que ao longo do ano, também costuma-se apostar no arrefecimento da fissura a partir da medicalização. Moraes (2008) remonta o lugar social da doença mental e realça o uso de drogas no alvo da psiquiatria. Mesmo após progresso na perspectiva psicossocial, ainda é reproduzida a exclusão de pessoas pobres, “vagabundas” e não conformantes. Parece ser intrínseca a razão científica que legitima ações em saúde que correm o risco de aproximarem-se da ultramedicalização e normatização dos corpos (MORAES, 2008).

Ocorre refletir sobre essa dicotomia, previamente explorada, entre droga “boa” e droga “má”. Pessoas em uso abusivo de substâncias psicoativas enfrentam obstáculos no acesso integral à saúde na APS. Entretanto, a resposta para o sofrimento de pessoas que não realizam uso abusivo de SPA, muitas vezes, está atrelada ao uso de benzodiazepínicos. Estudo realizado por Lira, *et al.*, (2014) aponta para a importância dessa classe medicamentosa como ferramenta terapêutica, mas identificam problemas na finalidade do uso para além da terapêutica traçada e por tempo indeterminado. Há centralidade do medicamento na rotina das pessoas, principalmente idosos e mulheres, com uso indiscriminado e dissonante da

racionalidade medicamentosa. Os autores, desse mesmo estudo, apontam para potência de investimento em ações psicossociais na atenção à saúde mental, além do potencial de diminuição das comorbidades que podem decorrer do uso irregular dessas medicações.

No centro de saúde em questão, as ofertas de cuidado da população em destaque resumem-se ao encaminhamento dos casos para a equipe NASF. As discussões de caso não são feitas com regularidade, empobrecendo a qualidade do cuidado prestado ao ater-se à lógica fragmentada dos encaminhamentos. Não há recusa de atendimento médico ou acolhimento de equipe realizado pela enfermagem, entretanto o que se produz nesses espaços não costuma retornar para a construção do projeto. Corre-se o risco de um PTS pouco coeso ou pouco alinhado com os demais agentes do cuidado. E, não incomumente, o projeto é feito sem a participação ativa do usuário. A visão estigmatizada da pessoa em uso abusivo de SPA, seja ela investida no arquétipo do “vagabundo” ou no arquétipo de “doente”, é manifestada através de estratégias de controle do sujeito; estratégias são exercidas sobre e, raramente, são traçadas a partir dele (MORAES, 2008).

Outros aspectos que regularmente fazem-se presentes nos discursos que justificam a pouca, ou nula, implicação no acompanhamento de pessoas em uso abusivo de drogas são relativos ao manejo. Por diversas vezes, particularidades que podem estar atreladas a momentos de maior desorganização ou expressões da situação de vulnerabilidade desse público são destacadas enquanto impedimentos para concretização dos atendimentos, por exemplo. Destaco duas delas que aparecem com frequência nos discursos dos colegas: autocuidado e pontualidade.

O estado do autocuidado, expresso em higiene pessoal, das roupas e das posses, é um dos principais entraves discutidos em reunião de equipe pelos profissionais da ESF. A preservação, ou a ausência dela, dos sujeitos centraliza boa parte dos discursos que classifico enquanto moralizantes. Para além do objeto “droga”, já bastante depositário de valores pessoais dos profissionais, ancora-se nesses aspectos a resistência em prestar cuidados aos usuários que, por diversos motivos, apresentam o autocuidado prejudicado. Este aspecto poderia ser norteador de ações em saúde, desde investigação em território sobre condições de moradia até orientações de prevenção a possíveis agravos relacionados.

A mesma lógica penso valer para aspectos de frequência e pontualidade. A ausência e/ou os atrasos são interpretados enquanto vestígios de descaso e negligência frente ao próprio cuidado, retroalimentando a ideia de que não se faz necessário o investimento na atenção de pessoas em uso abusivo de substâncias; as quais possivelmente expressam desorganização em tempo e espaço em momentos agudos do uso. Percebo que o uso de SPA, mais uma vez, parece não poder coexistir com a saúde, ou o investimento nela. Mais uma vez, as substâncias protagonizam as discussões e faz-se notável a abstinência enquanto ideal de saúde.

