

Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas: Guia AD

Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas: Guia AD



Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

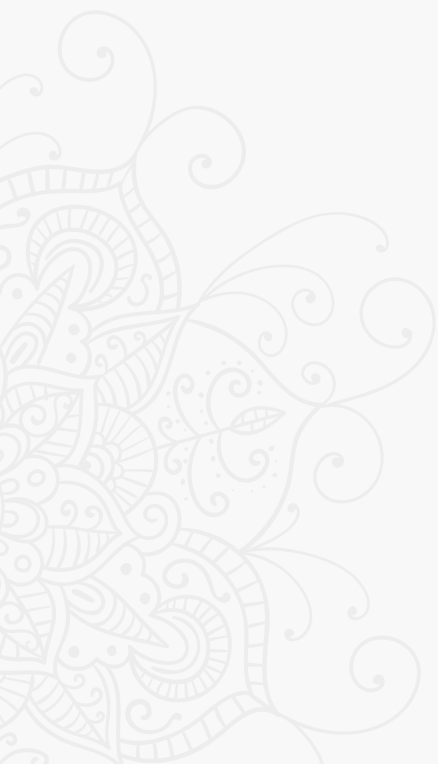


Ministério da **Justiça**

Ministério da **Saúde**



**Guia Estratégico para
o Cuidado de Pessoas com
Necessidades Relacionadas
ao Consumo de Álcool
e Outras Drogas:
Guia AD**



**Guia Estratégico para
o Cuidado de Pessoas com
Necessidades Relacionadas
ao Consumo de Álcool
e Outras Drogas:
Guia AD**



2015 Ministério da Saúde.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <<http://editora.saude.gov.br>>.

Tiragem: 1ª edição – 2015 – 10.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Atenção à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas
SAF Sul, Quadra 2, lote 5/6, bloco II, sala 13, Edifício Premium
CEP: 70070-600 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-9144
Site: www.saude.gov.br/mental
E-mail: saudemental@saude.gov.br

Coordenação técnica geral
Roberto Tykanori Kinoshita

Elaboração de texto:

Ana Carolina da Conceição
Cesar Henrique dos Reis
Cinthia Lociks de Araújo
Daniel Adolpho Daltin Assis
Gabriela Hayashida
Nadia Maria Silva Pacheco
Pollyanna Fausta Pimentel de Medeiros
Raquel Turci Pedroso
Roberto Tykanori Kinoshita

Editora responsável:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Fax: (61) 3233-9558
Site: <http://editora.saude.gov.br>
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:

Normalização: Delano de Aquino Silva
Revisão: Khamila Silva e Tamires Alcântara
Capa, projeto gráfico e diagramação: Marcos Melquíades

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.
Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas : *Guia AD* / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.
100 p. : il.

ISBN

1. Atenção à Saúde Mental no SUS. 2. Usuário de Drogas. 3. Atendimento Integral. 4. Política para Atenção Integral ao uso de álcool e outras drogas. I. Título

CDU 616.8-085.851

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2016/0057

Título para indexação:

Strategic care guide for persons with alcohol and other drugs related disorders



AGRADECIMENTOS

A todos os trabalhadores, usuários e familiares dos serviços dos Centros de Atenção Psicossocial (Caps) do Governo do Distrito Federal, do Programa De Braços Abertos (DBA) – Prefeitura de São Paulo –, e do Programa ATITUDE – Governo do Estado de Pernambuco –, bem como aos colaboradores via consulta pública. Enfim, a todos aqueles que, de alguma forma, ao longo do processo de construção, possibilitaram as reflexões e as definições presentes neste *Guia AD*.



SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	9
INTRODUÇÃO.....	11
1 PRINCÍPIOS E PARÂMETROS PARA O CUIDADO	15
1.1 Disponibilidade para a agenda do outro	15
1.1.1 Como acolher o usuário?.....	15
1.1.2 Como desenvolver o trabalho?.....	16
1.1.3 O que evitar e o que oportunizar?.....	18
1.1.4 O que perceber como elementos para o cuidado?.....	18
1.2 Política, planejamento, coordenação, monitoramento e avaliação	20
1.3 Acessibilidade.....	21
2 AVALIAÇÃO E CONSTRUÇÃO DO CASO	23
2.1 O que é avaliação do caso?	23
2.2 Como construir	23
2.3 Diálogo com o usuário, por quê?.....	23
2.4 Como fazer no cotidiano?.....	23
2.5 Quais informações são importantes para construção?.....	24
2.6 Informações para diagnóstico do uso, abuso e dependência de drogas	25
2.7 Quais são as estratégias e ofertas terapêuticas para as intervenções da equipe?.....	26

3 PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR	31
3.1 Como fazer?.....	32
3.2 Outras dimensões para trabalhar o PTS.....	34
3.3 Padrões de qualidade no cuidado na relação trabalhador e usuário	35
4 REDUÇÃO DE DANOS	39
4.1 O que é Redução de Danos?	39
4.2 Algumas dimensões das estratégias de Redução de Danos.....	41
4.3 E os direitos dos usuários no SUS?	42
5 PREVENÇÃO	45
5.1 Prevalência de consumo de drogas e suas faixas etárias	47
5.2 Necessidades de adequação aos diferentes contextos individuais, sociais, políticos e culturais.....	49
5.3 Articulação em rede entre os setores e o controle social.....	50
5.4 Organização de ações baseadas em boas práticas no campo da prevenção	53
5.5 Necessidade de avaliação contínua dos efeitos das ações de prevenção ...	54
6 REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E ESTRATÉGIAS DE ORGANIZAÇÃO	57
6.1 O que é a Raps? Como se configura a Raps?	57
6.2 Quais as funções da atenção básica na construção do cuidado na Raps?	57
6.3 Quais são os pontos de atenção/serviços da Raps?	58
6.4 Quais são as estratégias de funcionamento e operacionalização da Raps?.....	59
6.5 Por que trabalhar em rede?	60
6.6 Como operacionalizar o trabalho em rede?.....	61
6.7 Para que(m) organizar dessa forma o trabalho?.....	61
6.8 Funcionando a articulação da rede, como continuar?	62
7 SAÚDE MENTAL E JUSTIÇA	63
REFERÊNCIAS	73
ANEXO - SAÚDE E JUSTIÇA: O ENCONTRO DAS ÁGUAS RUMO À JUDICIALIZAÇÃO DIALÓGICA DA SAÚDE.....	85



APRESENTAÇÃO

O *Guia estratégico para o cuidado de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas – Guia AD* foi formulado para os trabalhadores de saúde, que atendem usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas nas Redes de Atenção de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo nos pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (Raps).

Este *Guia AD* surgiu a partir das necessidades identificadas no acompanhamento dos territórios que estão implantando os serviços da Raps para atendimento aos usuários de drogas. Considerando a multiplicidade de abordagens possíveis, o *Guia AD* foi construído de acordo com as diretrizes do SUS e diretrizes apontadas em documentos internacionais para promoção, prevenção, tratamento e reabilitação social.

Somado a isso, consideramos as reflexões resultantes do *Seminário Internacional de Especialistas (2012)* para identificar e discutir o estado da arte das atuais políticas de saúde para tratamento de drogas, em especial, o crack; e do *Simpósio Internacional Sobre Drogas: da Coerção à Coesão (2013)*, ambos em Brasília/DF. Além disso, este documento entrou em consulta pública, nº 9, de 8 de setembro de 2015, publicada no Diário Oficial da União, Seção I, nº 172, quarta-feira, 9 de setembro de 2015, página 18.

O objetivo é contribuir com a sua formação e na ampliação da sua atuação enquanto agente de mudança nas práticas de cuidado, fortalecendo, assim, o processo de trabalho das equipes a partir da utilização dos saberes práticos, técnicos e éticos para ampliar o acesso e vincular os usuários aos serviços do SUS. Por esses motivos, o *Guia AD* é uma ferramenta potencialmente prática para instrumentalizar processos de trabalho, favorecer as análises e intervenções dos trabalhadores.

Contamos com o envolvimento e a participação de todos na experimentação de caminhos na gestão do cuidado de forma concreta no cotidiano dos serviços, além de potencializar a discussão dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS) entre as equipes nos territórios, e

impactar nas vidas das pessoas que sofrem em decorrência do uso de drogas. No processo de construção, os capítulos foram delineados com formatos distintos, ou seja, alguns conteúdos com o formato mais esquemático e outros capítulos mais argumentativos, para direcionar as intervenções no território.

Nesse sentido, este *Guia AD* deve ser encarado como oferta na condução do cuidado, elaborado entre a Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas (Ministério da Saúde), Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS, no Brasil), Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) e Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas (Senad/Ministério da Justiça).

Esperamos que o *Guia AD* estimule práticas inovadoras e alternativas de superar os desafios que envolvem as diretrizes da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas.

Por fim, será produzido um segundo volume dedicado a abordagens e métodos terapêuticos específicos.

Boa leitura! Ótimas discussões e excelentes reflexões!

Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas – CGMAD
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – DAPES/SAS/MS

INTRODUÇÃO

O ser humano, ao longo de sua história, constantemente recorreu ao consumo de substâncias psicoativas¹, como álcool, fumo e outras drogas seja em rituais religiosos, para se alienar do sofrimento, ou na busca do prazer. As circunstâncias, as motivações e as novas formas de obtenção das substâncias psicoativas variaram bastante ao longo dos tempos, assumindo características próprias de acordo com cada época e cada segmento social em que está inserida, levando a circunstâncias distintas de vulnerabilidade individual, social e comunitária.

Figura 1 - Representação do fenômeno das drogas a partir do tripé indivíduo, contexto social, político e econômico-substância psicoativa



Fonte: Adaptação da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD/MS) baseado no modelo teórico de Olievenstein (1990).

¹ Ao longo do Guia AD, serão utilizados os termos "substâncias psicoativas", "substâncias psicotrópicas", "consumo abusivo de drogas", "uso, abuso e dependência de drogas", "usuários de drogas", "problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas", como expressão da heterogeneidade sobre o tema.

O uso de drogas está intrinsecamente relacionado às interações do indivíduo e ao meio em que vive. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), droga é toda a substância que, introduzida no organismo vivo, modifica uma ou mais das suas funções, independentemente de ser lícita ou ilícita. Nas últimas décadas, o crescimento do consumo abusivo de drogas constituiu, na sociedade, um sério problema que requer integralidade nas ações das políticas públicas para minimizar as consequências de possíveis agravos à saúde.

As políticas públicas no Brasil direcionadas a pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas surgem no início século XX, influenciadas pelas convenções internacionais das Organizações das Nações Unidas (ONU): a Convenção Única sobre Entorpecentes, de 1961; a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971; e a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas, de 1988. Esse cenário resultou em formas distintas de abordagens, marcadas pela criminalização e exclusão dos usuários de drogas, e intervenções repressivas, sem distinção entre uso e tráfico.

A partir da década de 1970, surgem pequenos avanços do ponto de vista legal, com medidas de prevenção, recuperação e reinserção do usuário de drogas. No entanto, essas medidas impactam sutilmente nas políticas públicas do setor Saúde e, somente a partir dos anos de 1990, ocorreram mudanças significativas nesse cenário político; e os Direitos Humanos fortalecem-se como valores orientadores para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, com intervenções pautadas em serviços com base comunitária e no protagonismo dos usuários e trabalhadores.

Em 2003, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Essa política expôs suas diretrizes consoantes com a Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, Sistema único de Saúde (SUS), em conformidade com a Lei Federal n° 10.216, de 6 de abril de 2001², e os pressupostos da OMS³.

Além de reafirmar o uso de drogas como um fenômeno complexo de saúde pública, ela avança quando define como marco teórico-político-ético a Redução de Danos (RD). Esta é uma ética do cuidado que atua em defesa da vida dos usuários de drogas. Historicamente, a RD foi desenvolvida no Brasil para enfrentamento da epidemia de aids com os movimentos sociais, órgãos governamentais e não governamentais, sendo posteriormente reconhecida pelo MS e incorporada nos campos de saúde coletiva, saúde mental e atenção básica, como estratégia de cuidado. Além disso, na RD, no Brasil, foram sendo construídas estratégias que não focam exclusivamente em procedimentos, mas na garantia da cidadania e do respeito aos direitos humanos.

² O texto dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Além disso, esta lei é um marco legal da Reforma Psiquiátrica, ratificando de forma histórica as diretrizes básicas que constituem o SUS (BRASIL, 2003).

³ A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um relatório intitulado "Saúde Mental: nova concepção, nova esperança", que traz recomendações básicas para ações na área de saúde mental/álcool e outras drogas (OMS, 2002).

O MS publicou portarias e alguns programas específicos de acordo com as deliberações das Conferências Nacionais de Saúde e de Saúde Mental, com a finalidade de criar parâmetros e diretrizes para atenção aos usuários de álcool e outras drogas nos serviços de base comunitária⁴.

O SUS vem consolidando a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (Raps), por meio do Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, pelo MS⁵. A Raps busca estratégias integradas para responder às necessidades dos cidadãos, em parceria com outras redes intra e intersetoriais. Devem estar baseadas em boas práticas, em práticas inovadoras, evidências, diretrizes da Política de Saúde e princípios éticos, sobretudo quando se presencia o surgimento de novas substâncias de uso, por exemplo: como foi o caso da cocaína, oferecida em novo formato (crack), que requerem modalidades de cuidado adaptadas aos consumidores e aos contextos onde são consumidas.

Alguns dos aspectos que interferem na garantia de direitos das pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas são a criminalização do usuário de drogas ilícitas e a desigualdade social e econômica, que resultam na diminuição da coesão e no aumento da coerção social.

“Coesão” deriva do Latim “*Cohaesum*” e consiste no ato ou efeito de adesão ou reunião de coisas entre si, implicando na união ou vínculo entre essas coisas. A coesão social pressupõe que exista, entre as pessoas, um sentido de que pertença a um espaço comum ou o grau de consenso dos integrantes/membros de uma comunidade. Dessa forma, podemos entender a coesão social como a dialética entre os mecanismos de inclusão e exclusão social e nas respostas da vida em sociedade. Comunidades com maior nível de coesão social apresentam alta vitalidade comunitária, maior aproveitamento dos recursos no território, laços sociais fortalecidos e são mais resilientes aos problemas relacionados às drogas e ao crime.

“Coerção” tem origem na palavra em Latim “*Coercio*”. Significa a ação de reprimir ou refrear, repressão ou ainda castigo. Dessa forma, podemos entender a coerção social como a pressão e/ou repressão que a sociedade exerce sobre o indivíduo, manifestada por meio das leis e das normas sociais. Essas normas não necessariamente estão traduzidas em documentos legais, mas podem estar inseridas de forma simbólica na organização, na cultura e na estrutura da sociedade na qual convivemos. As consequências da coerção social são violências, doenças, marginalização, degradação ambiental e diminuição do crescimento econômico-social⁶.

Os avanços e retrocessos das orientações políticas e os mecanismos legais para diminuição da coerção social e aumento da coesão social são historicamente determinados e estão em permanente disputa na sociedade.

⁴ Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas, no Sistema Único de Saúde (SUS), (Pead, 2009-2010) e Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (Piec, 2010).

⁵ Vários componentes da Raps também estavam incorporados no *Programa Crack, é Possível Vencer!*, que integrava os Ministérios da Saúde, do Desenvolvimento Social, da Justiça e da Educação (2011-2014).

⁶ Addressing social, economic inequalities crucial to achieve sustainability – UN officials. General Assembly's thematic debate on inequality.

Neste contexto, o tratamento deve ser construído a partir da linha de cuidado com os usuários e familiares, partindo do pressuposto da complexidade da realidade, o que torna impossível apostar em uma saída única, padronizada e isolada. Devemos valorizar as demandas dos usuários na sua singularidade e implicando-os na construção de estratégias que fortaleçam a contratualidade na relação com os serviços e os territórios.

O propósito deste *Guia* é orientar os trabalhadores do SUS na construção de atendimentos integrais que conjuguem diversos níveis de atenção e formas de acolhimento, vínculo e tratamento para usuários e familiares. Os temas apresentados têm a intenção de qualificar a discussão de aspectos relacionados ao uso, ao abuso e à dependência de drogas, proporcionando o suporte necessário para a gestão do cuidado.

As intervenções devem ter como norte a questão do uso abusivo de substâncias psicoativas enquanto um fenômeno complexo, que requer respostas intersetoriais; a redução de danos como estratégia e diretriz de gestão de cuidado; a preconização de ações voltadas para promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação social, com foco em superar o senso comum sobre os usuários de drogas e o fortalecimento da autonomia dos usuários para o exercício de sua cidadania e coesão social.

PRINCÍPIOS E PARÂMETROS PARA O CUIDADO

1

1.1 Disponibilidade para a agenda do outro

Acolher ou se disponibilizar para o outro é valorizar como o usuário se apresenta, é o serviço estar de porta aberta para o usuário, com suas vivências e seu sofrimento. Assim, gera uma atitude de reconhecimento do outro como legítimo interlocutor. É uma atitude transversal e não uma etapa do processo de trabalho no serviço, mais que receber ou realizar a triagem, nesse sentido, o acolhimento não é apenas um procedimento; portanto, não pode ser agendado para depois.

Compreender como o outro se apresenta possibilita a identificação das prioridades, facilitando a construção do Projeto Terapêutico Singular e potencializando o cuidado, considerando os recursos internos e externos do usuário, realizando assim uma coprodução do cuidado entre usuário e serviço.

1.1.1 Como acolher o usuário?

A trajetória do usuário até a chegada ao serviço, muitas vezes, significa inúmeros pensamentos ambivalentes, até o usuário assumir uma postura de melhoria da sua qualidade de vida em relação às consequências do sofrimento em decorrência do uso de álcool e outras drogas.

Existe uma relação entre o grau de sofrimento e o tempo de procura do usuário pelo serviço. Isso significa que quanto mais tempo o usuário leva até acessar o serviço, maior o grau de sofrimento que ele apresenta, o que implica um maior desafio na minimização do sofrimento.

Uma estratégia importante neste contexto é a realização da **busca ativa** pelos serviços de saúde, sendo considerada uma grande janela de oportunidades na criação do vínculo para o cuidado.

Sugerimos que todos os trabalhadores estejam implicados no processo de produção de saúde, participando das reuniões de equipe, para que, assim, contribuam para o funcionamento do serviço e acesso dos usuários.

