


ARTÍCULO ORIGINAL

ACCIONES DESARROLLADAS EN EL TERRITORIO PARA USUARIOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: ¿ATENCIÓN EN LIBERTAD?


HIGHLIGHTS

1. Entender las acciones asistenciales en el territorio.
2. Retos en la promoción del cuidado en libertad de los usuarios.
3. El apoyo informal, la religiosidad y la espiritualidad son positivos en el tratamiento.
4. Retos en la validación de las Comunidades Terapéuticas.

Daiana Foggiato de Siqueira¹ 

Priscila de Melo Zubiaurre¹ 

Fernanda Demetrio Wasum¹ 

Júlia Oliveira Silveira² 

Mara Regina Caino Teixeira Marchiori² 

Keity Laís Siepmann Soccol² 

ABSTRACT

Objetivo: Conocer las acciones de atención prestadas por el personal de salud a los usuarios de sustancias psicoactivas en el territorio. **Materiales y Métodos:** Investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria. Fue realizada en dos Estrategias de Salud de la Familia en un municipio de Rio Grande do Sul, Brasil. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a trabajadores de salud y se utilizó el análisis temático de contenido. **Resultados:** Los datos se organizaron en dos categorías: las acciones en el territorio: ¿el cuidado en libertad? y las fragilidades del territorio. Se observó que los trabajadores enfrentan desafíos para promover el cuidado en libertad de los usuarios, como la fragilidad y el retroceso de las políticas públicas. **Consideraciones finales:** es importante que los trabajadores resistan los retrocesos y fortalezcan otras estrategias de atención en el territorio, promoviendo la atención en libertad e integral a los usuarios de sustancias psicoactivas.

DESCRIPTORES: Atención Primaria de Salud; Trastornos Relacionados con Sustancias; Atención a la Salud Mental.

CÓMO REFERIRSE A ESTE ARTÍCULO:

Siqueira DF de, Zubiaurre P de M, Wasum FD, Silveira JO, Marchiori MRCT, Soccol KLS. Actions developed in the territory for users of psychoactive substances: care in freedom?. Cogitare Enferm. [Internet]. 2024 [cited "insert year, month and day"]; 29. Available from: <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.94961>.

¹Universidade Federal de Santa Maria, Departamento de Enfermagem, Santa Maria, RS, Brasil.

²Universidade Franciscana, Departamento de Enfermagem, Santa Maria, RS, Brasil.

INTRODUCCIÓN

El paradigma de la Reforma Psiquiátrica Brasileña, aún en curso, ha puesto en la agenda el debate sobre la necesidad de promover la atención en libertad en salud mental, frente a la violencia cometida contra las personas que padecen enfermedades mentales en las instituciones asilares. Con ello, apuesta por una importante ruptura con la forma de entender la experiencia humana basada en la racionalidad psiquiátrica, proponiendo el modelo psicosocial de atención¹⁻².

Este modelo tiene en cuenta la forma en que las personas viven y gestionan la complejidad de la vida, lo que hace necesaria la creación de una red de servicios descentralizados que puedan prestarles asistencia en su territorio. En este sentido, la Red de Atención Psicosocial (RAPS) permite crear una nueva dimensión en el conjunto de acciones de salud mental del sistema público de salud. Se encarga de ampliar el acceso de la población a la atención psicosocial en diferentes niveles de complejidad: primario, secundario, terciario y residencial²⁻³.

Con esta reorientación, los Centros de Atención Psicosocial (CAPS) se convirtieron en el principal servicio del RAPS, constituyendo el nivel secundario de atención. Creados por la Orden Ministerial 336/02, los CAPS están orientados a la atención en libertad y funcionan en diferentes modalidades, con base comunitaria y puertas abiertas a las demandas. El CAPS alcohol y otras drogas (AD) es el servicio especializado encargado de atender las demandas de los usuarios con consumo perjudicial de sustancias psicoactivas (SPA). De esta forma, el CAPS AD debe garantizar la protección y los derechos de las personas que tienen problemas como consecuencia del consumo de SPA, como política sociosanitaria⁴⁻⁵.

En línea con esta propuesta, el Ministerio de Sanidad publicó en 2004 la Política de Atención Integral a las Personas Usuarias de Drogas. Esta política promueve que los servicios especializados se centren en la rehabilitación y reinserción de los usuarios de SPA, prestando atención preferentemente a través de recursos extrahospitalarios, centrados en la persona y asociados a la red sociosanitaria⁶⁻⁷. Desde esta perspectiva, la Atención Primaria de Salud (APS) desempeña el papel de puerta de entrada del usuario de salud mental al RAPS. Acoge a los usuarios, identifica sus necesidades relacionadas con la ruptura de los lazos sociales y actúa de enlace con los servicios especializados^{3,6}.

