EAD SUPERA

5

SUS e SUAS: redes para cuidado integral às pessoas com problemas associados ao uso de álcool ou outras drogas

SUPERA

Sistema para detecção do
Uso abusivo e dependência de substâncias
Psicoativas:
Encaminhamento, intervenção breve,
Reinserção social e
Acompanhamento

Módulo 5

SUS E SUAS: REDES PARA CUIDADO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM PROBLEMAS ASSOCIADOS AO USO DE ÁLCOOL OU OUTRAS DROGAS

São Paulo
2018

O curso SUPERA (**S**istema para detecção do **U**so abusivo e dependência de substâncias **P**sicoativas: **E**ncaminhamento, intervenção breve, **R**einserção social e **A**companhamento) foi idealizado e coordenado por Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte e Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni e executado (12 primeiras edições) por meio de uma parceria entre a Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) e em sua 13a edição por meio de convênio tripartite entre a Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP), a UNIFESP e a Fundação de Apoio à UNIFESP (FapUnifesp).
©2018 – Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)/Unidade de Dependência de Drogas (UDED); Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD).

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
Reitora: Soraya Soubhi Smaili
Vice-Reitor: Nelson Sass

Fundação de Apoio à UNIFESP (FapUnifesp)
Presidente: Jane Zveiter de Moraes
Rua Diogo de Faria, 1087 cj 801 – Vila Clementino – CEP 04037-003 - São Paulo/SP

Ministério da Justiça
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)
Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas: Humberto Viana
Diretor de Articulação e Projetos: Gustavo Camilo Baptista

Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP)
Presidente: Fernanda Gouveia (2018) e Rodolfo Azevedo (2019)
Chefe de Gabinete: Kléber Dias (2018) e Elias Drummond (2019)
Diretora Acadêmica: Patrícia Laczynski (2018) e Simone Telles Martins Ramos (2019)
Equipe Técnica de Desenvolvimento e Produção de Material Didático

APOIO:
Associação Fundo de Incentivo à Pesquisa (AFIP)
Presidente: Sergio Tufik
Rua Padre Machado, 1040 – Bosque da Saúde – CEP 04127001 São Paulo/SP

INFORMAÇÕES
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
Unidade de Dependência de Drogas (UDED) da Disciplina de Medicina e Sociologia do Abuso de Drogas do Departamento de Psicobiologia. Rua Napoleão de Barros, 1038 – Vila Clementino/SP. CEP 04024-003

Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP)
Av. Prof. Almeida Prado, 532 - Prédio 1, Térreo. Cid. Universitária - Butantã - São Paulo/SP. CEP 05508-901

Ministério da Justiça
Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)
Esplanada dos Ministérios, Bloco T, Anexo II, 2º andar, sala 213 – Brasília/DF. CEP 70604-000

PROPRIEDADE INTELECTUAL E DIREITOS AUTORAIS
COMERCIALIZAÇÃO PROIBIDA. Para inserção em sites ou adoção como material didático de outros cursos solicitar anuência da coordenação geral do curso na UNIFESP e da SENAD (módulos 1 a 7) ou da UNIFESP e da UNIVESP (Redução de Danos: conceitos e práticas). Material gratuito. Qualquer parte desta publicação pode ser reproduzida, desde que citada a fonte.
Disponível em: http://www.supera.org.br
Contato: faleconosco@supera.org.br

EQUIPE EDITORIAL
Supervisão Técnica e Científica
Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte
Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni
Coordenação Geral – UNIFESP
Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni (Coordenadora Geral)
Ana Regina Noto (Vice-Coordenadora)
José Carlos Fernandes Galduróz (Vice-Coordenador)

EQUIPES TÉCNICAS
Revisão de Conteúdo
Diretoria de Articulação e Projetos (SENAD)
Coordenação Geral de Pesquisa e Formação (SENAD)
Keith Machado Soares (AFIP/FapUnifesp)
Yone Gonçalves Moura (AFIP)
Desenvolvimento da Tecnologia de Educação a Distância
Fabrício Landi de Moraes (FapUnifesp)
Projeto Gráfico Original
Silvia Cabral (Unifesp)
Diagramação e Design
Marcia Omori (AFIP/FapUnifesp)
Revisão Ortográfica e Gramatical
Tatiana França (FapUnifesp)

M692

Módulo 5 [recurso eletrônico] : SUS e SUAS: redes de cuidado integral às pessoas com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas / Organização de Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni ; Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. -- 1ª ed. -- São Paulo : Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) ; Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP) ; Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) , 2018. -- 111 p. (Coleção SUPERA).

SUPERA EAD [13ª Turma]

ISBN: 978-85-62377-29-7 (on line) ; v. 6

1. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. 2. Capacitação Profissional. 3. Educação a Distância. I. Formigoni, Maria Lucia Oliveira de Souza (org.) II. Duarte, Paulina do Carmo Arruda Vieira (org.) III. Título.

CDD 610

Bibliotecária Daianny Seoni de Oliveira - CRB 8/7469

SUS E SUAS: REDES PARA CUIDADO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM PROBLEMAS ASSOCIADOS AO USO DE ÁLCOOL OU OUTRAS DROGAS

INTRODUÇÃO

O cuidado integral às pessoas com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas é um importante desafio aos profissionais de saúde e assistência social, que precisam conhecer o funcionamento das redes de saúde a assistência social. Neste Módulo você irá conhecer os princípios, as diretrizes e a organização dos sistemas SUS e SUAS, bem como seus serviços e articulação em rede, fundamentais para a efetividade de um cuidado pleno.

A organização de um sistema de saúde é um grande desafio, principalmente, num país repleto de diversidade e desigualdades, como o Brasil. O SUS - Sistema Único de Saúde - parte da concepção ampla do direito à saúde e do dever do Estado na garantia desse direito, descritos na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde Nº 8.080/90. Seus princípios são: a universalização do direito à saúde, a equidade na assistência à saúde e a integralidade do cuidado, e tem como diretrizes a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação popular. Sua organização acontece em níveis crescentes de complexidade, partindo da atenção primária, que deve ser coordenadora do cuidado e organizadora das redes de atenção no SUS até a atenção mais complexa e especializada, como por exemplo os serviços ambulatoriais e hospitalares.

Sendo o SUS o sistema que norteia a saúde no país, algumas políticas específicas foram criadas para apoiar sua organização, como a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Saúde Mental. Esta, por sua vez, está alicerçada no modelo de atenção à saúde aberto e vinculado à comunidade local, buscando garantir os direitos das pessoas com intenso sofrimento mental e com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas. Ela também estabelece a promoção de ações de cuidado integral, articuladas em rede, que favoreçam a autonomia dos usuários, a inclusão social, a cidadania e que contribuam para a diminuição do estigma e do preconceito.

O esforço pela garantia de direitos e as ações de cuidado integral não competem apenas à saúde, mas também à política social. Assim, o SUAS - Sistema Único da Assistência Social - regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social Nº 8.742/1993, é um sistema público não contributivo, descentralizado e participativo, que tem como objetivos a proteção social, a vigilância socioassistencial e a defesa de direitos. Possui como princípios a prioridade no atendimento às necessidades sociais, o respeito à dignidade do cidadão, a igualdade de direitos no acesso ao atendimento e a ampla divulgação dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais. Organiza-se em proteção social básica e proteção social especial e tem como diretrizes a descentralização, a participação popular e a responsabilidade do Estado na condução da política de assistência social.

A Assistência Social deve ser realizada de forma integrada às políticas setoriais, visando ao enfrentamento da pobreza, à garantia dos mínimos sociais, ao aproveitamento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais.

Neste Módulo, abordaremos a rede como importante arranjo de organização dos serviços e das ações para o cuidado integral às pessoas com problemas associados ao uso de substâncias psicoativas. A rede é um elemento vivo que integra e se comunica por meio dos seus nós.

OBJETIVOS DE ENSINO

Ao final do Módulo, você deverá ser capaz de:

- ✓ Conhecer a história e legislação do Sistema Único de Saúde bem como sua organização e principais diretrizes;
- ✓ Conhecer a Política de Saúde Mental, Atenção Básica e Assistencial Social, seus principais conceitos e serviços bem como compreender as diversas composições da rede de cuidados;
- ✓ Refletir sobre a clínica ampliada e apoio matriciais frente ao cuidado de pessoas com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas
- ✓ Refletir, através de estudos de casos, sobre a importância do cuidado integral e em rede de pessoas com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas baseados nos princípios da reabilitação psicossocial.

CAPÍTULOS

1. A Política e a legislação brasileira sobre drogas
2. O Sistema de Saúde no Brasil: Políticas Nacionais e Organização do Sistema - da atenção básica à alta complexidade
3. O Sistema de Assistência Social no Brasil: Política Nacional de Assistência Social, organização dos serviços e proteção social

4. Redes de serviços de saúde e assistência social para o cuidado integral às pessoas com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas
5. Cuidado integral de pessoas com problemas associados ao uso de drogas: reflexões baseadas em exemplos práticos

CAPÍTULO 1

A Política e a legislação brasileira sobre drogas

Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte
Carla Dalbosco

COMO CITAR:

Duarte PCAV; Dalbosco C. A Política e a legislação brasileira sobre drogas EM: Formigoni MLOS, Duarte PCVA (Org) Módulo 5 [recurso eletrônico]: SUS e SUAS: redes de cuidado integral às pessoas com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas. Coleção SUPERA, 1ª. ed. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP), Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); 2018. ISBN: 978-85-62377-29-7 (on line); v.6 SUPERA EAD [13a turma] pags 8-29

TÓPICOS

Contexto histórico e marcos internacionais 11

Política Nacional sobre Drogas 13

Lei nº 11.343/2006 – Lei de drogas 15

Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD 18

Política Nacional sobre o Álcool 22

Bibliografia 27

Sobre os autores 29

OBJETIVOS

- ✓ Conhecer as principais convenções internacionais sobre o tema drogas;
- ✓ Compreender o histórico de criação da SENAD e a instituição do SISNAD;
- ✓ Conhecer os principais marcos legislativos que norteiam as políticas públicas sobre drogas no país.

Contexto histórico e marcos internacionais

O consumo sistemático de substâncias capazes de alterar o comportamento dos seres humanos é comprovadamente milenar, com registro do uso de diferentes substâncias psicoativas, por exemplo, no contexto de rituais religiosos. Porém, a elevação do tema drogas à categoria de problema social é historicamente recente.

É consenso que o uso de drogas nas últimas décadas representa um grave problema de saúde pública em nível global, o que, para a Organização Mundial de Saúde, demanda a formulação de diferentes políticas governamentais aliadas à promoção da saúde (World Health Organization - WHO, 2015).

Evidências mostram que o uso abusivo de álcool e outras drogas está associado ao surgimento de diversas doenças, além de impactar nas relações comunitárias e outros problemas sociais atuais, tais como: queda da produtividade laboral, violência interpessoal, acidentes e, em alguns contextos de vulnerabilidade, envolvimento com o tráfico de drogas e a criminalidade (United Nations Office on Drug and Crime - UNODC, 2011).

Para fazer frente a esta complexidade, é preciso levar em conta o indivíduo, a substância consumida e seu contexto de inserção. Dito de outra forma, o tema deve ser abordado a partir de uma perspectiva integral, que englobe aspectos biológicos, afetivos, subjetivos, comunitários, sociais, epidemiológicos, econômicos, entre outros. Todos esses fatores circunstanciais precisam estar sob a perspectiva do Estado e dos legisladores, para que se evite a busca de soluções reducionistas.

Em nível mundial, há quase um século os países vêm discutindo formas de abordar o tema e, para tal, em décadas mais recentes foram definidas convenções, instrumentos e marcos legais que norteiam as diferentes estratégias adotadas para a atuação em políticas públicas. Entre os distintos mecanismos existentes, destaca-se a atuação direta da Organização das Nações Unidas (ONU) e de organismos regionais, tais como a Organização dos Estados Americanos (OEA) por meio da Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas (CICAD).

O Brasil é signatário das três convenções da ONU sobre o tema, que até hoje representam os principais documentos internacionais de referência para as leis de seus Estados-membros, a saber:

- Convenção Única sobre Entorpecentes (1961);
- Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas (1971);
- Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas (1988).

SAIBA MAIS

Para conhecer o conteúdo destes marcos legais na íntegra, acesse o link: http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/marco-legal.html.

Estas convenções definem quais substâncias devem ser sujeitas a controle pela comunidade internacional, estabelecem regras para aquelas passíveis de uso médico e científico e estabelecem diretrizes para ações relativas ao enfrentamento do tráfico ilícito, com a definição de estratégias de colaboração entre os países.

SAIBA MAIS

No Brasil, o órgão que classifica quais são as substâncias de uso e comércio controlados e quais são proibidas, é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). A lista de substâncias pode ser acessada através da Portaria nº 344, a qual é constantemente atualizada: http://portal.anvisa.gov.br/lista-de-substancias-sujeitas-a-controle-especial

Apresentamos, a seguir, os principais instrumentos legislativos e normativos que norteiam as ações sobre drogas no cenário brasileiro, os quais devem ser aplicados em alinhamento com as políticas setoriais, como as de saúde, por exemplo.

Política Nacional sobre Drogas

Apesar de existirem ações isoladas, até o final da década de 1990 o Brasil não contava com uma política sobre drogas oficial. Somente após a realização da XX Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS), em 1998, na qual foram discutidos os princípios diretivos para a redução da demanda de drogas, aderidos pelo Brasil, as primeiras medidas foram tomadas. O então Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), diretamente vinculada à então chamada Casa Militar da Presidência da República. Assim, o país deu início à construção de uma política nacional específica sobre o tema da redução da **demanda** e da **oferta** de drogas.

Demanda: ações referentes à prevenção do uso de drogas lícitas e ilícitas que causem dependência, bem como aquelas relacionadas ao tratamento, à recuperação, à Redução de Danos e à reinserção social de usuários e dependentes.
Oferta: atividades referentes à repressão da produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas.

SAIBA MAIS

Medida Provisória nº 1.669 e Decreto nº 2.632, ambos de 19 de junho de 1998, disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/mpv/antigas/1669.htm.

Com a missão de "Coordenar a Política Nacional Antidrogas, por meio da articulação e integração entre governo e sociedade", e como Secretaria Executiva do Conselho Nacional Antidrogas, coube à SENAD mobilizar os diversos atores envolvidos com o tema para a criação da primeira política brasileira. Assim, por meio de Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002, foi instituída a *Política Nacional Antidrogas*, que deu visibilidade ao tema e pautou a necessidade de aprofundamento do assunto em diferentes instâncias.

A partir de 2003, foi apontada a necessidade de construção de uma nova agenda nacional para a redução da demanda e da oferta de drogas no Brasil, que viesse a contemplar três pontos principais:

- Integração das políticas públicas setoriais com a Política de drogas, visando ampliar o alcance das ações;
- Descentralização das ações em nível municipal, permitindo a condução local das atividades da redução da demanda, devidamente adaptadas à realidade de cada município;
- Estreitamento das relações com a sociedade e com a comunidade científica.

Para tal, foi necessário reavaliar e atualizar os fundamentos da PNAD, levando em conta as transformações sociais, políticas e econômicas pelas quais o país e o mundo vinham passando. Em 2004, foi efetuado o processo de realinhamento e atualização da política, por meio da realização de um Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, seis Fóruns Regionais e um Fórum Nacional sobre Drogas.

Com ampla participação popular, embasada em dados epidemiológicos cientificamente fundamentados, a política realinhada passou a chamar-se *Política Nacional sobre Drogas* (PNAD). Como resultado, o prefixo "anti" da política antidrogas foi substituído pelo termo "sobre", já de acordo com as tendências internacionais, com o posicionamento do governo à época e com a nova demanda manifestada ao longo do processo de realinhamento.

SAIBA MAIS

A Política Nacional sobre Drogas (PNAD) foi aprovada em 23 de maio de 2005, entrou em vigor em 27 de outubro daquele mesmo ano, por meio da Resolução nº 3/GSIPR/CONAD.

A *Política Nacional sobre Drogas* estabelece os fundamentos, os objetivos, as diretrizes e as estratégias indispensáveis para que os esforços, voltados para a redução da demanda e da oferta de drogas, possam ser conduzidos de forma planejada e articulada.

Todo esse empenho resultou em amplas e importantes conquistas, refletindo transformações históricas na abordagem da questão no país. O documento foi dividido em cinco capítulos:

- Prevenção;
- Tratamento, recuperação e reinserção social;

- Redução de danos sociais e à saúde;
- Redução da oferta;
- Estudos, pesquisas e avaliações.

SAIBA MAIS

O texto completo da Política pode ser acessado no Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas. Disponível em: <https://www.obid.senad.gov.br/nova-arquitetura/a-politica-sobre-drogas-no-brasil/legislacao/politica-nacional-sobre-drogas>.

Em 2006, a SENAD coordenou um grupo de trabalho governamental que assessorou os parlamentares no processo que culminou na aprovação da Lei nº 11.343/2006, que instituiu o *Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas* (SISNAD), suplantando uma legislação de 30 anos que se mostrava obsoleta e em desacordo com os avanços científicos na área e com as transformações sociais.

Lei nº 11.343/2006 – Lei de drogas

Em 2006, a SENAD coordenou um grupo de trabalho governamental que assessorou os parlamentares no processo que culminou na aprovação da Lei nº 11.343/2006, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), suplantando uma legislação de 30 anos que se mostrava obsoleta e em desacordo com os avanços científicos na área e com as transformações sociais.

Recentemente foi aprovada pelo CONAD a Resolução nº 01, de 9 de março de 2018, que propõe diretrizes que visam ao realinhamento da Política Nacional sobre Drogas. Entre os temas abordados, destacam-se a maior ênfase na promoção da abstinência, a estruturação de programas e projetos com base em evidências científicas

e o fomento à participação de grupos e entidades da sociedade civil como recurso de cuidado aos usuários.

SAIBA MAIS

Para conhecer a nova regulamentação na íntegra, acesse: http://www.justica.gov.br/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/conad/resolucoes/resolucao-no-01-de-9-de-marco-de-2018-define-diretrizes-para-o-realinhamento-e-fortalecimento-da-pnad.pdf/view

A Lei nº 11.343/2006 colocou o Brasil em destaque no cenário internacional ao instituir o SISNAD e prescrever medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, em consonância com a política sobre drogas vigente.

Essa Lei nasceu da necessidade de compatibilizar os dois instrumentos normativos que existiam anteriormente: as Leis nº 6.368/1976 e nº 10.409/2002. A partir de sua edição, foram revogados esses dois dispositivos legais, com o reconhecimento das diferenças entre a figura do traficante e a do usuário/dependente, os quais passaram a ser tratados de modo diferenciado e a ocupar capítulos diferentes da lei.

SAIBA MAIS

Lei Nº 6.368/1976, de 21 de outubro de 1976, dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica.

Lei Nº 10.409/2002, de 11 de janeiro de 2002, dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícito de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica.

O Brasil, seguindo a tendência mundial, entendeu que usuários e dependentes não devem ser penalizados pela justiça com a privação de liberdade. Essa abordagem em relação ao porte de drogas para uso pessoal tem sido apoiada por especialistas que apontam resultados consistentes de estudos, nos quais: a atenção ao usuário/dependente deve ser voltada ao oferecimento de oportunidade de reflexão sobre o próprio consumo, ao invés de encarceramento.

Assim, a justiça retributiva baseada no castigo foi substituída pela justiça restaurativa, cujo objetivo maior é a ressocialização por meio de:

- Advertência sobre os efeitos das drogas;
- Prestação de serviços à comunidade em locais/programas que se ocupem da prevenção/recuperação de usuários e dependentes de drogas;
- Medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo.

