

ARTIGO

O Cuidado de Pessoas que Fazem Uso de Substâncias Psicoativas na Atenção Primária em Saúde: Dificuldades e Perspectivas Promissoras

Caring for People Who Use Psychoactive Substances in Primary Health Care: Difficulties and Promising Perspectives

Rodrigo Silva Simas^I, Fabiana Pimenta de Almeida^{II}, Onézimo Tadeu D'Assunção^{III}, Cristiana Marina Barros de Souz^{IV}

Resumo

Este artigo propõe debater a consolidação da construção política via Ministério da Saúde à Atenção Integral aos usuários de Álcool e outras Drogas, delineando os serviços de base territorial que compõem a RAPS. Ao propor o cuidado às pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas na Atenção Primária em Saúde, é necessário perpassar pelos meandros da construção política que embasam o cuidado em saúde mental no SUS, para compreender o fortalecido da APS e de seus equipamentos, como as Estratégia de Saúde da Família, as e-Multi, os Consultórios na Rua (destinados ao atendimento de pessoas em situação de rua) e os Centros de Convivência, promovendo o cuidado no território aos usuários de Álcool e outras Drogas.

Palavras-chave: Saúde mental; Atenção primária; Redução de danos.

Abstract

This article proposes to discuss the consolidation of the political construction via the Ministry of Health in Comprehensive Care for users of Alcohol and other drugs, outlining the territorial-based services that make up the RAPS. When proposing care for people who use psychoactive substances in primary health care, it is necessary to go through the intricacies of the political construction that underpins mental health care in the SUS to understand how care for this population can be strengthened in the APS and in Primary Health Care facilities, such as the Family Health Strategy, e-Multi, Street Clinics (aimed at serving homeless people) and Community Centers, strengthening care in the territory.

Keywords: Mental health; Primary care. Harm reduction.

^I Rodrigo Silva Simas (rodrigosimaspsi@gmail.com) é psicólogo e especialista em Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), mestre em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), supervisor clínico institucional do CAPS II de Ouro Preto (MG) e do CAPSad Itabira (MG). Apoiador Educacional do Projeto Nós na Rede (FIOCRUZ\Brasília).

^{II} Fabiana Pimenta de Almeida (fabianapimentadealmeida@gmail.com) é terapeuta ocupacional pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), especialista em Saúde Pública (FUNCESI), especialista em Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas no SUS (ESP/MG), apoiadora educacional do Projeto Nós na Rede (FIOCRUZ\Brasília). Trabalhadora da RAPS de Itabira (MG).

^{III} Onézimo Tadeu D'Assunção (tadeu.assuncao@gmail.com) é psicólogo pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC/MG), mestre em Psicologia Social (UFSJ), supervisor clínico institucional do CAPS AD de Ouro Preto (MG). Coordenador no Projeto Nós na Rede (FIOCRUZ Brasília).

^{IV} Cristiana Marina Barros de Souza (cristianapsicologia@gmail.com) é psicóloga pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC/MG), especialista em Saúde Mental (PUC/MG), mestre em Saúde Coletiva/Promoção da Saúde e Prevenção da Violência pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), supervisora clínica Institucional do CAPSIJ de Ouro Preto (MG). Apoiadora Educacional do Projeto Nós na Rede (FIOCRUZ\Brasília). Docente na PUC (MG) e Pitágoras (MG).

A política de saúde para usuários de álcool e outras drogas, redução de danos e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

A promulgação da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (PAIUAD) (2003) inaugura uma intervenção mais sistematizada do Sistema Único de Saúde (SUS) à luz de princípios antimanicomiais da Lei 10.216¹ e das estratégias de Redução de Danos no cuidado em saúde de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas. Até a criação da política, a questão do uso de drogas no Brasil era tratada preferencialmente por instâncias jurídicas, a partir do viés do proibicionismo e da criminalização do uso. O cuidado para usuários de álcool e outras drogas era incipiente no SUS até 2003, quando se ampliou a abordagem da questão para o âmbito da saúde pública e se induziu o Sistema de Saúde a se estruturar para o cuidado desta população.