Sin embargo, se sabe que aún existen prácticas que violan los derechos humanos de las personas que padecen enfermedades mentales, especialmente de aquellas que hacen un uso nocivo del SPA. El uso de SPA se percibe comúnmente como algo negativo, asociado a la delincuencia y la violencia, lo que implica la estigmatización del usuario. Como resultado, ha surgido un conflicto sobre cómo atender a los usuarios, liderado, por un lado, por las políticas prohibicionistas, centradas en la represión y la criminalización, y, por otro, por las políticas de atención en libertad, reduciendo los daños a la salud y a la vida social de las personas⁸⁻⁹.

En este contexto, y con los nuevos avances y retrocesos en las políticas públicas de salud mental en Brasil, esta investigación tiene como objetivo comprender las acciones de atención prestadas por los trabajadores de la salud a los usuarios de sustancias psicoactivas en el territorio.

MÉTODO

Se trata de un estudio cualitativo descriptivo y exploratorio realizado en dos Estrategias de Salud de la Familia (ESF) localizadas en un municipio de la región central del estado

de Rio Grande do Sul, Brasil. Participaron en el estudio once agentes de salud, entre ellos tres enfermeros y ocho técnicos de enfermería. Fueron seleccionados de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión: llevaban trabajando en la ESF al menos seis meses y atendían directamente a personas que consumían sustancias psicoactivas. Se excluyó a los trabajadores de baja por motivos de salud durante el periodo de elaboración de los datos. Cabe señalar que había cuatro trabajadores de baja por este motivo. Los datos se recogieron mediante la técnica de entrevista abierta. Inicialmente, se recogió información sobre la caracterización de los participantes: edad, escolarización y duración de la carrera profesional. A continuación, comenzó la entrevista, guiada por las siguientes preguntas: ¿Cómo se brinda atención a los usuarios de sustancias psicoactivas? ¿Qué actividades de atención se realizan para usuarios de sustancias psicoactivas aquí en el territorio? ¿Qué actividades de atención realiza para usuarios de sustancias psicoactivas?

La investigadora recibió formación de la investigadora responsable de la recogida de la información, ya que no tenía experiencia previa. Además, la investigadora responsable de la etapa de recogida de datos no tenía ningún vínculo con los trabajadores de los servicios de salud donde se recogió la información. Antes de la entrevista, la investigadora se presentó a los participantes durante una reunión de equipo con cada uno de los equipos de salud, mencionando su formación, sus vínculos con la universidad, los objetivos de la investigación, los procedimientos de recogida de datos, los posibles riesgos y beneficios y su opinión sobre los datos.

Las entrevistas se realizaron individualmente en el orden en que se invitó a los trabajadores (aleatoriamente) y según su disponibilidad, intercalándose entre las dos ESF. La producción de datos se interrumpió cuando se alcanzó la suficiencia de datos, es decir, después de tres entrevistas consecutivas sin información nueva. Sólo hubo un rechazo, pero ningún abandono.

Las entrevistas se realizaron entre enero y junio de 2021, en una sala reservada de la ESF, para garantizar la confidencialidad de la información. Tuvieron una duración media de treinta y cinco minutos y se grabaron en un dispositivo digital, con el consentimiento de los participantes. El material grabado se transcribió íntegramente utilizando el editor de textos Microsoft Word® y se sometió a la técnica de análisis de contenido temático.

El análisis de los datos siguió tres etapas: la primera fue el preanálisis, que correspondió a la preexploración del material, en la que se realizaron lecturas flotantes para elegir la composición del corpus de análisis y los recortes de texto. En la segunda etapa, denominada exploración del material, se definieron categorías mediante la identificación de unidades de registro y de contexto, lo que permitió la categorización. La última etapa permitió procesar los resultados e interpretarlos a la luz de la literatura científica pertinente¹⁰. Así, se elaboraron las siguientes categorías: acciones en el territorio: ¿cuidados en libertad? y, debilidades del territorio.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Franciscana con el número de aprobación 4.503.333. Los trabajadores que aceptaron participar en el estudio firmaron un consentimiento informado. Para garantizar el anonimato, se utilizó la letra "A", seguida del número de la entrevista en el orden en que tuvo lugar.

RESULTADOS

Acciones en el territorio: ¿atención en libertad?