1.1.2 Como desenvolver o trabalho?

- O acolhimento deve ser entendido como uma **grande possibilidade (janela de oportunidades)** para a atenção e o cuidado, podendo este usuário retornar várias vezes.
- Deve ser realizado sem demora, evitando-se procedimentos burocráticos na chegada do usuário. É preciso facilitar que o usuário apresente a sua demanda ou solicitação.
- Não condicionar oferta de cuidados à exigência de frequência diária, à abstinência, respeitando o momento e o desejo do usuário, utilizando **estratégias de redução de danos** (Ver em Capítulo 4 – Redução de Danos) e **baixa exigência** (Ver no próximo tópico, em “Política, planejamento, coordenação, monitoramento e avaliação”).
- A falta do **cartão do SUS** não deve inviabilizar a acessibilidade e, portanto, o acolhimento do usuário ao serviço. Posteriormente ao acolhimento, o cartão deve ser confeccionado.
- É válido criar um fluxo de rodízio entre os profissionais para a realização do acolhimento, assim como, quando possível, realizá-los em dupla.
- É importante **preservar o lugar de fala** para o usuário, garantindo, ao máximo, a privacidade. Lembrando-se de respeitar o sigilo, a individualidade. Algumas vezes, pode acontecer de chegar só a família do usuário para ser acolhida, ou a família com o usuário. Se for necessário o acolhimento junto à família, isso deve ser respeitado.

A falta do cartão do SUS não deve inviabilizar o acolhimento do usuário ao serviço.

É importante ressaltar que não existe agendamento de acolhimento.

Dica para você,
profissional:

Quando valorizamos o
outro, aumentamos a
potencialidade do vínculo
e deixamos de reproduzir o
senso comum em relação
aos usuários de drogas.

- O **familiar também deve ser acolhido** em seu sofrimento, independentemente do atendimento do usuário, e também ser entendido como usuário deste Sistema.
- O trabalhador deve **evitar juízos de valor moral**, pois esta prática não contribui para o desenvolvimento do caso.
- É necessário que exista uma **disponibilidade do trabalhador** para valorizar o sofrimento do usuário, por meio de uma escuta qualificada, para entender quais são as expectativas do usuário em relação ao serviço e o que o serviço pode oferecer para o usuário. Por exemplo, pode ser que naquele momento o usuário necessite de cuidados mais básicos de saúde, como tomar um banho e/ou comer.
- A escuta qualificada configura-se como uma intervenção que potencializa a organização e a realização da promoção de saúde. Essa prática favorece a avaliação do caso e o potencial de risco com o grau de sofrimento.
- O serviço precisa construir e oferecer um conjunto de oportunidades, que compreendem uma série de ações que possam ser desenvolvidas dentro do serviço (oficina terapêutica, grupos, espaços de convivência), como também ações extramuros. Isso significa que o serviço deve ter mapeado outras instituições que possam colaborar na melhoria da qualidade de vida.
- Para estabelecer o contato com o território, é importante realizar visitas *in loco* para uma aproximação entre os serviços e a facilitação do acesso desses usuários.

É necessário ressaltar que o ato de acolher não é restrito ao processo do primeiro contato ou a um serviço em particular, mas sim uma atitude necessária no processo de coprodução do cuidado no cotidiano, dos serviços e na sua relação com o território, valorizando o compartilhamento de cuidado e saberes, práticas, dúvidas, anseios e intenções (BRASIL, 2010).

1.1.3 O que evitar e o que oportunizar?

Quadro 1 – Representação: usuário, grau de sofrimento e procura pelo serviço

Evitar	Oportunizar
Juízos de valor, estigmas e preconceitos.	Singularidade com a valorização da história da pessoa.
Barreira no acesso.	Legitimar a demanda do usuário e ofertar atendimento
Institucionalizar o processo de cuidado.	Busca ativa, ações no território e interlocuções com parceiros intersetoriais.
Prática de dar conselhos.	Construir possibilidades com o usuário.
Relação assistencialista.	Promoção de autonomia, protagonismo.
Único direcionamento de ações.	Pacote de ofertas de ações pactuadas com os usuários.
Baixa oferta de ações, falta de conhecimento da Rede existente e alta cobrança do usuário.	Respeitar o direito do usuário com baixa exigência e alta qualidade de ofertas e serviços.

Fonte: Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD).

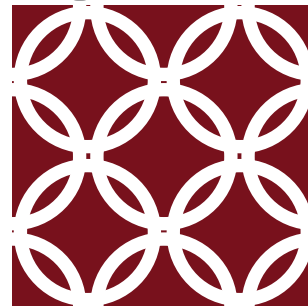
1.1.4 O que perceber como elementos para o cuidado?

Quando o usuário chega aos serviços ou é acessado no território, apresenta uma gama de sentimentos ou sentidos do seu cotidiano ou da vida. Isto é, apresenta uma ambivalência também no discurso.

Para intervir, é importante que o trabalhador esteja atento a olhar o usuário de maneira a considerar a seguinte tríade:

- **A pessoa:** Ser amplo, integral, composto por diversas esferas que compõem as vivências, os planos, os papéis da vida, o afeto, a sexualidade, o trabalho, a escolaridade e vários outros itens que podem variar de tamanho e dimensão para cada sujeito. Essas esferas podem se complementar, serem concorrentes, sinérgicas, antagônicas, alimentarem-se mutuamente etc. Podemos simbolizar essa lógica como no desenho ao lado, que apresenta círculos que estão presentes em

Figura 2 – Representação simbólica da integralidade do ser



Fonte: Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD).

um mesmo aglomerado, cujo crescimento se compõe de forma singular e integral, em que cada circunferência apresenta uma esfera de vida e correlações com os demais em maior ou menor grau.

- **O sofrimento:** A visão multidimensional e sistêmica vai entender o sofrimento como uma ameaça ou ruptura do sentimento de unidade e identidade da pessoa, uma ameaça de desintegração. Neste caso, o sofrimento não é sinônimo de doença ou perda, mas essas questões podem gerar o sofrimento. A origem desta ameaça pode ser atribuída ao surgimento de uma nova esfera, o uso de uma substância, mas é a tensão entre as esferas que aumenta com a entrada do novo elemento no cacho. Não é, necessariamente, o uso de substância que compromete a unidade da pessoa, mas a posição relativa de uma esfera frente a outras esferas da vida.
- **O cuidado:** O cuidado é manter a unidade e a coerência entre as diversas esferas que compõem as vivências, ou seja, é promover uma atenção integral, entendendo como estão as dimensões e suas correlações e como elas causam o sofrimento. Essa identificação proporciona a elaboração de estratégias e intervenções para as diversas esferas envolvidas no sofrimento. Pode-se atuar em diversas esferas para aumentar ou diminuir a importância ou a pressão dentro do conjunto. E nem sempre o primeiro passo se dá na esfera das drogas, nem sempre o uso da droga é fator causador do sofrimento.

Destaca-se que, muitas vezes, na história de vida dos usuários o uso da droga não é, no primeiro momento, o fator que desencadeia o sofrimento, mas ele atua como forma de compensação a um desequilíbrio entre as esferas da vida do usuário. Por outro lado, o uso de drogas poderá ser uma estratégia prazerosa nesta circunstância para minimizar o sofrimento, utilizada pela pessoa para equalizar essas esferas de vida. De forma contraditória, as consequências negativas desse uso fazem com que o usuário procure o SUS, que deve acolher suas demandas na forma como ele se apresenta, respeitando-o.

É importante ressaltar que este é um processo dinâmico na coprodução de saúde, e que o trabalhador, ao fazer este acolhimento, também pode ser afetado em suas esferas pelo

atendimento (entra em sofrimento ao ver o sofrimento do outro). É preciso atentar a este movimento e ser refletido e discutido em equipe.

1.2 Política, planejamento, coordenação, monitoramento e avaliação

São princípios doutrinários dos SUS: **Universalização, Equidade e Integralidade**. A partir destes, temos os seguintes princípios organizativos e de cuidado:

1. **Regionalização e Hierarquização.**
2. **Descentralização e Comando Único.**
3. **Participação Popular.**

Esses princípios orientam a concretização do SUS, com base nos quais são instituídos alguns parâmetros de cuidado consolidados em documentos de referência nacionais e internacionais, conforme veremos a seguir.

A definição clara das responsabilidades pela gestão e implementação das políticas no SUS é importante para assegurar condições adequadas à concretização da saúde como direito de cidadania (MACHADO et al., 2011). E é justamente essa definição que fortalece: a **gestão pública**, os mecanismos de **ordenação da rede** e de **coordenação do cuidado**, e a **promoção do acesso** de todos os cidadãos às ações e aos serviços de saúde necessários, independentemente de seu local de residência.

Dentre os parâmetros de cuidado, podemos apontar alguns principais a serem observados durante o planejamento, a execução, a avaliação e o monitoramento dos programas e ações:

- Desenvolvimento de atividades no **território** que favoreçam a inclusão social, com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania.
- **Regulação** e organização das demandas e fluxos assistenciais das redes de atenção à saúde, prioritariamente aos pontos de atenção vinculados à Rede de Atenção Psicossocial.
- Realizar **diagnóstico situacional** de necessidades de saúde e promover identificação das prioridades para a área de saúde mental, álcool e outras drogas,

Discriminação

Significa qualquer distinção, exclusão ou preferência que tenha o efeito de anular ou dificultar o acesso igualitário de direitos. A criação de medidas especiais destinadas a proteger os direitos das pessoas com transtorno mental não deve ser considerada discriminatória.

com o objetivo de formular ações para reduzir as vulnerabilidades dos usuários.

- Legitimar os espaços de **controle social** para discussão, criação, avaliação e ampliação das políticas públicas de saúde, especificamente da Raps, e promover acompanhamento de alocação dos recursos orçamentários e financeiros.
- Adoção de estratégias de **formação e educação** continuada para os profissionais da rede.
- Ampliação das estratégias de **redução de danos**.
- Criação e **monitoramento de indicadores** de qualidade do tratamento, referentes às ações voltadas aos usuários de álcool e outras drogas e saúde mental.
- Envolvimento comunitário, **participação** ativa e orientação para usuários e familiares no planejamento do cuidado, com envolvimento de todas as esferas de intervenção.
- Atuação no âmbito das três esferas de governo para promover a articulação entre as Políticas Públicas setoriais de estado e de governo a fim de fomentar a **intersetorialidade** das ações, com vistas ao planejamento da atuação conjunta entre as políticas sociais.
- Estímulo a ações integradas no âmbito da prevenção ao uso de drogas nas redes de serviços intersetoriais.
- Respeito aos **direitos humanos** e combate ao estigma e ao preconceito em relação às pessoas que fazem uso de drogas.

1.3 Acessibilidade

No âmbito do SUS, a palavra **acessibilidade** tem um sentido multidimensional de caráter social e político que está presente na execução da política, na gestão, na prestação de serviços e na relação dos profissionais com os usuários e seus familiares. Entre os sentidos, apresentamos os seguintes:

- **Acessibilidade geográfica**, distribuição e integração dos serviços, gestão compartilhada e rede de cuidado intersetorial.

- **Acessibilidade oportuna**, ou seja, disponibilidade e sensibilidade no atendimento, estando atento ao estado do sofrimento.
- **Flexibilidade** e rapidez na admissão e organização dos serviços, evitando critérios seletivos desnecessários e ofertando respostas às necessidades dos usuários.
- **Baixa exigência e alta disponibilidade dos trabalhadores** para estabelecer vínculo com os usuários, a partir das demandas dos usuários.
- Estreita colaboração entre o **sistema de saúde e o sistema de justiça**, nos casos de produção de cuidado resultantes do diálogo entre as instituições desses dois sistemas.
- Adaptação dos serviços às **especificidades locais**, considerando as particularidades da cultura local e da prevalência do uso de drogas.
- **Arranjos institucionais** entre a rede existente para o atendimento de casos complexos.
- Garantia de acesso, em **igualdade de oportunidades**, ao meio físico, ao transporte, à informação e à comunicação para os usuários e familiares que necessitem do serviço.

A Portaria nº 130/2012 estabelece a necessidade de adequação dos serviços às necessidades dos usuários, recorrendo a tecnologias de **baixa exigência**, como: flexibilidade dos horários, acolhimento dos usuários, mesmo sob efeitos de substâncias psicoativas, dispensação de insumos de proteção à saúde e à vida (ex.: preservativos, alimentação, entre outros).

AVALIAÇÃO E CONSTRUÇÃO DO CASO

2

2.1 O que é avaliação do caso?

É um conjunto de informações que buscamos realizar durante o atendimento, com o intuito de fazer um julgamento a respeito de uma circunstância na qual o usuário se encontra em relação ao uso de drogas e tomar uma decisão compartilhada para minimizar os danos em decorrência desse uso.

2.2 Como construir?

Dialogar com o usuário de forma clara e tranquila, procurando identificar, no atendimento/escuta, qual a queixa principal que motivou a consulta/atendimento e características do sofrimento, história de vida, condições clínicas, laboratoriais específicas, contexto do uso de drogas.

2.3 Diálogo com o usuário, por quê?

Explicar para o usuário o que você identificou a partir das informações coletadas, quais são as demandas que o serviço poderá atender, de que forma? Qual prazo? Prepará-lo para o processo do cuidado.

2.4 Como fazer no cotidiano?

Todo trabalho requer criatividade e escuta das demandas dos usuários e da comunidade. Muitas vezes, se não forem respeitadas suas características culturais e sociais, o que foi aprendido em teoria pouco serve para implementação de intervenções em determinadas comunidades.

Para a implementação de qualquer estratégia em rede, o diagnóstico é fundamental: de quais serviços disponho? Como funciona? Qual a capacidade instalada? Como é o acesso dos usuários de drogas? Como integro ao cuidado? Qual a cultura de uso de drogas? As relações de poder locais? Quais os códigos de ética peculiares àquela realidade? Em que tempo-hora-local a intervenção será mais eficaz em populações em situação de rua?

2.5 Quais informações são importantes para construção?

Para construir e avaliar os casos que atendemos nos serviços, faz-se necessário um levantamento amplo de um conjunto de informações sobre os motivos que levaram os usuários ao serviço, servindo como subsídio na proposição das melhores estratégias para solucionar, reduzir ou reverter os problemas identificados na perspectiva do serviço e do usuário.

Ainda que a identificação destas informações demandem um tempo importante e a participação de vários integrantes da equipe no aprofundamento delas, esta forma de trabalho será determinante para a segurança da equipe no processo de produção de intervenções potentes e definição do caminho a ser trilhado entre usuário e serviço, impactando diretamente na qualidade de vida dos usuários.

O instrumento para registrar todas estas informações é o prontuário do usuário na unidade de saúde. A padronização no prontuário permite uniformizar aspectos para a tomada de decisão na avaliação do caso do usuário com todos os membros da equipe. Alguns serviços podem ter um modelo organizado dos procedimentos relativos ao cuidado, construído pela equipe, e outros não.

Nesse sentido, segue um conjunto de informações pertinentes para avaliação e construção do caso que pode ser complementado a partir das dinâmicas das equipes:

- Identificação do usuário.
- Perfil socioeconômico do usuário.
- Motivos que levaram o usuário a procurar cuidado no serviço.

Dica para você, profissional:

É importante realizar atuação levando em consideração as atribuições relativas à categoria profissional, para que a decisão do caso seja tomada de forma interdisciplinar.

- História da doença/antecedentes hereditários (relação com droga, comorbidades, crise de abstinência, medicações, tratamentos, tentativas de suicídio, violências, envolvimento com a polícia etc.).
- História de vida (relação e dinâmica familiar, lazer, trabalho, escola, com quem mora, rede social, sexualidade, religião).
- Histórias anteriores de cuidado (procurar registrar os serviços que o usuário acessou e qual resultado positivo e/ou negativo que foi alcançado na percepção do usuário. É a sinalização das intervenções realizadas e os resultados obtidos).
- Avaliação clínica (exame físico, antecedentes pessoais, antecedentes familiares).
- Construção de mecanismos para reavaliação do caso de forma sistemática pela equipe.

2.6 Informações para diagnóstico do uso, abuso e dependência de drogas

Para a classificação de transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas, o SUS utiliza a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).

De acordo com a OMS, para fornecer um quadro mais amplo da saúde do indivíduo, complementamos a informação do CID-10 com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). **Recomenda-se o uso da CIF por permitir uma análise mais ampliada do processo saúde-doença, ressaltando os impactos do sofrimento do indivíduo, considerando aspectos biomédicos, psicológicos e sociais.** A CIF pode ser utilizada para fins estatísticos (colheita e registro de dados), de investigação e, principalmente, como ferramenta clínica, para avaliar necessidades, compatibilizar os tratamentos com as condições específicas, avaliar as aptidões profissionais, a reabilitação e os resultados.

Um dos propósitos mais importantes de utilização do CID-10 é uniformizar a linguagem, facilitar a comunicação entre os profissionais de saúde e possibilitar adequação de práticas das gestões locais para melhor atendimento das demandas. Além de

contabilizar dados estatísticos sobre o atendimento nos seguintes formulários existentes: Registro de Ações Ambulatoriais em Saúde (RAAS), Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Boletim de Produção Ambulatorial (BPA). Especificamente para a Raps, existem diversas portarias referentes aos procedimentos e às ações específicas dos seus pontos de atenção (Leia Mais). As definições das condutas terapêuticas incorporam, além da classificação do diagnóstico do CID-10, um conjunto de informações sobre as relações estabelecidas do usuário, da substância e do contexto.

É importante ressaltar que a identificação da substância psicoativa deve ser feita a partir das mais diversas fontes de informação possíveis, desde informações fornecidas pelo próprio sujeito, análises de sangue e de outros líquidos corporais, os sintomas físicos e psicológicos apresentados, os sinais e os comportamentos clínicos, e outras evidências, tais como as drogas achadas com o paciente e os relatos de terceiros bem informados (familiares, amigos, conhecidos etc.).

Para agilizar o acesso ao atendimento diante de várias demandas do serviço e dos usuários, a Política Nacional de Humanização apresenta a estratégia de avaliação com classificação de risco, que pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de CID e da CIF, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada. Dessa maneira, são exercidas uma análise (Avaliação) e uma ordenação (Classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos.

Nesse contexto, é fundamental avaliar as várias possibilidades de intervenção, considerando o protagonismo do usuário no seu processo de cuidado e a organização do serviço para gestão desse cuidado.

2.7 Quais são as estratégias e ofertas terapêuticas para as intervenções da equipe?

As estratégias de ofertas terapêuticas e intervenções da equipe devem seguir uma construção pautada na Promoção da

Leia Mais:

1 Portaria n° 854, de 22 de agosto de 2012, altera os procedimentos nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps).