Um dos aspectos fundamentais da redução de danos enquanto lógica de cuidado é a baixa exigência; principalmente por não requerer dos usuários a abstinência enquanto pré-requisito ou objetivo único do cuidado em saúde. A meta do usuário pode ser a interrupção total do uso, entretanto cabe a ele estabelecer a intenção de seu tratamento (PIMENTA MUNIZ, *et al.*, 2014). Apostar na extensão desse conceito ao investir na vinculação e construção de PTS se faz válido sobretudo no manejo dos desencontros frente a frequência, pontualidade e elaboração acerca do autocuidado. Barrar as pessoas que não cumprem, parcialmente ou integralmente, as configurações do usuário “ideal” diz da negligência frente a corpos desviantes que, possivelmente, expressam sua desorganização e/ou complexidade através de suas transgressões e/ou negligências. Dizer disso não é negar que toda e qualquer instituição necessita da existência e manutenção de regras, mas sim reconhecer a marca histórica de equipamentos de saúde enquanto perpetradores de controle e ajustamento social (MORAES, 2008).

A concepção dos profissionais de saúde frente aos usuários pode interferir na qualidade do atendimento prestado. Compreende-se que os avanços legislativos e políticos realizados pela reforma psiquiátrica, inclusive a consciência da redução de danos enquanto potente lógica norteadora de cuidado, não são capazes de adaptar velozmente a percepção da sociedade, inclusive dos profissionais de saúde, acerca do tema (COSTA; PAIVA, 2016). A ótica através das quais as pessoas usuárias de SPA são percebidas ainda são calcadas em noções individuais, estigmatizadas e do senso comum. Somado a isso, Macedo e Machado (2016) ressaltam a coexistência de diversos modelos voltados à problemática do uso abusivo de substâncias no Brasil. A multiplicidade de perspectivas colaboram na maior permeabilidade de ponderações pessoais e externas ao processo de trabalho. São concomitantes: lógicas

hospitalocêntricas, lógicas biomédicas, lógicas religiosas, lógicas psicossociais; representadas em instituições como: Alcoólicos Anônimos (A.A.), Narcóticos Anônimos (N.A.), CAPS AD, CT, clínicas particulares, entre outros.

4.1.3 Reuniões de matriciamento

As reuniões de matriciamento do centro de saúde, representado por ESF e NASF, com os CAPS AD e CAPS III ocorrem mensalmente. Profissionais de referência do Caps vêm ao centro de saúde para participar de discussões de caso, articulações de rede e fomentar a dimensão clínico-pedagógica da educação permanente em saúde. Representantes dos equipamentos de atenção secundária participam da mesma reunião, a qual costuma durar no máximo duas horas. Não é incomum que se privilegie as discussões de saúde mental desatreladas ao uso abusivo de substâncias, dedicando maior parte da reunião às articulações com CAPS III.

A profissional de referência do CAPS AD busca, no fomento à discussão de casos, expor sobre a lógica do cuidado e manejo de pessoas em uso abusivo de SPA. Explora a dimensão pedagógica de sua função de referência a partir do apoio matricial. Entretanto, percebo que a maneira que o espaço de matriciamento é utilizado ainda diz da lógica de encaminhamento. Geralmente esvaziada, a reunião é reduzida à troca entre equipe NASF e profissionais dos CAPS. Demais profissionais participam quando convocados ou quando responsáveis pelos encaminhamentos a serem feitos. Há certa dificuldade, ou resistência, em bancar o cuidado compartilhado com os equipamentos de atenção secundária. Além de incomum conformidade em, por vezes, afirmar não haver casos de uso abusivo de substâncias para discussão em um território popular pela mercantilização e consumo de drogas.