No documento da PAIUAD é adotada a política de Redução de Danos (RD) enquanto norteadora do cuidado. Apesar de o programa estar vinculado ao antigo programa de DST/AIDS, a diretriz da Redução de Danos (RD) passa a ser incluída também pela Coordenação Nacional de Saúde Mental em um movimento que resultou na ampliação do entendimento e das práticas sobre a RD, pois, ao não estar mais dirigida especificamente para a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, deixa de ser apenas uma estratégia, passando a ser uma lógica e orientação política.

Buscam-se alternativas para o cuidado, tendo como instrumento legal a lei 10.216¹, em alinhamento com a Reforma Psiquiátrica Brasileira e a Redução de Danos. O Ministério da Saúde² propôs que o consumo de álcool e outras drogas fosse considerado um problema de Saúde Pública e não médico-psiquiátrico ou jurídico. Esse redirecionamento pode ser observado na criação dos CAPSad como serviços especializados estratégicos na assistência a usuários de álcool e outras drogas³.

Em dezembro de 2011, mesmo mês da publicação do “Plano Crack é Possível Vencer”, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde emitiu a portaria GM/MS 3088/2011⁴, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial/RAPS dentro da proposta de criação de Redes de Atenção à Saúde. O objetivo manifesto era ampliar o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas ao cuidado em saúde mental, e garantir a articulação e a integração das redes de saúde territorialmente, por meio do acolhimento, do cuidado contínuo e da atenção às urgências.

Essa portaria definiu uma reorganização da Rede de Atenção Psicossocial em sete componentes: Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial⁴.

Apesar de reordenar uma lógica já existente de cuidado compartilhado em rede, a RAPS incluiu, a título de novidade, as Comunidades Terapêuticas (CTs) no componente Atenção Residencial de Caráter Transitório. Além disso, ao se situar essas instituições no componente Atenção Residencial de Caráter Transitório, elas foram vinculadas aos CAPSad, fazendo com que o encaminhamento para tais instituições fosse realizado pelos serviços da Atenção Especializada; o que parece pouco provável de acontecer. Além disso, as CTs sempre participaram do terceiro setor, não havendo uma regulação e fiscalização dos parâmetros de funcionamentos desses serviços. Em contrapartida, a implementação das Unidades de Acolhimento (UA) para usuários de drogas, no âmbito do SUS, ficaram no mesmo eixo no qual foram alocadas as CTs, operando de acordo aos princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

Acredita-se⁵ que a Política de Saúde Mental para usuários de drogas ganhou impulso a partir de 2009, com a criação dos Consultórios de Rua, dos Centros de Convivência e dos CAPS III e ad III; do treinamento de trabalhadores dos serviços e profissionais de saúde, da implementação das Residências Multiprofissionais

em Saúde Mental, além do estímulo à intersetorialidade. No entanto, os autores consideram um retrocesso a portaria que implementou a RAPS, em razão da institucionalização das CTs na rede do SUS e RAPS.

A transição⁶ para o modelo da Atenção Psicossocial foi incompleta, pois, apesar da expansão no número de CAPS, realizada desde 2002, ela ainda era insuficiente, especialmente no que tange ao quantitativo de CAPSad. No fim de 2010, dos 1.620 CAPS implantados, apenas 258 eram CAPSad. Esses serviços não conseguiram desempenhar uma função adequada de articulador da rede assistencial sobre drogas. Além disso, eles apontaram outros impasses, como a frequente falta de profissionais, de insumos e de estrutura física adequada. O trabalho territorial preconizado, em muitos casos deu lugar a um cuidado ambulatorial predominante, com uma abordagem simplista do uso de drogas, de modo a contribuir para o trabalho fragmentado em rede.

Já em 2024, o Brasil contava com 499 CAPSad, sendo 338 CAPSad II, 158 CAPSad III e 3 CAPSad IV⁷. Apesar de uma ampliação desse número, é cada vez mais notória a necessidade de pensar o cuidado para além dos serviços especializados. Isso ocorre porque “não existe equipamento autossuficiente na produção de cuidados no SUS, necessita-se de uma rede de cuidados⁸”.

O estigma e o preconceito decorrente da política proibicionista hegemônica no Brasil, associada à falta de formação adequada para os profissionais e população sobre o tema, leva a um baixo acesso dessa população aos serviços de saúde⁹, assim produzindo impasses na qualidade do cuidado ofertado. Nesse sentido, é fundamental discutir a função de outros componentes e serviços na assistência a pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas. Este texto visa discutir o papel do componente Atenção Primária em Saúde no cuidado dessa população.