Uma das críticas à atual legislação é a falta de estabelecimento da quantidade exata de drogas que irá definir, na apreensão, o enquadramento da pessoa como traficante ou usuário. Para esta diferenciação, a lei estabelece que se leve em conta as circunstâncias do fato, a conduta pessoal e os antecedentes criminais do sujeito. Para muitos especialistas este critério é considerado demasiado subjetivo, o que pode estar contribuindo com o aumento do encarceramento pelo crime de tráfico de drogas no país, inclusive entre mulheres. Já outros estudiosos defendem que a configuração atual deve ser mantida com pequenos ajustes.

Atualmente, tramitam no Congresso Nacional alguns projetos que visam propor mudanças na lei, entre eles, destacam-se o PLC 37/2013 e o PL 10549/2018. O PLC 37/2013 propõe a alteração de cerca de 33 itens da Lei de Drogas, entre eles, a definição de novos critérios para a atenção aos usuários e dependentes e o financiamento das ações sobre drogas no país. Os pontos mais polêmicos referem-se à internação compulsória, acolhimento em Comunidades Terapêuticas e o estabelecimento do quantitativo de drogas portadas para enquadramento como usuário ou traficante. Esta proposta foi aprovada pela Câmara dos Deputados em 2013 (Projeto de Lei nº 7.663/2010) e, desde então, aguarda a apreciação definitiva pelo Senado Federal.

Já o projeto de lei 10549/2018, que tramita na Câmara dos Deputados, pretende disciplinar especificamente o controle, a fiscalização e a regulamentação do uso da "cannabis" e seus derivados. Engloba a proposta de regulamentar o uso medicinal da maconha, a produção industrial do cânhamo e, como ponto mais polêmico, propõe a permissão para que maiores de idade possam cultivar quantidades definidas de substância para uso pessoal. Este projeto ainda aguarda a apreciação do Plenário, sem previsão de data.

Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD

O *Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas* (SISNAD), regulamentado pelo Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006, tem os seguintes objetivos:

Contribuir para a inclusão social do cidadão, tornando-o menos vulnerável a assumir comportamentos de risco para o uso de drogas, tráfico e outros comportamentos relacionados;

I- Promover a construção e a socialização do conhecimento sobre drogas no país;

II- Promover a integração entre as políticas de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas;

III- Reprimir a produção não autorizada e o tráfico ilícito de drogas;

IV- Promover as políticas públicas setoriais dos órgãos do Poder Executivo da União, Distrito Federal, Estados e Municípios.

O SISNAD está organizado de modo a assegurar a orientação central e a execução descentralizada das atividades realizadas em seu âmbito. Com a sua regulamen-

tação, houve a reestruturação do Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), garantindo a participação paritária entre governo e sociedade. A ação do CONAD é descentralizada por meio de Conselhos Estaduais e Municipais.

Em 23 de julho de 2008, foi instituída a Lei nº 11.754, por meio da qual o Conselho Nacional Antidrogas passou a se chamar *Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas* (CONAD). A nova Lei também alterou o nome da Secretaria Nacional Antidrogas para *Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas* (SENAD). Essa modificação histórica era aguardada desde o processo de realinhamento da Política Nacional sobre Drogas, em 2004, tornando-se um marco na evolução das políticas públicas no Brasil.

I- Atribuições do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD)

- Acompanhar e atualizar a Política Nacional sobre Drogas, consolidada pela SENAD;
- Exercer orientação normativa sobre ações de redução da demanda e da oferta de drogas;
- Acompanhar e avaliar a gestão dos recursos do Fundo Nacional Antidrogas e o desempenho dos planos e programas da Política Nacional sobre Drogas;
- Promover a integração ao SISNAD dos órgãos e entidades congêneres dos estados, dos municípios e do Distrito Federal.

SAIBA MAIS

Fundo Nacional Antidrogas conta com recursos oriundos de apreensão ou de perdimento, em favor da União, de bens, direitos e valores, objeto do crime de tráfico ilícito de drogas e outros recursos colocados à disposição da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

II- Atribuições da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD)

- Assessorar e assistir o Ministro de Estado quanto às políticas sobre drogas;
- Articular e coordenar atividades de prevenção do uso indevido, de atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas e de capacitação de agentes do SISNAD;
- Apoiar as ações de cuidado e de tratamento de usuários e dependentes de drogas, em consonância com as políticas do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Assistência Social;

- Desenvolver e coordenar atividades relativas à elaboração, planejamento, acompanhamento e atualização de planos, programas e políticas públicas sobre drogas;
- Gerir o Fundo Nacional Antidrogas e fiscalizar a aplicação dos recursos repassados aos órgãos e às entidades conveniados;- firmar contratos, convênios, acordos, ajustes e instrumentos congêneres com entes federativos, entidades, instituições e organismos nacionais e propor acordos internacionais, no âmbito de suas competências;
- Indicar bens apreendidos e não alienados em caráter cautelar, a serem colocados sob custódia de autoridade ou de órgão competente para desenvolver ações de redução da demanda e da oferta de drogas, para uso em tais ações ou em apoio a elas;
- Gerir o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas;
- Desempenhar as atividades de secretaria-executiva do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD;
- Analisar e propor atualização da legislação pertinente à sua área de atuação;
- Executar as ações relativas à Política Nacional sobre Drogas e a programas federais de políticas sobre drogas;
- Organizar informações, acompanhar fóruns internacionais e promover atividades de cooperação técnica, científica, tecnológica e financeira com outros países e organismos internacionais, mecanismos de integração regional e sub-regional que tratem de políticas sobre drogas.

SAIBA MAIS

O OBID é um órgão de estrutura do Governo Federal, vinculado à SENAD, com a missão de reunir e centralizar informações e conhecimentos atualizados sobre drogas, incluindo dados de estudos, pesquisas e levantamentos nacionais, que contribuam para o desenvolvimento de novos conhecimentos aplicados às atividades de prevenção do uso indevido, de atenção e de reinserção social de usuários e dependentes de drogas e para a criação de modelos de intervenção baseados nas necessidades específicas das diferentes populações-alvo, respeitadas suas características socioculturais.

Historicamente, o trabalho da SENAD foi desenvolvido em três eixos principais:

1. **Diagnóstico situacional**

   - **Objetivo:** realização de estudos para diagnosticar a situação do consumo de drogas no Brasil e seu impacto nos diversos domínios da vida da população. Esse diagnóstico foi consolidando por meio de estudos e pesquisas de abrangência nacional, na população geral e naquelas específicas com maior vulnerabilidade para o consumo de drogas.

   - **Exemplos de ações:** levantamentos sobre uso de drogas na população geral, estudantes de educação básica, estudantes universitários, motoristas profissionais e amadores, entre outros.

2. **Capacitação de Agentes do SISNAD**

   - **Objetivo:** capacitação dos diversos atores sociais que trabalham diretamente com o tema drogas e de multiplicadores de informações de prevenção, tratamento e reinserção social.

   - **Exemplos de ações:** cursos de formação para conselheiros municipais, operadores do Direito, lideranças religiosas e comunitárias, lideranças indígenas, educadores, profissionais das áreas de saúde, assistência social, segurança pública, empresas/indústrias, entre outros.

3. **Projetos Estratégicos:**

   - **Objetivo:** projetos de alcance nacional que ampliaram o acesso da população às informações, ao conhecimento e aos recursos existentes na comunidade.

   - **Exemplos de ações:** parceria com estados e municípios para fortalecimento dos conselhos sobre drogas; manutenção de serviço nacional de orientações e informações sobre drogas (Ligue 132), recentemente desativado; ampliação e fortalecimento da cooperação internacional, criação da rede de pesquisa sobre drogas, entre outros.

Em janeiro de 2011, o Governo Federal optou pela transferência da SENAD da estrutura do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República para o Ministério da Justiça.

Política Nacional sobre o Álcool

A *Política Nacional sobre o Álcool* foi resultado de um longo processo de trabalho. Em julho de 2005, o então Conselho Nacional Antidrogas, ciente dos graves problemas inerentes ao consumo prejudicial de álcool e, com o objetivo de ampliar o espaço de participação social para a discussão de tão importante tema, instalou a Câmara Especial de Políticas Públicas sobre o Álcool (CEPPA), composta por diferentes órgãos governamentais, especialistas, legisladores e representantes da sociedade civil. Esta Câmara iniciou suas atividades a partir dos resultados de um Grupo Técnico Interministerial criado, em 2003, no Ministério da Saúde.

Em maio de 2007, por meio do Decreto nº 6.117, foi apresentada à sociedade brasileira a Política Nacional sobre o Álcool. O objetivo era estabelecer princípios que orientem a elaboração de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersetorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida, causados pelo consumo dessa substância, bem como das situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas.

Esse processo permitiu ao Brasil chegar a uma política realista, sem viés fundamentalista ou de banalização do consumo, embasada de forma consistente por dados epidemiológicos e avanços científicos. A política sobre o álcool reflete a preocupação da sociedade em relação ao uso cada vez mais precoce dessa substância, assim como o seu impacto negativo na saúde e na segurança. Reconhece, ainda, a importância de implantar medidas articuladas e concretas de proteção aos diferentes segmentos sociais que vivem sob maior vulnerabilidade para o uso abusivo de bebidas alcoólicas, passíveis de implementação pelos órgãos de governo e articuladas com o Poder Legislativo e demais setores da sociedade.

Essas medidas são detalhadas no Anexo II do Decreto nº 6.117/2007 e podem ser divididas em nove categorias:

1. Diagnóstico sobre o consumo de bebidas alcoólicas no Brasil;
2. Propaganda de bebidas alcoólicas;

3. Tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de álcool;
4. Realização de campanhas de informação, sensibilização e mobilização da opinião pública quanto às consequências do uso indevido e do abuso de bebidas alcoólicas;
5. Redução da demanda de álcool por populações vulneráveis;
6. Segurança pública;
7. Associação álcool e trânsito;
8. Capacitação de profissionais e agentes multiplicadores de informações sobre temas relacionados à saúde, educação, trabalho e segurança pública;
9. Estabelecimento de parceria com os municípios para a recomendação de ações municipais.

Merecem destaque as ações ligadas à associação álcool e trânsito, tendo em vista que os problemas relacionados ao uso excessivo de bebidas alcoólicas não atingem apenas populações vulneráveis, mas se associam diretamente aos índices de morbidade e mortalidade da população geral. Por essa razão, tornou-se urgente desenvolver medidas que coibissem o ato de "beber e dirigir".

Após exaustivo processo de discussão, a Lei nº 11.705, conhecida como "Lei Seca", foi sancionada em 19 de junho de 2008, por ocasião da realização da X Semana Nacional sobre Drogas. Essa Lei alterou alguns dispositivos do Código de Trânsito Brasileiro (Lei nº 9.503/1997), impondo penalidades mais severas para o condutor que dirigir sob a influência de álcool ou de qualquer outra substância psicoativa que determine dependência.

Com essa Lei, o motorista que tiver qualquer concentração de álcool por litro de sangue está sujeito às medidas administrativas e penalidades previstas no artigo 165 da Lei nº 9.503/97, como retenção do veículo, recolhimento do documento de habilitação, multa e suspensão do direito de dirigir por 12 meses.

O motorista que apresentar concentração de álcool igual ou superior a 6,0 dg/L de sangue – que corresponde à concentração alcoólica de 0,30 mg/L no ar alveolar expirado (verificado no teste de etilometria, popularmente conhecido como "bafômetro) – além das medidas administrativas e penalidades acima citadas, fica sujeito à pena de detenção de seis meses a três anos.

Foram vedados, na faixa de domínio de rodovia federal ou em local próximo à faixa de domínio com acesso direto à rodovia, a venda varejista e o oferecimento de bebidas alcoólicas (teor superior a 0,5 Graus Gay-Lussac) para consumo no local. A lei prevê, ainda, que os estabelecimentos comerciais que vendem ou oferecem bebidas alcoólicas exibam aviso informativo de que é crime dirigir sob a influência de álcool, punível com detenção.

Em 20 de dezembro de 2012, por meio da Lei nº 12.760, houve nova alteração no Código de Trânsito Brasileiro, tornando as medidas administrativas e as penalidades mais severas, com ampliação da responsabilização penal. Mas, a maior inovação foi a possibilidade de punir criminalmente os condutores que se recusarem a fazer o teste com o etilômetro, através da utilização de outros meios que comprovem capacidade psicomotora alterada em decorrência da influência de álcool ou outra substância psicoativa que determine dependência.

O condutor poderá ser submetido a teste de alcoolemia, exame clínico, perícia ou outro procedimento que permita identificar o consumo de álcool ou outra substância psicoativa. A infração também poderá ser caracterizada mediante prova testemunhal, imagem, vídeo ou constatação de sinais que indiquem alterações na capacidade psicomotora. A Resolução do Contran nº 432, de 23 de janeiro de 2013, ainda em vigor, dispõe sobre os procedimentos a serem adotados pelas autoridades de trânsito e agentes de fiscalização: exame de sangue, exames laboratoriais, teste com etilômetro, exames clínicos, verificação de sinais que indiquem alteração psicomotora, com a possibilidade de utilizar prova testemunhal, vídeo ou imagem.

Com a nova lei, além de qualquer concentração de álcool por litro de sangue estar sujeita a penalidades administrativas, o valor da multa pode ser duplicado em caso de reincidência. Todas essas medidas têm como objetivo reduzir o número de acidentes de trânsito no Brasil, coibindo a associação entre o consumo de álcool e outras substâncias psicoativas e o ato de dirigir.

ABORDAGEM INTEGRAL

Os marcos legais apresentados neste capítulo demonstram a importância do estabelecimento de parâmetros sólidos para a construção de políticas públicas sustentáveis na linha do tempo. Esta sustentabilidade é desafiadora e requer uma visão intersetorial, articulada entre os diversos setores governamentais e sociedade civil, integrando ações de prevenção, tratamento e reinserção social de dependentes de álcool ou outras drogas, além daquelas ligadas à redução da oferta e enfrentamento da violência associada ao tráfico de drogas. Para tal, as decisões políticas não podem ser isoladas e devem alinhar-se com marcos legais internacionais de abordagem integral do problema mundial das drogas, considerado um dos mais graves a serem enfrentados na contemporaneidade, seja por seu impacto na saúde e na segurança pública como nos consequentes custos gerados aos países.

Nas Américas, a elaboração da Estratégia Hemisférica de Drogas pela CICAD/OEA em 2010 foi coordenada pelo Brasil e aprovada em Assembleia Geral da OEA. Com o objetivo de atender às necessidades do continente e compartilhar responsabilidades, o documento adotou iniciativas visando o fortalecimento institucional, a redução da

demanda e da oferta, medidas de controle e cooperação internacional. A Estratégia encoraja os Estados Membros a tratar o tema como um componente prioritário, que exige tratamento intersetorial e multidisciplinar e, para tal, também foi formulado um plano de ação para o período 2016-2020.

SAIBA MAIS

Para conhecer a Estratégia Hemisférica na íntegra, acesse: http://www.oas.org/cicaddocs/document.aspx?Id=954

Ampliando para o nível mundial, o ano de 2016 foi um importante marco, pela realização de uma nova Sessão Especial da Assembleia Especial das Nações Unidas (UNGASS 2016), que resultou em um documento contendo cerca de 100 recomendações aos Países Membros, divididos em sete capítulos temáticos: redução da demanda; redução da oferta; disponibilidade de substâncias controladas para fins médicos e científicos; direitos humanos; desafios e novas tendências; cooperação internacional e desenvolvimento sustentável. Nesta esteira, o ano de 2019 trará a oportunidade de revisão do plano de ação 2009-2019 estabelecido pelos países para cooperação internacional, avaliando também as recomendações feitas pela UNGASS 2016.

SAIBA MAIS

Para saber mais, acesse: https://undocs.org/es/E/CN.7/2016/L.12/Rev.1

Espera-se, assim que os novos rumos da política mundial avancem, ainda mais, a favor de uma estratégia integral, equilibrada e humanista que consolide as conquistas obtidas em direção a abordagens plurais, fundamentadas em evidências científicas, que respeitem os direitos fundamentais da pessoa humana, sobretudo, daqueles que vivem em condição de maior vulnerabilidade.

Bibliografia

BRASIL. **Código de Trânsito Brasileiro (CTB)**. Lei Nº 9.503, de 23 de Setembro de 1997 que institui o Código de Trânsito Brasileiro. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília: 2007.

BRASIL. Conselho Nacional Antidrogas. *Resolução n.º3/GSIPR/CH/ CONAD, de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional sobre Drogas*. In: _____. Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas. Brasília (DF): SENAD, 2008.

BRASIL. Lei n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006. **Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD**; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF), p. 2, 24 ago. 2006.

BRASIL. SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. *Revista Inovação e participação: Relatório de ações do governo na área da redução da demanda de drogas*. Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.

BRASIL. SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. **Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil.** Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

BOITEUX, L. *et al*. **Tráfico de Drogas e Constituição**. Brasília: Ministério da Justiça, 2009. Série Pensando o Direito, v.1. Disponível em: http://pensando.mj.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/01Pensando_Direito3.pdf. Acesso em: 11 nov. 2018.

THE UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World Drug Report.** Viena, Austria: United Nations Publication, 2018. Disponível em: https://www.unodc.org/wdr2018/. Acesso em 27 nov. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convenção Única sobre Entorpecentes**. Nova Iorque (USA): ONU, 30 de março de 1961. Disponível em: http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/marco-legal.html. Acesso em: 04 nov. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas.** Viena (AUT): ONU, 21 de fevereiro de 1971. Disponível em: http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/marco-legal.html. Acesso em: 04 nov. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Convenção Contra** o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas. Viena (AUT): ONU, 20 dezembro de 1988. Disponível em: http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/marco-legal.html. Acesso em: 04 nov. 2018.

ORGANIZATION OF AMERICAN STATUS (OEA), SECRETARIAT FOR MULTIDIMENSIONAL SECURITY, COMISION INTERAMERICANA PARA EL CONTROL DEL ABUSO DE DROGAS (CICAD). *Estratégia Hemisférica sobre Drogas***.** Washington, DC, 2010. Disponível em: http://www.oas.org/cicaddocs/document.aspx?Id=954. Acesso em: 11 nov. 2018.

ORGANIZATION OF AMERICAN STATES, SECRETARIAT FOR MULTIDIMENSIONAL SECURITY, INTER-AMERICAN DRUG ABUSE CONTROL COMMISSION, MULTILATERAL EVALUATION MECHANISM. *Hemispheric report: evaluation of progress in drug control: fifth evaluation round***.** Washington: World Factbook; 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO's role, mandate and activities to counter the world drug problem:** A public health perspective. Report. WHO, 2015. Disponível em https://www.who.int/substance_abuse/publications/drug_role_mandate/en/. Acesso em 29 out. 2018.

SOBRE OS AUTORES

PAULINA DO CARMO ARRUDA VIEIRA DUARTE

Mestre e Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo. Desde 2013 é Diretora do Departamento de Segurança Pública da Secretaria de Segurança Multidimensional da Organização dos Estados Americanos (OEA) em Washington –DC (EUA). Durante 10 anos atuou na Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) como Diretora Técnica, Secretária Nacional Adjunta e posteriormente como Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas.

CARLA DALBOSCO

Psicóloga pela UFRGS (1995), Mestre (2006) e Doutora (2011) em Psicologia Clínica e Cultura pela UnB. Atualmente é Docente Permanente e Coordenadora Adjunta do Programa de Mestrado Profissional em Álcool e Outras Drogas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Durante 4 anos atuou como diretora de prevenção na Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD/MJ).