A Política de Atenção Integral aos Usuários de Drogas do Ministério da Saúde propõe a eficiência no cuidado da população em uso abusivo de SPA a partir do aumento da superfície de contato dessa população ao sistema de saúde, criando uma rede de pontos de referência. Preconiza-se o acesso e o acolhimento dessa demanda multiplicando as oportunidades de atenção e enfrentamento aos problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Destaca, enquanto atributos necessários aos serviços a flexibilidade, promotores de autonomia e de caráter aberto. Além de ressaltar a capacidade da atenção primária enquanto propícia à realização de promoção, prevenção e educação voltada à temática do uso de substâncias

(BRASIL, 2003). Perdem-se oportunidades da realização de um cuidado integral, universal e equânime ao abreviar as ações em saúde à lógica fragmentada dos encaminhamentos.

4.2 Dispositivos terapêuticos e ações em saúde mental

Após exposição de ponderações acerca dos espaços clínico-institucionais, destaco duas vinhetas dentre os casos que pude acompanhar no centro de saúde enquanto psicólogo residente do NASF.

4.2.1 Vinheta um: “Você está no lugar certo”

Nas primeiras semanas de atuação em campo, quando compartilhei sobre minha breve trajetória na rede, me é dado como resposta que eu estava “no lugar certo”, já que “gostava dessa gente”. Muitos me contam, em reunião de equipe e em espaços informais, sobre um caso específico que vinham encontrando dificuldade de pensar no cuidado. Mulher branca, na faixa dos 30 anos, em uso abusivo de cocaína e crack. A usuária vinha solicitando por consecutivas licenças para afastamento do trabalho junto à médica de ESF. Somado a isso, vinha em crescente uso de benzodiazepínicos que nunca duravam em sua posse até o dia de renovação da receita.

A médica me pede que conheça a usuária e que possa “tratá-la” para que, com cuidados psicológicos, auxilie-a parar de usar drogas. Encontra esperança no cuidado da usuária ao relatar que percebe nela o desejo de estar abstinente. Entro em atendimento com a médica e sou apresentando para a usuária como alguém que ajudaria “na questão das drogas”. Torossian (2004) parte do questionamento “De qual cura falamos?” para interrogar sobre a perspectiva dos profissionais acerca do que é cura no uso abusivo de substâncias psicoativas. A autora aponta para o paradigma do “dependente químico” enquanto doente incurável, apenas passível de (auto)controle. A cura associada intimamente à abstinência. Ela afirma que a centralidade é posta na química e afasta-se do raciocínio clínico a partir do sujeito. Ao ser apresentado à usuária atrelado exclusivamente à droga, creio partir de um lugar pouco fértil de cuidado e de porvir.

Em atendimento, busco desatrelar-me da função que me foi explicitamente dada. Realizo esforços para que a usuária fale de si e possa elaborar, em espaço

seguro, para além da métrica da abstinência. A tarefa de descolar minha figura e o espaço de escuta desse grupo de tarefas vigilantes, moralizantes e centradas na culpa é árdua na medida em que se esforça para olhar o indivíduo e, se possível, avançar no sentido do cuidado. Desse investimento, no subjetivo e na relação, fora oportuno que ela relatasse as violências vivenciadas em sua história, inclusive em seu atual relacionamento com um traficante do território. Sobre a relação, destaca o caráter protetivo que o relacionamento exerce frente aos conflitos em território e situações de vulnerabilidade habitacional, além do acesso facilitado às substâncias de escolha. Traz a possibilidade de internar-se em comunidade terapêutica (CT) para preservar-se do uso, mas principalmente da hostilidade, ameaça e pressão vivida no relacionamento.