Según los trabajadores, algunas de las acciones emprendidas para atender a los usuarios de SPAs en la zona son derivaciones a instituciones comunitarias, como iglesias.

Estas instituciones acaban acogiendo al usuario y, en algunos casos, derivándolo a haciendas (Comunidades Terapéuticas). En la unidad se realizan exámenes clínicos y consultas cuando es necesario. Además, los profesionales de salud mental residentes en la unidad ofrecen terapia de grupo, psicoterapia y asesoramiento individual.

Tenemos la iglesia aquí en la avenida. [...] O también los lleva a las granjas, la iglesia los deriva. (A1)

Además de toda la atención sanitaria, exámenes, consultas, a las personas que quieren hacer algo también se les ofrece atención psicológica, que aquí también tenemos salud mental (Residencia). Aquí tenemos atención grupal e individual. (A2)

Entre las acciones de atención a los usuarios en APS, los trabajadores mencionaron acciones de promoción de la salud y prevención del uso de SPAs, como grupos dirigidos a la salud mental de los usuarios y proyectos sociales desarrollados por religiosos.

Aquí las hermanas (proyecto social) son las que trabajan un poco más en (promoción de la salud y prevención del consumo de drogas). (A2)

Tuvimos el grupo de salud y ayudó a su salud mental y a la nuestra también. (A10)

Según los informes de algunos trabajadores, los usuarios controlados por la unidad que quieren dejar de consumir son derivados a un servicio especializado (CAPS AD).

Hacemos derivaciones a los CAPS específicos, alcohol y drogas, pero normalmente cuando lo hacemos es porque ya quieren dejarlo. (A8)

Llevo a la persona drogodependiente al centro de salud. El médico les da un certificado en el que consta que son consumidores de drogas y puede derivarlos a una clínica. (A11)

Debilidades del territorio

Algunos trabajadores señalaron la fragilidad de las acciones de atención en la zona para los usuarios de SPAs. La falta de acciones, instituciones o estrategias comunitarias hace que estas personas acaben siendo derivadas a otros servicios de la red asistencial. En ocasiones, el CAPS AD acaba siendo la única alternativa. Sin embargo, según los trabajadores, los usuarios suelen tener dificultades para adherirse al tratamiento.

Aquí en la unidad no tenemos nada específico. Como es la puerta de entrada, el primer acceso, hacemos derivaciones a la red según las necesidades. (A5)

Aquí en la comunidad no hay mucho que podamos organizar. Antes, los agentes incluso nos traían grupos para tratar a este tipo de usuarios. Si no es el CAPS, no hay otro (servicio). Y muchas veces no quieren ir al CAPS. Es difícil" (A11).

Los trabajadores experimentan dificultades para visualizar las posibilidades de acciones asistenciales eficaces para los consumidores de sustancias y el acceso a estrategias de tratamiento.

Sí, no tengo mucho que hacer. Generalmente, no es sólo la droga lo que afecta al drogadicto. Concertamos citas. Pero cuando se trata de drogas, es difícil hacer otra cosa que derivarlos a un CAPS. Pero tampoco van allí, es inútil." (A6)

DISCUSIÓN

Del análisis de las entrevistas se desprende que el principal mecanismo utilizado por los trabajadores es derivar a los usuarios de SPAs a instituciones comunitarias, especialmente religiosas. Como resultado, son dirigidos por estas instituciones a comunidades terapéuticas. Además, se señalaron debilidades del RAPS, como la falta de acciones y estrategias comunitarias y la dificultad de los usuarios para adherir al tratamiento.

Los trabajadores de la APS dijeron que realizan algunas acciones de atención territorial a los usuarios de SPAs, incluyendo la derivación a instituciones comunitarias como las iglesias. Según los entrevistados, las iglesias acogen a las personas usuarias de SPA y trabajan aspectos relacionados con la espiritualidad y la religiosidad. Se entiende que trabajar la espiritualidad y la religiosidad durante el tratamiento puede facilitar el proceso de obtención de resultados positivos, como la mejora de la calidad de vida y la reducción del riesgo de recaída en el uso de SPAs¹¹⁻¹².

Se entiende que las iglesias constituyen la red de apoyo social informal de los usuarios. Representa las relaciones que la persona establece más allá de la RAPS en los diversos contextos de su vida cotidiana, como las relaciones con la familia, los amigos, la comunidad y, en este caso, las iglesias. Sin embargo, se entiende que la APS debe cumplir el importante papel de trabajar enfáticamente los vínculos de los usuarios con los componentes de la red formal de apoyo social, es decir, con los servicios de la red de salud y los profesionales. Se sabe que ambas redes de apoyo social son importantes para la atención integral y humanizada de la salud. Sin embargo, se espera que los profesionales sanitarios traten de mejorar la calidad de las relaciones que los usuarios establecen con los servicios de RAPS¹³⁻¹⁴.