2 Portaria n° 856, de 22 de agosto de 2012, altera procedimentos em Unidades de Atenção em Regime Residencial, como as Unidades de Acolhimento (UA).

3 Portaria n° 857, de 22 de agosto de 2012, altera os procedimentos nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT).

4 DATASUS, Ministério da Saúde, Consulta ao CID-10.

5 Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO), International classification of functioning, disability and health: ICF, disponível em diversas línguas.

Saúde, que consiste em um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, caracterizando-se pela articulação e cooperação intra (entre os serviços do SUS) e intersetorial (serviços e outras políticas fora do âmbito da saúde), pela formação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), buscando articular suas ações com as demais redes de proteção social, com ampla participação e controle social (PNPS/2014).

De acordo com a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS/2014), destacam-se os seguintes valores para a atuação da equipe no processo de intervenção:

- I. a **solidariedade**, entendida como as razões que fazem sujeitos e coletivos nutrirem solicitude para com o próximo, nos momentos de divergências ou dificuldades, construindo visão e metas comuns, apoiando a resolução das diferenças, contribuindo para melhorar a vida das pessoas e para formar redes e parcerias;
- II. a **felicidade**, enquanto autopercepção de satisfação, construída nas relações entre sujeitos e coletivos, que contribui na capacidade de decidir como aproveitar a vida e como se tornar ator partícipe na construção de projetos e intervenções comuns para superar dificuldades individuais e coletivas a partir do reconhecimento de potencialidades;
- III. a **ética**, a qual pressupõe condutas, ações e intervenções sustentadas pela valorização e defesa da vida, sendo pautadas para o bem comum, com dignidade e solidariedade;
- IV. o **respeito às diversidades**, que reconhece, respeita e explicita as diferenças entre sujeitos e coletivos, abrangendo as diversidades étnicas, etárias, de capacidade, de gênero, de orientação sexual, entre territórios e regiões geográficas, entre outras formas e tipos de diferenças que influenciam ou interferem nas condições e determinações da saúde;
- V. a **humanização**, enquanto elemento para a evolução do homem, por meio da interação com o outro e seu meio, com a valorização e aperfeiçoamento de aptidões que promovam condições melhores e mais humanas, construindo práticas pautadas na integralidade do cuidado e da saúde;
- VI. a **corresponsabilidade**, enquanto responsabilidades partilhadas entre pessoas ou coletivo, onde duas ou mais pessoas compartilham obrigações e/ou compromissos;

*Destacamos que a Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas vem utilizando o conceito da **Felicidade Interna Bruta (FIB)** no fortalecimento da Raps. Esse conceito foi criado pelo Butão, nos anos, 1970 como uma alternativa complementar à medição de desempenho econômico indicada pelo Produto Interno Bruto (PIB), e traduz-se em um indicador mais qualitativo, voltado à medição do desenvolvimento social. A FIB é estruturada em nove eixos compostos por 33 indicadores. Para saber mais sobre a FIB, acesse: Beagleholeemail, R., Bonita, R. Development with values: lessons from Bhutan. Publicado no The Lancet ([http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60475-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60475-5))*

- VII. a **justiça social**, enquanto necessidade de alcançar repartição equitativa dos bens sociais, respeitados os direitos humanos, de modo que as classes sociais mais desfavorecidas contem com oportunidades de desenvolvimento; e
- VIII. a **inclusão social**, que pressupõe ações que garantam o acesso aos benefícios da vida em sociedade para todas as pessoas, de forma equânime e participativa, visando à redução das iniquidades.

Considerando que as intervenções da equipe podem ser dividida em duas grandes dimensões, individual e coletiva, como formas de produzir saúde, compartilhamos, a seguir, algumas ofertas possíveis:

Individual

Exemplos: apoio na inserção no mercado de trabalho e profissionalização, apoio na elevação da escolarização, apoio na emissão dos documentos civis (carteira de identidade, carteira de trabalho, certidão de nascimento); suporte medicamentoso, atendimento individual, intervenção breve, articulação com outros serviços de saúde para consultas em outras especialidades de cuidado no SUS.

Destacamos outras intervenções com potencialidade na melhoria da condição de vida dos usuários, de acordo com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC/2006). Exemplos: Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, entre outras.

Coletivo

Exemplos: sensibilização da comunidade para diminuição do preconceito e estigma com relação ao usuário de drogas, articulação com serviços intersetoriais para participação em outras atividades (exemplos: práticas corporais/atividade física, atividades de cultura e lazer). Estimular a inserção dos usuários em espaços de convivência com a comunidade, apoio à criação de cooperativas de trabalho e de associação de familiares e usuários, apoio nos trâmites relacionados aos processos no âmbito do Judiciário, atenção às famílias com orientações e suporte em como lidar com o processo de adoecimento.

Atrelada à construção de intervenções de âmbito individual e coletivo, é importante frisar que, na política, a diretriz de cuidado/intervenção é a Redução de Danos (RD) e o porquê (Ver em Capítulo 4 – Redução de Danos).

É uma abordagem ético-política, pois não se restringe a uma mudança comportamental. Na RD, o usuário é convidado a ser protagonistas de sua situação, compartilhando com o serviço as informações sobre suas condições reais, fatores de riscos e fatores de proteção. A base da RD é a ideia de cidadania, ação contínua no território, com a clara pretensão de criar outros movimentos possíveis na comunidade, sempre com objetivo de aumento da autonomia dos usuários e familiares. A RD precisa ser operacionalizada em interações entre usuários, serviço e comunidade, para ter a eficácia que pretende. As políticas de saúde precisam nortear as ações coletivas, articuladas às questões singulares e individuais.

Para as equipes da Atenção Básica, existe um documento orientador quanto à identificação de manejo das situações mais agudas em Saúde Mental (Caderno de Atenção Básica, nº 28, Volume II, 2012).

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR⁷

3

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é configurado como uma ferramenta de cuidado única, construída coletivamente no trabalho em equipe e exclusiva para cada pessoa. Por meio da participação do próprio usuário e dos demais envolvidos, por intermédio de suas histórias, vivências e dos seus níveis de **CONTRATUALIDADE**, podemos construir um Projeto para o cuidado.

Contratualidade

A contratualidade pode ser entendida como uma dinâmica das relações, em que são estabelecidas condições e marcos para que uma troca ocorra, dentro desta ideia podemos entender como uma troca o intercâmbio de vivências, sentimentos, bens e, de uma maneira geral, o exercício de cidadania.

A Política Nacional de Saúde Mental considera a construção do PTS como o eixo central para a lógica de cuidado para pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (PT MS/GM n° 3.088, de 23 de dezembro de 2011). Para iniciar a discussão sobre a construção do PTS, vamos primeiramente separar este termo para torná-lo mais claro.

O que é um projeto? Projeto é algo baseado em um futuro, algo que se deseja alcançar ou conseguir, ou mesmo um sonho. Dessa forma, se houver uma delimitação daquilo que se queira alcançar, um planejamento para atingir o que se deseja, podemos considerar isso um projeto.

O que significa ser terapêutico? É fácil associar terapia com saúde, mas neste Guia não trabalharemos com o binômio saúde/doença, aqui nós falaremos das nossas ações que podem ser direcionadas para que o cuidado seja potencializado. Dentro da Rede de Atenção à Saúde, existem diversos profissionais, das mais variadas áreas, que se articulam de maneira integrada e podem oferecer inúmeras possibilidades de promoção de cuidado.

⁷ Adaptação do texto "Projeto Terapêutico Singular", Curso EAD da UNA-SUS/UFSC, de Roberto Tykanori Kinoshita.

Da mesma forma, na nossa comunidade, encontramos atores que podem se constituir como potentes recursos na prática do cuidado.

O que significa ser singular? Podemos entender singularidade como algo único, algo que, mesmo com semelhanças a outros, não se iguala a nenhum. Este mesmo conceito pode ser aplicado no cuidado ao usuário, pois nenhuma história de vida é igual à outra, apesar de possivelmente aparecerem semelhanças entre as trajetórias das pessoas. Da mesma forma, nem sempre a mesma estratégia de cuidado pode ser usada para as mesmas pessoas.

3.1 Como fazer?

É importante, primeiramente, **identificar como se deu o início da relação**. Distinguindo em quais circunstâncias o usuário procurou o serviço e qual foi sua trajetória anterior, cada possibilidade indica uma direção na construção do PTS. Estes apontamentos são interessantes para avaliar qual o potencial de **CONTRATUALIDADE** de quem procura o serviço.

O segundo passo seria **realizar a cartografia da vida do usuário e seu contexto**. Cartografar a vida do usuário significa ilustrar a sua história, entender as suas referências e marcos na trajetória da vida, suas fronteiras nas relações com outras pessoas e instituições, as suas limitações e, principalmente, as suas possibilidades e potencialidades. Seria como desenhar um mapa, com indicações desde fronteiras e obstáculos a caminhos possíveis. Para tanto, é interessante considerar a participação de vários atores da rede social do usuário, desde pessoas dentro da equipe de cuidado e da comunidade como o profissional de Referência. Com ele, o usuário pode dinamizar o seu plano de cuidado, e é alguém com quem os demais profissionais e pontos de atenção da rede possam buscar informações sobre o Mapa Multidimensional da Vida do usuário.

O terceiro ponto é justamente **criar um Mapa Multidimensional da Vida**. Este instrumento contido no PTS é de grande valia, tanto para a equipe do serviço como para usuário, enquanto meio de perceber na sua trajetória de vida passada uma forma de se potencializar a vida futura. Na criação

Dica para você, trabalhador:

No PTS, é preciso delimitar fronteiras daquilo que é possível e impossível, dentro de um ideal de **baixa exigência de adesão ao cuidado, como forma de promoção de autonomia e exercício de cidadania**. O PTS não é estático ou imutável, ele pode e deve ser revisto durante todo o caminhar do cuidado, sempre buscando o protagonismo do usuário nesta construção.

desse Mapa, é importante o esforço de todos os participantes para levantar detalhes das condições financeiras e materiais do usuário, assim como suas vulnerabilidades e riscos, suas possibilidades instrumentais e suas práticas e valores culturais. Assim, conseguimos detalhar qual o capital (cultural, econômico e social) possui o usuário do serviço, de forma que, aumentando os capitais do usuário, fortalecemos a sua capacidade de autonomia e de exercer a cidadania.

Por meio deste exercício cartográfico, podemos criar visão ampliada do usuário por intermédio de suas várias esferas da vida (relacionamentos familiares e/ou afetivos, trajetória educacional/profissional, lazer etc.), podendo agora entender como essas esferas se organizam, relacionam-se e interferem-se mutuamente. Também é importante, neste momento, avaliar a hierarquia entre cada uma dessas esferas e as suas sobreposições ao traçar o Mapa.

Figura 3 - Mapa Multidimensional da Vida



Fonte: Adaptação da coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD/MS) baseado no modelo teórico de Olievenstein (1990).

Estes três pontos nos auxiliam a visualizar as esferas da vida e entender os mecanismos destas relações. Com isso, podemos criar táticas de cuidado e atenção ao usuário, uma vez que este é uma representação da singularidade da sua própria vida.

3.2 Outras dimensões para trabalhar o PTS

Para a instrumentalização da construção do PTS, existe um método de projeção temporal compreendido por três dimensões básicas e distribuída em três etapas de ação (3x3):

São as dimensões básicas:

A **Dimensão Corporal** compreende o estado físico geral do usuário. Como está a saúde física, a capacidade funcional e laboral e a forma como ele mesmo vê o próprio corpo?

A **Dimensão Psicossocial** contém os relatos dos diversos contextos dentro da sua história de vida. Quais foram suas vivências e como ele expressou seus sentimentos e afetos?

A **Dimensão Instrumental** relaciona-se com as possibilidades de interação social e cotidiana no exercício da autonomia. Podemos dizer: dimensão instrumental aborda a forma como o usuário se comunica. Quais os instrumentos sociais que ele usa para exercer autonomia no seu dia a dia? Por instrumentos sociais, podemos exemplificar: uso da linguagem escrita, o uso do dinheiro ou, até mesmo, o uso de um telefone ou do transporte público.

São as três etapas de ação:

As **Ações de Reparação**, nas quais são enumeradas as demandas, carências e necessidades do usuário.

As **Ações de Potenciação**, nas quais são identificadas as qualidades, as riquezas e as habilidades do usuário do serviço, para que sejam desenvolvidas e potencializadas.

As **Ações de Emancipação**, nas quais são apontadas as articulações de condições para que o usuário possa alcançar autonomia e inserção social.

As dimensões básicas e ações na construção do PTS podem ser identificadas na seguinte matriz:

Quadro 2 – Matriz representativa das dimensões e ações de um PTS

Ação/Dimensão	Reparação	Potenciação	Emancipação
Corporal			
Psicossocial			
Instrumental			

Fonte: Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD).

3.3 Padrões de qualidade no cuidado na relação entre serviço, trabalhador e usuário

Os Direitos Humanos e de Cidadania constituem o conceito orientador da Reforma Psiquiátrica no Brasil e, com o objetivo de avançar na qualificação da Raps em consonância com esse princípio, o Ministério da Saúde tem trabalhado na divulgação e na implantação do projeto "Direito é Qualidade", que constitui uma perspectiva inovadora de promoção da qualidade em serviços de saúde mental enquanto garantia desses direitos para seus usuários.

Esse projeto está sendo desenvolvido a partir da adaptação cultural de uma estratégia de avaliação (QualityRights) desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com base na Convenção das Nações Unidas, sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD), e numa extensa revisão internacional de padrões e critérios de qualidade para serviços que atendam não só pessoas com transtornos mentais, mas também aquelas com necessidades decorrentes do uso de substâncias psicoativas.

Esses padrões e critérios de qualidade são ilustrados por **boas práticas** que traduzem o compromisso dos serviços com **respeito aos direitos, às necessidades, à autonomia, à dignidade e à autodeterminação dos seus usuários**. São exemplos dessas boas práticas:

Consentimento informado – Nenhum usuário deverá ser privado ilegal ou arbitrariamente de sua liberdade e a admissão, e o tratamento em serviços de saúde mental deve estar de acordo com o consentimento livre e informado dos seus usuários (QualityRights, Padrão 3.2 e CDPD, art. 14), "salvo quando as condições clínicas não permitirem a obtenção desse consentimento, e em situações

de emergência, caracterizadas e justificadas em prontuário, para evitar danos imediatos ou iminentes ao paciente ou a outras pessoas” (art. 6º da Resolução CFM N° 1598, de 9 de fevereiro de 2000, e art. 14 da Resolução CFM n° 2.057/2013).

Diretivas antecipadas de vontade – Trata-se de um documento no qual é especificado com antecedência um “conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento em que estiver incapacitado de expressar, livre e autonomamente, sua vontade” (Resolução CFM 1995/2012). As diretivas antecipadas podem incluir também opções de tratamento e reabilitação que uma pessoa não deseja ter e, dessa forma, pode ajudar a assegurar que não receba qualquer intervenção contra seus desejos.

Técnicas de redução na escalada de crise – Constituem condutas para o manejo de situações eminentes de comportamento agitado e/ou agressivo, com vistas a evitar o isolamento, a contenção física e/ou química, além de prevenir danos aos usuários e às pessoas ao seu redor. Essas técnicas incluem: avaliação imediata e intervenção rápida em crises potenciais; postura de redução de risco; uso de métodos de resolução de problemas com a pessoa envolvida; ser compreensivo e reconfortante; utilizar técnicas para o gerenciamento do estresse ou de relaxamento, como exercícios respiratórios; evitar fatores desencadeantes e identificar fatores que ajudem a debelar a crise, além de métodos preferenciais de intervenção identificados pelo próprio usuário; proporcionar espaço à pessoa; oferecer escolhas e conceder tempo à pessoa para pensar.

Tomada de decisão apoiada – Constitui a nomeação pelo usuário do serviço de uma pessoa ou de uma rede de pessoas em quem confie e com a(s) qual(is) possa discutir e se consultar sobre questões que o afetem. Essas pessoas podem auxiliar os usuários de serviços de saúde mental a entender as escolhas e as opções a sua disposição em relação a seu tratamento e a sua vida pessoal, e a comunicar suas escolhas e preferências para outros quando necessário.

Cuidado integral – Além de intervenções com foco específico no sofrimento decorrente do uso de substâncias psicoativas, o cuidado ao usuário de drogas deve sempre incluir a reabilitação psicossocial e ações que promovam sua saúde em geral. Tanto no momento de admissão no serviço como regularmente ao longo do acompanhamento, devem ser oferecidos, aos usuários, exames de saúde e/ou rastreamento para determinadas doenças, considerando sua maior exposição a algumas enfermidades. Por exemplo, a prevalência de HIV entre usuários de *crack* é oito vezes maior do que na população geral (5,0% x 0,6%), e a de hepatite C é o dobro (2,9% x 1,4%) (BASTOS; BERTONI, 2014). Exames, tratamentos, vacinas, ações de educação e promoção da saúde e orientações sobre saúde sexual, reprodutiva e planejamento familiar podem ser oferecidos no próprio serviço ou por meio de encaminhamentos, em outros pontos da rede de atenção.

Recovery – Serviços de saúde mental orientados para *recovery* promovem condições internas (esperança, “empoderamento” e conexão) e condições externas que facilitam a “recuperação” do usuário (exercício de direitos humanos e promoção de uma cultura positiva de atenção). Mas *recovery* não é sinônimo de “cura”; o foco dessa abordagem está mais na Promoção da Saúde e na conservação da esperança do usuário, no entendimento de suas limitações e desenvolvimento de suas capacidades para o envolvimento em uma vida ativa, com autonomia pessoal, identidade social, significado, propósito na vida e uma percepção positiva de si mesmo. Essa abordagem integral busca, portanto, não só a promoção da saúde, mas principalmente o bem-estar, a autoestima, a dignidade e a autonomia da pessoa, levando em conta necessidades específicas de gênero e idade

REDUÇÃO DE DANOS

4

4.1 O que é Redução de Danos?

Redução de Danos (RD) é uma estratégia de saúde pública pautada no princípio da ética do cuidado, que visa diminuir as vulnerabilidades de risco social, individual e comunitário, decorrentes do uso, abuso e dependência de drogas. A abordagem da RD reconhece o usuário em suas singularidades e, mais do que isso, constrói com ele estratégias focando na defesa de sua vida (BRASIL, 2004).

Leia Mais:

1. Portaria n° 1.059, de 4 de julho de 2005 – destina recurso financeiro para desenvolver ações de redução de danos.

2. Portaria n° 1.028, de 1° de julho de 2005 – determina que ações que visam às reduções de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causam dependência, sejam reguladas por esta portaria.

3. Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas, 2004.

Uma das premissas da RD é que parte das pessoas que consomem algum tipo de drogas (lícita ou ilícita) não consegue, ou não quer, interromper o uso. Essa escolha não impede o direito ao cuidado e à saúde, conforme os princípios do SUS (Universalidade, Integralidade e Equidade).

No cotidiano do serviço, às vezes, esta construção do cuidado é pautada em alguns processos de contradição e desafios na relação entre serviço, trabalhador e usuário, por exemplo:

- A ambivalência do usuário em querer mudar de postura (entre querer parar o uso e não conseguir ao longo do cuidado) exige do trabalhador uma postura de baixa exigência, de superar os estigmas e preconceitos para se corresponsabilizar na escolha com o usuário pela melhoria da sua qualidade de vida e de sua felicidade.
- Algumas vezes, o trabalhador de saúde perde a dimensão do cuidado, em vez de apostar na construção de possibilidades. Por exemplo: o acesso e o cuidado

não devem ser condicionados à abstinência do usuário, o acolhimento é incondicional e as estratégias são singulares.

- O saber do trabalhador não necessariamente vai implicar a melhoria da qualidade de vida do usuário, pois é o protagonismo do usuário o grande definidor da melhoria da sua vida.
- O sentimento de despreparo e frustração das equipes em lidar com padrões de comportamento de alto risco e padrões que não são considerados por eles um estilo de vida saudável.

O conceito de RD tem sido consolidado como um dos princípios da Política de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde (MS). Para tanto, instituiu as Portarias nº 1.028 e nº 1.059, em julho de 2005, determinando ações que visam a reduções de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causam dependência, e o recurso financeiro para desenvolver estas ações nos Caps.

A Portaria nº 1.028/2005 indica, em seu art.4º, o estabelecimento de conteúdos necessários para as ações de informação, educação e aconselhamento:

- I. informações sobre os possíveis riscos e danos relacionados ao consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência;
- II. desestímulo ao compartilhamento de instrumentos utilizados para consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência;
- III. orientação sobre prevenção e conduta em caso de intoxicação aguda (“overdose”);
- IV. prevenção das infecções pelo HIV, hepatites, endocardites e outras patologias de padrão de transmissão similar;
- V. orientação para prática do sexo seguro;
- VI. divulgação dos serviços públicos e de interesse público, nas áreas de assistência social e de saúde; e
- VII. divulgação dos princípios e garantias fundamentais assegurados na Constituição Federal e nas declarações universais de direitos.

4.2 Algumas dimensões das estratégias de Redução de Danos

A RD não é uma estratégia isolada e sim uma incorporação nas ações do cotidiano do cuidado. **O usuário deve ser o protagonista de seu cuidado e o serviço deve atuar como fortalecedor de novas atitudes de vida, no qual o vínculo é encarado como estratégia primando à autonomia.** A especificidade do cuidado requer uma via de mão dupla, ou seja, o usuário procurar o serviço e/ou o serviço realizar uma busca ativa no território.

Quando falamos de RD, também falamos do desenvolvimento de estratégias de RD no território, em seu conceito mais ampliado. Este território com o qual realizamos intervenções é constituído de pelo menos três dimensões (PETUCO, 2014):

a. **OBJETIVA** – É o território em sua materialidade, adscrito, com seus endereços e pontos de referência.

b. **TEMPORAL** – O território constituído nos usos de drogas não possui apenas lugar no mapa; possui também lugar no tempo. Não adianta procurar usuários de drogas em um determinado lugar, se chegamos no tempo incorreto, e este tempo está presente não apenas no relógio, mas também no calendário, pois os usos da cidade determinam muitas vezes migrações temporárias dos usuários de um lugar para outro, em decorrência, por exemplo, de megaeventos.

c. **AFETIVA** – É possível que alguns trabalhadores sociais e/ou de saúde adentrem o território de uso de drogas no horário e momento certos, e, ainda assim, não percebem o que se passa ali. Este é um território que não se mostra, justamente por conta da criminalização. A parceria com uma liderança comunitária local, reconhecida e respeitada pelos usuários, ou mesmo com algum usuário já vinculado a um serviço, costuma dar bons resultados.

Os usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, na grande maioria das vezes, apresentam demandas não restritas ao uso/abuso em si. Isso significa que suas demandas também envolvem situações de vulnerabilidade sociais, como desemprego, desabrigo e laços sociais enfraquecidos.

Leia Mais:

1. *Políticas de Drogas no Brasil: a mudança já começou* (Instituto Igarapé, 2015);

2. *Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de saúde* (São Paulo, 2008).

As estratégias de RD estão em permanente construção e as experiências já existentes podem servir como subsídio para a elaboração de novas ações, considerando as particularidades territoriais.

4.3 E os direitos dos usuários no SUS?

Resgatamos, aqui, a Carta de Direito dos Usuários do SUS, para fortalecer a relação do serviço, trabalhador e os usuários. São direitos propostos na **Carta de Direito dos Usuários do SUS (2007)**:

- a) O sigilo e a confidencialidade de todas as informações pessoais, mesmo após a morte, salvo quando houver expressa autorização do usuário ou em caso de imposição legal, como situações de risco à saúde pública.
- b) A informação a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com sua condição clínica, considerando as evidências científicas e a relação custo-benefício das alternativas de tratamento, com direito à recusa, atestado na presença de testemunha.
- c) Acesso a qualquer momento, do paciente ou terceiro por ele autorizado, a seu prontuário e aos dados nele registrados, bem como ter garantido o encaminhamento de cópia a outra unidade de saúde, em caso de transferência.
- d) Recebimento de laudo médico, quando solicitar.
- e) Consentimento ou recusa de forma livre, voluntária e esclarecida, depois de adequada informação, a quaisquer procedimentos diagnósticos, preventivos ou terapêuticos, salvo se isso acarretar risco à saúde pública. O consentimento ou a recusa dado anteriormente poderão ser revogados a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais, administrativas ou legais.
- f) Não ser submetido a nenhum exame, sem conhecimento e consentimento, nos locais de trabalho (pré-admissionais ou periódicos), nos estabelecimentos prisionais e de ensino, públicos ou privados.
- g) A indicação de um representante legal de sua livre escolha, a quem confiará a tomada de decisões para a eventualidade de tornar-se incapaz de exercer sua autonomia.
- h) Receber ou recusar assistência religiosa, psicológica e social;

É preciso fazer um enfrentamento de valores sociais conservadores, que legitimam a repressão às drogas como alibi para exercício de poder sobre os mais vulneráveis. Ainda persiste o paradigma proibicionista e de concepções moralistas e criminalizantes, baseadas na ideologia de “guerra às drogas” e em medidas de alta exigência que têm a abstinência como pré-condição de acesso ao atendimento.

- i) Ter liberdade de procurar segunda opinião ou parecer de outro profissional ou serviço sobre seu estado de saúde ou sobre procedimentos recomendados, em qualquer fase do tratamento.
- j) Ser prévia e expressamente informado quando o tratamento proposto for experimental ou fizer parte de pesquisa, decidindo de forma livre e esclarecida, sobre sua participação.
- k) Saber o nome dos profissionais que trabalham nas unidades de saúde, bem como dos gerentes e/ou diretores e gestor responsável pelo serviço.
- l) Ter acesso aos mecanismos de escuta para apresentar sugestões, reclamações e denúncias aos gestores e às gerências das unidades prestadoras de serviços de saúde e às ouvidorias, sendo respeitada a privacidade, o sigilo e a confidencialidade.
- m) Participar dos processos de indicação e/ou eleição de seus representantes nas conferências, nos conselhos nacional, estadual, do Distrito Federal, municipal e regional ou distrital de saúde e conselhos gestores de serviços.

Nesse sentido, as estratégias de RD devem focar na **reinserção social** destes usuários para que, no âmbito individual, eles cheguem o mais próximo possível no equilíbrio entre as suas mais diversas esferas da vida, e, no âmbito coletivo, todos nós nos direcionemos a uma sociedade com mais coesão social. O sentido da palavra “redução” neste contexto é, na verdade, de **ampliação** nas possibilidades de cuidado e de novos projetos de vida!

São exemplos destas estratégias de RD:

- Ações que visem à redução dos agravos à saúde associados ao uso de álcool e outras drogas. Exemplo: entrega de preservativos.
- Ações que promovam a redução do estigma. Exemplo: promover a participação de usuários em reuniões nos conselhos municipais ou em assembleias de associações de que eles façam parte.
- Ações de sensibilização da comunidade local. Exemplo: divulgação e elaboração de material educativo, sensibilização e discussão com a sociedade sobre redução de danos, por meio do trabalho com as diferentes mídias.

Considerando essas questões anteriormente apresentadas, a estratégia de RD é uma oportunidade de inovar, sair do lugar/senso comum para a construção do cuidado, respeitando os usuários de drogas e apoiando seu protagonismo, valorizando os direitos humanos e construindo possibilidades baseadas na integralidade do cuidado e na intersetorialidade.

PREVENÇÃO

5

Até aqui, neste presente *Guia*, aprendemos que as políticas públicas no Brasil, no campo das drogas, combinaram abordagens repressivas com outras pautadas pela lógica dos Direitos Humanos e o protagonismo dos sujeitos. O primeiro convite deste capítulo é abandonarmos, sem medo e sem culpa, qualquer abordagem de cunho moral, de mera proibição e de repressão no campo da prevenção, e convidar os leitores a entenderem como é possível se fazer uma prevenção pautada pelos Direitos Humanos das crianças e adolescentes que têm demonstrado efeitos reais e protetivos.

Lembremos o seguinte: o mesmo pai que no discurso exalta os malefícios do consumo de álcool é, por vezes, aquele que o consome, em família, em doses problemáticas aos finais de semana. A mesma professora que dá a aula sobre os malefícios do tabaco é aquela que acende seu cigarro quando caminha na saída da escola. O mesmo país que tem diretrizes de cuidado das pessoas e de seu bem-estar permite campanhas publicitárias de cerveja em que se associam seu consumo ao prazer. Podemos continuar fazendo um discurso e uma prática que não se relacionam com a realidade ou podemos lidar com a realidade tal como ela é, e, a partir dela, criar condições de transformação.

Uma tendência em colocar o problema do uso de drogas na “droga em si” simplifica o contexto e nos leva a crer que eliminar as drogas resolveria as consequências relacionadas ao uso problemático. E tentamos eliminá-las; porém, não há, na história da humanidade, um momento histórico em que o ser humano

não recorreu a substâncias psicoativas, ainda que no contexto de práticas espirituais e religiosa – o que nos indica que o que precisa ser controlado, para além “da droga em si” ou dos sujeitos, é o contexto de uso. Então vamos partir da premissa de que:

- A humanidade faz uso de álcool e outras drogas.

- O tipo de substância, a faixa etária e o contexto sociocultural são determinantes no prejuízo que esse uso pode trazer ao sujeito.

- O discurso de guerra às drogas afasta os sujeitos do diálogo, do cuidado e da ampliação da rede de proteção social.

- Usuários ou não, pretos ou brancos, ricos ou pobres, somos todos sujeitos de direitos à informação e ao cuidado adequados.

Até aqui podemos, então, dizer que há um consenso sobre a importância da prevenção, mas não há um consenso sobre modos de fazê-la. Esse consenso é possível, mas teremos que mudar velhas concepções de coerção e nos dispor a ecoarmos uma nova coesão: aceita o convite?

Para essa breve conversa sobre prevenção ao uso de álcool e outras drogas, é importante lembrar-se de que, assim como no cuidado aos usuários devemos considerar o tripé – indivíduo-substância-contexto social, político e econômico –, na prevenção também se faz necessária essa análise. Na prevenção, temos os objetivos de:

- Evitar o início do uso.

- Retardar a idade de início do uso quando este não puder ser evitado.

- Reduzir os riscos e os danos relacionados ao uso de drogas.

- Evitar a transição para um uso problemático.

Há ações de prevenção que podem ser organizadas para todos os sujeitos, independentemente do estágio em que estejam em relação ao consumo de drogas. Essas são as ações midiáticas que visam à divulgação de acessos a serviços de cuidado, assim como mobilizações para fortalecimento da coesão social – incitar

um maior tempo de convívio familiar; um acompanhamento da rotina das crianças e jovens; aceitação das diferenças de gênero e raça; convite à participação social nas tomadas de decisões comunitárias; informações sobre prejuízos imediatos do uso abusivo de drogas, como, por exemplo, no desempenho no esporte. Campanhas com foco nas drogas e seus riscos tem demonstrado possibilidade de efeitos iatrogênicos – elas podem aumentar o consumo em vez de diminuir e ampliar a estigmatização do usuário, afastando-o ainda mais dos equipamentos de cuidado. Exemplos são as campanhas preventivas que caracterizam usuários de crack como zumbis, como pessoas perigosas e sem recuperação e acabam por não conseguir atingir os objetivos a que se destinam, mas são extremamente eficientes na produção de preconceito. São, portanto, iatrogênicas. Diante da opção de realizar ações desse tipo, é melhor que não se faça nada.

O convite de levarmos a prevenção a sério é para entendermos que podemos, mesmo com boas intenções, produzir o aumento de consumo se não adequarmos os princípios que orientam as ações de prevenção. Para cada um desses objetivos anteriormente descritos, faz-se necessária uma intervenção diferenciada. Ainda que tenhamos o desejo de encontrar uma única resposta para o maior número de sujeitos, as ações de prevenção precisam estar organizadas levando-se em consideração:

1. Prevalência de consumo de drogas e suas faixas etárias.
2. Necessidades de adequação aos diferentes contextos individuais, sociais, políticos e culturais.
3. Articulação em rede entre os setores e o controle social.
4. Organização de ações baseadas em boas práticas no campo da prevenção.
5. Necessidade e avaliação contínua dos efeitos das ações de prevenção.

A seguir, algumas considerações sobre essas orientações:

5.1 Prevalência de consumo de drogas e suas faixas etárias

Dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar do ano de 2011 indicam a prevalência de 71,4% para experimentação

alcóolica e 27,3% para consumo regular do álcool entre adolescentes do nono ano do ensino fundamental das escolas públicas. Pesquisas indicaram que adolescentes que consumiram álcool antes dos 12 anos de idade, em comparação àqueles que não o fizeram, tornaram-se maiores consumidores problemáticos de álcool, em padrão binge (consumo de cinco doses ou mais em uma única ocasião), apresentarem padrões de consumo pesado (consumo superior a 19 dias por mês) e fazer uso de drogas ilícitas.

A questão da faixa etária do início do uso não deve ser entendida como fator causal, mas deve-se levar em consideração que os diferentes ciclos de vida pedem diferentes ações de prevenção que precisam considerar aspectos biológicos, sociais, individuais, inter-rationais e ambientais.

Saber com que idade os jovens estão iniciando o uso de álcool e outras drogas ajuda a definir as ações mais adequadas e que podem ter um efeito mais ampliado de proteção e cuidado. Quanto mais tarde o sujeito inicia o consumo de drogas, menores são as chances de ele vir a ter um consumo problemático ou abusivo; por isso, as ações de prevenção antes do início do uso têm uma relevante capacidade protetiva.

As vulnerabilidades sociais, que são dinâmicas, imprimem tendências nos fatores de risco e de proteção e precisam ser compreendidas no mapeamento das ações de prevenção adequadas aos diferentes contextos, mas, isoladas, as vulnerabilidades sociais não dão conta de explicar e de responder à complexidade. Há um outro campo, das marcas das histórias dos sujeitos, que desencadeia desfechos inesperados. É nesse campo que estamos falando de disposições físicas, de habilidades de manejo das emoções, autocontrole e, por que não, de marcas de felicidade.

Por exemplo, não é indicado que as ações de prevenção com crianças de faixas etárias que não estão dentro da média de início de consumo contenham informações isoladas sobre drogas, pois elas podem vir a gerar um efeito de curiosidade sobre elas. Recomenda-se, para esse público, as abordagens com foco no desenvolvimento de habilidades de vida e de autocontrole.

Para essas tomadas de decisões baseadas na adequação das ações às faixas etárias, é necessário que trabalhadores, gestores, associações locais e comunitárias, universidades e institutos de pesquisa unam esforços para estudos permanentes da situação de saúde de suas populações e as especificidades de determinados contextos.

5.2 Necessidades de adequação aos diferentes contextos individuais, sociais, políticos e culturais

O uso de drogas deve ser contextualizado para além de uma decisão individual isolada, que requer um encaminhamento pontual, com interação entre fatores que protegem e que colocam em risco a saúde do sujeito. Um adolescente pode escolher consumir álcool para se encorajar em uma paquera ou para se sentir mais à vontade em uma situação social. Essa escolha individual está mediada por disposições biológicas dessa idade, pela história de conquistas desse sujeito e, nesse contexto de interação, há, por exemplo, a crença social de que o jovem deve atuar para concretizar a conquista de uma garota e, se feito isso publicamente e com um desfecho exitoso, ele passa a ocupar um lugar de destaque no grupo com o qual se identifica.

Uma atuação preventiva em que se elege o uso de drogas como alvo em si, sem considerar o contexto e outros comportamentos associados, tende a fracassar se não forem também ofertadas condições ao desenvolvimento de habilidades e competências que auxiliem os sujeitos na percepção e na superação dos desafios de sua própria vida e da vida em comunidade. Será que não podemos ajudar esse jovem a lidar com a paquera sem se render à pressão das crenças, do que socialmente é esperado dele? Será que é possível para esse jovem identificar um jeito próprio, autêntico, de expressar seus sentimentos à garota e à sua turma? Será que essa turma não pode desenvolver relações solidárias em que se acolha a diversidade de cada um? **As ações de prevenção consideradas mais eficazes são aquelas que atuam na interação, objetivando minimizar os fatores de risco e maximizar os fatores de proteção que ampliam a coesão social.**

As interações entre os fatores de risco e de proteção permitem compreender que a prevenção centrada nos sujeitos e suas mudanças de comportamento pode conseguir alguns avanços, mas que dificilmente se sustentam no tempo quando se encontram com as normas sociais e culturais que o influenciam. É difícil mudar comportamentos de risco sem mudar as normas e as condutas que os influenciam. O estudo dessa cadeia de mediações entre fatores de risco e proteção permite também identificar onde e como devem ser feitas as intervenções, ou seja, os pontos mais sensíveis onde tais intervenções podem provocar maior impacto, incluindo, por exemplo, impactos diferentes sobre gêneros.