A Atenção Primária à Saúde e o cuidado às pessoas que sofrem com o uso de substâncias psicoativas

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem como diretriz a promoção de uma atenção integral à saúde e prevenção a agravos, pautada nos princípios da família, do território e da comunidade. A concepção ampliada de saúde na sua dimensão biopsicossocial, que compreende o processo saúde-doença como um fenômeno multidimensional, demanda uma atuação interdisciplinar e colaborativa dos profissionais de saúde. As legislações que financiam a Atenção Primária em Saúde privilegiam o financiamento de ações como vínculo de usuários, acompanhamento territorial, organização do trabalho em rede de serviços¹⁰.

A atuação da APS se fundamenta na lógica do território, partindo do pressuposto de que é um espaço dinâmico de interações e relações sociais. O território configura-se como um campo onde se reproduzem os modos de vida hegemônicos e, simultaneamente, emergem resistências e singularidades¹¹. A construção de uma rede de saúde deve considerar a singularidade das diferentes vivências, fomentando a contratualidade social e o desenvolvimento da autonomia individual e coletiva, possibilitando o reposicionamento subjetivo dos indivíduos em relação a si mesmos e ao mundo, fato crucial para o cuidado de pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas.

Na APS, a abordagem das questões de saúde mental e do uso de álcool e outras drogas apresenta lacunas significativas. As ações direcionadas às vulnerabilidades associadas ao uso de substâncias psicoativas carecem de proeminência e de programas específicos em seu escopo de atuação.

Nem todos os trabalhadores da atenção primária se sentem capacitados e seguros na abordagem e condução dos casos de saúde mental. Surgem, então, dificuldades de variadas naturezas, as quais repercutem diretamente na acessibilidade, ou seja, na relação entre oferta de serviços e impacto desta na capacidade de utilização da população, muitas vezes irregular e que impossibilita a resolvibilidade da assistência¹².

De acordo com os princípios da universalidade e integralidade no SUS, os usuários de drogas, assim como suas famílias, devem ter acesso aos serviços de saúde e demais políticas públicas, direito que deve ser garantido em todos os níveis de atenção, e não apenas nos serviços especializados.

Todavia, observa-se que demandas relacionadas a álcool e outras drogas provocam ainda muitos constrangimentos nas equipes da APS, que, na maioria das vezes, encaminham para especialistas. Tal fato se justifica, muitas vezes, pela falta de tempo e de competências para cuidar, com base no argumento de que não atendem pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, encaminhando-as para os CAPSad.

Esse tipo de afirmação parece contraditória, pois, dada a prevalência de problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas na população, é impossível não ter acesso e conhecimentos sobre esses casos. Tal abordagem parece revelar o estigma relacionado às drogas por ignorar o uso de substâncias psicoativas no processo de cuidado ou mesmo o desconhecimento em relação à ética da Redução de Danos quando aplica-se apenas um conceito dessa política, como o cuidado condicionado à abstinência, que não ocorre na maioria das situações.

Os Serviços que compõem a Atenção Primária em Saúde (APS) e o cuidado aos usuários de substâncias psicoativas

Entre os serviços que compõem a Atenção Primária em Saúde, temos as Unidades Básicas de Saúde (incluindo os Centros de Saúde ou Postos de Saúde), a Estratégia de Saúde da Família, as e-Multi, os Consultórios na Rua (destinados ao atendimento de pessoas em situação de rua) e os Centros de Convivência.

A - As Unidades Básicas de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família

As Unidades Básicas de Saúde, por seu caráter territorial e atuação nos diferentes ciclos de vida dos usuários, têm como potencialidade atuar de forma transversal no cuidado ao uso de álcool e outras drogas.

Atuam principalmente na identificação precoce, realizando intervenções breves, e são responsáveis pela continuidade do cuidado dos casos mais leves¹³. Além disso, tendo em vista que 59,1% dos municípios brasileiros não contam com contingente populacional para implantação de CAPS, nos municípios com menos de 15 mil habitantes, que correspondem a 10,8% da população nacional, o cuidado em saúde mental se dá predominantemente nos serviços da Atenção Primária⁷.