Currículo Lattes: http://lattes.cnpq.br/1146074709024917

CAPÍTULO 2

O Sistema de Saúde no Brasil:

Políticas Nacionais e Organização do Sistema - da atenção básica à alta complexidade

Rhavana Pilz Canônico
Carolina Macedo das Neves
Talita de Souza
Ana Paula Briguet
Cleusa Ferri

COMO CITAR:

Canônico RP, Neves CM, Souza T, Briguet AP, Ferri CP. O Sistema de Saúde no Brasil: Políticas Nacionais e Organização do Sistema - da atenção básica à alta complexidade EM: Formigoni MLOS, Duarte PCVA (Org) Módulo 5 [recurso eletrônico]: SUS e SUAS: redes de cuidado integral às pessoas com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas. Coleção SUPERA, 1ª. ed. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP), Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); 2018. ISBN: 978-85-62377-29-7 (on line); v.6 SUPERA EAD [13a turma] pags 30-44

TÓPICOS

História do SUS 32

Princípios, diretrizes e organização do SUS 33

Política Nacional de Atenção Básica 35

Política Nacional de Saúde Mental 38

Bibliografia 41

Sobre os autores 42

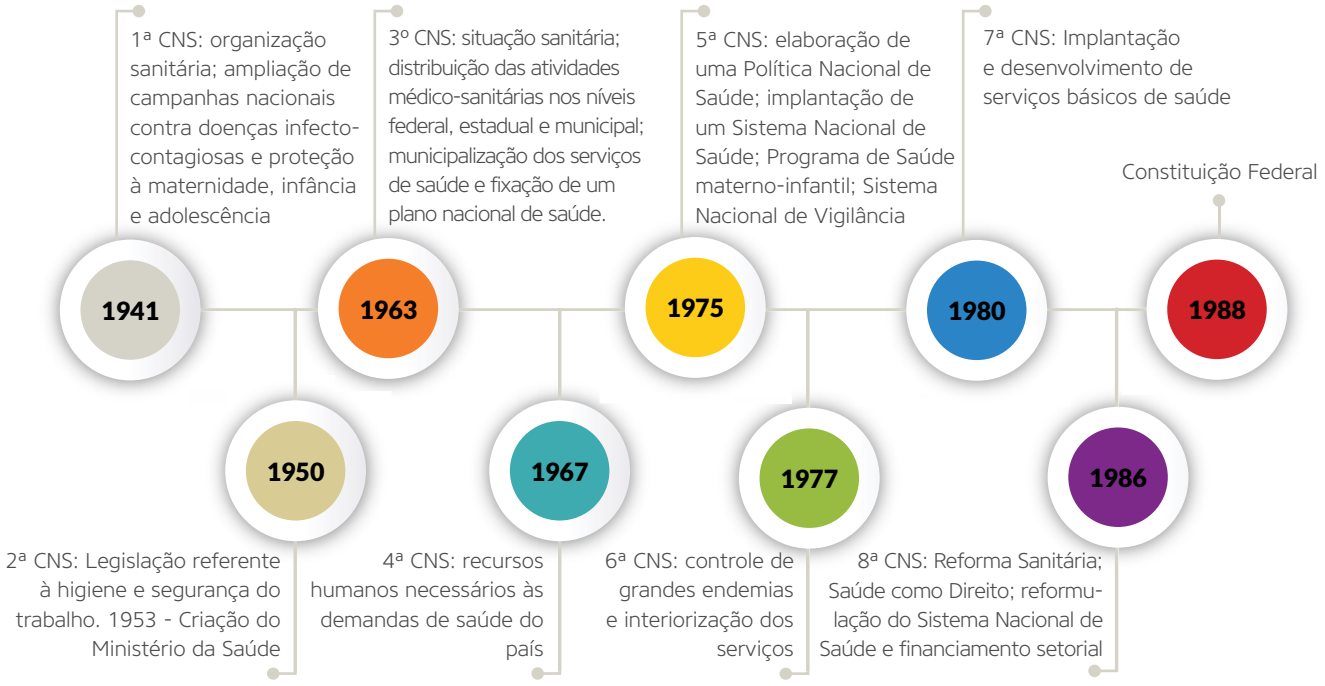
OBJETIVOS

- ✓ Conhecer o processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde;
- ✓ Compreender princípios, diretrizes e organização do SUS;
- ✓ Conhecer a Política Nacional de Atenção Básica;
- ✓ Conhecer a Política Nacional de Saúde Mental.

História do SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema público que norteia a saúde no Brasil e um dos maiores do mundo. Antes da Constituição de 1988, o sistema público de saúde era destinado apenas às pessoas que contribuíam para a Previdência Social, e aqueles que não tinham dinheiro ou não tinham condições de contribuir dependiam da caridade e da filantropia. A partir da Constituição Federal de 1988, a assistência à saúde passou a ser considerada um Direito Social a todas as pessoas em território nacional, para promover a justiça social e assegurar a cidadania por meio do acesso universal e igualitário a todas as ações e serviços para promoção, prevenção e recuperação da saúde. Na mesma época, o sistema de assistência à saúde era um modelo centrado no atendimento biomédico e hospitalar, com predom inância de serviços privados.-

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira foi essencial para a transformação desse cenário. Espaços de discussão coletiva foram essenciais para o desenho do SUS, principalmente as Conferências Nacionais de Saúde (CNSs), em que se discutiam e ainda se discutem o contexto de saúde no país, constituindo momentos para formulação de ideias e propostas para melhor qualificar o sistema público de saúde no país. Por serem deliberativas, as CNSs fundamentaram a Política Pública de Saúde no Brasil. Veja no esquema seguinte as principais deliberações das Conferências Nacionais de Saúde de 1941 até 1988.



Fonte: https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude#1941

A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foi a mais importante no processo de construção do SUS, pois embasou o capítulo da Constituição sobre saúde. A partir de então a saúde foi desmembrada da Previdência Social e entregue a um único órgão federal, o Ministério da Saúde.

Na 8ª CNS, a saúde passou a ser descrita, em seu sentido mais abrangente, como resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra, bem como acesso a serviços de saúde (BRASIL, 1986).

Em 1988, em seu artigo 196, a Constituição Federal define que:

"A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".

Princípios, diretrizes e organização do SUS

Os princípios e as diretrizes do SUS estão previstos na Constituição Federal de 1988, no artigo 198, e foram regulamentados em 1990, juntamente com suas ações e serviços por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080.

Os **princípios doutrinários** do SUS são **Universalidade, Equidade e Integralidade** e constituem o fundamento do Sistema. Todos os profissionais de saúde precisam tê-los sempre em mente.

Vamos entender o que significa cada um desses princípios?

- **Universalidade –** o acesso às ações e serviços de promoção, proteção

e recuperação da saúde deve ser universal, ou seja, a toda e qualquer pessoa, sem distinção;

- **Equidade –** as pessoas são únicas, por isso suas necessidades também são distintas, devendo-se tratar desigualmente os desiguais e investir mais onde há mais carência;
- **Integralidade –** as pessoas devem ser assistidas integralmente em todas as suas necessidades, em um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços, de forma individual e coletiva, em todos os níveis de complexidade do sistema.

Além dos princípios doutrinários, existem os chamados "**princípios organizativos**", ou seja, as diretrizes do SUS, que embasam o seu funcionamento. São eles:

- **Descentralização –** redistribuição do poder de decisão e da responsabilidade entre os níveis federal, estadual e municipal. Isso os torna mais autônomos para gerir e controlar recursos financeiros, humanos e materiais, qualificando o atendimento prestado e possibilitando um maior controle e fiscalização por parte da sociedade;
- **Regionalização –** organização e articulação dos serviços em determinados espaços geográficos, personalizando a assistência de acordo com suas características epidemiológicas e população atendida;
- **Hierarquização –** respeito e articulação entre os níveis de atenção, obedecendo a complexidade de cada situação;
- **Participação popular –** atuação da sociedade na organização e fiscalização do Sistema por meio de Conselhos e Conferências de Saúde.

O SUS está organizado em **níveis de atenção**. Vamos conhecer cada um deles?

- **Atenção primária** – "porta de entrada" do SUS, onde acontecem as ações de promoção e prevenção à saúde, como imunização, consultas e exames menos complexos, controle de agravos em saúde e curativos. Esses serviços devem estar o mais próximo possível da comunidade, como por exemplo nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs);
- **Atenção secundária** – serviços de média complexidade, em que são realizados tratamentos para casos agudos e crônicos de doenças e procedimentos de intervenção para recuperação da saúde, como procedimentos cirúrgicos de pequeno porte. São exemplos desse nível os ambulatórios de especialidades e os centros de atenção psicossociais (CAPS);

- **Atenção terciária** – serviços de alta complexidade, onde se realizam procedimentos mais invasivos, como cirurgias de grande porte e intervenções que visam reduzir riscos iminentes de morte, como atendimentos em urgência e emergência. Exemplos desse nível são os grandes hospitais e outros serviços de urgência e emergência;
- **Atenção quaternária** – esse último nível de atenção refere-se aos serviços que trabalham na reabilitação da saúde de pessoas com sequelas em decorrência de agravos. São exemplo desse nível os centros de referência em reabilitação.

PARA REFLETIR

Como podemos abordar pessoas com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas em cada um desses níveis de atenção?

Agora que você já conhece os princípios básicos, as diretrizes e a organização do SUS, é importante levar em conta um outro aspecto sobre o funcionamento do SUS: a necessidade de implementação de políticas que organizem o trabalho desses níveis de atenção. Neste curso, daremos atenção principalmente para a Política Nacional de Atenção Básica.

Política Nacional de Atenção Básica

A **Política Nacional de Atenção Básica** (PNAB) norteia as ações da **Atenção Básica** (AB) e **Atenção Primária em Saúde** (APS) no país. Segundo a própria Política, APS e AB são termos equivalentes.

Publicada em 2017, a última PNAB define Atenção Básica como: "*o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária*" (BRASIL, 2017).

A Atenção Básica é o primeiro nível de atenção à saúde e acesso ao SUS, ou seja, é a "porta de entrada" do usuário ao Sistema de Saúde, realizada por meio das Unidades Básicas de Saúde - UBSs. Considerando essa premissa, faz-se necessário que profissionais que atuam nesses serviços sejam sensibilizados ao acolhimento de pessoas com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas, favorecendo a desconstrução da lógica de encaminhamento para outros serviços, invalidando sua prática profissional como capaz de oferecer o cuidado em saúde a essas pessoas.

PARA REFLETIR

Pessoas que acessam esses serviços alegam diversos problemas de saúde, que podem estar associados ao uso problemático de substâncias psicoativas e, portanto, seu acolhimento pode ser um bom momento para conversar sobre esse uso. Pense nisto...

Além dos princípios gerais do SUS **(universalidade, equidade e integralidade)** e das diretrizes de organização **(regionalização, hierarquização e participação da comunidade),** há algumas **diretrizes específicas da Atenção Básica** à saúde:

- **Territorialização:** programação descentralizada e desenvolvimento de ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde, bem como ações intersetoriais em um determinado território e às pessoas adstritas a ele, considerando suas peculiaridades e vulnerabilidades, assim como potencialidades.

- **População Adscrita**: população que está presente no território da UBS, de forma a estimular a vinculação e responsabilização entre as equipes e a população, garantindo sua continuidade do cuidado em saúde;

- **Cuidado centrado na pessoa:** cuidado construído com a própria pessoa, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena, considerando, no entanto, relações coletivas que essa pessoa apresenta e que podem ser determinantes no cuidado (família, comunidade ou outras formas de relação);

- **Resolutividade:** utilização e articulação de diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, sendo capaz de resolver a grande maioria dos

problemas de saúde da população, coordenando o cuidado do usuário em outros pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), quando necessário.

- **Longitudinalidade do cuidado**: continuidade da relação de cuidado entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida das pessoas;
- **Coordenação do cuidado:** centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral com as redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.
- **Ordenação da rede:** reconhecimento e organização das necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, em relação aos outros pontos de atenção à saúde e contribuindo para que o planejamento das ações e programação dos serviços de saúde seja proveniente das necessidades de saúde das pessoas.

Umas das estratégias da PNAB para expansão e consolidação da atenção primária no país é atuação das equipes de **Estratégia Saúde da Família (ESF)**. Segundo a PNAB 2017, "*Serão reconhecidas outras estratégias de Atenção Básica, desde que observados os princípios e diretrizes previstos nesta portaria e tenham caráter transitório, devendo ser estimulada sua conversão em Estratégia Saúde da Família*".

Para melhor compreensão, abordaremos as equipes de ESF no capítulo **A Rede de serviços de saúde e da assistência social para o cuidado integral às pessoas com problemas associados ao uso de drogas**.

Política Nacional de Saúde Mental

A Política Nacional de Saúde Mental vem consolidando um modelo de atenção em saúde mental aberto e de base territorial, inserido nos contextos reais de vida das pessoas em sofrimento psíquico. A garantia de direitos e a produção da cidadania das pessoas que sofrem de transtornos mentais e dos que fazem uso de substâncias psicoativas são os **eixos centrais** da Política de Saúde Mental Brasileira. No entanto, nem sempre foi assim.

Até o marco da reforma psiquiátrica no Brasil, na década de 70, as pessoas com transtornos mentais eram tratadas em regime fechado, constituído por uma assistência de isolamento, e até em alguns casos de violência, aos "pacientes" internados. Na mesma época, aproximadamente 37% dos leitos de internação eram ocupados por pessoas que apresentavam algum problema relacionado ao abuso ou dependência de álcool e outras drogas.

Em 1978 surgiu um movimento social, que ficou conhecido como Reforma Psiquiátrica, que criticava o modelo hospitalocêntrico e defendia os direitos dos pacientes psiquiátricos no país.

Segundo seus participantes, a Reforma Psiquiátrica era um "*processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da reforma psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões, conflitos e desafios*" (BRASIL, 2005).

Embora as questões relacionadas ao uso abusivo e/ou dependência de álcool e drogas também estejam no campo da saúde mental e da saúde pública, no Brasil, as primeiras medidas de tratamento destinadas às pessoas com problemas associados ao uso de substâncias psicoativas não surgiram no campo da saúde pública. Elas foram propostas no âmbito da justiça penal, a partir de um aparato legislativo que criminaliza as várias condutas associadas à produção, ao comércio e ao uso de drogas. Essas medidas contaram com a contribuição da Psiquiatria para sua legitimação e se voltaram para o controle do uso de drogas e o estabelecimento da repressão ao tráfico e aos usuários. Assim como em relação aos transtornos mentais, os tratamentos para dependentes químicos se davam em regime de internação em hospitais psiquiátricos.

Em 1992, após o Brasil assinar a Declaração de Caracas e após a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, é que passaram a vigorar as primeiras normas federais de regulamentação e implantação de serviços alternativos. Esse foi um processo fundamental para a área da saúde mental, uma vez que garantiu aos usuários a universalidade à assistência, à sua integralidade;

Nota: Declaração de Caracas - documento que marca as reformas na atenção à saúde mental nas Américas. disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf

A descentralização do modelo de atendimento e a estruturação de serviços mais próximos ao convívio social, e adequado às necessidades da população. Dessa forma, as novas políticas públicas consolidaram de forma histórica as diretrizes básicas que constituem o SUS e abriram outras direções para o tratamento de pessoas com transtornos mentais graves e/ou recorrentes. No entanto, aquelas que apresentavam comprometimentos relacionados à dependência de substâncias psicoativas não tiveram o mesmo destino. Foi longo o caminho percorrido para que essa questão fosse discutida e incluída no campo da saúde pública.

Em 2001, na **III Conferência Nacional de Saúde,** a Reforma Psiquiátrica foi consolidada como política de governo e a defesa para a construção de uma política para usuários de álcool e outras substâncias ganhou mais consistência. A **Lei Federal no 10.216,** de 6 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, incluindo aqueles relacionados ao uso de substâncias psicoativas. De forma geral, a Lei nº 10.216 assegura às pessoas que se beneficiam das ações e serviços do SUS o direito a um tratamento que respeite a sua cidadania e que, por isso, deve ser realizado de preferência em serviços comunitários, ou de base territorial, sem, portanto, excluí-los do convívio na sociedade.

Conhecida como **Lei Antimanicomial, a Lei Federal no 10.216** destaca os seguintes direitos do usuário do SUS:

I- ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, de acordo com suas necessidades;

II- ser tratado com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;

III- ser protegido contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV- ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V- ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade, ou não, de sua hospitalização involuntária;

VI- ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII- receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII- ser tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX- ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Após a leitura deste capítulo, podemos compreender como se deu o avanço na construção de Políticas Públicas de Saúde, mas ainda há muitos desafios para a oferta de um cuidado integral às pessoas com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas. Mais adiante, reservamos um capítulo para nos aproximarmos de exemplos práticos desses desafios e você nos auxiliará na construção de uma rede de cuidado integral. Está preparado? Então, vamos seguir!

Bibliografia

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**, de 5 de outubro de 1988.

_____. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 20 setembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **SUS: a saúde do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 36 p.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

_____. **Relatório final 8ª Conferência Nacional de Saúde**, 1986.

ESCOREL, S. **Reviravolta na Saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 208 p.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Linha do tempo**: Conferências Nacionais de Saúde. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/linha-do-tempo-conferencias-nacionais-de-saude#1941. Acesso em 06 de ago. 2018.

SOBRE OS AUTORES

RHAVANA PILZ CANÔNICO

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (2005); Especialização em Terapia Comunitária pela UNIFESP (2009); Aperfeiçoamento EaD em Saúde Mental pela Fiocruz (2009); Curso SUPERA pela UNIFESP (2009); Especialização em Saúde da Família pela UNASUS/UNIFESP (2011); Aperfeiçoamento em Processos Formativos EaD na área de Álcool e outras Drogas (2017). Tutora de Educação a Distância de 5 edições do curso SUPERA (2014 a 2017). Interlocutora em Equipes de Consultório na Rua no município de São Paulo desde 2012;

Lattes: http://lattes.cnpq.br/9532365786939492

CAROLINA MACEDO DAS NEVES

É bacharel em Serviço Social pela Faculdade Paulista de Serviço Social de São Paulo - FAPSS/SP e atua como Assistente Social em equipe do NASF em Unidade Básica de Saúde em São Paulo. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde na Infância e Adolescência da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, cursou Especialização em Saú¬de da Família pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, Pós Graduação - Especialização em Jogos Cooperativos pelo Centro Universitário Monte Serrat - UNIMONTE e Pós Graduação Especialização em MBA Executivo em Administração Hospitalar e de Negócios da Saúde pela Universidade de Santo Amaro - UNISA.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/6826034651299560

TALITA DE SOUZA

Possui graduação em Terapia Ocupacional pelo Centro Universitário São Camilo e Especialização em Psicopatologia e Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Servidora Pública da Prefeitura Municipal de São Paulo desde 2014 e atuou como Coordenadora Pedagógica do Curso de Extensão "Sistema para detecção do uso abusivo e dependência e substâncias psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento" SUPERA (SENAD/UNIFESP) entre 2015 e 2017; Experiência no atendimento em saúde mental, álcool e drogas, adolescentes e população específica de alta vulnerabilidade. Atualmente mestranda no Departamento de Psicobiologia na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) realizando pesquisa com gestantes usuária de substância e barreiras de acesso à saúde.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/3371008554697673

ANA PAULA BRIGUET

Graduada em Terapia Ocupacional, atualmente é coordena¬dora de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Barueri. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: Terapia Ocupa¬cional,Saúde Mental, Dispositivos de cuidado, Redes, Apoio Matricial e Consumo de Drogas. Ministrou aulas no módulo de Redes, de Apoio e Reinserção Social do Centro Regional de Referência (CRR) da UNIFESP e também no módulo Saúde Mental na Pós Graduação da Universidade de Guarulhos. Mestrado em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2008).