5.3 Articulação em rede entre os setores e o controle social

Ao abordarmos o campo da prevenção no contexto das vulnerabilidades sociais, afirmamos a intersetorialidade como motor da efetividade das intervenções. Se compreendermos o uso abusivo de álcool e outras drogas como um fenômeno constituído e determinado por múltiplos fatores, as ações necessitam contemplar essa pluralidade de saberes e fazeres.

Apesar de estratégias isoladas e pontuais tais como palestras, depoimentos de ex-usuários de drogas, “caravanas” comunitárias, inicialmente aliviarem os atores da rede de proteção social quanto à tarefa educadora que temos com as crianças e adolescentes, essas são ineficazes no objetivo de diminuir o consumo de drogas e, por isso, ao longo do tempo, tornam-se desmotivadoras. Talvez por isso tenhamos professores, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, ecoando esses efeitos em afirmações “Já fizemos de tudo”, “O problema está na família”, “O problema está na falta de perspectiva”. O que está errado não são as conclusões, mas sim o fato de que essas conclusões não estão isoladas umas das outras, assim como a solução não está.

Amplia-se a potencialidade das intervenções no campo da prevenção ao levar em consideração que, se há fatores de risco, há também fatores de proteção ao desenvolvimento do uso abusivo de álcool e outras drogas. A infância e a adolescência são estágios de grande intensidade no desenvolvimento social dos sujeitos. A teoria do desenvolvimento social indica que esse processo pode

ser analisado por duas dimensões que estão inter-relacionadas: os níveis de sucesso e fracasso definidos por aspectos externos, por exemplo, como esse indivíduo é considerado diante de seus pares e da sociedade; e os aspectos internos, como o bem-estar; e, por fim, as relações de interação entre essas dimensões.

A adequação das respostas dos indivíduos a essas demandas das tarefas sociais específicas de cada contexto, compreendidas também no campo das crenças, não deve ser abordada como meramente individual, mas na interação social. Ao abordarmos os aspectos relacionais, considerando a infância e a adolescência como estágios para as ações de prevenção, nos referimos às relações entre: familiares e a criança/adolescente, professores e a criança/adolescente, comunidade e a criança/adolescente. A melhoria desses indicadores de adequação requer uma intervenção para a mudança nos padrões de interação entre os sujeitos nos primeiros anos de desenvolvimento (infância e adolescência). Ao propiciar sua melhora, aumenta-se muito a probabilidade de desenvolvimento, a longo prazo, de respostas mais definitivas, positivas, no campo da saúde mental: diminuição de comportamentos agressivos, antissociais, uso abusivo de drogas e transtornos mentais severos.

Experiências de atuação nesse campo e produções de conhecimento destacam os seguintes fatores como responsáveis por um efeito de proteção a crianças e adolescentes: o convívio com adultos acolhedores, principalmente os familiares; o sentimento de que pertença a um grupo social; o acesso à educação formal; às ações de promoção, proteção e recuperação da sua saúde; ao desenvolvimento e à qualificação profissional; e à possibilidade de realização de seus projetos de vida, reconhecendo os fatores sociais, econômicos, políticos e culturais que influenciam sua exequibilidade. Consistem em fatores de diversas dimensões – individuais, sociais e culturais –, o que denota a constituição “coletiva” da problemática em questão.

A fragmentação entre os atores da rede de proteção social na construção de ações efetivas para um problema coletivo gera uma roda sem fim de tentativas isoladas que acabam por colocar em descrença a própria potência da prevenção e por

produzir aquilo que procuramos evitar: (a) seu insucesso leva à descrença de que “prevenir” seja uma intervenção possível e com resultados efetivos; (b) as ações podem, inclusive, afastar os indivíduos sob intervenção e fortalecer suas interações que os mantêm vulneráveis.

Uma ação de prevenção ao uso de álcool e outras drogas, organizada em articulação entre os setores (escola, Cras, Creas, pontos de cultura, pastorais, igrejas, Caps, Unidades Básicas de Saúde etc.), que considere os estudos, os conhecimentos e os avanços já produzidos, bem como preze pelo positivo efeito preventivo, deve considerar os passos (COLLINS, 2005):

1. Definir o contexto.
2. Definir o problema.
3. Pesquisar evidências sobre políticas e/ou ações anteriores.
4. Considerar diferentes opções de ação.
5. Presumir os resultados esperados.
6. Aplicar critérios de avaliação.
7. Avaliar os resultados alcançados.
8. Tomar decisões.

Estudos sugerem que as intervenções no campo da escola permitem um alcance precoce às crianças, além de serem relevantes para o desenvolvimento de sentimentos como autoestima, motivação e crenças positivas em longo prazo, especialmente em populações vulneráveis, tais como crianças desfavorecidas em periferias urbanas, quando outros aspectos de suas vidas não lhes proporcionam experiências de realização.

A instituição escola destaca-se pelo seu papel de atuar e influenciar a mudança das normas sociais, sendo um setor estratégico na formação de cidadãos, para a reflexão sobre a realidade, para a construção de projetos de vida – daí a importância da escola como espaço privilegiado para o desenvolvimento de programas de prevenção ao uso abusivo de drogas. As ações de prevenção em escolas devem acontecer num clima de relações de solidariedade e confiança entre pessoas e grupos, para que possa se estender aos demais setores, como o da Saúde, na perspectiva da intersetorialidade, e tornando assim possível uma intervenção comunitária, que possa fortalecer a coesão social.

5.4 Organização de ações baseadas em boas práticas no campo da prevenção

A ciência da prevenção fez muitos avanços nos últimos 20 anos, produzindo um conjunto de evidências sobre a interação entre os fatores de risco e de proteção que devem ser considerados no planejamento das ações. Revisões de vários trabalhos de especialistas na área apontam problemas como o excesso de iniciativas pontuais e sem continuidade, as dificuldades metodológicas (planejamento e avaliação), a falta de sistemas de registro dos processos e do seguimento dos resultados alcançados, entre outros aspectos. Também se questionam os modelos predominantes de caráter fundamentalmente informativos, baseados em palestra e seminários, sem que se objetive o protagonismo dos envolvidos no processo e sem a promoção de alternativas protetivas aos fatores de risco.

Recomendações indicam que as políticas e os programas preventivos devem sustentar-se na efetividade de programas já validados, sendo que há uma significativa produção científica sobre a avaliação internacional de programas preventivos. Os informes de medidas sobre drogas na Europa demonstram que, apesar de as intervenções preventivas estarem bastante difundidas, boa parte ainda não se apoia em evidências, o que tem sido indicado como um dos pontos frágeis nas políticas de prevenção. O desenvolvimento de estratégias de prevenção com base em evidências tem sido considerado essencial para melhorar a eficácia das políticas na área e para garantir a escolha de “boas práticas” e o uso adequado de verbas públicas investidas nesse tema.

As intervenções baseadas no modelo de habilidades de vida têm, internacionalmente, demonstrado ser um caminho de efetividade para diferentes grupos. Essas intervenções se baseiam nas habilidades de autoconhecimento, relacionamento interpessoal, empatia, lidar com as emoções, lidar com o estresse, comunicação eficaz, pensamento crítico, pensamento criativo, tomada de decisão, resolução e problemas. A execução de programas fundamentada em habilidades de vida deve trabalhar com instruções, demonstrações, *role play*, práticas e exercício fora da escola, *feedback* e reforço social.

5.5 Necessidade de avaliação contínua dos efeitos das ações de prevenção

A avaliação contínua das ações de prevenção deve ser uma diretriz contínua dos territórios e pode ser feita nas parcerias com universidades e institutos de pesquisas. Os estudos devem incluir a avaliação de processo, a validação instrumental e a avaliação de resultados por meio de estudos controlados randomizados. Essa cadeia de estudos agrega, no processo, segurança dos efeitos da implementação e, por isso, qualifica uma política pública no campo da prevenção.

A finalidade de tal cadeia de pesquisas e etapas para a disseminação de ações de prevenção é a obtenção de atividades, procedimentos e materiais que sejam percebidos como atrativos, motivadores, claros, compreensíveis, pertinentes, relevantes para o novo contexto e adequados à cultura do público-alvo.

Trabalhar com habilidades de vida com crianças e adolescentes é uma afirmação da promoção dos Direitos Humanos. Essa atuação traz um desafio para os diferentes setores, especialmente nas instituições em que os modos de produção de vínculo e cuidado estão em torno da proposta repressiva e de transmissão de conhecimentos desvinculados de uma abordagem crítica. Por isso, os passos para uma ação interativa, lúdica, em que o trabalhador de rede ocupe um papel de mediador, não é um caminho já conhecido ou trilhado em muitas instituições brasileiras.

Nessa experiência, deve-se romper com posturas autoritárias e não dialógicas, para aprender a atuar captando paixões, angústias, medos ou alegrias. O que está em questão, nas etapas de ações de prevenção, não é somente a adequação de estratégias, mas uma adequação de modos de ser e conviver: um convite à mediação de emoções.

A coesão é uma premissa para que se alcance êxito na prevenção, em todos os seus níveis. Desde as ações universais até aquelas focadas em determinados grupos e suas necessidades diante do uso problemáticos das drogas. Coesão precisa de rede para se concretizar, e nessa rede é necessário que sejam tecidos

processos solidários e participativos, desde as tomadas de decisão sobre onde, com quem e como serão realizadas as ações até a avaliação contínua dos resultados alcançados, ampliando a potência de proteção de todos os setores e a responsabilização de todos os indivíduos.

Ao final, o que nos vibra enquanto seres sociais, que precisam interagir de maneira solidária e harmônica, não é aquela disciplina entendida como controle dos corpos, mas sim a emancipação, a ampliação da capacidade de prospecção: fazer a criança e o adolescente acontecer.

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E ESTRATÉGIAS DE ORGANIZAÇÃO

6

6.1 O que é a Raps? Como se configura a Raps?

A **Raps** é o resultado de um processo de mobilização de usuários, familiares e trabalhadores do SUS e dos movimentos de reforma sanitária e psiquiátrica nacional, desde a década de 80, para a mudança de paradigma da atenção ao cuidado. A Raps é a concretude dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Ela insere-se como uma das redes indispensáveis do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), com a finalidade de criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

O funcionamento desta rede dependerá da capacidade dos trabalhadores de se conectarem aos outros que estão inseridos nos diversos espaços e na comunidade. Nessa perspectiva, a Raps é a estratégia adotada pelo SUS para operacionalizar as mudanças no modelo de atenção psicossocial, com estratégia construída a partir de múltiplas referências mundiais e amplamente debatida nas conferências de saúde mental (FRANCO; ZURBA, 2014).

6.2 Quais as funções da atenção básica na construção do cuidado na Raps?

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, as funções são:

- I. Ser base: ser a modalidade de atenção e de serviço de saúde com o mais elevado grau de descentralização e capilaridade.

Conforme Portaria n° 3.088, de 23 de dezembro de 2011, são objetivos gerais da Raps:

I – ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral;

II – promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e

III – garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

- II. Ser resolutiva: identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais.
- III. Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS.
- IV. Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade.

No cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas, faz-se necessário construir, no território, o compartilhamento do cuidado com as equipes da Atenção Básica, por meio de discussão de casos em conjunto e responsabilidade compartilhada e planejada entre os envolvidos no Projeto Terapêutico Singular, ou seja, apoio matricial.

Além disso, a Portaria nº 3.088/2011 normatiza a Raps enquanto uma **rede transversal**, mas que não se forma apenas com base nos equipamentos de saúde, mas se estende à comunidade na medida em que grupos comunitários dispõem de recursos que podem ser úteis ao cuidado às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas (FRANCO; ZURBA, 2014).

6.3 Quais são os pontos de atenção/serviços da Raps?

A Raps tem componentes nas diferentes complexidades da RAS. Possui serviços na atenção básica em saúde; atenção psicossocial especializada; atenção de urgência e emergência; atenção residencial de caráter transitório; atenção hospitalar; estratégias de desinstitucionalização e estratégias de reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Para as equipes da Atenção Básica, existe um conjunto de documentos orientadores para o trabalho em saúde mental: Caderno de Atenção Básica, nº 28 – Acolhimento de demanda espontânea Volume II, 2012; nº 34 – Saúde Mental na Atenção Básica; nº 39 – Núcleo de Apoio ao Saúde da Família – NASF.

Vejamos, no quadro a seguir, os componentes da Raps e seus pontos de atenção:

Quadro 3 - Componentes da Raps e seus pontos de atenção

Componentes	Pontos de Atenção
Atenção Básica	Unidades Básicas de Saúde
	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
	Consultório na Rua
	Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	Centros de Atenção Psicossocial
Atenção de Urgência e Emergência	Samu 192
	Sala de estabilização
	UPA 24 h e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro
Atenção Residencial de Caráter Transitório	Unidade de Acolhimento
	Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	Leitos de Saúde Mental na clínica médica ou pediatria em Hospital Geral
Estratégias de Desinstitucionalização	Serviços Residenciais Terapêuticos
	Programa de Volta para Casa
	Programa de Desinstitucionalização
	Fortalecimento do protagonismo de usuários e familiares

Fonte: Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas – CGMAD.

O Ministério da Saúde lançou para o atendimento de urgência e emergências dois Protocolos Nacionais de Intervenção para o Samu 192. Acesso pelo Portal da Saúde.

Um trabalhador ou uma miniequipe fica como referência, mas a responsabilização desse funcionamento em rede é de toda(s) do serviço!

6.4 Quais são as estratégias de funcionamento e operacionalização da Raps?

Na mudança do paradigma asilar, que se baseava em uma dicotomia simplista de cura/doença, para o paradigma psicossocial, de caráter comunitário e territorial, a Raps, ou melhor, os trabalhadores da Raps buscam garantir estratégias de **cuidado integral** (reconhecimento das diferentes esferas que

compõe a vida, como relações afetivas, doença, escolarização, trabalho etc.). Esse cuidado integral advém do estímulo ao **protagonismo** de usuários, familiares, dos próprios trabalhadores e da comunidade no tratamento da pessoa que sofre.

Isso é possível pelo entendimento e exercício constante, muitas vezes diário, por parte dos trabalhadores, em utilizar o acolhimento, a relação com o usuário de álcool e outras drogas como ferramentas de trabalho, assim como os protocolos e instrumentos avaliativos também são. É uma postura técnica de cuidado para além da simpatia (ou não) com a pessoa que sofre.

Dessa maneira, conseguimos combater estigmas e preconceitos, promover equidade e reconhecimento dos determinantes sociais, garantir acesso e qualidade dos serviços (para além da localização e ambiência do serviço), atenção humanizada centrada na necessidade das pessoas e garantir a autonomia e a liberdade.

6.5 Por que trabalhar em rede?

Para assegurarmos a acessibilidade e a resolutividade do cuidado e o tratamento das pessoas que fazem uso nocivo de álcool e outras drogas, é preciso trabalhar em rede, isso para conseguir um resultado maior do que se trabalhássemos isoladamente.

As intervenções reducionistas, focadas apenas na droga e na dependência química e tendo a abstinência como único resultado, não tem efetividade terapêutica.

As evidências nacionais e internacionais reafirmam que são necessárias estratégias que levem em consideração o multidimensionamento e as relações entre eles na história de vida do usuário, desconstruindo as formas abusivas, potencializando e aumentando a **contratualização** do sujeito com e na sociedade (ver: Da coerção à coesão (UNODC), 2009; Relatório da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes, 2011; e Cadernos de Atenção Básica, nº 34, 2013).

Muitas vezes, por exemplo, em um PTS, são necessárias ações que vão além da esfera da saúde, e, mesmo considerando as ações em saúde, nem sempre um único serviço pode demonstrar o potencial necessário para abarcar as diversas necessidades das pessoas.

6.6 Como operacionalizar o trabalho em rede?

O fazer do dia a dia, a relação entre os trabalhadores, a comunicação institucional é o que faz a Rede se conectar, se comunicar. Ela constitui-se na relação e na pactuação coletiva, como o trabalho em equipe permite a organização dos processos de trabalho e dos fluxos de acesso e cuidado aos usuários. São diretrizes que devem se tornar rotina na prática do trabalhador.

A **integração dos serviços** proporciona que estratégias de abordagens da rede de cuidado, como ampliação do conceito de “porta aberta” em rede e da busca ativa, sejam efetivas. O matriciamento é uma dessas formas de integração.

Matriciamento ou apoio matricial

De acordo com o Guia prático de matriciamento em saúde mental (2011), “*É um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção. Segundo Campos e Domitti (2007, p. 400), a relação entre essas duas equipes constitui um novo arranjo do sistema de saúde: apoio matricial e equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar-se clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões*”.

6.7 Para que(m) organizar dessa forma o trabalho?

A rede existe para pensar nas diversas estratégias possíveis de suporte às necessidades dos usuários. Caso a lógica de atendimento seja inversa, de que o usuário que deve se adequar ao que o serviço oferece, como horários, ofertas terapêuticas massificadas, o fluxo das recorrentes crises permanecerá reincidindo. É o conhecido movimento da “porta giratória”.

Isso não quer dizer que os serviços devem dar resposta a toda e qualquer necessidade do usuário, mas sim encontrar dentro da rede o serviço adequado para tal. O reconhecimento e a corresponsabilização do que compete a cada área, serviço, equipe, trabalhador permite a desburocratização do acesso e a resolutividade dos serviços de “portas abertas”, de baixa exigência e redutores de danos.

É necessária a sensibilização dos vários atores e a **interlocução contínua** para diminuir as barreiras de acesso, assim como evitar a descontinuidade do cuidado e a sobreposição de ações.

O PTS é o norteador dessa forma de pensar os processos de trabalho e o fluxo de atendimento dentro da Raps e intersetorialmente. Assim, o técnico de Referência tem papel fundamental de articulação entre os serviços.

6.8 Funcionando a articulação da rede, como continuar?

É importante criar em cada território um fluxo de atendimento dentro do SUS e entre os outros setores, para tanto é necessário que seja respaldado por políticas, planejamento, coordenação e monitoramento dessas ações, como também, seja constituídos espaços coletivos e intersetoriais para discussões e educação permanente.

Contudo, e não menos importante, o envolvimento comunitário, do controle social, da participação da família e do usuário, é imprescindível para continuidade e transformação permanente das realidades regionais de saúde e do cuidado integral em álcool e outras drogas.

Nessa configuração, a promoção e o respeito aos direitos humanos são as diretrizes para a qualidade dos serviços de saúde mental e o cuidado dos usuários. Para isso, é importante a estruturação dos pontos de atenção, a qualificação dos profissionais e a busca da oferta de cuidado adequado às necessidades dos usuários.