Passam-se poucas semanas e a usuária não é mais vista no território. Chega a notícia, através da agente de saúde comunitária (ACS) da área, de que a usuária fora internada em comunidade terapêutica. A notícia é recebida com alívio pelas equipes de saúde da família. Entretanto, me interrogo a razão do conforto. Percebo que a falta de manejo e leitura clínica face às questões do uso abusivo de substâncias psicoativas posiciona alguns profissionais frente à impotência no fazer, principalmente do fazer médico. Essa sensação de insuficiência é facilmente suprida pelas instituições totais que oferecem respostas genéricas, globais e, por diversas vezes, moralistas. Encontrar o problema “das drogas” nos sujeitos e crer que tão deliberadamente decidem usá-las é afastar-se de noções de saúde pública, mas é também escolher não lidar com questões que perpassam muitas das vidas pessoais e familiares de cada trabalhador. Costa e Paiva (2016) sinalizam a influência e a repercussão de valores pessoais e configurações sociopolíticas na qualidade da atenção e abordagem aos usuários.

4.2.2 Vinheta dois: “Não tem jeito mesmo”

Recebi o pedido, em conversa informal com médica do CS, que atendesse um usuário que estaria embriagado durante atendimento e relatou desejo de morte. Me pede com bastante ênfase que encontre oportunidade de atendê-lo brevemente, me diz que é um dos seus “pacientes de estimação” e que realmente preocupa-se com ele. Relata que o usuário não possui celular, mas que conseguia contatá-lo via filha ou amigos, me dá três números de telefone. Questiono a médica se havia o pedido do

usuário em ser acompanhado por profissional da saúde mental e entendo que ela vinha sensibilizando-o para tal. Recebo a urgência da colega e identifico o caráter pessoal da implicação no caso, novamente há a arbitrariedade da identificação enquanto facilitador do acesso desse usuário em específico em detrimento de tantos outros em configurações similares.

Realizo algumas tentativas de contato ao longo da semana, mas não consigo falar diretamente com o usuário. Combino com a médica de conhecê-lo em seu próximo atendimento. Na oportunidade, me apresento e disponibilizo-me para conversar caso ele sinta a necessidade de compartilhar sobre o sofrimento que, por vezes, conseguia relatar à médica. Prontamente o usuário denuncia a filha, que o acompanhou na consulta: *“Ela também fuma maconha! Não sou só eu que uso droga”*. Percebo que, mais uma vez, o cuidado ofertado em saúde mental vinha com o rótulo da moral e dos “bons costumes”. Utilizo a deixa dada por ele para despistar o tema e reiterar a possibilidade de um espaço voltado para ele, não para, exclusivamente, seus hábitos de uso.

Tive a oportunidade de acompanhá-lo de maneira longitudinal. Em sessões de atendimento individual, o usuário pôde se apresentar a partir de suas potências. Dedicou diversos atendimentos para narrar seus “causos” e apresentar os seus “vulgos”, nos quais pôde falar explicitamente e subliminarmente do uso de substâncias e do papel que ocupavam em sua rotina e vida subjetiva. Pus-me numa posição bastante expectante e apostei na presença ativa através da escuta, apostando em desatrejar a ideia de cuidado à obsessão pelo uso e pela idealização da abstinência.

No manejo de sua frequência, aspecto que traz grande incômodo nas equipes de saúde no lidar com usuários em uso abusivo de substâncias psicoativas, reservei dois horários da semana para ele. Pactuamos que na impossibilidade de cumprir um, poderia utilizar o outro para cumprirmos regularidade semanal. Realizo essa aposta para concretizar a dimensão baixa exigência que pode ser fundamental na garantia do acesso dessa população. Percebo que quando ele faltava ao atendimento fazia questão de vir avisar a razão ou buscar algum tipo de “encaixe”. Há, com boa frequência, questionamento da médica em espaços de informais de convivência, sobre o tratamento do usuário. Insiste que eu aposte no encaminhamento ao CAPS AD de referência. Sou interrogado semanalmente sobre o “sucesso” do fluxo de referenciamento e sobre intensidade e frequência de uso do usuário.