La espiritualidad y la religiosidad pueden contribuir positivamente a los resultados del proceso de recuperación de las personas que abusan de SPAs. Sin embargo, estos aspectos conllevan una distinción importante. La espiritualidad está vinculada a la forma en que una persona quiere vivir y es inherente a su naturaleza. Por esta razón, no depende necesariamente de una religión específica. Se define por la relación que se establece con lo sagrado o trascendente. La religiosidad, por su parte, se caracteriza por un sistema organizado de creencias, prácticas y símbolos desarrollado para facilitar una relación más estrecha con lo sagrado, que suele encontrarse en las iglesias. A través de la religiosidad, las personas descubren el sentido de sus vidas. Quienes lo descubren se ven motivados por un tercero a mantener prácticas religiosas de forma interna o colectiva^{12,15}.

Las personas que experimentan situaciones significativas de sufrimiento a menudo recurren a la religión en un intento de encontrar orientación y fuerza para recuperar su equilibrio emocional y psicológico, para (re)construir el sentido de sus vidas¹⁶. Se sabe que tanto la religiosidad como la espiritualidad refuerzan emociones positivas como el bienestar, el optimismo y la sensación de control sobre la propia vida. Además, se caracterizan por ser aspectos facilitadores en el proceso de abstinencia y adherencia al tratamiento cuando se utiliza SPAs^{12,16}.

Las iglesias que reciben a los usuarios de SPA en la zona, mencionadas anteriormente, suelen derivarlos a las CT a las que están vinculadas. Se sabe que el tratamiento ofrecido en estas instituciones se basa en tres elementos esenciales: trabajo, disciplina y espiritualidad - aunque la religiosidad prima sobre esta última. Se entiende que esta forma de tratamiento tiene como objetivo el mantenimiento de la abstinencia y la recuperación del usuario a través de la reforma moral-espiritual-religiosa individual de las personas tratadas. En este sentido, se enseña a la persona que el uso de SPAs es algo que pertenece a la esfera individual, asociado al pecado y a la interferencia de fuerzas malignas. Además, se destacan los manicomios y la falta de medios para desinstitucionalizar a los usuarios al final del tratamiento¹⁶⁻¹⁷.

Cabe destacar que las CT pasaron a formar parte del RAPS con la introducción de la Ordenanza 3.088/11, como servicio de acogimiento residencial transitorio, y recibieron financiación del gobierno federal para su correcto funcionamiento¹⁸. Desde entonces, las políticas que garantizan estas instituciones se han fortalecido. En 2017, se lanzó la Ordenanza n.º 3.588/17, que idealiza las CT como servicios capaces de promover la reinserción social de los usuarios con uso perjudicial de SPAs. En consonancia con esta ordenanza, la hospitalización involuntaria de los usuarios de SPAs en las CT está garantizada por la Ley 13.840/19. Desde su promulgación, las hospitalizaciones involuntarias pueden ser solicitadas por organismos públicos, familiares o tutores legales, así como por trabajadores de la sanidad pública o de la asistencia social¹⁹⁻²¹.

Aunque en la actualidad existen normas y reglamentos para el trabajo de las CT en Brasil, sigue habiendo grandes retos para validarlos dentro del RAPS. Es necesario establecer directrices universales y enfoques terapéuticos validados científicamente para que puedan funcionar correctamente. Sin embargo, se puede observar que el conjunto de cambios legislativos que han tenido lugar en los últimos años sirve para facilitar y fortalecer su funcionamiento. Es más, el prohibicionismo y la criminalización presentes en los cambios legislativos permiten rigidizar aún más la política nacional de drogas del país^{16,22}.

En contraste con las CT, es importante destacar que los servicios de las Unidades de Acogida de Adultos (UAA), aún poco conocidos por la población, ofrecen acogida a personas con necesidades derivadas del consumo abusivo de SPAs. Creadas por la Orden Ministerial 121/12, las UAA trabajan con un enfoque de prevención y promoción de la salud, tratamiento y reducción de los riesgos y daños causados por el consumo abusivo de sustancias. A diferencia de los CT, las UAAs tienen base territorial y siguen la lógica de la atención psicosocial, trabajando con la subjetividad y el contexto de cada usuario. Además, trabajan con estrategias diferentes para tratar el uso nocivo de SPA, ya que se basan en cuestiones relacionadas con la forma en que las personas habitan el espacio social, considerando la desigualdad y la marginación que sufren^{9,23-24}.