“A qualidade dos serviços de saúde mental estão ligados à questão da promoção e respeito aos direitos humanos.”

(Roberto Tykanori)

SAÚDE MENTAL E JUSTIÇA

7

Em nossas práticas de produção de cuidado e saúde, é certo que, diversas vezes, precisamos dialogar com outros setores de políticas públicas ou, propriamente, de garantia de direitos humanos. Tratando-se de saúde mental, é ainda mais pertinente pensar que só conseguimos promovê-la se garantirmos outros direitos fundamentais. Nos setores de políticas públicas, temos como principais interlocutores a assistência social, educação, trabalho e emprego e habitação. Já entre os atores de garantia de direitos humanos, além dos setoriais anteriormente descritos, temos os órgãos do sistema de justiça – sobretudo o Poder Judiciário, o Ministério Público e a Defensoria Pública – e os de proteção dos direitos de segmentos populacionais, como crianças e adolescentes, mulheres, LGBTTT, idosos etc. – nesse caso, identificamos as delegacias especializadas de polícia civil, os centros de referência, o conselho tutelar, entre outros.

Diante desse cenário diversificado, o aumento da quantidade de atores sociais e públicos no território pode ser tomado tanto como um potencializador como também um dificultador, diante do compromisso de se produzir saúde em coletivo e de forma comunitária. Nesse coletivo, quanto mais democratizamos nossa prática, considerando o protagonismo dos sujeitos envolvidos interessados, maior é o desafio de se alinhar à atenção compartilhada por vários trabalhadores em direção ao cuidado integral. Ou seja, o momento histórico de reorientação do modelo de atenção psicossocial em que vivemos oferece-nos a opção de criar espaços de convivência e cuidado em liberdade

com a multiplicação de estratégias e recursos, mas também nos desafia a recorrer a tais meios sem desintegrar o sujeito e sua trajetória.

De modo mais condicionado do que no caso da maioria dos direitos fundamentais, a materialização do direito de atenção à saúde mental está atrelada à garantia de diversos outros direitos, como os correspondentes às políticas públicas sinalizadas. E, entre os direitos humanos, temos o direito de acesso à justiça como o mediador da efetivação de diversas políticas públicas, inclusive de saúde. Em função desse direito constitucional, qualquer pessoa pode acionar o Sistema de Justiça para ver declarado o direito em questão e, mais que isso, exigida sua garantia pelo órgão competente do Poder Público. Mas... pode ser outra pessoa que não aquela a ser contemplada com a decisão judicial? E se essa outra pessoa pedir a internação daquela que parece precisar de cuidados? E se a decisão judicial garantir um direito à pessoa que não deseja exercê-lo? E se a pessoa titular do direito em questão entrar com ação na justiça para pedir leito em hospital sem antes acionar os serviços estratégicos da saúde? E quando se trata de crianças e adolescentes, elas têm o direito de ser ouvidas sobre o modo como desejam ser cuidadas? E se forem pessoas interditadas, devem os profissionais de saúde atender aos pedidos dela ou aos da justiça, quando opostos? E quando os profissionais do sistema de justiça pedem/requisitam o envio de documentos produzidos na sigilosa relação entre profissional de saúde e usuário do serviço? E quando a justiça acaba intervindo na regulação de vagas? E quando a justiça determina que os profissionais façam avaliação psicossocial de determinada pessoa com quem não se tem vínculo? Bem, para tantas questões, certamente encontraremos diversas respostas. E, entre ambos os grupos (de perguntas e respostas), muitas são as reflexões, feitas na forma de novas perguntas mediadoras: quem são os sujeitos de direito de quem cuidamos? A autonomia e a capacidade estão vinculadas à condição psíquica do momento? As responsabilidades civil e penal alteram o direito de exercer direitos? Como a urgência do atendimento deve se orquestrar com os processos de negociação comuns no momento da crise? Como manter o caráter emergencial sem submeter o vínculo à função de

“moeda de troca” (“só continuarei lhe atendendo se você aceitar o que estou lhe propondo”)?

Como convidar os promotores de justiça a promoverem o direito à saúde, e não invadir o processo de trabalho na saúde? Como lidar com as decisões judiciais que afetam a regulação de vagas do município?

É isso! A produção de saúde se dá entremeadada de mais perguntas do que respostas. Porém, nem sempre são respostas impossíveis ou inviáveis para perguntas incógnitas, mas sim processos orientadores das práticas responsáveis. São perguntas de percurso que produzem respostas-discurso. Se os percursos e os discursos são necessários e sempre presentes nas nossas práticas, perguntas e respostas dessa natureza também serão. E, por isso, inevitavelmente, orientam-nos no cotidiano.

Pensando nas perguntas anteriores, criamos um conjunto de cenas com estratégias que podem contribuir para o cotidiano de trabalhadores.

Cena 1

Movimento em rompimento com o cuidado em liberdade do sujeito, mas em concordância com os profissionais de saúde:

Avaliação do familiar e da equipe de saúde é de que o sujeito deve ser internado urgentemente (e contra sua vontade). O Samu é chamado, mas, pelo fato de não haver leito na cidade, entra em conflito com a enfermaria do Pronto-Socorro, que informa não ter condições de manter o sujeito lá. A imobilização diante da urgência é resolvida na tarde seguinte, quando o familiar, depois de acionar o sistema de justiça, consegue a decisão que determina que a Secretaria de Saúde da cidade custeie a internação em clínica privada; ou que determina que o município ao lado acolha essa demanda e, logo, o sujeito.

Possibilidade:

1. Identificação dos pontos das redes:

a. Há Caps III? Sim: acolhimento. Não: acolhimento inicial nos demais Caps.

b. Há UPA? Sim: acolhimento.

c. Caps existente: adotá-lo como referência no ordenamento da rede e coordenador dos cuidados.

2. Secretaria Municipal de Saúde - SMS e Secretaria Estadual de Saúde - SES: contestar a ordem judicial sob os argumentos:

- Internação compulsória é medida de segurança, portanto, ilegal a ordem judicial.

- Há serviços disponíveis na cidade.

- A internação forçada não gera cuidado, mas apenas contenção imediata.

- Clínica privada demanda enorme custo e desloca as ações de cuidado centradas no modo de vida do sujeito e da família.

3. SMS, SES e serviço de referência: acolhimento da família e acionamento de serviços de outras redes, como o Sistema Único de Assistência Social (Suas).

Cena 2

Movimento em rompimento com o cuidado em liberdade do sujeito, em discordância com os profissionais de saúde:

Avaliação do familiar ou denúncia de terceiros, na cidade onde vive o sujeito, chega ao Ministério Público, que aciona a justiça para interná-lo compulsoriamente, decisão que acaba sendo precedida de ordem judicial de avaliação

médica (para que o laudo médico justifique a ordem de internação), e de constrangimento da equipe de saúde, que teme represália institucional se contestar o posicionamento da justiça. Ao final, ordem judicial de internação psiquiátrica desorganiza a rede de atenção local, pois a equipe avalia que não era o caso de internação, inclusive demonstrando que há outras estratégias e recursos para o cuidado, contando com a presença constante de um familiar.

Cena 3

Movimento em rompimento com os direitos políticos do sujeito coletivo (determinado segmento populacional):

Exemplo: a gestão da saúde de uma cidade recebe ordem judicial de reativação de leitos no hospital psiquiátrico em crescente desuso, para os quais o Judiciário impõe que sejam encaminhados apenas crianças e adolescentes com sofrimento decorrente do uso abusivo de drogas e que vivem em situação de rua.

Identificação dos pontos das redes em diagnóstico situacional e apresentar ao Judiciário:

- Qual foi o percurso institucional do município e da região que tornou o Hospital Psiquiátrico - HP desnecessário até o momento?
- Quais os problemas futuros decorrentes da reativação do HP?
- Demonstrar que a internação forçada em caso de uso de drogas não tem resultados comprovadamente válidos em favor da saúde mental do sujeito. Retornar às ações sugeridas na Cena 1.

Cena 4

Movimento em favor do cuidado em liberdade do sujeito, a partir de um movimento provocado pelo próprio sujeito:

O sujeito, vendo que sua cidade não possui Capsad, embora o município cumpra os parâmetros necessários para a implantação desse serviço, aciona a justiça para que a prefeitura seja obrigada a lhe garantir um espaço de cuidado e tratamento, seja pela via de implantação do Capsad, seja por outras estratégias diversas de que a cidade dispõe, inclusive em pactuação com as vizinhas componentes da mesma região de saúde.

1. Interlocução com o sujeito e os movimentos sociais eventualmente voltados ao campo.
2. Elaboração ou atualização do diagnóstico situacional e plano de ação com a participação efetiva da sociedade civil.
3. Pactuações devidas, no âmbito administrativo.

68

Cena 5

Movimento em favor dos direitos políticos do sujeito coletivo (determinado segmento populacional), a partir da mobilização de um sujeito ou de uma entidade/instituição:

Exemplo: cientes da importância de se implantar um Capsi, os gestores da saúde, entretanto, não se empenham. Profissionais dos serviços, todavia, discutem, no fórum de saúde local, os problemas decorrentes dessa falta. Crises políticas instaladas no município acabam convergindo para um tensionamento no âmbito judicial, que recebe uma ação civil pública, por parte da defensoria pública, para a implantação de um Capsi.

1. Caminho traçado na Cena 4.
2. Interlocução com a Defensoria Pública e o Ministério Público para elaboração do diagnóstico situacional e plano de ação.

Cena 6

Movimento em favor do cuidado em liberdade do sujeito, a partir da responsabilização da gestão da saúde:

Exemplo: o sujeito fora submetido à condição de morador de hospital psiquiátrico por sofrimento decorrente do uso abusivo de drogas. Sua mãe, entretanto, mantém-se próxima e dentro dessa dinâmica de conflitos e alívios. Provocados por gestores de outras instâncias que receberam denúncia de maus-tratos praticados no interior do hospital, defensor público e promotor de justiça passam a visitar o estabelecimento. Em virtude disso, ocorre a desinternação dos moradores, que, logo a seguir, entram com ação de indenização e reparação de danos contra o estado. Nessa ação judicial, então, fortalece-se a discussão iniciada no grupo condutor do estado: a implantação de serviços residenciais terapêuticos. E, ao mesmo tempo, produz-se a demanda de indenização de alguns moradores, em razão do sofrimento produzido dentro do hospital.

1. Processo de desinstitucionalização: diagnóstico situacional da rede e qualificação no sentido de:
 - a. Garantir moradia aos ex-moradores do HP.
 - b. Evitar a internação psiquiátrica de novas pessoas.
 - c. Tornar evidente a relação direta entre moradia em HP e mortificação e tortura do sujeito.
 - d. Tornar o lugar um “território livre de internações psiquiátricas forçadas”.
 - e. Demonstrar a corresponsabilidade política dos entes federativos no processo indenizatório.

Em suma, podemos dividir os movimentos em dois grandes grupos:

a) um constituído por **práticas judiciais de ordenamento das políticas de saúde**, interrompendo-as ou acelerando-as no seu curso, ou propondo novo curso – atuação ampla e genérica;

b) outro composto de **práticas judiciais de exigência de cuidados individualizados**, com ou sem consentimento do(s) sujeito(s) envolvido(s) – atuação restrita e individualizada.

O **primeiro** aglomerado costuma apresentar-se na oposição **profissionais da justiça x profissionais da saúde**. Portanto, órgãos estatais em aparente conflito, costumeiramente disparado por intervenções do Ministério Público e da Defensoria Pública no enfrentamento às lacunas das redes de atenção à saúde e/ou na alteração do rumo das reformas sanitária e psiquiátrica. O **segundo**, por sua vez, na **oposição profissionais da justiça x sujeitos envolvidos** (comumente mediada, forçosamente, por profissionais de saúde) ou na contemplação, pelos profissionais da justiça, das necessidades apresentadas pelos sujeitos envolvidos (usuário do serviço e familiares).

Compreendido em que campo de forças estamos, vamos para os casos anteriores apresentados, de modo que nos auxiliem a produzir circuitos mais horizontais e democráticos nas práticas de produção de saúde. Podemos pensar em algumas respostas-discurso como veículos que nos levam a vários entendimentos sobre a mesma questão, dos quais, sem sermos obrigados a optar por um, podemos adotar partes distintas para enriquecermos nossa prática e inventarmos novas narrativas de vida e de relação com os usuários do serviço. Vamos nos ater, exclusivamente, à interlocução entre os sistemas de saúde e justiça, sem desconsiderar eventuais digressões que se façam necessárias para a sintonia fina do caso.

De todas as cenas, extraímos alguns atores fundamentais que dão sentido ao cenário: sujeito, Samu, hospital psiquiátrico, familiar, Secretaria de Saúde, Ministério Público, Defensoria Pública, Poder Judiciário, Capsi e Capsad. Importante notar, na relação entre eles, que há zonas aquecidas, zonas de aquecimento

e zonas frias, como é próprio de grandes grupos heterogêneos. Sendo positivo manter algumas zonas aquecidas, a questão que se apresenta é: quais são as zonas de aquecimento e frias, e por que assim estão? É comum que a zona fria se localize na relação entre profissionais da saúde e da justiça. Na zona de aquecimento pode estar a relação do familiar ou do sujeito com os profissionais de justiça. Mas, às vezes, a relação entre familiar/sujeito e profissionais de saúde também está fria.

Aquecendo as relações institucionais no caso a caso. Na medida em que o aquecimento se dá pelo interesse dos envolvidos em aproximar-se para produzir a demanda, dar sentido a ela, redimensioná-la (quando o caso) e dela produzir e intensificar caminhos de cuidado, a relação dos **familiares/sujeito com o sistema de saúde** é prioritária. Isto é, deve ser a **principal** relação, vindo a ser secundária aquela com o sistema de justiça. Assim, podemos pensar tanto do ponto de vista da saúde – que não deve depender da justiça, instância que, além disso, tem um modelo de atenção bastante distinto do estabelecido no âmbito da saúde – quanto do ponto de vista jurídico. Nesse sentido, orientamo-nos pelo princípio do acesso à justiça, segundo o qual, mesmo com a garantia de que qualquer pessoa pode acionar, a qualquer tempo, o sistema de justiça – e este não lhe deve negar assistência (art. 5º, XXXV, Constituição Federal, CF) –, pelo princípio da razoabilidade, chegamos ao princípio da economia processual. Por esse princípio, dentro ou fora do processo judicial, deve haver a **maior qualidade de garantia de direitos com o menor acionamento do Judiciário possível.**

A aproximação com o sistema de justiça, de qualquer modo, é importante especialmente para que seus profissionais, ao serem acionados, respeitem o circuito de produção de cuidados planejado, seja na saúde ou em outro sistema social, bem como nos ambientes intrafamiliar e comunitário. No “caso a caso”, a aproximação propicia um contato mais sensível com a história de vida dos sujeitos envolvidos. Essa dinâmica sensível diminui a tendência de compromisso da justiça com aquela “oposição profissionais da justiça x sujeitos envolvidos”, que, muitas vezes, resulta em ações de saúde obrigatórias e impostas

judicialmente aos trabalhadores e aos sujeitos. Ao mesmo tempo, essa aproximação no “caso a caso” apresenta-se num aparente paradoxo: aquecer a relação com o sistema de justiça é fundamental, mas essa relação não pode se tornar a relação principal no processo de produção de cuidado em saúde. **Como aquecer a relação com o sistema de justiça sem que ela tome o lugar da relação entre saúde e familiares/sujeito?** Se olharmos apenas para o “caso a caso”, certamente, encontraremos poucas saídas para esse paradoxo. Por isso, vamos ampliar o olhar.

Aquecendo as relações institucionais na rede. Para resolver aquele paradoxo apontado, uma das saídas é olharmos para as redes de garantia de direitos humanos dos sujeitos e familiares envolvidos com o sistema de saúde e com os quais temos vínculo. Entre as redes, temos as presentes no sistema de justiça, sistema educacional, sistema de assistência social, sistema de segurança pública, sistema de garantia de direitos de crianças e adolescentes etc., e, no fim das contas, sistema de saúde. Assim sendo, ampliamos nosso repertório e o que poderia ser enfrentado com dificuldades encontra uma série de novos recursos que, a priori, podem nos auxiliar na condução do caso com as pessoas envolvidas. E, logo, não só podemos produzir cuidado de outras formas, como também abandonamos a “encaminhamentoterapia” para assumir a estratégia do **compartilhamento do cuidado**. Tornamo-nos responsáveis pelas práticas de saúde com os sujeitos, com os quais trabalhamos, assim como tantos outros profissionais convidados a produzir cuidado junto. Os profissionais do sistema de justiça, portanto, podem compor esse grupo que passa a consolidar uma instância local de trocas e avanços¹. Nessa dinâmica interinstitucional, é possível combinar os limites dos órgãos perante os casos e, por outro lado, estratégias de solidariedade entre eles na relação com os sujeitos envolvidos. Com isso, diminui-se a tendência da “*oposição profissionais da justiça x profissionais da saúde*”, anteriormente apresentada.

No Anexo, vocês encontrarão desdobramentos mais conceituais e estratégicos sobre o conteúdo apresentado.



REFERÊNCIAS

APRESENTAÇÃO

BRASIL. Ministério da Saúde. Consulta Pública, nº 9. 8 de setembro de 2015. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 set. 2015. Seção 1, p. 18. Disponível em: <<http://portal.in.gov.br>>. Acesso em: 29 set. 2015.

INTRODUÇÃO

BRASIL. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 maio 2010, Seção 1, p. 43. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/2010/decreto-7179-20-maio-2010-606392-norma-pe.html>>. Acesso em: 28 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 29 jun. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, 9 abr. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 jun. 2009. Seção 1, p. 128. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html>. Acesso em: 28 set. 2015.

ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas**. Viena, Áustria, 1998. Disponível em: <<https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/>>. Acesso em: 29 set. 2015.

_____. **Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas**. Viena, Áustria, 1971. Disponível em: <<https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/>>. Acesso em: 29 set. 2015.

_____. **Convenção Única sobre Entorpecentes**. Nova York, Estados Unidos, 1961. Disponível em: <<https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/>>. Acesso em: 29 set. 2015.

HART, Carl. **Um preço muito alto**: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

OLIEVENSTEIN, C. **Clínica do Toxicômano**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1990.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde - Saúde Mental**: nova concepção, nova esperança. Lisboa, Abril 2002.

PETUCO, Dênis Roberto da Silva. Redução de Danos: das técnicas à ética do cuidado. In: RAMMINGER, Tatiana; SILVA, Martinho (Org.). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. p. 133-148.