Ao longo dos atendimentos, os “causos” heroicos atrelados ao uso que ele relata vão dando espaço para que diga das estratégias que adota em razão e frente ao uso. Consegue me dizer, muitas vezes quando está mais intoxicado, dos planos e desejos que são, de alguma forma, atravessados pelo uso abusivo de álcool e cocaína. Questiona sua potência e habilidade no trabalho, mas também nas relações afetivas. Compreende as drogas enquanto expansoras de algumas habilidades, mas também enquanto algoz da vitalidade e dos laços afetivos. Os “vulgos” através dos quais se apresentou para mim vão dando lugar ao seu nome de batismo e as fragilidades e potências que identifica em si. A temática do uso abusivo de SPA enquanto expressão de sofrimento e, consecutivamente, o pedido de acompanhamento em atenção especializada, só aparece após vinculação e é feito pelo próprio usuário.

Ofereço acompanhá-lo em reinserção no CAPS AD, tendo em vista a possibilidade de articular transporte com a instituição, e a proposta é aceita. Ao longo da semana em que a ida ao CAPS fora acordada, o usuário comparece ao centro de saúde quase diariamente para reafirmar o compromisso. Também compartilha seus planos de preparação para o dia, como cortar os cabelos e fazer sua higiene pessoal, separa também dinheiro para refeição do almoço no dia da ida. A reinserção no serviço ocorre bem e é feita a solicitação para o passe de transporte gratuito para o tratamento, de forma que ele consiga transitar com autonomia para frequentar o CAPS AD. O usuário compartilha, em atendimento, a satisfação de ter sido lembrado no serviço, reencontrando pessoas importantes em seu cuidado.

De volta à rotina do centro de saúde, continuei o acompanhamento em psicoterapia até minha saída de campo. Por vezes sou acessado pela médica para que ela compartilhe a percepção de fracasso e desesperança frente ao usuário e o projeto terapêutico dele (*“acho que ele não tem jeito mesmo, mas obrigado por tentar”*). Frustra-se em saber que o usuário continua a fazer uso de substâncias psicoativas e, por vezes, não comparece aos atendimentos médicos. Pouco parece interessar a possível produção de sentido e tomadas de decisão no sentido do cuidado. Retomo a indagação de Torossian (2004) acerca da expectativa de cura dos comportamentos entendidos enquanto desviantes. Há espaço para pensar e promover saúde para pessoas em uso abusivo de substância na atenção primária enquanto o paradigma da abstinência for soberano?

A noção de saúde compreendida para as classes populares está intimamente ligada à noção de produtividade, de rendimento e capacidade laboral, resguardando noções de bem-estar para os mais ricos (MORAES, 2008). Pensar no acesso de qualidade da população em uso de substâncias psicoativas à saúde na atenção primária é extrapolar a percepção higienista, alimentada pelas máximas da “guerra às drogas”, de que não há potência, subjetividade e oportunidade para pensar e atuar frente aos porvires de quem, por quaisquer motivos, use drogas. Os profissionais não devem desconsiderar os danos, os agravos e diferentes necessidades de estratégias biopsicossociais, mas conscientizar os usuários e produzir saúde a partir dos interesses, dos valores e potenciais do(a) usuário(a) a qual vincula-se.

5. CONCLUSÃO

Parece haver um lugar para as pessoas em uso abusivo de substâncias na atenção primária, entretanto configura-se a partir dos estigmas que tomam esses indivíduos por inteiro e correm o risco de esvaziá-los de subjetividade e particularidades. O lugar construído para essas pessoas se dá a partir da amálgama de perspectivas frente ao cuidado, ou normatização, dos corpos usuários de drogas; do moralismo e proibicionismo configurado a partir do discurso da guerra às drogas; da fragmentada assistência dessa população e da falta de perspectiva de prevenção de doenças e promoção de saúde frente à temática do uso de substâncias.