Lattes: http://lattes.cnpq.br/9652295060961259

CLEUSA PINHEIRO FERRI

Médica Psiquiatra e Epidemiologista, Mestre em Psicobiologia (1991) e Doutora em Psiquiatria e Psicologia Médica (1999) pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. Mestre em Epidemiologia pela Escola de Higiene e Medicina Tropical da Universidade de Londres - LSHTM (2001). Tem Pós-Doutorado pelo Institute of Psychiatry, King's College London (2012). Professora afiliada e professora orientadora credenciada no programa de Pós-Graduação do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. Researcher ID: B-2922-2010

Lattes: http://lattes.cnpq.br/2524029270331859

CAPÍTULO 3

O Sistema de Assistência Social no Brasil:

Política Nacional de Assistência Social, organização dos serviços e proteção social

Carolina Macedo das Neves
Talita de Souza
Ana Paula Briguet
Rhavana Pilz Canônico
Denise De Micheli

COMO CITAR:

Neves CM, Souza T, Briguet AP, Canônico RP, De Micheli D. O Sistema de Assistência Social no Brasil: Política Nacional de Assistência Social, organização dos serviços e proteção social EM: Formigoni MLOS, Duarte PCVA (Org) Módulo 5 [recurso eletrônico]: SUS e SUAS: redes de cuidado integral às pessoas com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas. Coleção SUPERA, 1ª. ed. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP), Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); 2018. ISBN: 978-85-62377-29-7 (on line); v.6 SUPERA EAD [13a turma] pags 45-58

TÓPICOS

Política Nacional de Assistência Social (PNAS) 48

Sistema Único de Assistência Social 49

Proteção Social 50

Bibliografia 56

Sobre os autores 57

OBJETIVOS

- ✓ Conhecer as características do Sistema Único de Assistência Social, seu conceito e sua proposta de gestão;
- ✓ Conhecer a Política Nacional de Assistência Social, seus princípios e diretrizes;
- ✓ Compreender conceitos de proteção social básica e proteção social especial e exemplificar serviços, ações e programas.

Política Nacional de Assistência Social (PNAS)

Somente após a Constituição Federal de 1988, a Assistência Social passou a ser considerada como política pública no Brasil e juntamente com a saúde e a previdência social, compõe o Tripé da Seguridade Social. Com estes novos conceitos que passaram a vigorar, a Assistência Social tornou-se um direito aos cidadãos, devendo garantir suas necessidades básicas e direitos sociais, em especial daqueles que fazem parte de populações vulneráveis.

A assistência social é regulamentada pela *Lei Orgânica da Assistência Social* (LOAS) Lei nº 8.742/1993 e tem como objetivos:

I- A **proteção social,** que visa a garantia à vida, a redução de danos e a prevenção da incidência de riscos;

II- A **vigilância socioassistencial**, que visa analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias, a ocorrência de vulnerabilidades, ameaças, vitimizações e danos;

III- A **defesa de direitos**, que visa garantir o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais.

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, por intermédio da Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS), em 15 de outubro de 2004, através da Resolução nº 145 aprovou a *Política Nacional de Assistência Social* (PNAS), na perspectiva da implementação do *Sistema Único de Assistência Social* (SUAS) e materialização das diretrizes da LOAS.

A PNAS, organiza a Assistência Social, de acordo com as seguintes **diretrizes**, baseadas na Constituição Federal de 1988 e na LOAS:

I- Descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e execução dos respectivos programas às esferas estaduais e municipais, respeitando-se as diferenças e as características socioterritoriais locais;

II- Participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis;

III- Primazia da responsabilidade do Estado na condução da Política de Assistência Social em cada esfera de governo;

IV- Centralidade na família para concepção e implementação dos benefícios, serviços, programas e projetos.

Segundo a Política Nacional de Assistência Social, o público usuário da assistência social constitui-se por pessoas ou famílias em situação de *vulnerabilidade social,* incluindo aquelas com: perda ou fragilidade de vínculos; ciclos de vida ou identidades estigmatizantes em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem social em decorrência de deficiência; exclusão pela pobreza e dificuldade ou falta de acesso aos serviços públicos; uso problemático de substâncias psicoativas; vítimas de diferentes formas de violência; pessoas com inserção precária ou não inseridas no mercado de trabalho formal ou informal; pessoas que utilizam estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social.

Sistema Único de Assistência Social

O **Sistema Único de Assistência Social (SUAS)** organiza a política de Assistência Social no Brasil, como previsto e regulamentado pela LOAS. Tem por função a gestão da assistência social, no campo da proteção social, e os seguintes princípios organizativos:

I- Supremacia do atendimento às necessidades sociais;

II- Universalização dos direitos sociais;

III- Respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária;

IV- Igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza;

V- Divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão.

No SUAS os serviços, programas, projetos e benefícios são desenvolvidos nos territórios mais vulneráveis e têm a família como foco principal da atenção, considerando o contexto onde vivem, atendendo as necessidades e demandas ali presentes.

O SUAS estabelece a organização das ações da Assistência Social de acordo com a complexidade dos serviços, constituindo-se em Proteção Social Básica e Proteção Social Especial, dividida em média e alta complexidade como vemos a seguir.

Proteção Social

PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA

A **Proteção Social Básica** é um conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios da assistência social e tem como objetivo prevenir situações de vulnerabilidade e risco social. Estes serviços são destinados à população que vive em situação de vulnerabilidade social em decorrência da pobreza, ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos ou fragilização de vínculos afetivos e comunitários. Eles potencializam a família como unidade de referência, fortalecendo vínculos internos e com a comunidade, através da oferta de ações que facilitem a convivência, a socialização e o acolhimento dos que tiveram rompimento de seus laços familiares.

Essa modalidade de proteção é operacionalizada pelos **Centros de Referência da Assistência Social (CRAS)**, considerado a porta de entrada do SUAS, cujas equipes são responsáveis pela oferta de serviços, projetos, ações ou programas socioassistenciais a famílias em situação de vulnerabilidade social e atuação nos territórios. Os CRAS são responsáveis pela articulação da rede de serviços da proteção social básica por meio de encaminhamentos, fluxos, intervenções e acompanhamento das demandas, promovendo e fortalecendo as relações intersetoriais no território.

É na proteção social básica e através dos CRAS que os **Serviços de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF)** e os **Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV)** se estabelecem.

São exemplos de programas, **serviços e ações da Proteção Social Básica** segundo a PNAS:

- Programa de Atenção Integral às Famílias (PAIF);
- Programa de inclusão produtiva e projetos de enfrentamento da pobreza;
- Centros de Convivência para Idosos;
- Serviços para crianças de 0 a 6 anos, que visem o fortalecimento dos vínculos familiares, o direito de brincar, ações de socialização e de sensibilização para a defesa dos direitos das crianças;
- Serviços socioeducativos para crianças, adolescentes e jovens na faixa etária de 6 a 24 anos, visando sua proteção, socialização e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários;
- Programas de incentivo ao protagonismo juvenil, e de fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários;
- Centros de informação e de educação para o trabalho, voltados para jovens e adultos.

O PAIF, possui como principal objetivo, o fortalecimento da função protetiva da família, compreendendo a família como lugar de cuidado, proteção, construção de vínculos e identidades.

Uma vez que a proteção social básica possui um caráter protetivo na atuação do serviços, cabe refletir sobre as estratégias de vinculação e de fortalecimento das ações oferecidas. Assim o PAIF e os SCFV realizam atendimentos, promovem atividades coletivas e fazem encaminhamentos para resolução de conflitos e divergências por meio de escuta, diálogo, reconhecimento de emoções, limites e possibilidades.

As atividades coletivas, sejam elas encontros ou oficinas, podem ser coordenadas por oficineiros, educadores sociais e outros profissionais, possibilitando e proporcionando experiências e convivência entre os usuários através do esporte, cultura, arte, lazer entre outros. O quadro seguinte exemplifica a organização desses serviços:

Organização dos serviços de Proteção Social Básica			
PAIF		SCFV	
Atendimentos e Ações Individuais	Ações coletivas	Atendimento e Ações Coletivas	
Acolhida		Grupos	
Ações Particularizadas	Oficinas com famílias	Oficinas	Ações Comunitárias
Encaminhamento	Ações Comunitárias		

Fonte: Caderno de Orientações para Serviços de Proteção e Atendimento integral à Família e Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, Secretaria Nacional de Assistência Social.

PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL

A **Proteção Social Especial** compõe o conjunto de serviços, programas e projetos que tem por objetivo contribuir para a proteção das famílias e reconstrução de vínculos familiares e comunitários, a defesa de direitos e o fortalecimento das potencialidades e aquisições. Destina-se a indivíduos e famílias em situação de risco pessoal e social por decorrência de uso de substâncias psicoativas; abandono; maus tratos físicos e/ou psíquicos; situação de rua; situação de trabalho infantil; cumprimento de medidas socioeducativas, entre outras. São destinados, por exemplo, às crianças, aos adolescentes, aos

jovens, aos idosos, às pessoas com deficiência e às pessoas em situação de rua que tiverem seus direitos violados e, ou, ameaçados e cuja convivência com a família de origem seja considerada prejudicial à sua proteção e ao seu desenvolvimento. (BRASIL, 2004).

Essa modalidade, diferentemente da proteção social básica, que tem um caráter preventivo, objetiva o atendimento de situações onde haja a violação de direitos, atuando em caráter protetivo. Compõem a proteção social especial os serviços que caracterizam um acompanhamento individual com maior flexibilidade nas soluções protetivas, encaminhamentos monitorados e processos que assegurem qualidade e efetividade na inserção desejada.

Os serviços da proteção social especial realizam e compartilham intensamente suas ações e intervenções com a rede de garantia de direitos, apoiada pelo Ministério Público, Poder Judiciário e outros órgãos. São divididos em duas modalidades:

1. Proteção Social Especial de Média Complexidade

Serviços, programas e projetos que oferecem atenção e realizam acompanhamento especializado e continuado a indivíduos ou famílias em situação de vulnerabilidade, com direitos violados, cujos vínculos ainda não foram rompidos.

São exemplos da proteção social especial de média complexidade:

- Serviço Especializado de Abordagem Social (SEAS) a pessoas em situação de rua
- adultos;
- crianças e adolescentes;
- Núcleos de convivência para pessoas em situação de rua;
- Núcleos de apoio e reabilitação na comunidade e inclusão social para pessoas com deficiência;
- Serviços de medidas socioeducativas em meio aberto
- Prestação de serviço à comunidade;
- Liberdade assistida.
- Serviços de orientação e apoio sociofamiliar;
- Serviços de plantão social;
- Núcleo de Proteção Jurídico Social e Apoio Psicológico (NPJ).

Assim como na proteção social básica existe o Centros de Referências da Assistência Social (CRAS) para execução de ações, na proteção social especial, existem os **Centros de Referências Especializados da Assistência Social (CREAS)**, que cumprem o papel de operacionalizar e referenciar os usuários aos serviços, projetos e programas. Os CREAS atuam na promoção de direitos, preservação e fortalecimento do vínculo familiar e comunitário, fortificando a função protetiva das famílias diante de situações que vulnerabilizam e podem levar ao risco pessoal e social.

2. Proteção Social Especial de Alta Complexidade

Os serviços de proteção social especial de alta complexidade englobam a proteção integral, associada a moradia, higiene, alimentação e trabalho, para pessoas e famílias que se encontram sem referência, em situação de ameaça ou calamidade, sendo necessária sua retirada do núcleo familiar e/ou comunitário.

São exemplos dos **serviços da proteção social especial**:

- Equipamentos de acolhimento institucional para crianças e adolescentes;
- Família acolhedora ou substituta;
- Centros de acolhida emergencial;
- Centros de acolhida para adultos;
- Centros de acolhida especial, que se destinam a públicos específicos, oferecendo atendimento diferenciado, respeitando os diferentes ciclos de vida, gêneros e situações como:
  - ✓ Idosos;
  - ✓ Mulheres;
  - ✓ Transexuais.
  - ✓ Gestantes, mães e bebês;
  - ✓ Famílias;
  - ✓ Imigrantes;
- República social;

- Serviços de medidas sócioeducativas restritivas e privativas de liberdade:
  - ✓ Semiliberdade;
  - ✓ Internação provisória;
  - ✓ Internação sentenciada.

A rede socioassistencial e intersetorial se articulam de acordo com cada território. Devem estar voltadas para o atendimento famílias ou indivíduos, de qualquer idade ou que se encontrem nas situações de vulnerabilidades acima mencionadas, segundo modalidade de proteção e características de cada serviço, oferecendo intervenções e articulações às pessoas em situação de privação, vitimização, exploração, exclusão pela pobreza, risco pessoal e social.

Bibliografia

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Departamento de Proteção Básica Social. Coordenação-Geral de Serviços Socioassistenciais às Famílias. Coordenação-Geral de Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. **Cadernos de Orientações – Serviços de Proteção e atendimento Integral à Família e Serviços de convivência e fortalecimento de Vínculos: Articulação Necessária na Proteção Social Básica**. Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993. **Lei Orgânica da Assistência Social.** Brasília, DF, dez 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742compilado.htm. Acesso em 27 nov. 2018.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS. Norma Operacional Básica – NOS/SUAS**. Brasília, DF, nov. 2005.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Proteção Básica do sistema Único e Assistência Social. Orientações Técnicas para o Centro de Referência da Assistência Social**. Versão Preliminar. Brasília, DF, jun. 2016.

SÃO PAULO, Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. **Plano Municipal de Assistência Social – PLAS – 2014/2017.** São Paulo, SP.

SÃO PAULO, Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. **Norma Técnica dos Serviços Socioassistenciais. Proteção Social Básica**. São Paulo, SP, nov. 2012.

ROSSINI, L. E. A. BARROS, M. N. F. **Ações preventivas no contexto da vulnerabilidade social**: Serviços Social em revista. V.15 (2012). Disponível em: http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/13918. Acesso em 27 nov. 2018.

SPINK, P. K.; RAMOS, A. M. F. **Rede Socioassistencial do SUAS: configurações e desafios.** O Social em Questão. n. 36. p. 285 - 310. 2016

SOBRE OS AUTORES

CAROLINA MACEDO DAS NEVES

É bacharel em Serviço Social pela Faculdade Paulista de Serviço Social de São Paulo - FAPSS/SP e atua como Assistente Social em equipe do NASF em Unidade Básica de Saúde em São Paulo. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde na Infância e Adolescência da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, cursou Especialização em Saú¬de da Família pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, Pós Graduação - Especialização em Jogos Cooperativos pelo Centro Universitário Monte Serrat - UNIMONTE e Pós Graduação Especialização em MBA Executivo em Administração Hospitalar e de Negócios da Saúde pela Universidade de Santo Amaro - UNISA.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/6826034651299560

TALITA DE SOUZA

Possui graduação em Terapia Ocupacional pelo Centro Universitário São Camilo e Especialização em Psicopatologia e Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Servidora Pública da Prefeitura Municipal de São Paulo desde 2014 e atuou como Coordenadora Pedagógica do Curso de Extensão "Sistema para detecção do uso abusivo e dependência e substâncias psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento" SUPERA (SENAD/UNIFESP) entre 2015 e 2017; Experiência no atendimento em saúde mental, álcool e drogas, adolescentes e população específica de alta vulnerabilidade. Atualmente mestranda no Departamento de Psicobiologia na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) realizando pesquisa com gestantes usuária de substância e barreiras de acesso à saúde.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/3371008554697673

ANA PAULA BRIGUET

Graduada em Terapia Ocupacional, atualmente é coordena¬dora de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Barueri. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: Terapia Ocupa¬cional,Saúde Mental, Dispositivos de cuidado, Redes, Apoio Matricial e Consumo de Drogas. Ministrou aulas no módulo de Redes, de Apoio e Reinserção Social do Centro Regional de Referência (CRR) da UNIFESP e também no módulo Saúde Mental na Pós Graduação da Universidade de Guarulhos. Mestrado em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2008).

Lattes: http://lattes.cnpq.br/9652295060961259

RHAVANA PILZ CANÔNICO

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (2005); Especialização em Terapia Comunitária pela UNIFESP (2009); Aperfeiçoamento EaD em Saúde Mental pela Fiocruz (2009); Curso SUPERA pela UNIFESP (2009); Especialização em Saúde da Família pela UNASUS/UNIFESP (2011); Aperfeiçoamento em Processos Formativos EaD na área de Álcool e outras Drogas (2017). Tutora de Educação a Distância de 5 edições do curso SUPERA (2014 a 2017). Interlocutora em Equipes de Consultório na Rua no município de São Paulo desde 2012;

Lattes: http://lattes.cnpq.br/9532365786939492

DENISE DE MICHELI

Psicóloga (1997), Doutora (Departamento de Psicobiologia) na Universidade Federal de São Paulo (2000), com Pós-Doutorado em Ciências (Departamento de Pediatria) na Universidade Federal de São Paulo. Professora Adjunta IV do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Educação e Saúde na Infância e Adolescência da UNIFESP. Researcher ID: B-7715-2016. Bolsista de Produtividade em Desenvolvimento Tecnológico e Extensão Inovadora do CNPq

Lattes: http://lattes.cnpq.br/2246867228137055

CAPÍTULO 4

Redes de serviços de saúde e assistência social para o cuidado integral às pessoas com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas

Ana Paula Briguet
Rhavana Pilz Canônico
Carolina Macedo das Neves
Talita de Souza
Ana Regina Noto

COMO CITAR:

Briguet AP, Canônico RP, Neves CM, Souza T, Noto AR. Redes de serviços de saúde e assistência social para o cuidado integral às pessoas com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas EM: Formigoni MLOS, Duarte PCVA (Org) Módulo 5 [recurso eletrônico]: SUS e SUAS: redes de cuidado integral às pessoas com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas. Coleção SUPERA, 1ª. ed. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP), Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); 2018. ISBN: 978-85-62377-29-7 (on line); v.6 SUPERA EAD [13a turma] pags 59-95

TÓPICOS

Clínica Ampliada e projeto terapêutico singular 62

Matriciamento ou Apoio Matricial 66

Redes de Atenção Psicossocial 69

A Rede Socioassistencial e sua articulação com as outras redes de atenção 87

Bibliografia 92

Sobre os autores 94

OBJETIVOS

- ✓ Conhecer as estratégias e algumas ferramentas para o cuidado integral: a clínica ampliada, o apoio matricial e o projeto terapêutico singular;
- ✓ Conhecer o conceito de rede e os equipamentos que compõem cada ponto de atenção;
- ✓ Conhecer os serviços da rede socioassistencial.

Clínica Ampliada e projeto terapêutico singular

Segundo o documento-base para gestores sobre a política de humanização do SUS (BRASIL, 2010), o conceito de **clínica ampliada** deve ser compreendido como uma das diretrizes impostas pelos princípios do SUS. Como vimos, *a universalidade do acesso, a integralidade da rede de cuidado e a equidade* das ofertas em saúde obrigam a mudança dos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho em saúde.

A mudança das práticas de cuidado se faz no sentido da ampliação da clínica, isto é, pelo enfrentamento de uma forma de cuidado ainda dominante, que toma a doença e o sintoma como seu objeto ou a remissão e a cura como seu objetivo.

A clínica precisa ser muito mais do que consultas médicas, diagnósticos e a prescrição de medicações. Ela é muito mais complexa, uma vez que envolve o sofrimento e todo o contexto em que este aparece.

Assim, ampliar a clínica implica em considerar a *saúde como seu principal objeto de investimento*, considerando a vulnerabilidade, o risco do sujeito em seu contexto. Para isso, é fundamental conhecer a sua história, seus saberes, as diferenças e singularidades e, dessa maneira, procurar aumentar o grau de autonomia das pessoas.