También en las acciones territoriales ofrecidas por la APS, según los trabajadores, hay grupos, psicoterapia y consultas individuales con profesionales residentes de salud mental asignados a la unidad. El hecho de que haya residentes en la APS para trabajar en las prácticas de salud mental es fundamental para la construcción y el mantenimiento de las acciones desarrolladas por el equipo. Al formar parte de los procesos de trabajo, los residentes a veces acaban asumiendo la demanda de acciones de atención a la salud mental en el servicio, posibilitando que trabajadores y residentes intercambien conocimientos sobre nuevos métodos de trabajo²⁵.

Más allá de la APS, estrategias como la promoción de la salud y la prevención del consumo de SPAs acaban ocurriendo a través de individuos o instituciones religiosas. Esto demuestra que en la APS no existen programas específicos para atender a los usuarios de SPAs, y sólo se realizan intervenciones individuales, asesoramiento y derivaciones a otros servicios⁶.

Entre estos servicios se encuentra el CAPS AD, que, según los trabajadores, es el servicio de salud mental al que derivan a los usuarios de SPAs nocivos que quieren dejar de consumirlos. Se sabe que el CAPS AD debe ser un servicio puntero en la atención a los usuarios, ya que se encarga de organizar la demanda de salud mental y el uso nocivo de SPAs. De base territorial y comunitaria, proporciona una atención continuada que tiene en cuenta la complejidad de la vida y las relaciones del usuario, ofreciendo una atención integral e intersectorial. Para ello, sus acciones deben basarse en la Reducción de Daños (RD), promoviendo la formación de vínculos y, así, la reintegración social de la persona^{16,26}.

La política de RD es una estrategia de cuidado que va en contra de la política prohibicionista del uso de SPAs, dado que las acciones represivas no han contenido el consumo, entendiendo que este fenómeno está asociado a las experiencias de vida de las personas. Al desmitificar el uso de la abstinencia como medio de cuidado, la RD propone

escuchar las experiencias de vida de las personas, proponiendo adaptaciones de las acciones para reducir los riesgos del uso de SPAs²⁷⁻²⁸.

A pesar de la existencia de políticas que orientan a estos servicios a trabajar con RD, se sabe que algunos de ellos no trabajan con estrategias terapéuticas distintas a la abstinencia, es decir, la interrupción total del uso de SPA. El tratamiento basado en la abstinencia apunta a una atención basada en el tratamiento moral y la enfermedad, lo que dificulta una visión amplia y, por lo tanto, integral del fenómeno del uso nocivo de SPAs. En este sentido, pensar en la abstinencia como único objetivo de la atención es centrarse sólo en la droga, suspendiendo la relación y el significado de la experiencia de uso de SPAs. Aunque la atención basada en la abstinencia sea positiva para algunos usuarios, para muchos es sinónimo de abandono del tratamiento y recaída²⁶⁻²⁸.

Debido a la fragilidad de las acciones asistenciales en el territorio, la derivación al CAPS AD es a menudo la única alternativa asistencial que ven los trabajadores sanitarios de la APS. Sin embargo, según los trabajadores, los usuarios suelen tener dificultades para adherir al tratamiento. Se sabe que existen diversos factores que interfieren en la adherencia al tratamiento para el uso nocivo de SPAs, entre ellos la motivación individual para el cambio de comportamiento y la idea ilusoria de que sólo se les ofrecerán medicaciones²⁹.

La fragilidad de las acciones de atención en el territorio dirigidas a los usuarios de SPAs se ha intensificado con el actual desmantelamiento de las políticas públicas en Brasil, especialmente los dispositivos estratégicos como los CAPS AD y las UAAs. Las normativas actuales apuntan a un retorno al paradigma asilar, confiando en la financiación pública para la hospitalización prolongada y, por lo tanto, la privación de libertad de las personas con uso perjudicial de SPAs¹⁶.

Ante el actual escenario de políticas públicas dirigidas a los usuarios de SPA, la separación entre las prácticas de atención en libertad y las de represión se hace cada vez más difusa. Sin embargo, es de suma importancia que los trabajadores de la salud resistan los nuevos retrocesos y fortalezcan las estrategias comunitarias dirigidas a brindar una atención gratuita e integral a los usuarios.