Por outro lado, em muitos lugares a Estratégia da Saúde da Família conta com uma baixa cobertura populacional. Esse fator prejudica o cuidado territorial entre usuários e muitas vezes leva a sobrecarga dos serviços especializados.

B - As e-Multi

Em 2008 se iniciou o processo de implementação de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O NASF visa ampliar e fortalecer as ações dos profissionais da Atenção Primária por meio do apoio de equipes multiprofissionais. Propõe o apoio matricial ou matriciamento, como meio para a construção de relações mais horizontais entre os profissionais, buscando reverter a lógica da especialização, o isolamento dos procedimentos e a fragmentação com a atenção básica¹⁴.

O apoio matricial¹⁵ pode se desenvolver em três planos: (1) troca de conhecimento e de orientações entre equipe e apoiador; (2) atendimentos e intervenções conjuntas entre profissional de referência e apoiador; (3) atendimentos ou intervenções complementares especializadas do próprio apoiador. Nesse cenário, o apoio matricial se incumbe de oferecer retaguarda assistencial e suporte técnico-pedagógico às equipes de referência

do Programa Saúde da Família, fundando o pressuposto de que nenhum especialista, isoladamente, pode assegurar uma abordagem integral.

Questões como queixas escolares, problemas relacionados ao uso de drogas, violência de gênero, questões relativas a conflitos familiares, luto, depressão e ansiedade são possíveis de serem discutidos e trabalhados entre as equipes da atenção básica e as equipes do NASF. Estudos sobre a articulação entre saúde mental e atenção primária identificam que o matriciamento proporciona maior estreitamento do laço entre os profissionais, possibilitando práticas inovadoras¹⁴.

A atuação dos NASFs e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no apoio matricial às Equipes de Saúde da Família (ESF) são fundamentais para aprimorar e fomentar estratégias em saúde apresentando nuances específicas^{16,17} de promoção da saúde aos usuários de substâncias psicoativas no território.

As equipes de NASFs, possuem o foco na promoção da saúde e prevenção de agravos, priorizam a identificação precoce de sofrimento psíquico e intervenções multidisciplinares breves, atuando de forma transversal nas demais áreas da APS. Por outro lado, outros autores¹⁸ destacam que o CAPS possui uma expertise em saúde mental, direcionam seus esforços para casos complexos, gestão de casos e projetos terapêuticos singulares, complementando a atuação da atenção primária.

Os NASFs, atualmente denominados Equipes Multiprofissionais da Atenção Primária à Saúde (e-Multi), foram reorganizados por meio da Portaria 635, de 22 de maio de 2023¹⁹, enquanto componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) desempenham um papel fundamental na ampliação do acesso aos serviços de saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS). Essa expansão se concretiza pelo apoio matricial, pela oferta direta de cuidados a indivíduos com sofrimento psíquico ou uso prejudicial de substâncias psicoativas e pela atuação transversal nas demais linhas de cuidado, promovendo o acompanhamento longitudinal dos usuários e suas famílias no território.

C - As Equipes de Consultório na Rua

As equipes de consultório na rua, via implementação do Ministério da Saúde, foram, na sua base, inspiradas pela experiência de campo do professor e médico Antônio Nery, em Salvador, na ocasião membro do CETAD\UFBA. O objetivo central das equipes de consultório na rua é a atenção à saúde e assistência às pessoas que vivem em situação de rua, que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas e possuem dificuldades ao acesso a serviços de saúde e políticas públicas no geral. Essa população inclui crianças, adolescentes, adultos e idosos²⁰.

O consultório na rua, por sua vez, assume a responsabilidade de levar saúde aos usuários que se encontram vulneráveis pelo consumo prejudicial de álcool e outras drogas, e àqueles que não acessam as redes públicas ou estão nos territórios²¹, assim como as pessoas com trajetória de vida nas ruas. Como estratégia de atenção à saúde, as equipes de consultório na rua realizam o cuidado in loco. Sendo uma iniciativa que estabelece o cuidado em saúde de forma global e na sua dimensão biopsicossocial às pessoas que se encontram em vulnerabilidade social e risco de vida.

As premissas dessa equipe volante, que atua de forma multidisciplinar e com os princípios da reforma psiquiátrica, na qual o cuidado é oferecido em liberdade, tem como foco os pressupostos da territorialização, da redução de danos, interdisciplinaridade.