Segundo o mesmo documento, as propostas da clínica ampliada são:

1. Compromisso com o sujeito e para além da doença;
2. Reconhecimento dos limites dos saberes e a afirmação de que o sujeito é sempre maior que os diagnósticos propostos;
3. Afirmação do encontro clínico entre dois sujeitos (trabalhador de saúde e usuário) que coproduzem na relação que estabelecem;
4. Busca do equilíbrio entre danos e benefícios gerados pelas práticas de saúde;
5. Aposta nas equipes multiprofissionais e transdisciplinares;

6. Fomento da corresponsabilidade entre os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (trabalhadores de saúde, usuários e rede social);
7. Defesa dos direitos dos usuários.

A clínica ampliada propõe que o profissional de saúde desenvolva a capacidade de ajudar as pessoas a não somente combater suas doenças, mas sim transformarem-se de forma que a doença, mesmo sendo limitante, não as impeça de viver o que desejam para sua vida. Os profissionais de saúde podem utilizar algumas ferramentas e recursos, como o projeto terapêutico singular – PTS, para obter um diagnóstico do contexto em que surgem os problemas.

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

O **Projeto Terapêutico Singular (PTS)** pode ser definido como uma importante ferramenta de organização e sistematização do cuidado. Ele é pactuado com o usuário e também a partir da discussão entre as equipes de saúde, que devem levar em consideração a singularidade e a complexidade de cada caso ou situação. Segundo a cartilha da Política Nacional de Humanização (PNH), *denominada Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular* (BRASIL, 2008a), o PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um indivíduo, família ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário.

Mas quando elaboramos os projetos terapêuticos singulares?

A elaboração do PTS com as equipes e com os usuários não é necessária para todos os usuários, mas sim se deve priorizar os casos mais difíceis ou de maior risco e gravidade. Na construção dos projetos terapêuticos consideramos também as possibilidades e/ou articulações necessárias na Rede de Saúde e demais Redes de Apoio e Suporte Social para a construção das propostas.

Nesse sentido, para ajudar na elaboração e na organização do PTS, a cartilha da PNH de 2011, aponta a utilização de um roteiro norteador para ser um facilitador, estabelecendo quatro momentos diferentes que podem ser sobrepostos, que são: o diagnóstico situacional, a definição de metas, a divisão de responsabilidade e a reavaliação.

- **Diagnóstico hipóteses diagnósticas: (inclui avaliação orgânica, psicológica e social): nesse primeiro momento a equipe deve tentar captar o que o sujeito em cuidado produz a partir do que lhe é ofertado, seja de sua rede social, cultural, de trabalho, familiar ou afetiva.** Nessa etapa, identificam-se as necessidades, demandas, vulnerabilidades e potencialidades mais relevantes de quem busca ajuda. O contexto social e histórico em que se insere a pessoa, família, grupo ou coletivo. As intervenções que já foram realizadas e quais foram os seus resultados. Avaliam-se também os fatores de risco e de proteção.

IMPORTANTE

valorizar as potencialidades e recursos, favorecendo a emergência de novos territórios existenciais.

- **Definição de Metas (curto, médio e longo prazo):** as metas são definidas a partir das situações em que se pretende intervir e/ou modificar. Realiza-se uma projeção para a sua execução: metas a curto, médio e longo prazo. Nesse processo é de fundamental importância a participação do usuário, tendo como objetivo seu processo de implicação e corresponsabilização, bem como a participação de sua família no cuidado e do técnico de referência.

IMPORTANTE

As pactuações e os combinados devem ser realizados entre o profissional que é referência com a pessoa e/ou família, grupo ou coletivo.

- **Divisão de Responsabilidade:** envolve a definição clara e atuação do **técnico de referência** por meio de esclarecimento do que vai ser FEITO, POR QUEM e em que PRAZOS.

- **Reavaliação:** Esse momento é conduzido pelo técnico de referência. A reavaliação deve ser sistemática, agendada com a equipe e com o usuário. Os prazos são revistos, assim como as expectativas, tarefas, objetivos, as metas e os resultados esperados e atingidos.

Nota: O técnico de referência é o trabalhador que estabelece maior vínculo com a pessoa. Ele é fundamental para a organização do cuidado de casos complexos, que tem a responsabilidade de coordenar o PTS, suas tarefas, metas e prazos. Realiza o acompanhamento, a articulação, negociação e reavaliação. Caderno de Atenção Básica nº 34- Saúde Mental, pág. 57.

IMPORTANTE

A reavaliação deve ser realizada em diversos momentos a partir dos encontros entre a pessoa, seus familiares e o técnico de referência. Na construção dos projetos terapêuticos deve-se levar em conta as diferenças, os conflitos, as expectativas. (Caderno de Atenção Básica nº 34 - Saúde Mental).

Podemos perguntar: Como gostaríamos que essa pessoa a ser cuidada estivesse daqui a algum tempo? Como será que ela gostaria de estar? E como seus familiares gostariam que ela estivesse?

Colocar as expectativas em jogo pode ser fundamental para as pactuações possíveis de cuidado e as próximas a serem realizadas, principalmente para as pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas que, muitas vezes, não têm como objetivo, possibilidade ou desejo interromper totalmente o uso ou permanecer abstinente. Vale ressaltar que a vida de cada pessoa pode ser percebida de várias formas, experimentada e vivida. É necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, respeitando seus desejos, anseios, valores e escolhas.

ATENÇÃO

As divergências de expectativas do usuário, da família e do profissional devem ser esclarecidas e discutidas!

PARA REFLETIR

Considerando o que conversamos, você acredita que a construção de projetos terapêuticos singulares ajuda na construção de projetos de vida das pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas?

Em seu local de trabalho, as equipes se reúnem para discutir os casos e elaborar o PTS?

Matriciamento ou Apoio Matricial

O termo apoio matricial é composto por dois conceitos operacionais: **apoio** que se refere ao suporte, amparo, auxílio, e **matriz**, que se refere à origem, "mãe", lugar onde algo é gerado. Assim, o apoio matricial, ou matriciamento, tem a função de oferecer apoio e, sobretudo, trocar e compartilhar os diferentes saberes entre os profissionais envolvidos no cuidado, a fim de ampliar e qualificar suas ações.

O conceito de matriciamento, proposto por Gastão Wagner Campos (1999) e, posteriormente, adotado pelo Ministério da Saúde, se caracteriza como um novo arranjo organizacional, ou seja, uma nova perspectiva para os profissionais estabelecerem relações na qual cada profissional oferece apoio em sua especialidade para outros profissionais, equipes e setores.

Mas, afinal, por que esse conceito é importante? O que buscamos com ele?

Na prática dos serviços é bastante comum a lógica do encaminhamento para o especialista, ou para um serviço especializado, que supostamente é "detentor" de um saber específico. Esses encaminhamentos geralmente são realizados através das guias de referência, contra-referência e a comunicação entre eles é frágil e irregular. Nesse cenário, muitas vezes percebemos os usuários desassistidos e perdidos na rede em busca de cuidado.

Esse novo arranjo busca a mudança dessa lógica tradicional fragmentada e burocrática para a construção de uma lógica compartilhada em que os profissionais constroem, propõem e experimentam juntos as estratégias de cuidado.

Segundo o guia prático de matriciamento em saúde mental na atenção básica, na horizontalização decorrente do matriciamento, o processo de trabalho é organizado em "equipes de referência" e "equipes de apoio".

- **Equipe de referência:** tem a responsabilidade de conduzir um caso individual, familiar ou comunitário. As Equipes de Saúde da Família são

consideradas equipes de referência, por serem responsáveis por uma dada população.

- **Equipe de apoio matricial:** tem o objetivo de assegurar retaguarda da equipe especializada, capaz de oferecer tanto suporte técnico-pedagógico quanto assistencial às equipes de referência (NASF/CAPS).

Os diferentes suportes...

No apoio matricial temos duas dimensões de suporte: a dimensão assistencial e a dimensão técnica-pedagógica.

A **dimensão assistencial** é a ação clínica direta com os usuários e corresponde principalmente às visitas domiciliares, consultas compartilhadas e à realização de grupos. Por outro lado, a **dimensão técnica-pedagógica** corresponde à ação de apoio e educativa para e com as equipes apoiadas. As suas principais estratégias são: discussões de casos e apoio na construção de projetos terapêuticos singulares (PTSs); educação permanente; apoio na elaboração de material didático para grupos educativos; planejamento de ações e apoio para construção de projetos de saúde do território.

IMPORTANTE

Essas duas dimensões do apoio podem e devem interagir e se complementar, guiando-se de forma coerente pelo que cada momento, situação ou equipe requer (BRASIL, 2009).

Figura1 - Dimensões de suporte do apoio matricial

Quem pode oferecer o Apoio Matricial?

O conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, uma relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas são prestar apoio às equipes de referência e acionar a 'rede'.

Vamos conversar sobre as redes

Para iniciar a nossa conversa façamos um pequeno exercício: Quando pensamos na rede, qual imagem surge imediatamente para você? a rede de descanso? de pescaria? as redes virtuais? E se pensarmos agora na nossa experiência como trabalhadores da saúde, qual imagem aparece? Talvez, a imagem mais próxima seja de uma rede cheia de nós, sem começo, meio ou fim, e repleta de conexões.

Assim, a rede é sempre algo que une, entrelaça, interconecta, comunica e que se vincula por meio de seus nós. Ela é feita de pessoas e, por isso, sua construção exige muito investimento e precisa constantemente de encontros e diálogo para que possa se fortalecer. Segundo Ricardo Teixeira, uma rede é "quente" quando gera outros encontros e outras conexões de cuidado, diferente da rede "fria", que é aquela que não produz encontros, aquela que ouvimos, muitas vezes, que não funciona, ou seja, que não consegue resolver os problemas de saúde do indivíduo ou até mesmo de uma família no território.

Você já se perguntou porque a construção de redes é tão importante?

Quando refletimos sobre o processo saúde-doença, entendemos que é um processo dinâmico, complexo e abrange vários aspectos, que vão desde os biológicos e psicológicos até os políticos e econômicos. Nas situações de adoecimento, há uma complexa interrelação inseparável que pode envolver não só a pessoa doente, mas seu território, ou seja, o lugar onde essa pessoa vive, aspectos socioculturais, seu modo de vida, as relações e os afetos que ela estabelece.

Nesse sentido, o conceito de território é fundamental para a orientação e organização da rede. A noção de *território vivo* de Milton Santos considera que, para além do espaço, envolve as marcas produzidas pelos homens, as relações sociais e as dinâmicas de poder que configuram os territórios como lugares de fato subjetivos e singulares.

Podemos dizer que as redes são estratégias fundamentais para o enfrentamento de situações complexas e que vão exigir de todos os envolvidos no processo de cuidado a construção de intervenções novas, a divisão de responsabilidades e a articulação integrada com vários serviços para a garantia do cuidado do início ao fim.

No momento em que dizemos que um serviço de saúde é parte de uma rede compreendemos que esse serviço não irá conseguir isoladamente resolver as demandas que chegam e que terá que contar ou acionar outros serviços de menor ou maior complexidade. Em outras palavras, uma rede de atenção à saúde produz cuidado quando várias unidades com diferentes funções e perfis de atendimento conseguem, de forma organizada e conectada no território, atender às necessidades de saúde da população.

Além disso, também dizemos que as redes são arranjos de novas formas de atenção. A seguir, veremos como as Redes de Atenção Psicossocial se organizam e quais são os seus pontos de atenção, principalmente para o cuidado das pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas.

Redes de Atenção Psicossocial

A publicação da Portaria nº 3088, de 26 de dezembro de 2011 regulamenta, de forma detalhada, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) instituída pelo Decreto Presidencial no 7.508, de 28 de junho de 2011. Essa rede estabelece pontos de atenção para o atendimento de pessoas com problemas mentais, incluindo o uso nocivo de álcool, crack e outras drogas, e tem como objetivo integrar ações e serviços de saúde.

Ainda em consonância com a referida portaria, Art. 2º, constituem-se como diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial:

I- Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;

II- Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;

III- Combate a estigmas e preconceitos;

IV- Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;

V- Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;

VI- Diversificação das estratégias de cuidado;

VII- Desenvolvimento de atividades no território, que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;

VIII- Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;

IX- Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;

X- Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;

XI- Promoção de estratégias de educação permanente;

XII- Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

A Rede é composta por serviços e equipamentos variados, tais como: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPSs); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs); os Centros de Convivência e Cultura, as Unidades de Acolhimento (UAs) e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). Veremos detalhadamente, a seguir, os seus pontos de atenção e o funcionamento de alguns dos seus dispositivos.

Os componentes da RAPS são:

- Atenção Básica
- Atenção Psicossocial
- Estratégica de Reabilitação
- Atenção de Urgência e Emergência;
- Atenção Residencial de caráter transitório;
- Atenção Hospitalar;
- Estratégia de Desinstitucionalização;
- Estratégia de Reabilitação Psicossocial (geração de renda).

ATENÇÃO BÁSICA

A Organização Mundial da Saúde - OMS e a Organização Mundial dos Médicos de Família - WONCA, no relatório intitulado *Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários - uma perspectiva global*, de 2008, ressaltam a importância da integração de serviços de saúde mental nos cuidados primários como sendo a maneira mais viável de cobrir o déficit de tratamento e assegurar que as pessoas recebam os cuidados

de saúde mental de que precisam. Portanto, considerando a importância dos serviços que prestam o cuidado primário em saúde, trabalhadores desses pontos de atenção devem acolher e acompanhar o cuidado integral das pessoas com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas, compartilhando esse cuidado com a Rede, desconstruindo a lógica do encaminhamento, frequentemente presente nos serviços de Atenção Básica.

Unidades Básicas de Saúde

As Unidades Básicas de Saúde são os serviços de primeiro acesso ao SUS e devem ser localizadas o mais próximo possível da comunidade atendida. São constituídas por equipe multiprofissional responsável pelo conjunto de ações de saúde individuais e coletivas que englobam a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Seu objetivo é oferecer e desenvolver atenção integral à saúde, impactando na condição de saúde do indivíduo, bem como nos determinantes de saúde da coletividade de responsabilidade da UBS.

Na RAPS, as UBSs possuem a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede.

SAIBA MAIS

Para saber mais sobre a infraestrutura, ambiência e funcionamento das UBSs, acesse a Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, disponível no link: 189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf.

Equipes de Estratégia Saúde da Família – ESF

É a estratégia prioritária de atenção à saúde, na Atenção Básica, visando qualificar e consolidar a atenção à saúde por apresentar uma reorientação no processo de trabalho, ampliando o potencial de resolutividade e impactando nos determinantes de saúde e sociais dos indivíduos assistidos e da coletividade.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, a população adscrita por equipes de Atenção Básica (eAB) e de Saúde da Família (eSF) é de 2.000 a 3.500 pessoas, localizada dentro do seu território, garantindo os princípios e diretrizes da Atenção Básica, os

quais você conheceu em um capítulo anterior deste módulo. No entanto, outros arranjos de adscrição populacional são possíveis, conforme vulnerabilidades, riscos e dinâmica comunitária. Nesse caso, cabe aos gestores locais, junto com as equipes que atuam na Atenção Básica e no Conselho Municipal ou Local de Saúde, definir outro parâmetro populacional de responsabilidade da equipe, podendo ser maior ou menor do que o recomendado na PNAB, de acordo com as especificidades do território, assegurando-se a qualidade do cuidado.

As **equipes de ESF** são constituídas por médicos, preferencialmente especialistas em medicina de família e comunidade, enfermeiros, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). Outros profissionais podem fazer parte dessa equipe, como Agentes Comunitários de Endemias (ACE), cirurgiões-dentistas, auxiliares e/ou técnicos em saúde bucal.

Apesar de a ESF ser a estratégia prioritária na Atenção Básica, há UBSs sem equipes de ESF, popularmente chamadas de "tradicionais", em que há as clínicas básicas, como clínica geral, pediatria e ginecologia, somando-se à equipe de enfermagem. Nessas Unidades, o elo com a comunidade é mais fragilizado, sem algumas ferramentas de apoio, como por exemplo o papel do Agente Comunitário de Saúde e a própria organização da Estratégia Saúde da Família. Este talvez seja o grande diferencial da equipe de ESF, que compreende uma maior aproximação desta com a comunidade e seu contexto, por meio das visitas domiciliares e ações externas, na própria comunidade e, por meio do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e reuniões de equipe periódicas, leva a um maior potencial de resolutividade dos casos.

A capilaridade da equipe de ESF pode contribuir para o cuidado integral às pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, uma vez que tem, na visita domiciliar, um potente instrumento de vinculação e qualificação do atendimento, pois permite uma maior proximidade do contexto de vida e de relações do usuário.

NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA - NASF

Entre as ações para a consolidação e fortalecimento da Atenção Primária no Brasil, o Ministério da Saúde propôs, em 2008, a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), visando assegurar apoio técnico-pedagógico às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo em vista a reorientação das práticas de cuidados em saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (no Caderno de Atenção Básica Núcleo de apoio à Saúde da Família nº 39 de 2014), a ampliação do acesso, a melhoria da qualidade e da resolutividade das ações na Atenção Básica estão entre os principais desafios e, nesse contexto, o NASF constitui-se como um dispositivo estratégico, uma vez que busca ampliar o escopo das ações de saúde, principalmente por meio do compartilhamento de saberes.

De acordo com a PNAB (BRASIL, 2017), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família são equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes profissões, que devem atuar de maneira interdisciplinar e integrada, apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e da Atenção Básica, para auxiliá-los no manejo ou na resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como buscam ampliar as práticas e as ofertas de cuidado, de forma horizontal, garantindo a longitudinalidade do cuidado na prestação de serviços diretos à população alvo.

Assim, o NASF deve atuar dentro das diretrizes relativas à Atenção Primária à Saúde, tais como: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; a integralidade, a participação social, a educação popular e a promoção da saúde e humanização.

Principais regulamentações:

- Portaria nº 154/2008 - Criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – modalidade 1 e 2, disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html;
- Portaria nº 3.124/2012 - Redefinição do padrão de vinculação do NASF 1 e 2 e cria a modalidade NASF-3, disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html;
- Portaria nº 548/2013 - Definição do valor do financiamento dos NASFs, disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0548_04_04_2013.html

Composição das equipes NASF

As equipes NASF são constituídas por profissionais de nível superior de diferentes áreas do conhecimento ou especialidades. As categorias profissionais que irão compor a equipe do NASF são definidas pelo gestor diante do perfil epidemiológico da população atendida, e podem incluir: assistente social; profissional de Educação Física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte-e-

ducador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional de saúde sanitarista (graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva, ou graduado diretamente em uma dessas áreas).

As diretrizes do NASF e o seu processo de trabalho devem ter como eixo o **cuidado continuado e longitudinal, próximo da população** e na perspectiva da **integralidade**, que se pretende pela Estratégia de Saúde da Família. Além disso, o trabalho do NASF é orientado pelo referencial teórico-metodológico do **apoio matricial** que, como já vimos, busca oferecer um suporte técnico especializado e trocas de saberes para ampliar e qualificar as ações. Nesse sentido, a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família deverão criar espaços de discussões para gestão do cuidado e construção coletiva dos projetos terapêuticos singulares, que juntamente com os atendimentos compartilhados são importantes ferramentas para um atendimento integral e para a constituição do processo de aprendizado coletivo.

Segundo o Ministério da Saúde o NASF:

- É uma equipe formada por diferentes profissões e/ou especialidades;
- Constitui-se como apoio especializado na própria Atenção Básica, mas não é ambulatório de especialidades ou serviço hospitalar;
- Recebe a demanda por negociação e discussão compartilhada com as equipes que apoia, e não por meio de encaminhamentos impessoais;
- Deve estar disponível para dar suporte em situações programadas e também imprevistas;
- Possui disponibilidade, no conjunto de atividades que desenvolve, para realização de atividades com as equipes, bem como para atividades assistenciais diretas aos usuários (com indicações, critérios e fluxos pactuados com as equipes e com a gestão);
- Realiza ações compartilhadas com as equipes de Saúde da Família (eSF), o que não significa, necessariamente, estarem juntos no mesmo espaço/tempo em todas as ações;
- Ajuda as equipes a evitar ou qualificar os encaminhamentos realizados para outros pontos de atenção;

- Ajuda a aumentar a capacidade de cuidado das equipes de Atenção Básica, agrega novas ofertas de cuidado nas UBSs e auxilia a articulação com outros pontos de atenção da rede.