Entre avances y retrocesos, el movimiento de la Reforma Psiquiátrica Brasileña ha destacado la necesidad de que surjan discusiones sobre el tema del cuidado en libertad en las prácticas cotidianas de salud. Cuidar en libertad es una exigencia ética para los trabajadores de la salud, pues significa rescatar la autonomía y crear corresponsabilidad, respetando la subjetividad de la persona que se presenta. En este sentido, significa respetar los deseos de la otra persona y su capacidad para gestionar su propio cuidado en función del lugar donde vive y de los recursos de apoyo social con los que cuenta^{1,11}.

La atención en libertad puede ser un proceso desafiante, en constante construcción, que implica cambiar la forma de pensar y gestionar la atención en los servicios de salud, independientemente de su funcionamiento¹¹. En este sentido, a partir de la Reforma Psiquiátrica Brasileña, la APS asumió el papel de atender a los usuarios que sufren de enfermedad mental y/o uso perjudicial de SPAs, convirtiéndose en la puerta de entrada de los usuarios a las RAPS. La APS debe desarrollar acciones dirigidas a la prevención del uso, al diagnóstico precoz, a la atención de posibles problemas y a la derivación a otros servicios de la red asistencial⁶.

Cabe mencionar que las limitaciones del estudio residen en el hecho de que sólo participaron en la investigación enfermeros profesionales y técnicos de enfermería y que sólo se investigaron dos ESFs. Por ello, es necesario investigar el tema considerando otras clases profesionales y otros servicios de salud de atención primaria.

CONSIDERACIONES FINALES

Esta investigación permitió comprender las acciones de atención desarrolladas por los trabajadores de salud para los usuarios de sustancias psicoactivas en el territorio. Se constató que los trabajadores de APS vienen enfrentando importantes desafíos en la promoción de la atención a los usuarios de SPAs en libertad, hecho que fortalece las estrategias de trabajo con las redes sociales de apoyo informal a las personas, involucrando aspectos religiosos y espirituales.

Se entiende que el trabajo con redes informales de apoyo y aspectos como la religiosidad y la espiritualidad en la atención a los usuarios de SPAs puede conducir a resultados positivos en su tratamiento. Sin embargo, se debe ser cauteloso, ya que estas estrategias refuerzan la idea del mantenimiento de la abstinencia y de la reforma moral-espiritual-religiosa individual de las personas. Se sabe que esas estrategias están incorporadas en el funcionamiento de las CTs, institución que ha crecido significativamente en los últimos años, recibiendo financiación del gobierno federal.

Aunque actualmente las CTs forman parte del RAPS, aún existen grandes retos para validarlas como un servicio que promueve la atención en salud mental, con guías y abordajes terapéuticos basados en evidencia científica. Por otro lado, existen otras estrategias de atención que garantizan los derechos y la dignidad de los usuarios de los servicios de salud mental. Estas pueden estar siendo reforzadas sobre el terreno en este escenario de desmantelamiento de las políticas públicas de salud mental, como las acciones en el ámbito de la APS con equipos de residentes, la política de RD y las UAAs.

Este estudio señaló algunos movimientos de desmantelamiento de las políticas públicas de salud mental en el escenario brasileño, experimentados en el período de 2019 a 2021, volviendo al paradigma asilar. Sin embargo, se espera que el estudio contribuya, de manera informada, a la cualificación de los trabajadores de la salud y de la comunidad académica en general para la producción de cuidados en libertad para los usuarios de SPAs.

REFERENCIAS

1. Yasui, S. Entre o cárcere e a liberdade: apostas na produção cotidiana de modos diferentes de cuidar. Rev. Polis e Psique. [Internet]. 2015 [cited 2023 Aug. 10]; 2(3):5-15. Available from: <https://doi.org/10.22456/2238-152X.40317>
2. Yasui S, Luzio CA, Amarante P. Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território. Rev. Polis e Psique. [Internet]. 2018 [cited 2023 Aug. 10]; 8(1):173-90. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpps/v8n1/v8n1a11.pdf>
3. Amarante P, Nunes M de O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. Cienc. saude colet. [Internet]. 2018 [cited 2023 Aug. 10]; 23(6):2067-74. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>
4. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Diário Oficial da União [Internet]. 2002 [cited 2023 Aug. 10]; Brasília, DF: Ministério da Saúde. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html
5. Boska G de A, Oliveira MAF de, Seabra PRC. Acolhimento integral em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas na perspectiva da proteção dos direitos humanos. Cienc. saude colet. [Internet]. 2022 [cited 2023 Aug. 10]; 26(6):2417-26. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022276.17692021>