O fazer em saúde deve ser desatrelado de crenças e percepções pessoais no olhar ao usuário do SUS. Crer na neutralidade frente ao outro é falacioso, entretanto a atuação deve nortear-se ao que é preconizado em lei enquanto princípios doutrinários e organizativos, além dos princípios éticos de cada categoria profissional. As barreiras de acesso à saúde são passíveis de classificação e identificação, mas a sustentação delas se dá de maneira imaterial e tênue. O olhar nutrido pelo contexto proibicionista, pela ausência de referenciais teóricos assistenciais e pelos entraves pessoais dos profissionais e gestores de saúde podem esvaziar a potência do cuidado e cercear o acesso à direitos básicos.

Nesse sentido, o fomento à formação é indispensável na qualificação da atenção à saúde. Ressaltando o caráter contextual sócio-histórico em que se inserem os equipamentos de saúde, assim como suas equipes técnicas, o investimento em estratégias de educação permanente na temática de uso de substâncias capacita e instrumentaliza a atuação frente a essa população. É necessária a elaboração de estratégias no sentido de diminuir a distância da atuação alocada nesse contexto e a produção de conhecimento e normativas políticas vigentes. Espaços de supervisão clínico-institucional também podem ser potentes enquanto ambientes de resguardo para elaboração teórica face aos impasses e valorações pessoais das equipes.

A arbitrariedade das decisões e investimento subjetivo dos profissionais frente a vastidão de demandas na atenção primária inevitavelmente se sustentarão em detrimento da atenção aos usuários em uso abusivo de substâncias psicoativas. A legitimidade oferecida para o cuidado às questões crônicas de saúde amplamente investidas na APS, como diabetes e hipertensão, parece resguardar maior valor, por

exemplo. A partir das expectativas de “cura” projetadas nos usuários de substâncias psicoativas, seria a atenção primária capaz de abranger estratégias frente a condição crônica, por vezes, presente do uso abusivo de substâncias sem preconizar exclusivamente a abstinência? Existem formatos possíveis para promover saúde, prevenir doenças e tratar os usuários do SUS frente a temática do uso de substâncias psicoativas? Há de se apostar e investir na existência de possibilidades a partir da gestão de clínica e de equipe, além da vinculação com o usuário e a centralidade dele no delineamento e realização do cuidado.

O trabalho realizado a partir da observação participante possui enquanto limitação o observador enquanto balizador único. É oportuna a expansão do ponto de vista particular para compreensão do mundo e dos fenômenos, em um convite a extrapolar os sentidos individuais em novas produções e pesquisas.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANÉAS, T.V. Apoio Matricial dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF): uma análise da região norte do município de São Paulo. In: CAMPOS, G.W.S. *et al.* (org). *Investigação sobre cogestão, apoio institucional e apoio matricial no SUS*. 1 ed. São Paulo: Hucitec Fapesp, 2017. p. 176-207

BASTOS, F.I.P.M. *et al.* (Org.). III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017.

BECKER, H. S. Métodos de pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Hucitec, 1993.

BRASIL, Ministério da Saúde. Atendimento a pessoas com transtornos mentais por uso de álcool e drogas aumenta 12,4% no SUS. *Portal da secretaria de atenção primária a saúde*, 2022. Disponível em; <<https://aps.saude.gov.br/noticia/15936#:~:text=No%20Brasil%2C%20em%202021%2C%20o,ano%20com%20356%20mil%20registros.>>

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Nacional da Saúde Mental. *Abordagens terapêuticas a usuários de cocaína/crack no Sistema Único de Saúde*. Brasília, DF, 2010.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003

CAMPOS, G.W.S. Projeto terapêutico e estratégias de promoção em situações de apoio matricial. In: CAMPOS, G.W.S. *et al.* (org). *Investigação sobre cogestão, apoio institucional e apoio matricial no SUS*. 1 ed. São Paulo: Hucitec Fapesp, 2017.

COSTA, P. H. A.; RONZANI, T. M.; COLUGNATI, F. A. B. No meio do caminho tinha um CAPSAD: centralidade e lógica assistencial da rede de atenção aos usuários de drogas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, n. 10, p. 3233–3245, 2018.

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: Revista de Saúde Coletiva*, v. 26, n. 3, p. 1009–1031, 2016.