Os NASFs vinculam-se a um número de equipes de Saúde da Família em territórios definidos, de acordo com a sua modalidade.

SAIBA MAIS

Saiba mais sobre os Nasf: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39). Disponível http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf

Modalidades de NASF

- **NASF I** – (carga horária total: 200 h/semana) – vinculados com 5 a 9 equipes da eSF e/ou eAB para populações específicas. Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 80h de carga horária semanal;
- **NASF II** – (carga horária mínima de 120h/semana) – vinculados com 3 a 4 equipes da eSF e/ou eAB para populações específicas. Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal;
- **NASF III** – (carga horária total mínima de 80h/semana)– vinculados com uma ou duas eSF e/ou eAB para populações específicas. Cada ocupação deve ter no mínimo 20h e no máximo 40h de carga horária semanal.

IMPORTANTE

Os NASFs não são porta de entrada do sistema de saúde para os usuários, mas devem apoiar as equipes de Saúde da Família e/ou as equipes da Atenção Básica para as populações específicas.

Consultórios na Rua

As equipes de Consultórios na Rua (eCRs) foram definidas pela Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2011, da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), como equipes multiprofissionais que atendem os diferentes problemas e necessidades de saúde

da população em situação de rua. Integram a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) com o objetivo de ampliar o acesso da população em situação de rua nos diferentes níveis de atenção à saúde do SUS, principalmente na AB, considerando que essas pessoas acessam mais frequentemente serviços de urgência e emergência.

As eCRs atuam como um elo entre a população em situação de rua e os diferentes equipamentos da rede, não apenas de saúde, mas da rede intersetorial. De acordo com a dinâmica e os processos de vida das pessoas em situação de rua, as eCRs devem trabalhar de modo itinerante, integrando e articulando as ações com os diferentes serviços da rede, a fim de promover atenção integral na perspectiva da Redução de Danos e da clínica ampliada.

As eCRs possuem 3 modalidades:

- **Modalidade I** – equipe formada minimamente por quatro profissionais, sendo dois profissionais de nível superior e dois profissionais de nível médio, não incluindo médico;
- **Modalidade II** – equipe formada minimamente por seis profissionais, sendo três profissionais de nível superior e três profissionais de nível médio, não incluindo médico;
- **Modalidade III** – equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico.

FONTE: http://jornaldopovoparana.com/wp-content/uploads/2014/07/00149937.jpg

As eCRs poderão ser compostas por enfermeiro, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, médico, agente comunitário de saúde, agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem e técnico em saúde bucal.

ATENÇÃO

As equipes de Consultório Na Rua possuem foco na atenção integral à pessoa em situação de rua, enquanto equipes de Consultório de Rua possuem foco no atendimento à saúde mental.

SAIBA MAIS

O cuidado à população em situação de rua tem se apresentado por meio de diferentes experiências em algumas cidades do país, e o próprio Ministério da Saúde lançou um manual de cuidado em 2012, intitulado *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua*, disponível em: 189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populalcao_rua.pdf

PARA REFLETIR

Quais são os desafios dessa estratégia e como se articula com outros pontos da rede?

Centro de convivência e cultura – CECCO

Os Centros de Convivência e Cultura são dispositivos que atuam, principalmente, na promoção de saúde e nos processos de reabilitação psicossocial, a partir da criação de espaços de convívio, sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.

Nos CECCOS o que se opera não é o tratamento por princípio, mas sim a oferta de atividades criativas e diferenciadas, relacionadas à cultura, sendo o eixo de organização as oficinas terapêuticas. Estas podem ser variadas, tais como: artes plásticas (desenho, pintura, gravura, papel marché, mosaico, cerâmica, artes visuais), oficinas de música, artes cênicas, dança, teatro, artesanato (bordado, costura, tapeçaria), esportivas, culinária e horta.

ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ESTRATÉGICA

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS

A atenção psicossocial é caracterizada pelo compartilhamento das ações e intervenções entre profissionais, equipes e serviços, diferentemente da lógica tradicional, que colocava o médico como detentor do saber e o paciente em uma posição passiva de receptor submetido ao tratamento. Assim, como vimos na clínica ampliada, este modelo busca olhar e ir para além da doença, se aproximando da pessoa que sofre, incluindo aqui também as pessoas com uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas.

Esse modelo leva em consideração os seguintes aspectos:

- A Importância do trabalho em equipe e a horizontalidade;
- O trabalho sustentado em conhecimentos técnicos,científicos e éticos;
- O respeito à singularidade de cada pessoa;
- A interdisciplinaridade;
- As práticas inovadoras e plurais;
- A busca pelo direito à saúde e por direitos sociais;
- Contratualidade;
- A criação de espaços de discussões e negociações coletivas;
- As ações compartilhadas em rede e pelos seus integrantes.

Nesse modelo de atenção, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços estratégicos que surgiram no Brasil em 1987, a partir da Reforma Psiquiátrica, como já vimos anteriormente, sendo uma alternativa à lógica de internação de pessoas com transtornos mentais (relacionados ou não ao uso de substâncias psicoativas), com o lema "por uma sociedade sem manicômios". Esta nova rede assistencial que foi sendo construída, e tem nos **Centros de Atenção Psicossocial** um importante dispositivo para a substituição progressiva do asilamento e da segregação decorrente da lógica manicomial.

O Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é um serviço de abordagem comunitária e aberto do Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pelo cuidado de pessoas em sofrimento psíquico, em especial os transtornos severos e persistentes. As intervenções desenvolvidas nesse equipamento incluem ações dirigidas aos familiares e comprometem-se com a construção dos projetos terapêuticos singulares que visam à reabilitação psicossocial, respeitando as possibilidades individuais e os princípios de cidadania, minimizando o estigma da loucura e potencializando a produção de vida.

Modalidades de CAPSs:

- **CAPS I:** atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool ou outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população entre 20 mil e 70 mil habitantes;

- **CAPS II:** atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool ou outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população entre 70 mil e 200 mil habitantes;

- **CAPS III:** atende pessoas com transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS-Ad; indicado para municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

- **CAPS-AD:** atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool ou outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário; indicado para municípios ou regiões com população acima de setenta mil habitantes;

- **CAPS-AD III:** atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com no máximo doze leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de duzentos mil habitantes;

- **CAPS Infanto-Juvenil:** atende crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool ou outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário; indicado para municípios ou regiões com população acima de cento e cinquenta mil habitantes.

Funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS-AD)

Os CAPS-AD são serviços abertos de base comunitária, responsáveis por um determinado território em parceria com os demais serviços de saúde, em especial com a Atenção Primária. Oferecem cuidado à saúde de pessoas com problemas associados ao uso de drogas e seus familiares. O serviço conta com equipe multiprofissional para aco-

lhimento, orientação e acompanhamento, destinado a pessoas que procuram o atendimento voluntariamente.

Os CAPSs pressupõem como um dos princípios o trabalho territorial e comunitário, desenvolvido a partir de uma equipe interdisciplinar. Um dos focos principais é a construção de rede e promoção do protagonismo social e ganho de autonomia, pautados na estratégia de Redução de Danos. (SAIBA MAIS SOBRE REDUÇÃO DE DANOS NO MÓDULO 7).

Tanto a modalidade de CAPS-AD II quanto a de CAPS-AD III ofertam, quando necessário, acolhimento integral. Entretanto, apenas o CAPS-AD III que conta com leitos e assim podem ofertar a hospitalidade noturna em casos de situação de crise e risco psicossocial. Dessa forma são considerados dispositivos capazes de ofertar a atenção integral e contínua, com funcionamento 24 horas, inclusive finais de semana e feriados.

SAIBA MAIS

Você sabe a diferença entre a internação e a hospitalidade noturna?

A hospitalidade noturna é uma proposta de intensificação do Projeto Terapêutico em momentos de maior crise ou vulnerabilidade e ocorre com a permanência em tempo integral do usuário do serviço no Caps, por até 15 dias. Nesse período o acompanhamento e avaliação são constantes,tentando evitar assim uma internação propriamente dita (cujos detalhes você verá adiante no item sobre atenção hospitalar) e consequente afastamento deste usuário, mesmo que temporário, de suas produções cotidianas.

Principais atividades desenvolvidas no CAPS:

- Atendimentos em grupos (psicoterapia, grupos operativos, atividades de suporte social, entre outras);
- Atendimentos em oficinas terapêuticas;
- Atividades externas e coletivas;
- Medicação supervisionada e atendimento à desintoxicação;
- Ações de matriciamento, como visitas domiciliares e discussão de caso compartilhado com outros profissionais que atuam no mesmo território;

- Atendimentos às famílias;
- Reuniões e supervisão institucional;
- Acompanhamento à Unidade de Acolhimento (UAA).

Os CAPS, também são responsáveis pelo acompanhamento dos serviços residenciais, tanto os serviços estratégicos do processo de desinstitucionalização, as residências terapêuticas, como também os serviços residenciais transitórios, que são voltados para as pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas.

ATENÇÃO RESIDENCIAL TRANSITÓRIA

Unidades de Acolhimento Transitórias

Esse ponto da rede contempla dois dispositivos: as Unidades de Acolhimento Transitórias e as Comunidades Terapêuticas. Embora no mesmo ponto de atenção, estes dispositivos apresentam ofertas e propostas de cuidado bastante distintas.

As **Unidades de Acolhimento Transitórias** são um importante dispositivo da Atenção Residencial no componente da Rede de Atenção Psicossocial e da Política de Atenção Integral para usuários de álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Elas se caracterizam como dispositivos da reabilitação psicossocial, substitutiva à lógica manicomial através da garantia aos direitos de moradia, educação, convivência familiar e social para os usuários, promovendo a construção e reconstrução participativa de projetos de vida, assim como a ativação dos desejos e habilidades cotidianas.

As Unidades de Acolhimento Transitórias são dispositivos instituídos pela Portaria no 121/12 e tem seus procedimentos esclarecidos através da Portaria no 855/12.

SAIBA MAIS

Saiba mais em: http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/unidades-de-acolhimento-ua

Consideradas como parte do projeto terapêutico do CAPS-AD, têm por objetivos: a construção e reconstrução de projetos de vida; reinserção social ao expandir as ofertas de convivência, trabalho e lazer, diminuir o estigma e preconceito; ampliar a autonomia e o protagonismo do usuário.

A organização das tarefas cotidianas são divididas entre os acolhidos, como forma de trabalhar a relação de cooperação e autonomia através da corresponsabilização das atividades e através de assembleias semanais em que esse exercício passa a ser pactuado. O funcionamento das UAs é de 24 horas e sua permanência, preconizada por até 6 meses. Geralmente, as Unidades de Acolhimento são compostas por uma equipe de técnicos com formação em álcool e outras drogas e seis a oito acompanhantes terapêuticos ou agentes redutores de danos, em regime de plantão 12 X 36 horas. A referência de cuidado dos moradores é o CAPS-AD do território. A estratégia de cuidado, assim como mencionado sobre o CAPS-AD, também segue a proposta de Redução de Danos.

É importante que a equipe da Unidade de Acolhimento esteja em constante articulação com a equipe do CAPS, pois, embora a inserção na UA faça parte do PTS construído no CAPS, não se pode esquecer que no segundo momento o acolhido constrói seu PTS dentro da UA. Desta forma, eles são complementares no que tange ao projeto de vida dos usuários dos dispositivos. As indicações para inserção na unidade devem respeitar uma proposta de cuidado ampliado e aceito por parte do sujeito. Deve ser uma escolha estar na UA. Vale destacar que a Unidade de Acolhimento também tem com uma de suas funções promover a capacitação dos acompanhantes comunitários/ redutores de danos, a fim de contribuir com a qualificação permanente da equipe.

Comunidades Terapêuticas

As Comunidades Terapêuticas prestam serviços de atenção residencial de caráter transitório, baseados na convivência entre os pares e na voluntariedade para lidar com os problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa. Esses serviços são regulamentados pela RDC da Anvisa no 29/2011 e também pela Resolução no 01/2015 do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas- CONAD.

Entre as regulamentações sobre as CTs cabe destacar que elas:

- Precisam comunicar o início e o encerramento de suas atividades, bem como o seu programa de acolhimento, para os órgãos de controle e atuar de forma integrada com a rede de cuidados;

- Garantir que todos os acolhidos tenham passado por avaliação prévia na rede de saúde;
- Devem elaborar Plano de Atendimento Singular (PAS), em consonância com o Programa de Acolhimento da entidade;
- Devem desenvolver atividades recreativas, de desenvolvimento da espiritualidade, de promoção do autocuidado e da sociabilidade e de capacitação, de promoção da aprendizagem, formação e as atividades práticas inclusivas;
- Devem informar os critérios de admissão, permanência e saída;
- Devem permitir a visitação de familiares, bem como acesso aos meios de comunicação que permitam contato com familiares;
- Não devem praticar ou permitir ações de contenção física ou medicamentosa, isolamento ou restrição à liberdade da pessoa acolhida;
- Devem manter os ambientes de uso dos acolhidos livres de trancas, chaves ou grades;
- Não podem praticar ou permitir castigos físicos, psicológicos ou morais, nem utilizar expressões estigmatizantes com os acolhidos ou familiares;

- Não podem submeter os acolhidos a atividades forçadas ou exaustivas, sujeitando-os a condições degradantes;
- Devem garantir ao acolhido o direito à privacidade.

SAIBA MAIS

No módulo 6 há um capítulo dedicado a este tipo de intervenção, incluindo referências às legislações mais atuais e em processo de discussão.

Atenção às urgências e emergências

É constituída por serviços destinados ao pronto-atendimento das demandas de urgência e emergência em saúde, incluindo também as relativas à saúde mental e intoxicação aguda. Incluem os seguintes serviços:

- SAMU 192
- Sala de Estabilização
- Pronto-Socorro, UPA 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência.

Fonte: http://portalms.saude.gov.br/acoes-e-programas

ATENÇÃO HOSPITALAR

Serviço Hospitalar ou Enfermaria Especializada em Hospital-Geral:

Esse serviço oferta leitos de internação de curta duração em Hospital-Geral para as pessoas que apresentam agravos do seu quadro clínico e psiquiátrico e que

necessitem de cuidado em regime hospitalar. O acesso ocorre através da central de regulação ou pelos CAPS, de acordo com os arranjos de cada município.

No campo da saúde mental, incluindo o uso problemático de álcool e outras drogas, a "demanda" ou o "pedido" por internação surge fortemente de diferentes segmentos: familiar, judicial, dos serviços da rede, dos serviços de acolhimento e de outros equipamentos. Geralmente, esse pedido surge como se a internação fosse o recurso "salvador", ou seja, aquele que vai resolver os problemas dos usuários e/ou de sua família. Já estudamos nos capítulos anteriores que a dependência de álcool e outras drogas é um fenômeno complexo e é exatamente por essa razão que não há uma única solução. Assim, as internações não devem ser recursos exclusivos; mas consideradas apenas um dentre tantos outros recursos e que podem ser parte de alguns projetos terapêuticos singulares.

Veremos agora, de acordo com a lei Nº 10.216, quais são os aspectos legais das internações e os tipos de internação.

Aspectos legais

> Art. 4º. A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.
>
> § 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, à reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Tipos de internações

- **Internação voluntária:** o próprio usuário solicita ou consente em sua internação e tem o direito de pedir a qualquer momento sua suspensão.
- **Internação involuntária:** acontece sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro. Nesse caso a internação deve ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento, devendo esse mesmo procedimento ser realizado quando ocorrer a alta. Nesse caso, a família pode solicitar a suspensão da internação a qualquer momento.
- **Internação compulsória:** Determinada pela justiça. É aquela em que o adulto autor de crime recebe medida de segurança de internação em hospital de custódia e tratamento.

ATENÇÃO

As internações involuntárias só devem ser utilizadas em casos extremos, nos quais a pessoa esteja colocando em risco sua vida ou a de outros e não devem ser utilizadas de forma rotineira.

ESTRATÉGIAS DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

Entende-se como **Serviço Residencial Terapêutico (SRT)**, de acordo com definição do Ministério da Saúde (fls 48 e 49), por meio da **Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e da Portaria nº 3.090/GM/MS, de 23 de dezembro de 2011:**

*As Residências Terapêuticas são **moradias** inseridas preferencialmente na comunidade, destinadas a acolher pessoas com internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia. A inserção em um SRT compõe o longo processo de reabilitação que deverá buscar a progressiva inclusão social do morador. Assim, as Residências Terapêuticas constituem-se como alternativas de moradia para um grande contingente de pessoas que estão internadas há anos em hospitais psiquiátricos por não contarem com suporte adequado na família e na comunidade.*

ESTRATÉGIA DE REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL (GERAÇÃO DE RENDA)

São iniciativas que têm por objetivo a geração do trabalho e renda e incluem os núcleos e empreendimentos solidários e cooperativas. São ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial, por meio da inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho das pessoas com transtornos mentais ou com uso prejudicial de álcool e outras drogas.

A Rede Socioassistencial e sua articulação com as outras redes de atenção

A consolidação da política da Assistência Social e do SUAS, como anteriormente, requer uma rede socioassistencial capaz de corresponder aos princípios organizativos, como o atendimento às necessidades sociais, respeito à dignidade, autonomia, e que possa articular com os serviços de outros setores, ações e intervenções para a garantia de direitos a benefícios e serviços de qualidade. A igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, deve ser um princípio-base quando falamos em rede de atenção socioassistencial, que deve trabalhar pela ampla divulgação dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como os recursos oferecidos e os critérios para sua concessão.

Percebe-se a atuação de entidades assistenciais em muitos territórios fazendo parte da rede socioassistencial, e é de suma importância que as diretrizes do SUAS estejam presentes e norteiem as ações dessas organizações. Outro ponto de importância é a articulação dos serviços da Assistência Social com a Saúde, uma vez que o novo paradigma da Assistência Social trazido pela Constituição Federal de 1988 propõe a composição do tripé Saúde, Assistência e Previdência Social, conforme estudamos no capítulo anterior.

As intervenções, articulações e outras ações da Proteção Social Básica organizam-se em torno do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), conforme já vimos. Esse nível de atenção tem por objetivo ações preventivas aos indivíduos e famílias nos territórios, e apresentam serviços, além do próprio CRAS, como:

- Programa de Proteção e Atenção Integral às Famílias (PAIF);
  - ✓ Serviço de Assistência Social à Família e Proteção Social Básica no Domicílio (SASF) – O serviço atua com famílias em situação de risco e vulnerabilidade social, preferencialmente aquelas beneficiárias do Programa Bolsa-Família e do Benefício de Prestação Continuada.

- Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV);
  - ✓ Centro para Crianças e Adolescentes (CCA) – Atendimento a crianças e adolescentes de 6 a 14 anos e 11 meses;
  - ✓ Centro para Juventude (CJ) – Atendimento a adolescentes de 15 a 17 anos e onze meses;

- ✓ Núcleo de Convivência de Idosos – Atendimento de Idosos com idade igual ou superior a 60 anos, com atividades presenciais e em domicílio.

- Serviços de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Pessoas Idosas;
- Centro de Referência da Cidadania do Idoso (CRECI) – serviço de referência, proteção e defesa de direitos da pessoa idosa;

Já a Proteção Social Especial é referenciada no Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), e oferta serviços a indivíduos e famílias que se encontram em situação de risco social e pessoal em decorrência de abandono, maus-tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimentos de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras violações de direitos.