CAPÍTULO 1: PRINCÍPIOS E PARÂMETROS PARA O CUIDADO

ASSIS, M. M. A.; JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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 União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

_____. Ministério da saúde; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília, 2002. 213 p.

_____. Ministério da saúde; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial, 27 de junho a 1 de julho de 2010**. Brasília, 2010, 210 p.

_____. Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1 fev. 2009.

_____. Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 maio 2013.

_____. Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 jan. 2012.

_____. Portaria nº 148, de 31 de janeiro de 2012. Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 5 jun. 2012.

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 maio 2013.

_____. Secretaria de Direitos Humanos. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência**: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008: Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. 4. ed. rev. e atual. Brasília, 2010.

DEPARTMENT OF HEALTH (ENGLAND) AND THE DEVOLVED ADMINISTRATIONS. **Drug Misuse and Dependence**: UK Guidelines on Clinical Management. London: Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive, 2007.

INTERNATIONAL NARCOTICS CONTROL BOARD. **Report of the International Narcotics Control Board for 2011**. Viena, Áustria, 2012. Disponível em: <https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2011/AR_2011_English.pdf>. Acesso em: 28 set. 2015.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. F. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES JUNIOR, W. V. (Org.). **Qualificação dos gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2011. p. 47-72.

MÂNGIA, E. F.; BARROS, J. O. Projetos terapêuticos e serviços de saúde mental: caminhos para a construção de novas tecnologias de cuidado. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v. 20, n. 2. p. 85-91, 2009.

MERHY, E. E. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: MERHY, E. E.; AMARAL, H. (Org.). **Reforma Psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 25-37.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. Department of Health and Human Services. **Principles of drug addiction treatment: a research-based guide**. 3. ed. U.S. NIH Publication No. 12-4180.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **mhGAP intervention guide for mental, neurological, and substance use disorders in non-specialized settings**. Viena, 2010.

UN GENERAL ASSEMBLY. **Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care**. Resolution 46/119, 17 Dec. 1991.

UNITED NATIONS. Commission on Narcotic Drugs. United Nations Office on Drugs and Crime. **Draft Guidelines on Drug Prevention and Treatment for Girls and Women**, 2014.

_____. Commission on Narcotic Drugs. United Nations Office on Drugs and Crime. **Reducing adverse health and social consequences of drug abuse: a comprehensive approach**, 2006.

_____. Commission on Narcotic Drugs. United Nations Office on Drugs and Crime; WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Principles of Drug Treatment: Discussion Paper**, Mar. 2008.

_____. Commission on Narcotic Drugs. United Nations Office on Drugs and Crime. **Da coerção à coesão: tratamento da dependência de drogas por meio de cuidados em saúde e não da punição**. Documento para discussão com base em uma oficina técnica UNODC. Viena, 2009.

_____. Commission on Narcotic Drugs. United Nations Office on Drugs and Crime. **TREATNET Quality Standards for Drug Dependence Treatment and Care Services**, 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Curso de Álcool e Outras Drogas: da coerção à coesão**. Módulo Drogas e Sociedade e Recursos e Estratégias do Cuidado. Organizadores: Walter Ferreira de Oliveira e Henrique Carneiro. Florianópolis: Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence**. Viena, 2009.

CAPÍTULO 2: AVALIAÇÃO E CONSTRUÇÃO DO CASO

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Org.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica.** Brasília, 2012. 290 p. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, v. 2).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS.** Brasília, 2006. 92 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde.** Brasília, 2004.

_____. **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014.** Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html>. Acesso em: 23 out. 2015.

_____. Portaria nº 854, de 22 de agosto de 2012. Altera na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde os seguintes atributos dos procedimentos de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 ago. 2012.

_____. Portaria nº 856, de 22 de agosto de 2012. Altera na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde os seguintes atributos dos procedimentos de Unidades de Atenção em Regime Residencial, como as Unidades de Acolhimento (UA). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 ago. 2012.

_____. Portaria nº 857, de 22 de agosto de 2012. Altera na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do Sistema Único de Saúde os seguintes atributos dos procedimentos de Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 ago. 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID-10, tradução do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português.** 9 ed. rev. São Paulo: EDUSP, 2003.

_____. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** Trad. do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities**. Genebra, 2012.

CAPÍTULO 3: PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Org.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R. Development with values: lessons from Bhutan. **The Lancet**, London, v. 385, n. 9971, p. 848–849, 7 Mar. 2015. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60475-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60475-5).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília, 2011. 56 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). (Cadernos de Atenção Básica n. 28, v. 1).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, 2014. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília, 2013. 176 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. **Protocolos de Intervenção para o SAMU 192: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência**. Brasília, 2014.

_____. **Portaria nº 2.840, de 29 de dezembro de 2014**. Cria o Programa de Desinstitucionalização integrante do componente Estratégias de Desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e institui o respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2840_29_12_2014.html>. Acesso em: 23 out. 2015.

BÜCHELE, F. et al. Conteúdo do módulo: Projeto terapêutico singular. – Relação família e usuários de álcool e outras drogas na rede de atenção psicossocial (RAPS). – Redução de danos no SUS. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública. **Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão**. Florianópolis, 2014. p. 11.

CAPÍTULO 4: REDUÇÃO DE DANOS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2. ed. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2. ed. Brasília, 2004.

_____. Portaria nº 1.028 de 01 de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1 jul. 2005.

_____. Portaria nº 1.059 de 4 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos nos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 jul. 2005.

PETUCO, D. R. S. Redução de Danos: das técnicas à ética do cuidado. In: RAMMINGER, Tatiana; SILVA, Martinho (Org.). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. p. 133-148.

_____. **Redução de Danos**: outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas, 2010. Disponível em: <<http://denispetuco.blogspot.com.br/2010/12/outras-palavras-sobre-o-cuidado-de.html>>. Acesso em: 23 out. 2015.

CARVALHO, I. S.; PELLEGRINO, A. P. **Políticas de Drogas no Brasil**: a mudança já começou. Instituto Igarapé, 2015. Artigo estratégico 16.

NIEL, M. S.; SILVEIRA, D. X. **Drogas e Redução de Danos**: uma cartilha para profissionais de saúde. São Paulo, 2008.

SEIBEL, Sergio Dario. **Dependência de Drogas**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010.

CAPÍTULO 5: PREVENÇÃO

BAPTISTA, L. A. A atriz, o padre e a psicanalista – os amoladores de faca. In: _____. **A cidade dos sábios**. São Paulo: Summus, 1999. p. 45-49.

BECOÑA IGLESIAS, E. **Bases científicas de la prevención de las drogo dependencias**. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas, 2002. Disponível em: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/Bases_cientificas.pdf>. Acesso em: 23 out. 2015.

BOTVIN, G. J.; GRIFFIN K.W. Life Skills Training: Empirical Findings and Future Directions. **The Journal of Primary Prevention**, v. 25, n. 2, 2004. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1023%2FB%3AJOPP.0000042391.58573.5b>>. Acesso em: 23 out. 2015.

CANOLETTI, B.; SOARES, C. B. Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. **Interface**: comunicação, saúde e educação, São Paulo, v. 9, n. 16, p. 115-129, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000100010&script=sci_abstract&tIng=pt>. Acesso em: 23 out. 2015.

CASTRO, F. G.; BARRERA JR., M.; STEIKER, L. K. H. Issues and challenges in the design of culturally adapted evidence-based interventions. **Annual Review of Clinical Psychology**,

v. 6, p. 213-239, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20192800>>. Acesso em: 23 out. 2015.

COLLINS, T. Health policy: a simple tool for policy makers. **Public Health**, v. 119, n. 3, p. 192-196, 2005.

COWEN, E. L. Now that we all know that prevention in mental health is great, what is it? **Journal of Community Psychology**, v. 28, n. 1, p. 5-16, 2000. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/>>. Acesso em: 23 out. 2015.

ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIMES (UNODC). **Normas Internacionais Sobre a Prevenção do uso de Drogas**. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2013/09/UNODC_Normas_Internacionais_PREVENCAO_portugues.pdf>. Acesso em: 23 out. 2015.

EUROPEAN DRUG ADDICTION PREVENTION TRIAL (EU-DAP). **Preventing Substance Abuse Among Students: a guide to successful implementation of Comprehensive Social Influence (CSI) curricula in schools**, 2013. Disponível em: <http://www.eudap.net/Dissemination_Guide.aspx>. Acesso em: 23 out. 2015.

EUROPEAN MONITORING CENTER FOR DRUGS AND DRUG ADDICTION (EMCDDA). **Selected Issue: vulnerable groups of young people**. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2008. Disponível em: <<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/vulnerable-young>>. Acesso em: 23 out. 2015.

FAGGIANO, F. Prevención del consumo de sustancias: La absoluta necesidad de una evaluación aleatorizada u observacional. **Adicciones**, v. 22, n. 1, p. 11-14, 2010. Disponível em: <<http://www.adicciones.es/files/11-14%20ed%20faggiano.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2015.

FERREIRA, T. C. D. et al. Percepções e atitudes de professores de escolas públicas e privadas perante o tema drogas. **Interface: comunicação & saúde, educação**, v. 14, n. 34, p. 551-62, 2010.

FERRI, M. et al. Media campaigns for the prevention of illicit drug use in young people. **The Cochrane database of systematic reviews**, n. 6, p. CD009287, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23740538>>. Acesso em: 23 out. 2015.

HAWKS, D.; SCOTT, K.; MCBRIDE, N. **Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention**. Switzerland: World Health Organization, 2002. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_intro.pdf>. Acesso em: 23 out. 2015.

HORNIK, R. et al. Effects of the National Youth Anti-? Drug Media Campaign on youths. **The American Journal of Public Health**, v. 98, n. 12, p. 2229-2236, 2008.

KELLAM, S. et al. Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 95, S5–S28, 2008. Suppl.

MALTA, D. C. et al. Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. **Rev. bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 14, , p. 166-177, set. 2011. supl. 1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2011000500017&script=sci_arttext>. Acesso em: 23 out. 2015.

MATURANA, H. **Emoções e linguagem na educação e na política**. Tradução José Fernando Campos Fortes. Belo Horizonte: UFMG, 1998.

OBSERVATORIO EUROPEO DE LAS DROGAS Y LAS TOXICOMANÍAS (OEDT). **Informe Anual 2011**: El problema de la drogodependencia en Europa. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2011.

PAIVA, F. S.; RODRIGUES, M. C. Habilidades de vida: uma estratégia preventiva ao consumo de substâncias psicoativas no contexto educativo. **Estudos e pesquisas em psicologia**: Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 672-684, 2008.

PEDROSO, R. T.; ABREU, S.; KINOSHITA, R. T. Aprendizagens da intersectorialidade entre saúde e educação na prevenção do uso de álcool e outras drogas. **Textura**, n. 33, p. 9-24, 2015. Disponível em: <<http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/txra/article/view/1339>>. Acesso em: 23 out. 2015.

PERKINS, H. W. Social norms and the prevention of alcohol misuse in collegiate contexts. **Journal of Studies on Alcohol**, v. 14, p. 164–72, 2002. supl. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12022722>>. Acesso em: 23 out. 2015.

PETUCO, D. **Arqueologia do medo**: discurso em uma campanha de prevenção ao crack. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/multicentrica/arqueologia-do-medo-denis-petuco>>. Acesso em: 23 out. 2015.

ROSE, G. **The strategy of preventive medicine**. Oxford: Oxford University Press, 1992.

SANCHEZ, Z. M et al. Childhood alcohol use may predict adolescent binge drinking: a multivariate analysis among adolescents in Brazil. **The Journal of Pediatrics**, v. 163, n. 2, p. 363-368, Aug. 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23434122>>. Acesso em: 23 out. 2015.

SILVA, M. P.; MURTA, S. G. Treinamento de habilidades sociais para adolescentes: uma experiência no programa de atenção integral a família (PAIF). **Psicologia**: reflexão e crítica: Porto Alegre, v. 22, n. 1, p.136-143, 2008.

SLOBODA, Z.; BUKOSKI W.J. **Handbook of drug abuse prevention**: theory, science, and practice. New York, NY: Kluwer Academic Publ.; Plenum Publishers, 2003.

VIGNA-TAGLIANTI, F. et al. "Unplugged," a European school-based program for substance use prevention among adolescents: Overview of results from the EU-Dap trial. **New directions for youth development**, n. 141. p. 67-82, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19395396>>. Acesso em: 23 out. 2015.

VIGNA-TAGLIANTI, F. et al. Is universal prevention against youths' substance misuse really universal? Gender-specific effects in the EU-Dap school-based prevention trial. **Journal Epidemiol Community Health**, v. 63, n. 9, p. 722-728, Sept. 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19395396>>. Acesso em: 23 out. 2015.

WAKEFIELD, M. A.; LOKEN, B.; HORNIK, R. C. Use of mass media campaigns to change health behaviour. **Lancet**, v. 376, n. 9748, p.1261-1271, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Life Skills Education for Children and Adolescents in School**: introduction and guidelines to facilitate the development and implementation of skills program. Geneva: Mental Health Division of World Health Organization, 1993. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/1994/who_mnh_psf_93.7a_rev.2.pdf>. Acesso em: 23 out. 2015.

CAPÍTULO 6: REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E ESTRATÉGIAS DE ORGANIZAÇÃO

CHIAVERINI, Dulce Helena et al. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde; Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

CINTRA, A. C. A.; GRINOVER, A. P.; DINAMARCO, C. R. **Teoria Geral do Processo**. 23. ed. São Paulo: Malheiros, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução CFM nº 1.995/2012. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 ago. 2012, Seção 1, p.269-70.

_____. Resolução CFM nº 1598/2000. Normatiza o atendimento médico a pacientes portadores de transtorno mental. Modificada pela Resolução CFM nº 1952/2010. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 ago. 2000. Seção 1, p. 63.

FRANCO, T. A.; ZURBA, M. B. Atenção psicossocial e cuidado. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública. **Curso de Atualização em Álcool e Outras Drogas, da Coerção à Coesão**. Florianópolis, 2014. p. 88.

ROLNIK, S. **Cartografia sentimental**: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities**. Genebra, 2012.

CAPÍTULO 7: SAÚDE MENTAL E JUSTIÇA

BRASIL. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 ago. 2009. Seção 1, p. 3. Disponível em: <<http://portal.in.gov.br/>>. Acesso em: 28 set. 2015.

_____. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 jul. 2015. Seção 1, p. 2. Disponível em: <<http://portal.in.gov.br/>>. Acesso em: 28 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.391/GM, de 26 de dezembro de 2002. Regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV) de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2002, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 dez. 2002.

_____. Ministério Público Federal. **Parecer sobre medidas de segurança e hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico sob a perspectiva da Lei n. 10.216/2001, MPF – PFDC. rev. e corrigida**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/temas-de-atuacao/saude-mental/docs-publicacoes/parecer_medidas_seguranca_web.pdf>. Acesso em: 28 set. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (handicaps)**: um manual de classificação das consequências das doenças. Lisboa, 1989.

SCHULZE, C. J. A judicialização da saúde e o Conselho Nacional de Justiça. **Revista de Doutrina da 4ª Região, Porto Alegre**, n. 58, fev. 2014.

_____. A judicialização da saúde e o Conselho Nacional de Justiça. **Revista de Doutrina da 4ª Região**, Porto Alegre, n. 58, fev. 2014. Disponível em: <http://www.revistadoutrina.trf4.jus.br/artigos/edicao058/Clenio_Schulze.html>. Acesso em: 22 set. 2015.



ANEXO

SAÚDE E JUSTIÇA: O ENCONTRO DAS ÁGUAS RUMO À JUDICIALIZAÇÃO DIALÓGICA DA SAÚDE

Para retomarmos o rumo das questões, precisamos escolher leituras técnicas e políticas do que se passa à nossa frente, Brasil afora. E, nesse passo, optar por alguns paradigmas (reforma psiquiátrica, garantia universal de direitos humanos são dois prioritários para esse debate). Uma primeira leitura que aqui compartilhamos é a conjuntura das questões emergentes – ou assim produzidas:

- a) Crianças e adolescentes e o respeito à autonomia no cenário de uso de drogas e/ou em situação de rua.
- b) Sofrimento decorrente do uso abusivo de drogas e as estratégias de cuidado em liberdade.
- c) População em situação de rua e as estratégias de aproximação, escuta e articulação da rede para garantia prioritária de outros direitos, quando ausente a necessidade de socorro imediato.
- d) Povos indígenas, a relativização das práticas oficiais de produção de saúde e o contraste produzido por esses distintos olhares dentro de uma complexa engrenagem de poderes hegemônicos impeditores do bem viver.
- e) Povos ribeirinhos e sua situação de rio: o rio como sinal de vida, de mobilidade e de reorganização dos recursos da saúde.
- f) Transinstitucionalização na saúde mental: a migração passiva do sujeito entre instituições totais, de isolamento e de eliminação de suas singularidades.
- g) Transinstitucionalização intersetorial: a migração entre instituições totais de diferentes setores, sobretudo entre as do SUS e do Suas (especialmente as instituições de longa permanência para idosos e as casas de acolhimento institucional de crianças e adolescentes).
- h) Multiplicação de serviços x atendimento integral: o equacionamento necessário entre a multiplicidade da rede e a manutenção da identidade singular, única e integralmente considerada do sujeito.
- i) Serviço especializado x atendimento singularizante: a importância de se ampliar os tecidos social e institucional em favor da qualificação dos modelos de atenção, sem que isso se sustente apenas por meio da crescente especialização dos serviços e equipes.

Todas essas questões têm se caracterizado como emergentes também em razão de servirem de objeto de debate no sistema de justiça, que se utiliza delas como mediadoras para provocar tensionamentos no sistema de saúde e de assistência social. Isso se explica por outra importante leitura política compartilhada neste *Guia*: aquela segundo a qual, de fato, vivemos uma crescente judicialização da saúde, que pode ser entendida como a transferência do “locus do debate dos Poderes responsáveis pela criação e execução de políticas públicas (Legislativo e Executivo) para a autoridade judiciária” (SCHULZE, 2014). Essa dinâmica não resulta apenas de um suposto déficit das políticas públicas, como é compreendido no senso comum. Uma coisa não explica integralmente a outra. Ainda que haja lacunas e insuficiências na implementação das políticas públicas, há outras esferas determinantes no acionamento do sistema de justiça, como o caráter dirigente da nossa Constituição Federal (que torna impositiva, ao Poder Público, a ação de garantia das políticas ao tempo da necessidade de cada cidadão(ã) exercer os direitos correspondentes a ela); a instituição de mecanismos de participação popular, sendo precursora na elaboração e no monitoramento das políticas de saúde; o valor constitucional da dignidade humana, fiadora do necessário e factível caminhar utópico; a estratégia de gestão pela multiplicação de serviços que irrigam os territórios das cidades – e, em decorrência disso, novas demandas produzidas numa velocidade às vezes superior à assimilada pelo Poder Público –; a internacionalização das indústrias da saúde, como as cirúrgicas e as farmacêuticas (configurando-se a partir das crescentes ordens judiciais de importação de produtos e insumos, bem como encaminhamento de pessoas para tratamento no exterior) etc.