6. Lima TL de, Alves E dos S. Reflexões sobre o cuidado com as pessoas que fazem uso abusivo de drogas na atenção básica. *Humanae*. [Internet]. 2019 [cited 2023 Nov. 28]; 13(2):1-19. Available from: <https://revistas.esuda.edu.br/index.php/humanae/article/view/668/233>
7. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004 [Internet]. 2004 [cited 2023 Aug. 10] Brasília, DF: Ministério da Saúde. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html
8. Teixeira JK da S, Terra MG, Siqueira DF de, Soccol KLS, Aquino JM de, Souto VT. Atenção à saúde: concepções de profissionais do Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas. *Rev. Soc e Hum.*, Santa Maria [Internet]. 2021 [cited 2023 Aug. 10]; 34(1):.9-22. Available from: <https://doi.org/10.5902/2317175839234>
9. Almeida ALM de, Cunha MB da. Unidade de acolhimento adulto: um olhar sobre o serviço residencial transitório para usuários de álcool e outras drogas. *Saúde Debate*. [Internet]. 2021 [cited 2023 Aug. 10]; 45(128):105-17. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112808>
10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2014
11. Pires RR, Soares CA, Silva VTL, Caetano NDC, Cabral FMAL, Sousa MJN de, et al. Formação para o cuidado em liberdade: reflexões sobre uma residência multiprofissional em saúde mental coletiva. *Saúde em Redes*. [Internet]. 2019 [cited 2023 Aug. 10]; 5(1):181-90. Available from: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2019v5n1p181-190>
12. Campos MTF, Rodrigues JP. Influência da espiritualidade e religiosidade no abuso de álcool e drogas: revisão integrativa. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. [Internet]. 2022 [cited 2023 Nov. 28]; 18(2):106-16. Available from: <https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/171439/184480>
13. Martins TO, Costa JFA. Concepções de profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial sobre promoção de cidadania. *Revista Psicologia, Diversidade E Saúde* [Internet]. 2022 [cited 2023 Aug. 10]; 11:e4054. Available from: <https://doi.org/10.17267/2317-3394rps.2022.4054>
14. Siqueira DF de, Xavier M da S, Serbim AK, Terra MG. Redes sociais de apoio no cuidado à pessoa com transtorno mental: reflexões. *Rev. enferm. UFSM*. [Internet]. 2018 [cited 2023 Aug. 10]; 8(4):859-69. Available from: <https://doi.org/10.5902/2179769226118>
15. Monteiro DD, Reichow JRC, Sais H de F, Fernandes FS. Espiritualidade/religiosidade e saúde mental no Brasil: uma revisão. *Bol. Acad. Paul. Psicol*. [Internet]. 2020 [cited 2023 Aug. 10]; 40(98):29-39. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2020000100014
16. Passos RG, Farias JS de, Gomes TM da S, Araujo G de CL de. Comunidades terapêuticas e a (re) manicomialização na cidade do Rio de Janeiro. *Argumentum*. [Internet]. 2020 [cited 2023 Aug. 10]; 12(2):125-40. Available from: <https://doi.org/10.18315/argumentum.v12i2.29064>
17. Bardi G, Garcia MLT. Comunidades terapêuticas religiosas: entre a salvação pela fé e a negação dos seus princípios. *Cienc. saude colet* [Internet]. 2022 [cited 2023 Aug. 10]; 27(4):1557-66. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022274.05152021>
18. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Diário Oficial da União [Internet]. 2011 [cited 2023 Aug. 10]; Brasília, DF: Ministério da Saúde. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
19. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Diário Oficial da União [Internet]. 2017 [cited 2023 Aug. 10]; Brasília, DF: Ministério da Saúde. Available from: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html
20. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Diário Oficial da União [Internet]. 2019 [cited 2023 Aug. 10]; Brasília, DF: Ministério da Saúde. Available from: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2019-2022/2019/lei/l13840.htm#:~:text=Art.,drogas%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%A1ncias