A articulação da rede socioassistencial e intersetorial nesse nível de atenção é desafiadora, visto que as situações de violações de direitos, fragilização e rompimento de vínculos familiares e comunitários requerem um trabalho amplo de apoio em vários pontos de atenção, com articulações compartilhadas e acompanhamentos mais individualizados.

No capítulo anterior, diferenciamos as modalidades de proteção social especial de média e alta complexidade, e vimos que o objetivo da atuação desse nível de atenção está voltado à situação de risco pessoal e social dos indivíduos e famílias, desde a garantia de mínimos sociais até o acesso aos serviços socioassistenciais e intersetoriais. Assim, fez-se necessário a articulação entre a proteção social especial e a atenção social básica para que possa ocorrer nos territórios o atendimento integrado às famílias. Um dos objetivos prioritários da proteção social especial é capacitar os profissionais da rede direta e conveniada, da assistência social, em relação a conhecimentos sobre uso de álcool, crack e outras drogas e implementar fluxos de encaminhamento para padronizar e agilizar o trabalho da rede intersecretarial.

Abaixo relacionamos os serviços de média e alta complexidade de maneira que você possa observar semelhanças e diferenças entre as modalidades desses níveis de proteção:

Média Complexidade	Alta Complexidade
▸ Serviço Especializado de Abordagem Social a pessoas em situação de rua (SEAS); ▸ Serviço Especializado de Abordagem a Adultos em situação de rua (SEAS Adultos); ▸ Serviço Especializado de Abordagem a Crianças e Adolescentes em situação de rua (SEAS Crianças e Adolescentes); ▸ Serviço Especializado de Abordagem a Pessoas que fazem uso das ruas para o consumo ou abuso de substâncias psicoativas em cenas de uso (SEAS 4); ▸ Núcleos de convivência para pessoas em situação de rua; ▸ Núcleos de apoio e reabilitação na comunidade e inclusão social para pessoas com deficiência; ▸ Serviços de medida socioeducativas em meio aberto; ▸ Prestação de serviço à comunidade; ▸ Liberdade assistida; ▸ Serviços de orientação e apoio sociofamiliar; ▸ Serviços de plantão social; ▸ Núcleo de Proteção Jurídico-Social e Apoio Psicológico (NPJ).	▸ Os equipamentos de acolhimento institucional para crianças e adolescentes; ▸ Família acolhedora ou substituta; ▸ Centros de acolhida emergencial; ▸ Centros de acolhida para adultos; ▸ Centros de acolhida especial, que se destinam a públicos específicos, oferecendo atendimento diferenciado, respeitando os diferentes ciclos de vida, gênero, período de convalescença e famílias como: Idosos; Mulheres; Gestantes, Mães e Bebês; Famílias; Imigrantes; Transexuais. ▸ República social; ▸ Serviços de medidas socioeducativas restritiva e privativa de liberdade: Semiliberdade; Internação Provisória; Internação Sentenciada.

CONSTRUIR A REDE É DIFÍCIL?

Como os serviços, que são constituídos por pessoas, "conversam" entre si?

A construção de redes se apresenta como uma tarefa complexa e exige a utilização de tecnologias que facilitem e melhorem a qualidade dos encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes, o que não é fácil, mas também não é impossível. Ter mais serviços e mais equipamentos é fundamental, mas por si só não é suficiente. Por isso, se torna fundamental a implementação de ferramentas e tecnologias que qualifiquem os encontros. Compor uma rede poderia significar apenas somar serviços e recursos de diversos setores da sociedade, públicos ou filantrópicos, mas aqui chamamos atenção para uma articulação de rede que se complemente, na qual seus autores sejam corresponsáveis pelas intervenções, encaminhamentos, com objetivos e ações que expressam o enfrentamento de estigmas, desigualdades e exclusões, trabalhando de fato para a inclusão das pessoas em situação de vulnerabilidades. Assim, se faz necessária a discussão de estratégias, a disponibilidade para o trabalho com o vínculo, com a clínica ampliada e com o matriciamento, para que haja o desenvolvimento não só dos indivíduos atendidos por essa rede, mas também dos serviços envolvidos e da comunidade em geral.

Os profissionais tem a tarefa cotidiana de superar a separação entre os sujeitos e os contextos, a construção de espaços de trocas, de conversas, negociações e a construção de novas relações entre os trabalhadores da rede, familiares e usuários e a construção de projetos terapêuticos inovadores que apostem na capacidade dos sujeitos de exercitarem ou transferirem para a vida real o que "experimentam" nos espaços terapêuticos.

Bibliografia

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Departamento de Proteção Básica Social. Coordenação-Geral de Serviços Socioassistenciais às Famílias. Coordenação-Geral de Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. Cadernos de Orientações – **Serviços de Proteção e atendimento Integral à Família e Serviços de convivência e fortalecimento de Vínculos: Articulação Necessária na Proteção Social Básica.** Brasília, DF, 2016.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS. Norma Operacional Básica – NOS/SUAS.** Brasília, DF, nov. 2005.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Proteção Básica do Sistema Único e Assistência Social. **Orientações Técnicas para o Centro de Referência da Assistência Social.** Versão Preliminar. Brasília, DF, jun. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. – 4. ed. 4. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização (PNH): Humaniza SUS - Documento-Base.** 3. ed. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização** – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica** – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 39)

_____. Política Nacional de Atenção Básica. **Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua**. Portaria nº 122 de 25 de janeiro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. **Lei Orgânica da Assistência Social**. Brasília, DF, dez 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742compilado.htm. Acesso em: 16 novembro 2018.

CHIAVERINI, D. H. (Org.) et al. **Guia prático de Matriciamento**. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília, 2011.

FIGUEIREDO, M. D & CAMPOS, R. O. **Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?** Ciência & Saúde Coletiva. 14(1): 129-138, 2009.

PINTO, D. M et al. **Projeto Terapêutico Singular na produção de cuidado integral: uma construção coletiva.** Texto e Contexto Enf. jul-set; 20(3): 493-302. Florianópolis, 2011.

ROSSINI, L. E. A.; BARROS, M. N. F. **Ações preventivas no contexto da vulnerabilidade social: Serviço Social em revista**. V.15 (2012). Disponível em: http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/13918. Acesso em: 27 nov. 2018.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. **Plano Municipal de Assistência Social – PLAS – 2014/2017**. São Paulo, SP.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social. **Norma Técnica dos Serviços Socioassistenciais**. Proteção Social Básica. São Paulo, SP, nov. 2012.

SILVA, D. S. **Apoio matricial em saúde mental: uma análise sob a ótica dos profissionais da atenção primária**. Rev. Portuguesa de Enf. de Saúde Mental, 6 (dez, 2011).

SPINK, P. K.; RAMOS, A. M. F. **Rede Socioassistencial do SUAS: configurações e desafios.** O Social em Questão. n. 36. p. 285 - 310. 2016.

SOBRE OS AUTORES

ANA PAULA BRIGUET

Graduada em Terapia Ocupacional, atualmente é coordena¬dora de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Barueri. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: Terapia Ocupa¬cional,Saúde Mental, Dispositivos de cuidado, Redes, Apoio Matricial e Consumo de Drogas. Ministrou aulas no módulo de Redes, de Apoio e Reinserção Social do Centro Regional de Referência (CRR) da UNIFESP e também no módulo Saúde Mental na Pós Graduação da Universidade de Guarulhos. Mestrado em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2008).

Lattes: http://lattes.cnpq.br/9652295060961259

RHAVANA PILZ CANÔNICO

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (2005); Especialização em Terapia Comunitária pela UNIFESP (2009); Aperfeiçoamento EaD em Saúde Mental pela Fiocruz (2009); Curso SUPERA pela UNIFESP (2009); Especialização em Saúde da Família pela UNASUS/UNIFESP (2011); Aperfeiçoamento em Processos Formativos EaD na área de Álcool e outras Drogas (2017). Tutora de Educação a Distância de 5 edições do curso SUPERA (2014 a 2017). Interlocutora em Equipes de Consultório na Rua no município de São Paulo desde 2012;

Lattes: http://lattes.cnpq.br/9532365786939492

CAROLINA MACEDO DAS NEVES

É bacharel em Serviço Social pela Faculdade Paulista de Serviço Social de São Paulo - FAPSS/SP e atua como Assistente Social em equipe do NASF em Unidade Básica de Saúde em São Paulo. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde na Infância e Adolescência da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, cursou Especialização em Saú¬de da Família pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, Pós Graduação - Especialização em Jogos Cooperativos pelo Centro Universitário Monte Serrat - UNIMONTE e Pós Graduação Especialização em MBA Executivo em Administração Hospitalar e de Negócios da Saúde pela Universidade de Santo Amaro - UNISA.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/6826034651299560

TALITA DE SOUZA

Possui graduação em Terapia Ocupacional pelo Centro Universitário São Camilo e Especialização em Psicopatologia e Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Servidora Pública da Prefeitura Municipal de São Paulo desde 2014 e atuou como Coordenadora Pedagógica do Curso de Extensão "Sistema para detecção do uso abusivo e dependência e substâncias psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento" SUPERA (SENAD/UNIFESP) entre 2015 e 2017; Experiência no atendimento em saúde mental, álcool e drogas, adolescentes e população específica de alta vulnerabilidade. Atualmente mestranda no Departamento de Psicobiologia na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) realizando pesquisa com gestantes usuária de substância e barreiras de acesso à saúde.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/3371008554697673

ANA REGINA NOTO

Psicóloga e Bioquímica, Mestre e Doutora pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, na qual é chefe da Disciplina de Medicina e Sociologia do Abuso de Drogas, orientadora do Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia (nota 7 da CAPES). Coordenadora do Núcleo de Pesquisa em Saúde e Uso de Substâncias (NEPSIS) e Vice-Coordenadora do curso SUPERA. Orientou 14 teses de Doutorado e 14 de Mestrado e publicou mais de 100 artigos em revistas indexadas.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/1146514655934224

CAPÍTULO 5

Cuidado integral de pessoas com problemas associados ao uso de drogas:

reflexões baseadas em exemplos práticos

Talita de Souza
Ana Paula Briguet
Rhavana Pilz Canônico
Carolina Macedo das Neves
Maria Lucia Oliveira de Souza Formigoni

COMO CITAR:

Souza T, Briguet AP, Canônico RP, Neves CM, Formigoni MLOS. Cuidado integral de pessoas com problemas associados ao uso de drogas: reflexões baseadas em exemplos práticos EM: Formigoni MLOS, Duarte PCVA (Org) Módulo 5 [recurso eletrônico]: SUS e SUAS: redes de cuidado integral às pessoas com problemas associados ao uso de álcool e outras drogas. Coleção SUPERA, 1ª. ed. São Paulo, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Universidade Virtual do Estado de São Paulo (UNIVESP), Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD); 2018. ISBN: 978-85-62377-29-7 (on line); v.6 SUPERA EAD [13a turma] pags 95-108

TÓPICOS

Caso 1: Dona Mazé e a potencialidade da Estratégia de Saúde da Família 95

Caso 2: Eduardo e seu percurso em um Centro de Atenção Psicossocial 98

Caso 3: Davi e os desafios no cuidado a adolescentes usuários de substâncias psicoativas 103

Atividade 105

Sobre os autores 107

OBJETIVOS

Agora que você já conhece como foram construídas as políticas de saúde, saúde mental e assistência social, e como são formadas as redes de assistência e serviços, vamos acompanhar alguns estudos de casos nos quais o conhecimento sobre as redes e seus serviços foram essenciais.

O objetivo deste capítulo é um convite para refletir sobre como colocar em prática o cuidado em rede alicerçado na clínica ampliada e na reabilitação psicossocial. Para nos acompanhar nessa trajetória iremos conhecer três personagens e suas histórias: Dona Mazé e a potencialidade de intervenção da Estratégia de Saúde da Família; Eduardo e seu percurso de tratamento proposto nos Centros de Atenção Psicossocial; e Davi, que revela os desafios envolvidos no cuidado com adolescentes que fazem uso de substâncias psicoativas em situação de vulnerabilidade.

Caso 1: Dona Mazé e a potencialidade da Estratégia de Saúde da Família

Maria José Raimundo, apelidada por todos como **Dona Mazé,** é moradora antiga do bairro e é conhecida pela equipe de saúde da família. Constantemente, ela é assunto da reunião de equipe, que demonstra a sua preocupação com seus atuais picos hipertensivos. Além disso, os vizinhos têm relatado que Dona Mazé tem feito uso constante de bebidas alcoólicas. Um desses vizinhos, o mais próximo, chegou a comentar com um agente de saúde da equipe que Dona Mazé lhe tinha dito que tem bebido com mais frequência, para se acalmar e conseguir dormir. Ele então ofereceu a ela o remédio de que uma de suas filhas costuma fazer uso para conseguir dormir.

Naquela mesma semana, Dona Mazé foi até a UBS para marcar consulta com o médico, pois desejava uma nova receita desse remédio que a tinha ajudado a dormir. Através da cartela, já vazia, o agente comunitário de sua área conseguiu ler o nome da medicação e, dessa forma, a equipe soube que se tratava de um benzodiazepínico (VOCÊ LEMBRA OS EFEITOS DESSA CLASSE DE MEDICAÇÕES? SE QUISER RELEMBRAR RELEIA O MÓDULO 2). Em algumas tentativas realizadas pela equipe para alertar Dona Mazé sobre os riscos associados ao uso de álcool combinado com benzodiazepínicos, ela se mostrou resistente e desconversou sobre o assunto, dizendo que a medicação fazia bem para ela e ajudava a dormir. Sobre o álcool, afirmava não ser "alcoólatra" e não ter problemas.

PARA REFLETIR...

Nesse trecho inicial, o lugar por onde a rede começou a ganhar forma foi no próprio território e nas conversas informais com os vizinhos. Sabemos que o diagnóstico situacional implica no contato com a pessoa, no acolhimento empático e na escuta cuidadosa por parte do profissional. Esses aspectos são importantes para o início da construção do vínculo; conhecer as pessoas que são próximas dos usuários também pode ajudar a equipe a compreender as primeiras necessidades. O espaço para pensar e pactuar as primeiras intervenções, no nosso exemplo, foi a reunião de equipe.

Você sabe identificar em seu trabalho quais são os espaços potentes para conversar sobre as primeiras aproximações com os usuários? E as dificuldades estabelecidas nessas aproximações?

Nos casos que envolvem problemas associados ao uso de drogas, realizar um diagnóstico situacional baseado na lógica da clínica ampliada permite adotar outras perspectivas de tratamento que não somente a abstinência.

SAIBA MAIS

Você verá no Módulo 7 e no Material Didático 2 algumas das Estratégias de Redução de Danos que poderiam ser utilizadas em casos como esse.

Quais são suas dificuldades para abordar questões sobre o uso de álcool e outras drogas com os usuários?

Ao identificar uma resistência inicial de uma pessoa para falar sobre o seu uso de substâncias podemos lançar mão de uma abordagem não confrontativa, centrada na empatia e na escuta.

LEMBRE-SE

Lembre-se do que você aprendeu no Módulo 4, sobre estágios de prontidão, técnicas de motivação e estratégias de Intervenção Breve, e procure aplicar esse conhecimento em casos como esse.

Nesse caso, o enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família marcou consultas mais frequentes com Dona Mazé para conversar sobre os cuidados clínicos importantes em sua idade, marcar exames de rotina e, assim, iniciou um processo de vinculação à usuária.

Ao criar vínculo com o sujeito em cuidado tornam-se possíveis novas formas de ofertar e receber o cuidado, como o uso de um instrumento de triagem, evitando a estigmatização do paciente (discutida no Módulo 1, você se lembra?).

Sabe o que o enfermeiro descobriu?

Dona Mazé tem 65 anos e tornou-se viúva há pouco menos de um ano, passando então a morar sozinha. O profissional conseguiu, através de uma abordagem simples e empática, conversar com Dona Mazé sobre a preocupação da equipe quanto ao seu

consumo de álcool. Ela disse que nunca bebeu durante o trabalho, mas que costuma beber cerveja aos finais de semana, quando não está trabalhando. Mencionou que, desde que ficou viúva, sente-se muito sozinha e há cerca de 3 meses vem apresentando dificuldades para dormir. Ao ser detectado o quadro hipertensivo e a necessidade de Dona Mazé tomar um remédio de uso contínuo, o profissional pôde abordar melhor seus hábitos alimentares e cotidianos. Dessa forma, a idosa sentiu confiança para falar sobre uma certa tristeza que sentia e como o álcool a deixava mais "animada". Tendo um bom vínculo, de forma firme, o enfermeiro alertou Dona Mazé quanto aos riscos de tomar medicação controlada sem prescrição e ao aumento do risco de causar dependência e outros problemas devidos à associação com álcool. A partir daquele momento, ela contou que tinha aumentado o consumo de álcool, ingerindo uma latinha de cerveja à noite, pois a ajudava a relaxar e dormir com mais facilidade. Contudo, desde que sua vizinha lhe ofereceu um calmante, restringiu o uso de álcool aos finais de semana, período em que percebe dormir *"além da conta"*. Sobre a tristeza, Dona Mazé mencionou que sentia saudades de seu companheiro. Nesse momento, o enfermeiro da equipe propôs à Dona Mazé que ela respondesse a um instrumento de triagem rápido para ajudar a identificar o nível de riscos associados ao seu uso de álcool.

Vamos continuar nossa reflexão?

A partir do que já foi estudado, qual instrumento de triagem seria indicado nesse caso?

Devido ao uso atual de benzodiazepínicos por parte de Dona Mazé, o profissional utilizou o ASSIST como instrumento de triagem. A pontuação resultante estava associada à sugestão de aplicação de uma Intervenção Breve.

Além da Intervenção Breve, qual outra proposta de cuidado você ofertaria à Dona Mazé?

Vamos ao desfecho do caso...

Após discussão em equipe, posterior às intervenções realizadas, a equipe de apoio matricial sugeriu um atendimento compartilhado do enfermeiro e da psicóloga do NASF, propondo uma investigação mais aprofundada sobre essa "tristeza" referida. Nas consultas médicas, em que inicialmente Dona Mazé estava ansiosa para obter sua receita de "calmantes", ela aceitou a proposta de retirar a medicação aos poucos e, ao

mesmo tempo, participar semanalmente de um grupo aberto de caminhada e práticas alternativas oferecido na UBS, com a participação da equipe do Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO), equipamento que ficava na mesma rua da unidade.

A avaliação psicológica aliada à avaliação clínica sugeriu que Dona Mazé estava passando por um período de luto e que essa tristeza fazia parte do processo natural de perda. Aos poucos, Dona Mazé conseguiu trabalhar essa tristeza e teve uma melhora, com a interrupção do consumo de álcool. Em uma reunião das equipes da rede, a equipe soube da existência de um grupo de escuta para pessoas que vivenciam o luto, realizado na igreja do bairro, por voluntários. Dona Mazé passou a participar do grupo aos finais de semana e descobriu que alguns colegas da caminhada também frequentavam esse mesmo espaço. Nos meses seguintes, Dona Mazé ampliou suas atividades no CECCO, passando a fazer parte do coral, do grupo de "bate-papo" e a fazer exercícios de origem chinesa, chamados de "lian gong". Os episódios de hipertensão praticamente cessaram e atualmente Dona Mazé vive com sua "agenda cheia". Continua sendo conhecida na UBS, mas agora pela participação ativa nas atividades propostas.

Caso 2: Eduardo e seu percurso em um Centro de Atenção Psicossocial

Depois que abordamos o uso problemático de drogas na esfera da atenção básica, vamos refletir sobre as intervenções baseadas na rede de atenção psicossocial a partir de um CAPS-AD, Unidade de Acolhimento ou da rede de assistência social?

Nesse caso iremos nomear algumas instâncias da organização da rede de saúde mental em âmbito territorial, como os fóruns de saúde mental intersetoriais.