Na atual configuração do Ministério da Saúde, os Consultórios de Rua foram nomeados como Consultórios na Rua, compõendo as Estratégias da Equipe de Saúde da Família da Atenção Primária à Saúde. Com a nova configuração e nomeação, os Consultórios na Rua agora pertencem à APS, operando como:

Dispositivos clínicos inseridos na rede de atenção psicossocial que, ao realizar o deslocamento do espaço protegido e fechado das instituições ao mundo aberto, disperso e plural das ruas, conduz a saúde ao exercício de uma clínica a céu aberto, desprotegida, disponível e confrontada por questões que transcendem as ideias de doença, mas, na qual, a dor se faz presente²¹ (p. 142).

As equipes de consultório na rua possuem um papel fundamental na APS, compondo as Estratégias da Saúde da Família, subsidiando as ações de cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas ou se encontram em vulnerabilidade e risco social com trajetória de vida nas ruas. Assim, levam o cuidado da atenção primária em saúde aos territórios e locais onde essa população se encontra, demarcando os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade, e reafirmando a lógica da Redução de Danos como princípios norteadores do cuidado em saúde aos usuários.

D - Os Centros de Convivência e Cultura

Desde 2011, entre os serviços previstos no componente Atenção Primária em Saúde da RAPS, estão os Centros de Convivência e Cultura, que compõem a Rede de Atenção Psicossocial. Apesar de experiências anteriores no Brasil, somente em 2025 esses serviços passaram a ter portaria para habilitação e financiamento.

Tais serviços têm como público prioritário pessoas em sofrimento mental acompanhadas nos CAPS. Ao serem pensados na perspectiva da Atenção Primária em Saúde, uma série de desafios e potenciais advém. Entre eles, o acolhimento a pessoas que não estão nos CAPS, mas sim nos CAPSad, em outros serviços da rede de saúde ou até mesmo fora deles.

O cuidado de pessoas que usam substâncias psicoativas sob a ótica da Redução de Danos, pressupõe oferta de espaços de acolhimento, convivência e cultura como forma de produção de cidadania e enfrentamento de estigmas. Ao pensar na Redução de Danos articulada à arte, à cultura, à cidadania e à garantia de direitos a partir do trabalho como o Ponto de Cultura e Centro de Convivência “É de lei” (SP)²², destaca que:

A produção de laços sociais é mediada por práticas artísticas e culturais e pela convivência, que significam e afirmam o modo singular de cada um estar no mundo, para além dos estígmas vinculados às pessoas que usam drogas. As atividades permeadas por processos criativos e realizadas de forma colaborativa fomentam o reposicionamento subjetivo dos participantes sobre sua relação com a droga, o que provoca reflexões sobre as formas de vida e pode mudar hábitos²².

Os Centros de Convivência e Cultura têm um papel fundamental na transformação dos sujeitos e da cultura proibicionista. Por meio da arte e outras ferramentas, podem responder ao mandato ético, estético e político da Redução de Danos. Orientados por esse referencial, devem ser espaços de baixa exigência e consequente ampliação de acesso e produção de vida e cidadania, remetendo aos princípios da inserção social e política dessa clientela, pontos cruciais da diretriz da política de Redução de Danos.

Considerações Finais

Podemos concluir que a atenção em saúde primária aos usuários com uso prejudicial de álcool e outras drogas deve ser um cuidado multidimensional e multidisciplinar, assim construindo uma rede de serviços, que seja norteada pelos princípios do SUS e pelos princípios éticos da Redução de Danos, respeitando a

singularidade e a autonomia dos sujeitos e levando a oferta de práticas e cuidado em saúde no território no qual estes sujeitos se localizam.

Observa-se que o viés proibicionista e os estigmas associados ao consumo de SPA impactam na oferta de assistência na rede, especialmente nos equipamentos de atenção primária em saúde e nas suas estratégias de oferta de cuidado.