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. *Saúde e Sociedade*, v. 26, n. 3, p. 738–750, 2017.

FONTANELLA, B. J. B.; TURATO, E. R. Barreiras na relação clínico-paciente em dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento. *Revista de Saúde Pública*, v. 36, n. 4, p. 439–447, 2002.

FREUD, S. O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930-1936). São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

GIL, G.; FERREIRA, J. A cultura, o Estado e os diversos usos das “drogas” In: LABATE, B. C. *et. al* (org). *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador : EDUFBA, 2008.

LABATE, B. C. *et. al* (org). *Drogas e cultura : novas perspectivas*. Salvador : EDUFBA, 2008.

LIRA, S. A. C.; LIMA, S. J. G.; CARVALHO, S. M. N. S. Perfil de usuários de benzodiazepínicos no contexto da atenção primária à saúde. *Revista de APS*, 17(2), 2014.

MACEDO, F. DOS S. DE .; MACHADO, P. S. Economia moral e modelos de atenção no cuidado com gestantes que usam crack. *Saúde em Debate*, v. 40, n. 109, p. 34–46, 2016.

MORAES, M.. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 1, p. 121–133, jan. 2008.

NICODEMOS, J. C. O. *Psicanálise, redução de danos, e o uso abusivo de drogas: estratégias possíveis diante do impossível*. Curitiba: CRV, 2020.

ONOCKO-CAMPOS, R.; EMERICH, B. F.; RICCI, E. C.. Residência Multiprofissional em Saúde Mental: suporte teórico para o percurso formativo. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, p. e170813, 2019.

PAULA, M. L. . *et al.*. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. *Psicologia em Estudo*, v. 19, n. 2, p. 223–233, 2014.

PEREIRA, A. S. A toxicomania enquanto doença incurável e sua relação com um tratamento possível. *Aletheia*, Canoas, n. 27, p. 210-221, 2008.

PÉREZ, E., & MARTÍNEZ, L. Corporalidad y uso de drogas: estudio de caso de la experiencia subjetiva del cuerpo. *Revista Interamericana de Psicología*, 41, p. 241-250, 2007.

PIMENTA MUNIZ, M. *et al.* Ampliando a rede: quando o usuário de drogas acessa a atenção psicossocial pela atenção básica. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 7(4), p. 3442-3453, 2015.

PINHEIRO, C. M.; TORRENTÉ, M. N. Serviços abertos e fechados no tratamento do abuso de álcool e outras drogas do ponto de vista do(as) usuário(as). *Saúde e Sociedade*, v. 29, n. 2, 2020.

PREFEITURA DE CAMPINAS. Descrição da região Norte da cidade. Campinas, s.d. Disponível em: <https://www.campinas.sp.gov.br/governo/servicos-publicos/regioes/norte/index.php>

RAMALHO, L. E. G. As diretrizes estaduais no Atendimento ao Dependente Químico pela Atenção Primária à Saúde em Minas Gerais. *Revista de APS*, v. 14, n. 2, 2011.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. *Pesquisa Qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SWIFT, Robert M.; LEWIS, David C. Farmacologia da dependência e abuso de drogas. In: *Princípios da farmacologia: a base fisiopatológica da farmacoterapia*. Nova Guanabara, 2009. p. 260-278

TOROSSIAN, S. D. De qual cura falamos? Relendo conceitos. *Revista da associação psicanalítica de porto alegre*. Porto Alegre, n. 26, p. 09-15, 2004.

TOROSSIAN, S. D. O lugar do outro na subjetividade dos adolescentes usuários de drogas. *Correio da APPOA. Toxicomanias*, 49, 16-19, 1997.

TREICHEL, C. A. DOS S.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. DE S.. Impasses e desafios para consolidação e efetividade do apoio matricial em saúde mental no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, p. e180617, 2019.

VARGAS, D.; OLIVEIRA, M. A. F.; LUÍS, M. A. V. Atendimento ao alcoolista em serviços de atenção primária. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 23. n.1, p.73-79, 2010.