Surgem, então, algumas questões:

- Você sabe como se organiza a rede de saúde mental da sua cidade ou bairro?
- Quem é responsável pela comunicação entre os serviços e quem a coordena?
- Existe um espaço de construção intersetorial, como fóruns ou reunião de território?

Agora, vamos conhecer o Eduardo?

O CAPS-AD III de um território próximo solicitou a um CAPS-AD II da região norte a discussão em equipe sobre o caso de um jovem que estava em acolhida noturna há cerca de 10 dias no serviço. Eduardo, de 25 anos, morador originário da região norte, ficou internado em uma Comunidade Terapêutica (CT) durante um ano, devido a problemas decorrentes do uso de álcool e cocaína, tendo sido encaminhado pela igreja que frequentava. Durante a discussão, a equipe do CAPS-AD III contou que Eduardo chegou ao serviço semanas após sua saída da CT, fazendo uso diário de cocaína e álcool e em situação de rua, sem nenhum contato familiar. Nesse período apresentou diversos episódios de fissura; dessa forma, a equipe fez uma avaliação de risco e optou pela oferta para acolhida noturna. No contato com a equipe, Eduardo relatou seu desejo de voltar para o bairro onde morava com a mãe e a irmã mais velha e contou com pesar que durante seu período de internação não recebeu nenhuma visita dos familiares. Tentou, sem sucesso, conversar com a mãe depois de sua saída, mas ela afirmava que ambas não queriam que ele voltasse a morar lá.

Em parceria, ambos os serviços discutiram com a equipe da Unidade de Acolhimento de referência do CAPS-AD II, sendo estabelecida como projeto terapêutico inicial sua inserção na UA e CAPS e, em conjunto, viabilizaram seu deslocamento para a residência. Uma semana após sua chegada à unidade, Eduardo se desentendeu com outro acolhido e decidiu sair do dispositivo. Ainda sem contato com a família, mesmo com diversas investidas do CAPS, a opção naquele momento era ir para um Centro de Acolhida coordenado pela Secretaria da Assistência Social, visto o medo de Eduardo de ficar em situação de rua e voltar ao uso de drogas. No CAPS-AD Eduardo manteve seu PTS ativo, embora começasse a apresentar faltas nas consultas com a sua técnica de referência e no grupo terapêutico. Após algumas semanas, Eduardo por fim abandonou o serviço.

Como podemos perceber, a Unidade de Acolhimento difere do Centro de Acolhida por ser este um serviço ligado à rede da saúde e referenciado por um CAPS-ad de seu território, enquanto o Centro de Acolhida é ligado à rede da assistência social. São propostas com abordagem e olhares diferentes. Como vimos anteriormente, a proposta das Unidades de Acolhimento é ofertar, com base nos princípios da reabilitação psicossocial, uma moradia provisória com objetivo de trabalhar autonomia e aumento do poder contratual através da organização cotidiana, trabalho e lazer. Já os Centros de Acolhida, como o próprio nome diz, são serviços da rede da assistência social destinados a ofertar acolhida rápida a quem necessita.

No caso de Eduardo, pensar no Centro de Acolhida foi uma estratégia frente à demanda de acolhida rápida que surgiu no momento em que escolheu sair da UA.

A história de Eduardo continuou...

No mês seguinte ao abandono, a técnica de referência de Eduardo o encontrou na rua próximo ao CAPS, muito sujo e com sinais de intoxicação. Mesmo com dificuldades em abordá-lo, ela o convidou a ir até a unidade para conversar. Eduardo prometeu ir, porém só apareceu dias depois, pedindo internação. Novamente apresentava autocuidado prejudicado, muito emagrecido e referia estar havia dois dias em uso contínuo de álcool e crack. Ele contou que iniciou o uso de crack pelo valor mais barato do que cocaína e pela maior oferta no território. Eduardo referiu estar na rua por não ter se adaptado ao Centro de Acolhida e, sem a possibilidade de uma vaga fixa, não conseguia chegar a tempo para conseguir um pernoite ou, quando chegava, estava intoxicado e não permitiam sua entrada. Dessa forma, passou a permanecer na rua, intensificando seu uso de substância. A equipe então propôs um PTS intensivo, com atividades grupais como oficinas e convivência, porém Eduardo insistia em se internar novamente, pois queria ficar "longe da droga".

É essencial para um tratamento *bem-sucedido que as estratégias de vinculação dos usuários aos serviços possam diminuir possíveis barreiras de acesso ao cuidado e promover baixa exigência à oferta de tratamento.*

A abordagem de acolhimento da terapeuta ao ver Eduardo na rua possibilitou que ele, mesmo frente à resistência e com o autocuidado prejudicado, retornasse ao CAPS e identificasse o serviço como um local possível para manifestar seu desejo por cuidado. A equipe propôs entrar em contato com o Centro de Acolhida para articular uma vaga fixa atrelada a um projeto intensivo no CAPS, proposta aceita por Eduardo.

Porém o Centro de Acolhida não dispunha de tal vaga e sugeriu a permanência dele por alguns dias através das vagas de pernoite, para então conseguir uma vaga fixa. Eduardo aceitou e retomou no dia seguinte seu PTS intensivo no CAPS, passando por uma nova avaliação clínica. Tanto as intervenções terapêuticas quanto as médicas começaram a surtir efeito, com redução dos sintomas de abstinência.

LEMBRE-SE

Lembre-se do que você aprendeu no Módulo 2 sobre esse assunto.

Eduardo conseguiu fortalecer seu vínculo com o CAPS e logo estabeleceu novos projetos, voltando a trabalhar informalmente, distribuindo panfletos e auxiliando conhecidos em um lava rápido. Passou a frequentar o grupo terapêutico, a assembleia do CAPS e as oficinas de música. Conseguiu interromper o uso de cocaína e crack e, apesar de continuar a usar álcool, este se tornou restrito aos finais de semana, diminuindo seu consumo aos poucos. Por fim, a equipe conseguiu o contato familiar, mas a mãe manteve a mesma postura de não aceitá-lo em casa.

Em uma das reuniões mensais do fórum de saúde mental do território, profissionais do CAPS-AD, UBS de referência e o Serviço de Assistência Social à Família (SASF) discutiram o caso de Eduardo na tentativa de compartilhar o cuidado e compor sua história com mais informações sobre a família. A ACS da UBS referiu não conhecê-lo e pelo prontuário familiar constatou-se que a mãe de Eduardo havia solicitado ao médico de família da equipe um laudo para a internação na Comunidade Terapêutica. A assistente social, junto à técnica de referência, ambas do CAPS-AD II, procurou mais informações sobre esse dado e agendou uma visita domiciliar da família compartilhada entre a equipe do SASF e do CAPS-AD II, no intuito de avaliar suas vulnerabilidades.

Nessa visita domiciliar foram detectados diversos problemas e demandas da situação socioeconômica e da dinâmica familiar. Foi feito um diagnóstico situacional para avaliar fatores de risco e proteção, elencar intervenções já realizadas e novas ações possíveis. Foram também avaliados os vínculos da mãe e irmã com Eduardo, que tinham se fragilizado após diversos episódios de furto em casa, que segundo ele eram para manter seu uso de drogas. Dadas as recusas de ambas em participar do grupo de

família do CAPS-AD, a equipe ofertou a elas, principalmente a Marlene, mãe de Eduardo, uma atividade do serviço de Assistência Social destinada ao cuidado familiar. Marlene se interessou pela oficina de panificação, que poderia também lhe trazer alguma renda, já que sua filha Ângela era a única da casa que trabalhava, ainda que informalmente. Marlene passou a frequentar a oficina às quintas-feiras à tarde, e segundo as técnicas do serviço relatava as dificuldades que tinha para lidar com o filho, desde que se divorciou de seu marido, quando Eduardo tinha 12 anos. Ela não aceitava que ele usasse drogas e por isso o internou em uma Comunidade Terapêutica com a ajuda da igreja e disse que não o aceitaria enquanto não estivesse "limpo".

Após dois meses frequentando a oficina, Marlene foi convidada para uma roda de conversa sobre álcool e outras drogas no SASF. Como os profissionais do CAPS-AD II foram convidados para essa atividade, surgiu um espaço para discutir sobre como o uso prejudicial de substâncias poderia afetar a dinâmica familiar e a importância da família junto ao tratamento. Percebendo em sua relação com Eduardo características abordadas na roda de conversa, Marlene ao final da atividade buscou informações sobre o filho e foi convidada a participar do grupo de família no CAPS-AD.

A mãe de Eduardo pôde frequentar um espaço coletivo de atendimento a famílias no território, articulado através de uma reunião de rede e de uma intervenção compartilhada. Em qual modalidade de atenção esse serviço está inserido e qual o público/demanda que ele visa atender?

O SASF faz parte da rede de proteção básica de assistência social e tem por função promover a proteção e o fortalecimento de vínculos familiares. No caso de Eduardo, seu acionamento foi essencial para uma abordagem efetiva com os familiares deste.

Em paralelo ao cuidado familiar, a equipe do CAPS voltou a ofertar uma vaga na UA e Eduardo, dessa vez, conseguiu lidar melhor com a convivência cotidiana e com as dificuldades nas relações interpessoais. Nesse período, Eduardo já conseguia falar por telefone com sua mãe, que, após começar a frequentar as reuniões familiares no CAPS, aceitou visitar o filho na UA. Embora a relação ainda estivesse frágil, Eduardo começou a passar alguns finais de semana com sua família e, atualmente, está procurando alugar um quarto numa pensão no território.

Caso 3: Davi e os desafios no cuidado a adolescentes usuários de substâncias psicoativas

Sabemos que a premissa do trabalho em território do Consultório na Rua é o cuidado na integralidade do sujeito, visando à atenção na perspectiva da Redução de Danos e da clínica ampliada. Acompanhe agora um caso novo e depois discuta como a atuação desse serviço pode ser um elo entre a população em situação de rua e os diversos serviços que compõem a rede de cuidados. Isso pode garantir o acompanhamento numa perspectiva longitudinal e fortalecer vínculos frágeis.

Lembra a importância que o fórum de saúde mental teve na discussão compartilhada do caso de Eduardo? Iremos partir desse mesmo espaço de construção para, dessa vez, acompanhar o caso de Davi, adolescente em vulnerabilidade que mobilizou vários serviços do território e cujo caso teve diversos desdobramentos.

Os serviços intersetoriais que compõem a rede de cuidado trouxeram alguns casos considerados mais graves no território durante o fórum de saúde mental, sendo um deles o caso do adolescente Davi, com 13 anos de idade. Os relatos eram de um adolescente com aparência de menino, quieto, com discurso infantilizado e arredio ao contato. Só conseguiam acessá-lo quando ele ia até o Serviço de Abordagem da assistência social solicitar alimentação ou um local para fazer sua higiene pessoal. A entrada do Consultório na Rua se deu a partir da articulação com os serviços da assistência destinados à abordagem na rua , que já acompanhavam Davi.

Aos poucos, percebeu-se a importância de um trabalho conjunto para, assim, fortalecer o cuidado ao adolescente. Devagar a equipe foi se aproximando de Davi e constatou ser um adolescente com estatura abaixo da sua idade, emagrecido e hostil ao contato. Buscando ampliar as estratégias de cuidado, realizou-se uma visita domiciliar compartilhada pela equipe de Consultório na Rua e assistência à mãe do adolescente, Sra. Fátima, para resgate da história de vida e compreensão da dinâmica familiar.

Segundo relatos da mãe, a questão da situação de rua surgiu aos poucos, com saídas constantes para encontrar amigos, sempre acompanhado da irmã mais velha, de 17 anos. A partir dessas vivências, tanto Davi quanto sua irmã tiveram os primeiros contato com drogas ilícitas. Sra. Fátima relatou que nos quatro anos em que o filho se encontrava em situação de rua houve histórico de institucionalização e posteriores fugas, sendo que a situação de Davi foi acompanhada pelo Conselho Tutelar do território. Fátima relatou cuidado com os demais filhos, contando com o apoio das irmãs que residem próximo à sua casa, e compreendia que Davi e a irmã mais velha se encontravam em situação de vulnerabilidade e risco, necessitando cuidados específicos. *As equipes informaram* Fátima *sobre a atuação no território e que a premissa do trabalho são o cuidado e a garantia de direitos e proteção dos adolescentes.*

LEMBRE-SE

Para saber mais sobre o cuidado integral destinado a crianças e adolescentes, entre no link abaixo e leia sobre o estatuto da criança e do adolescente http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm

A equipe observou que Davi, gradativamente, passou a aceitar conversar, passando alguns períodos no CAPS-IJ, onde tomava banho e se alimentava. Dias depois foi encaminhado ao SAICA (Serviço de Acolhimento Institucional para Criança e Adolescente), um tipo de serviço de acolhimento institucional regionalizado na cidade de São Paulo, pela equipe de SEAS (Serviço Especializado de Abordagem Social), após demonstrar desejo de ser abrigado. A equipe de Consultório na Rua e da Assistência realizou visitas ao local, conseguindo cada vez mais conversar com o adolescente, que solicitou a visita da mãe.

Você consegue identificar onde cada serviço atua diretamente na garantia de cuidado de Davi?

Tanto o Consultório na Rua quanto o serviço da assistência foram acompanhando Davi entre sua trajetória dos diversos serviços, sempre potencializando seu papel como sujeito de direitos, composto de desejos e vontades, e não como um usuário sujeito a intervenções institucionais.

A construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS) de Davi foi feita junto ao adolescente, em conjunto com o SAICA, Consultório na Rua e SEAS, e primeiramente se pensou novamente em acolhimento no CAPS-IJ, com objetivo de ampliação de repertório e cuidado em saúde mental.

Assim como os CAPS-AD, os CAPS-IJ também destinam seus atendimentos aos problemas relacionados ao uso de substâncias, só que para crianças e adolescentes. No caso de Davi, o acompanhamento pelo CAPS-IJ visou à produção de saúde e experiências saudáveis que possam fortalecer seu desenvolvimento e ampliar sua rede, como por exemplo a reinserção na escola e inserção em serviços esportivos.

Já conversamos sobre a importância de se mapear a rede de serviços intersetoriais quando estamos acompanhando um caso complexo. Isso vale também na área da infância e adolescência. Por ser um período valioso para intervenções, apoiar-se somente em um eixo de atenção poderia restringir as possibilidades de atuação.

Em seguida ao início de seu projeto no CAPS-IJ, Davi fugiu do abrigo e foi encontrado pedindo dinheiro no semáforo, com higiene prejudicada e fazendo uso de maconha e crack, em uma cena de uso importante da região. Em seguida, Davi procurou a equipe do SEAS, importante referência ao adolescente, referindo tosse e incômodo ao respirar, e foi acompanhado por um profissional do Consultório na Rua, do SEAS e do CAPS até o hospital. A Sra. Fátima foi acionada pela equipe e prontamente se disponibilizou a ir até o hospital. Contou que naquele mesmo dia havia sido atendida pela Defensoria Pública (SAIBA MAIS EM https://www.defensoria.sp.def.br/dpesp/) sobre a situação dos dois filhos que se encontravam em situação de rua e se apresentou muito emotiva com a situação, compreendendo que deve manter a convivência familiar, mesmo com todas as fragilidades. Davi teve alta e foi para casa com a mãe. Atualmente, o PTS de Davi consiste em atendimentos semanais no CAPS-IJ mais próximo de sua residência, decidido após discussão entre as equipes com monitoramento constante e compartilhado.

Atividade

Depois de conhecer os diversos desdobramentos do caso reflita:

Propõe-se, na perspectiva da construção e manutenção do vínculo com a população de crianças e adolescentes, um trabalho clinicamente implicado, responsável e acolhedor, que articula o cuidado integral junto aos serviços envolvidos e intensifica o monitoramento do caso.

Sob esse aspecto, quando pensamos no cuidado ofertado pelos dispositivos da RAPS e demais serviços da assistência, é de fundamental importância refletir sobre a continuidade do acompanhamento que não acontece no tempo sequencial, cronológico, estabelecido por prazos, mas sim é marcado pelo tempo dos encontros e processos que nos convocam a pensar nos movimentos do cuidado, sem um começo, meio ou fim tão determinados.

Como você lida com isso?

Pense em algum caso que você conheça e faça uma relação dos serviços que atenderam essa pessoa. Em seguida, considerando todas as possibilidades de tipos de serviço que discutimos neste Módulo, proponha o que consideraria um PTS adequado para o caso.

SOBRE OS AUTORES

TALITA DE SOUZA

Possui graduação em Terapia Ocupacional pelo Centro Universitário São Camilo e Especialização em Psicopatologia e Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Servidora Pública da Prefeitura Municipal de São Paulo desde 2014 e atuou como Coordenadora Pedagógica do Curso de Extensão "Sistema para detecção do uso abu¬sivo e dependência e substâncias psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento" SUPERA (SENAD/UNIFESP) entre 2015 e 2017; Experiência no atendimento em saúde mental, álcool e drogas, adolescentes e po¬pulação específica de alta vulnerabilidade. Atualmente mestranda no Departamento de Psicobiologia na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) realizando pesquisa com gestantes usuária de substância e barreiras de acesso à saúde.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/3371008554697673

ANA PAULA BRIGUET

Graduada em Terapia Ocupacional, atualmente é coordena¬dora de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Barueri. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: Terapia Ocupa¬cional,Saúde Mental, Dispositivos de cuidado, Redes, Apoio Matricial e Consumo de Drogas. Ministrou aulas no módulo de Redes, de Apoio e Reinserção Social do Centro Regional de Referência (CRR) da UNIFESP e também no módulo Saúde Mental na Pós Graduação da Universidade de Guarulhos. Mestrado em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2008).

Lattes: http://lattes.cnpq.br/9652295060961259

RHAVANA PILZ CANÔNICO

Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de São Paulo (2005); Especialização em Terapia Comunitária pela UNIFESP (2009); Aperfeiçoamento EaD em Saúde Mental pela Fiocruz (2009); Curso SUPERA pela UNIFESP (2009); Especialização em Saúde da Família pela UNASUS/UNIFESP (2011); Aperfeiçoamento em Processos Formativos EaD na área de Álcool e outras Drogas (2017). Tutora de Educação a Distância de 5 edições do curso SUPERA (2014 a 2017). Interlocutora em Equipes de Consultório na Rua no município de São Paulo desde 2012;

Lattes: http://lattes.cnpq.br/9532365786939492

CAROLINA MACEDO DAS NEVES

É bacharel em Serviço Social pela Faculdade Paulista de Serviço Social de São Paulo - FAPSS/SP e atua como Assistente Social em equipe do NASF em Unidade Básica de Saúde em São Paulo. Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde na Infância e Adolescência da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, cursou Especialização em Saú¬de da Família pela Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP, Pós Graduação - Especialização em Jogos Cooperativos pelo Centro Universitário Monte Serrat - UNIMONTE e Pós Graduação Especialização em MBA Executivo em Administração Hospitalar e de Negócios da Saúde pela Universidade de Santo Amaro - UNISA.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/6826034651299560

MARIA LUCIA OLIVEIRA DE SOUZA FORMIGONI

Biomédica, Mestre, Doutora e Professora Livre-Docente pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, na qual foi pró-reitora de Pós-Graduação e Pesquisa, chefe do departamento de Psicobiologia e coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicobiologia (nota 7 da CAPES), no qual é orientadora. Coordena a Unidade de Dependência de Drogas (UDED) e o curso SUPERA, que desenvolveu em parceria com a Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD, 2006-2017). Orientou 21 teses de Doutorado e 26 de Mestrado e publicou mais de 120 artigos em revistas indexadas. Editora assistente da revista Addiction. Researcher ID: B-5736-2011.

Lattes: http://lattes.cnpq.br/6528718059938788.