Por outro lado, percebe-se que a implementação e fortalecimento de dispositivos da RAPS, como o Centro de Convivência e o Consultório na Rua, atuam para ampliação do acesso dos usuários às redes de cuidado e a política de Redução de Danos. Já as equipes e-multi atuam na qualificação da Atenção Básica e nas Equipes de Saúde da Família como instrumentos de educação em saúde e assistência à população que faz uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Contudo, percebe-se que ainda há um longo caminho a ser percorrido quando falamos sobre o cuidado em saúde mental aos usuários de álcool e outras drogas na APS e em seus territórios. Assim, o fomento de práticas de educação permanente, discussões sobre Redução de Danos e sua aplicabilidade no território, têm sido um divisor para demarcar que estamos construindo uma RAPS potente e fortalecida, na qual o cuidado em liberdade ao usuário de SPA torna-se a principal premissa no território, na cidade e no SUS.

Referências

1. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília: Presidência da República, 2001.
2. MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 14, n. 3, p. 801-821, 2007.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS N° 336, de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, DF, 2002.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União 2011; 24 dez.
5. PEREIRA, M. O.; OLIVEIRA, M. A. F.; PINHO, P. H.; CLARO, H. G.; GONÇALVES, A. M.; REINALDO, A. M. S. Qual é a tônica da política de drogas brasileira: ressocialização ou internamento? *Escola Anna Nery*, v. 21, n. 3, 2017.
6. COSTA, P. H. A.; MOTA, D. C. B.; PAIVA, F. S.; RONZANI, T. M. Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, p. 395-406, 2015.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada em Saúde/SAES. Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DESMAD. *Saúde Mental em Dados – 13*, Ano 19, nº 13. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Especializada em Saúde/SAES. Departamento de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas/DESMAD – Brasília : Brasília : Ministério da Saúde, 2024.
8. QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE, M. S. B.; FRANCO, T. B.. *Rede de Atenção Psicossocial: qual o lugar da saúde mental?*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 24, p. 253-271, 2014.
9. BASTOS, Francisco Inácio Pinkusfeld Monteiro et al. (Org.). *III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017. 528 p.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 3.493, de 10 de abril de 2024.Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, para instituir nova metodologia de co-financiamento federal do Piso de Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 2024;
11. YASUI, S.; LUZIO, C. A.; AMARANTE, P.. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. *Revista Polis e Psique*, v. 8, n. 1, p. 173-190, 2018.

12. QUINDERÉ, P. H. D. et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 7, p. 2157-2166, 2013.
13. MENDES, R. D. O., PACHECO, P. G., NUNES, J. P. C. O. V., CRESPO, P. S., & CRUZ, M. S. Revisão da literatura sobre implicações para assistência de usuários de drogas da descriminalização em Portugal e Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(9), 3395-3406, 2019.
14. D'ASSUNÇÃO, Onézimo Tadeu; DALLA VECCHIA, Marcelo; SANTOS, Tassiana Gonçalves Constantino. Programa Bem Viver: saúde mental, atenção básica e seus analisadores em pequenos municípios. *Revista Arquivos Brasileiros de Psicologia*. v. 74, p. 204, 2022.
15. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007.
16. SANTOS, Willian Tito Maia. Da precarização do trabalho às potencialidades do cuidado: a inserção de profissionais da psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). 172 f. Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Social) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.
17. MOURA, Renata Heller de; LUZIO, Cristina Amélia. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. *Interface (Botucatu)*, v. 18, n. supl. 1, p. 957-970, 2014.
18. LIMA, Maura; DIMENSTEIN, Magda. O apoio matricial em saúde mental: uma ferramenta apoiadora da atenção à crise. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 20, n. 58, p. 625-635, 2016.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 635, de 22 de maio de 2023. Brasília, DF, 2023.
20. NERY, Antônio Filho; VALÉRIO, Andréia Leite Ribeiro; MONTEIRO, Luiz Felipe. Guia do projeto Consultório de rua. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2011.
21. SILVA, Rosimeire Aparecida da. Reforma psiquiátrica e redução de danos [manuscrito]: um encontro intempestivo e decidido na construção política da clínica para sujeitos que se drogam. / Rosimeire Aparecida da Silva. -- Belo Horizonte: 2015. 199f.
22. MACHADO, K. D. S., CRUZ, M. S., CARVALHO, M. C. D. A., PETUCO, D. R. D. S. Insumos, arte e laço social no contexto das práticas contemporâneas em Redução de Danos no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v34, p. 34-46, 2024.