21. Cardoso AMR, Albuquerque A. O modelo de assistência à saúde mental das pessoas em uso problemático de drogas: uma reflexão sob a ótica dos direitos humanos dos pacientes. Cad. Ibero-amer. Dir. Sanit. [Internet]. 2020 [cited 2023 Aug. 10]; 9(4):135-55. Available from: <https://doi.org/10.17566/ciads.v9i4.611>
22. Barreto KI de S, Godoy Filho GS, Apolinário GS, Perrone PAK, Guirado LR, Laranjeira R, et al. Comunidade terapêutica como parte da rede de atenção psicossocial: conformidade e monitoramento são possíveis? Cadernos da Defensoria Pública do Estado de São Paulo. [Internet]. 2021 [cited 2023 Aug. 10]; 6(28):11-23. Available from: <https://febract.org.br/portal/wp-content/uploads/2021/05/Comunidade-Terap%C3%AAutica-como-parte-da-Rede-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-volume28.aspx-11-23.pdf>
23. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 121, de 25 de janeiro de 2012. Diário Oficial da União [Internet]. 2012 [cited 2023 Aug. 10]; Brasília, DF: Ministério da Saúde. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html
24. Souza AC de, Amarante PD, Abrahão AL. Inclusão da saúde mental na atenção básica à saúde: estratégia de cuidado no território. Rev. Bras. Enferm. [Internet]. 2019 [cited 2023 Aug. 10]; 72(6):1747-63. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0806>
25. Canabarro JL, Terra MG, Soccol KLS, Siqueira DF de. Atuação dos residentes multiprofissionais em saúde: percepções de trabalhadores dos serviços de saúde mental. Rev. Eletrônica Acervo Saúde. [Internet]. 2019 [cited 2023 Aug. 10]; 11(17):1-8. Available from: <https://doi.org/10.25248/reas.e1545.2019>
26. Quintas AC de MO, Tavares P dos SPB. Entre CAPS AD e comunidades terapêuticas: o cuidado pela perspectiva dos usuários de um CAPS AD. Saúde Debate. [Internet]. 2020 [cited 2023 Aug. 10]; 44(3):198-209. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E317>
27. Silva AB da, Olschowsky A, Wetzell C, Silva TJ, Pedron AR, Pavani FM. As territorialidades de cuidado: reflexões interdisciplinares acerca do uso de drogas e o cuidado sociocultural. Rev. Min. Enferm. [Internet]. 2018 [cited 2023 Aug. 10]; 22:e-1150. Available from: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1150.pdf>
28. Tavares DH, Silva AB da, Pavani FM, Nunes CK, Franchini B, Rodrigues CGSS. Care practices in a CAPS-AD: abstinence and harm reduction. Res., Soc. Dev. [Internet]. 2021 [cited 2023 Aug. 10]; 10(6):1-12. Available from: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15897>
29. Paiano M, Kurata VM, Lopes APAT, Batistela G, Marcon SS. Fatores intervenientes na adesão ao tratamento de usuários de drogas atendidos no Caps-Ad. Rev. pesqui. cuid. fundam. [Internet]. 2019 [cited 2023 Aug. 10]; 11(3):687-93. Available from: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i3.687-693>

ACTIONS DEVELOPED IN THE TERRITORY FOR USERS OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES: CARE IN FREEDOM?

ABSTRACT:

Objective: To understand the care actions provided by health workers to users of psychoactive substances in the territory. **Materials and Method:** Qualitative, descriptive, and exploratory research. It was carried out in two Family Health Strategies in a municipality in Rio Grande do Sul, Brazil. Semi-structured interviews were conducted with health workers, and thematic content analysis was used. **Results:** The data was organized into two categories: actions in the territory and care in freedom. And the frailties of the territory. It was noted that workers face challenges in promoting care and freedom for users, such as the fragility and setbacks of public policies. **Final considerations:** It is important for workers to resist setbacks and to strengthen other care strategies in the territory, promoting free and comprehensive care for users of psychoactive substances.

KEYWORDS: Primary Health Care; Substance-Related Disorders; Mental Health Assistance.

Recibido en: 20/08/2023

Aprobado en: 26/12/2023

Editor asociado: Dra. Luciana Nogueira

Autor correspondiente:

Priscila de Melo Zubiaurre

Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)

Av. Roraima, nº 1000 Cidade Universitária – B. Camobi

E-mail: zubiaurrepriscila@gmail.com

Contribución de los autores:

Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño del estudio; o la adquisición, análisis o interpretación de los datos del estudio - **Siqueira DF de, Zubiaurre P de M, Wasum FD, Silveira JO, Marchiori MRCT, Soccol KLS**. Elaboración y revisión crítica del contenido intelectual del estudio - **Siqueira DF de, Zubiaurre P de M, Wasum FD, Silveira JO, Marchiori MRCT, Soccol KLS**. Responsable de todos los aspectos del estudio, asegurando las cuestiones de precisión o integridad de cualquier parte del estudio - **Siqueira DF de, Soccol KLS**. Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

ISSN 2176-9133



Esta obra está bajo una Licencia [Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).