Nessa ampla realidade da saúde pública brasileira, há, de um lado, uma visão comum do sistema de justiça sobre o direito e as políticas de saúde, traduzida, dentre outras formas, pelo acesso ao Poder Judiciário com o fim de se obter a ampliação de redes, implantação de serviços e qualificação da assistência farmacêutica e dos procedimentos de alta complexidade. Mas é num outro sentido que, dentre várias políticas de saúde, a saúde mental toma um lugar de destaque com relação à justiça: a atuação judiciária a serviço do controle da liberdade das pessoas, o que, ademais, afeta toda a ordenação da rede de atenção psicossocial.

Exemplo clássico auxilia-nos a compreender onde as águas do mesmo rio se separam: é improvável que um juiz determine a internação compulsória em hospital com especialidades oncológicas, mesmo que sob pedido familiar. O mesmo vale para diversas outras especialidades hospitalares. Todavia, no âmbito da saúde mental, é corrente a prática judiciária de imposição ao tratamento, inclusive pela via da internação psiquiátrica – em nome da proteção do sujeito. Diante disso, uma primeira divisão clara entre saúde mental e outros âmbitos da saúde no diálogo com o sistema de justiça é a finalidade a que servem esses juízes ao imporem o exercício do direito à saúde (mental). Isso porque, na maioria das vezes, profissionais de vários setores, inclusive da justiça, não reconhecem o direito de a pessoa escolher ter ou não seu direito à saúde atendido. É uma questão, portanto, que remete à discussão sobre autonomia e capacidade das pessoas com transtornos mentais ou necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência

Embora a tradução do original (inglês) – *disability* (= deficiência + barreiras) – para o português contenha erro de significado (deficiência, em português), o corpo de direitos humanos abarca, no âmbito da saúde mental, qualquer pessoa que se encontre com intenso sofrimento psíquico que, em interação com eventuais barreiras atitudinais, torne-a com baixa habilidade na contratualização com os seus e com o mundo. Isso porque todos os públicos relacionados a essa condição de vida foram, historicamente, negligenciados pelas agências estatais: o não reconhecimento da capacidade legal situou no mesmo campo (de identificados como incapazes) as pessoas com transtorno mental/deficiência mental/intelectual: o campo da violação do direito de ser sujeito de direitos.

A Convenção, assim, ao margear o reconhecimento da capacidade legal, assegura que os estados que a assinaram “tomarão medidas apropriadas para prover o acesso de pessoas com deficiência ao apoio que necessitarem no exercício de sua capacidade legal”. Impõe, ainda, que “as medidas relativas ao exercício da capacidade legal respeitem os direitos, a vontade e as preferências da pessoa, sejam isentas de conflito de interesses e de influência indevida” (art. 12, Decreto n° 6.949/2009).

Vamos a alguns pontos fundamentais para nosso debate.

1. Manuseio da conta bancária

A autonomia financeira da pessoa com deficiência deve ser reconhecida como regra, pois se concebe que o diagnóstico psiquiátrico não altera a liberdade de atos da vida civil. Logo, a interdição civil é um instrumento que viola direitos ao servir para privar pessoas que, com algum nível de autonomia, podem se organizar em torno de seus interesses, pois o Estado deve “assegurar às pessoas com deficiência o igual direito de possuir ou herdar bens, de controlar as próprias finanças e de ter igual acesso a empréstimos bancários” (art. 12). Disso, decorre o direito de a pessoa receber e acessar, concretamente, os rendimentos que lhe chegam, caso do benefício de prestação continuada, benefício do Programa De Volta pra Casa, aposentadorias, entre outros.

2. Acesso a benefícios

A Convenção propõe a total separação entre diagnóstico psiquiátrico e capacidade legal, de modo que o fato de um sujeito apresentar um quadro de esquizofrenia, por exemplo, não atribui a ele a condição de incapaz civil. Ao mesmo tempo, pode ser que o sujeito, em decorrência da deficiência e as barreiras presentes, passe por uma situação de reduzido poder de contratualização, de forma que não encontre acesso ao mercado de trabalho. Cumprindo os demais requisitos legais, passa a ter direito ao Benefício de Prestação Continuada, estando ele livre, internado ou preso, não importa. O direito prevalece. Entretanto, ainda que seja, até

hoje, comum ouvirmos dizer que, para o acesso ao benefício, é necessário interditar o futuro beneficiário, isso não é correto. Não há nada que condicione a obtenção do BPC à interdição, afinal, como dissemos anteriormente, o quadro psiquiátrico não significa incapacidade civil. Portanto, o sujeito pode ter um determinado quadro de sofrimento psíquico intenso e, não sendo incapaz civilmente, pode ter acesso ao BPC, dadas as dificuldades apenas reservadas ao campo de trabalho e à geração de renda¹.

3. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência

Em julho de 2015, foi publicada a Lei Brasileira de Inclusão (LBI, Lei Federal nº 13.146/2015), que regulamenta a Convenção. Ela traz, em síntese, alguns avanços:

a) Capacidade civil: mudança

“Art. 3º São absolutamente incapazes de exercer pessoalmente os atos da vida civil os menores de 16 (dezesesseis) anos.”

No Código Civil, a questão do discernimento, enfim, não mais qualifica alguém como incapaz. Foram revogados os perfis “por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para a prática desses atos” e “os que, mesmo por causa transitória, não puderem exprimir sua vontade”. Portanto, as pessoas com deficiência ou sofrimento psíquico intenso (por transtorno ou necessidade decorrente do uso de álcool e outras drogas) não podem mais ser reconhecidas como incapazes, o que confirma a própria Convenção.

b) Tomada de decisão apoiada

– Estabelece o direito de a pessoa, curatelada ou não, eleger pelo menos duas pessoas “com as quais mantenha vínculos e que gozem de sua confiança”.

– No caso de haver algum comércio, a outra parte pode pedir que os apoiadores assinem o contrato com o apoiado.

– Em caso de divergência de opiniões entre apoiadores e apoiado, resta ao juiz e ao Ministério Público decidir a questão.

– Apoiador e apoiado podem renunciar um ao outro em qualquer momento.

c) Curatela de acordo com as vontades do curatelado

“Para a escolha do curador, o juiz levará em conta a vontade e as preferências do interditando, a ausência de conflito de interesses e de influência indevida, a proporcionalidade e a adequação às circunstâncias da pessoa”.

¹ Conferir MEMORANDO CIRCULAR N. 09 INSS/DIRBEN, de 2006.

“Na nomeação de curador para a pessoa com deficiência, o juiz poderá estabelecer curatela compartilhada a mais de uma pessoa” (art. 114, Lei nº 13.146/2015).

É importante notarmos que a interdição só pode ocorrer se já tentado o procedimento de Tomada de Decisão Apoiada.

d) Equipe Multiprofissional e Interdisciplinar e a CIF

“Art. 2º, §1º A avaliação da deficiência, quando necessária, será biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e considerará:

I - os impedimentos nas funções e nas estruturas do corpo;

II - os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais;

III - a limitação no desempenho de atividades; e

IV - a restrição de participação”.

Aqui, notamos o **MODO** e os **RESPONSÁVEIS** por aferir a deficiência. Vemos que, ao se qualificar a deficiência, não se prende ao diagnóstico, mas aos **IMPEDIMENTOS, FATORES SOCIOAMBIENTAIS, LIMITAÇÕES E RESTRIÇÕES**. Portanto, é o momento fundamental de retomar, em paralelo à CID-10, a Classificação Internacional sobre Funcionalidades, Incapacidade e Saúde (Cifis).

e) Novas funções sócio-ocupacionais no cuidado

“Art. 3º - Entre várias funções, são previstas duas novas:

- **atendente pessoal**: pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, assiste ou presta cuidados básicos e essenciais à pessoa com deficiência no exercício de suas atividades diárias, excluídas as técnicas ou os procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas;

- **acompanhante**: aquele que acompanha a pessoa com deficiência, podendo ou não desempenhar as funções de atendente pessoal.”

f) Limites da deficiência: não afetará direitos

“Art. 6º A deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, inclusive para:

I - casar-se e constituir união estável;

II - exercer direitos sexuais e reprodutivos;

III - exercer o direito de decidir sobre o número de filhos e de ter acesso a informações adequadas sobre reprodução e planejamento familiar;

IV - conservar sua fertilidade, sendo vedada a esterilização compulsória;

V - exercer o direito à família e à convivência familiar e comunitária; e

VI - exercer o direito à guarda, à tutela, à curatela e à adoção, como adotante ou adotando, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas.”

“Art. 84. A pessoa com deficiência tem assegurado o direito ao exercício de sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas.

§ 1º Quando necessário, a pessoa com deficiência será submetida à curatela, conforme a lei.

§ 2º É facultado à pessoa com deficiência a adoção de processo de tomada de decisão apoiada.

Notem o grau de subjetivismo presente no § 1º. Para diminuir o grau de subjetivismo:

§ 3º *A definição de curatela de pessoa com deficiência constitui **medida protetiva extraordinária**, proporcional às necessidades e às circunstâncias de cada caso, e durará o **menor tempo possível**.*

g) Direitos de liberdade e sobre o próprio corpo

“Art. 85. A curatela afetará tão somente os atos relacionados aos direitos de natureza patrimonial e negocial.

§ 1º A definição da curatela não alcança o direito ao próprio corpo, à sexualidade, ao matrimônio, à privacidade, à educação, à saúde, ao trabalho e ao voto.

§ 2º A curatela constitui medida extraordinária, devendo constar da sentença as razões e motivações de sua definição, preservados os interesses do curatelado.”

h) Interditar forçadamente pode caracterizar discriminação

“Art. 88. Praticar, induzir ou incitar discriminação de pessoa em razão de sua deficiência:

Pena - reclusão, de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa.”

i) Encaminhar forçadamente, ou por negligência, às casas asilares resultando em abandono

“Art. 90. Abandonar pessoa com deficiência em hospitais, casas de saúde, entidades de abrigo ou congêneres:

Pena - reclusão, de 6 (seis) meses a 3 (três) anos, e multa.”

j) Apropriação dos benefícios. Agravante se for curador(a)

“Art. 91. Reter ou utilizar cartão magnético, qualquer meio eletrônico ou documento de pessoa com deficiência destinados ao recebimento de benefícios, proventos, pensões ou

remuneração ou à realização de operações financeiras, com o fim de obter vantagem indevida para si ou para outrem:

Pena - detenção, de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos, e multa.

Parágrafo único. Aumenta-se a pena em 1/3 (um terço) se o crime é cometido por tutor ou curador.”

k) Novo benefício: Auxílio-Inclusão

“Art. 94. Terá direito a auxílio-inclusão, nos termos da lei, a pessoa com deficiência moderada ou grave que:

I - receba o benefício de prestação continuada previsto no art. 20 da Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e que passe a exercer atividade remunerada que a enquadre como segurado obrigatório do RGPS;

II - tenha recebido, nos últimos 5 (cinco) anos, o benefício de prestação continuada previsto no art. 20 da Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e que exerça atividade remunerada que a enquadre como segurado obrigatório do RGPS.”

Ou seja, não há cumulação entre BPC e Auxílio-Inclusão, mas apenas seguimento de um pelo outro.

E a internação psiquiátrica compulsória?

Dentre as internações psiquiátricas, temos três modalidades estabelecidas na Lei Federal nº 10.216/01: voluntária (IPV), involuntária (IPI), compulsória (IPC). A Portaria MS/GM nº 2.391/2002 ainda propõe a internação psiquiátrica voluntária que se torna involuntária (IPVI). A internação compulsória é um revelador de uma curiosa dinâmica em que convivem ações de saúde pela liberdade e ações de saúde de tutela, isto é, de restrições de direitos em nome da proteção. É a convivência, em suma, das ações da reforma e da contrarreforma psiquiátrica, em contato com outras dimensões de cuidado e asilamento.

Em síntese, a IPC é definida no art. 6º da Lei Federal nº 10.216/2001 e explicada no art. 9º da mesma Lei. Destaquemos elementos que a identificam:

- a) Como qualquer outra internação psiquiátrica, a IPC está condicionada à elaboração de laudo médico circunstanciado, o que, no dia a dia, coloca em contato os sistemas de saúde e de justiça. Por vezes, isso ocorre de modo desarmônico, já que é comum que os órgãos judiciários incidam nos serviços de saúde para deles exigir a avaliação psiquiátrica, sacralizando e isolando esse procedimento dos demais e, no todo, sem combinar com os profissionais de saúde essa “entrada” nos processos de trabalho.
- b) IPC: aquela determinada pela justiça. Até aí, não se explica em que tipo de processo judicial, mas já se sabe que não basta haver requerimento do Ministério Público ou da Defensoria Pública, pois, depois deste, é preciso haver decisão judicial.

- c) IPC: é determinada de acordo com a legislação vigente. Ao mergulharmos na legislação brasileira, vamos encontrar algumas formas de se privar alguém de liberdade, isto é, impor-lhe o isolamento. Todas devem estar assentadas na Constituição Federal, particularmente, no artigo 5º, inciso LVI (“ninguém será preso senão em flagrante delito ou por ordem escrita e fundamentada de autoridade judiciária competente...”). Ao verificarmos se há lei brasileira que autoriza a privação de liberdade de alguém associada ao tratamento de natureza sanitária, encontramos apenas a legislação penal: trata-se da medida de segurança, que é, em regra, a resposta do Estado frente à prática de um crime influenciado por um suposto estado de desorganização psíquica de seu autor.
- d) Decisão judicial de IPC: levará em conta as condições de segurança do estabelecimento. Se é responsabilidade do juiz levar em conta a “segurança” do local, é mais uma prova de que se trata de estabelecimento regido por controle judiciário. E isso não ocorre com os estabelecimentos de saúde, mas apenas com os penitenciários e socioeducativos.

Nesse sentido, cumpre afirmar que a internação psiquiátrica compulsória é a medida de segurança, executável apenas no estabelecimento denominado Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) – do sistema de segurança pública ou penitenciário –, diante do cometimento de um crime e da elaboração de laudo médico que informe ter sido o autor influenciado por sua condição psíquica do momento. Ainda que essa aferição possa não ser legítima na literatura atual e não comprovável cientificamente; ainda que a decisão judicial de aplicação da medida de segurança possa ser inconstitucional, enquanto determinada, na legislação, a internação compulsória assim é definida (MPF, 2011²).

Portanto, a determinação judicial de internação psiquiátrica em estabelecimento de saúde é ilegal. Mas essa compreensão, contra-hegemônica, não está na ordem do dia do sistema de saúde, menos ainda do sistema de justiça. Portanto, é um entendimento técnico-legal que deve ser cotidianamente construído, informado e disseminado. Esse entendimento deve sustentar os posicionamentos dos profissionais dos serviços de saúde e das gestões municipais e estaduais. Cabe, portanto, a defesa incondicional de outras formas de cuidado que não a IPC, seja pelo promissor debate a ser provocado pelas secretarias municipais e estaduais junto ao sistema de justiça local, seja pela atuação das procuradorias dos municípios e estados, tendo em vista o argumento da ilegalidade da ordem judicial de internação compulsória.

Aliados nessa perspectiva, Ministério Público Federal, alguns Ministérios Públicos Estaduais, Defensorias Públicas e membros do Poder Judiciário são presentes no debate e têm produzido posicionamentos críticos e necessários ao fortalecimento dos paradigmas sinalizados no início deste documento: reforma psiquiátrica e garantia universal dos direitos humanos. Com eles podemos contar, bem como com qualquer outro profissional disponível e aberto para acessar outras compreensões contemporâneas.

² PARECER SOBRE MEDIDAS DE SEGURANÇA E HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO SOB A PERSPECTIVA DA LEI N. 10.216/2001. MPF – PFDC. rev. e corrigida. Brasília, DF, 2011

Sendo fundamentais instituições na garantia da atenção psicossocial, também importante tecermos relações em que se permitam construções o mais horizontalizadas possível. É nesse sentido que se pode sensibilizar atores do sistema de justiça para compreenderem que os processos saúde-doença-cuidado são complexos, sobretudo quando, eventualmente, contra a vontade do usuário (saúde mental). Logo, importa flexibilizar as demarcações duras e frias que, por vezes, vêm daquele sistema sem que sejam ouvidos os principais interessados na garantia do direito à saúde, entre eles, o usuário. Importante, ainda, fazer-se assimilar a ideia de que, por mais que pretenda ser célere e agilizado, o processo judicial é mais lento do que as ações em saúde, pois mais burocrático; burocracia necessária, por outro lado, para que se garantam os direitos processuais de todos os envolvidos. Caso pretendam ser instantâneas, as decisões judiciais correm o risco de estarem tomadas de lacunas, pois, quanto mais rápidas as determinações, mais sinalizada pode estar a ausência de diálogo coletivo, intra e extrafamiliar, o acesso à trajetória de vida do sujeito em pauta, a compreensão do tamanho e qualidade das redes de atenção etc.

Imprescindível, ademais, compartilharmos que, ainda que passem por cima da definição de ser a internação compulsória apenas medida de segurança, nem todos os órgãos tem autorização ética e disciplinar para entrar com pedido no cotidiano da vida das pessoas. Vejamos. É muito comum a Defensoria Pública entrar com a ação judicial, em nome dos familiares. Então, cabe a pergunta: em defesa de quem? Se for em defesa do sujeito a ser internado, o(a) defensor(a) deve representar-lhe, logo, atendendo ao seu pedido. Se assim for, obviamente, não se trata de medida contra a vontade dele(a). Se for em defesa dos familiares, não há possibilidade jurídica de a Defensoria Pública solicitar a privação de liberdade de uma pessoa em defesa/em nome de outra (familiares)³. Em suma, não é ética nem adequadamente disciplinar a postura da Defensoria Pública de entrar com ação de internação psiquiátrica compulsória.

Vemos o quão inicial está o curso da reforma psiquiátrica; ainda mais na interlocução com o sistema de justiça, apresentando-se lacunas ainda a serem preenchidas no processo de consolidação das estratégias de garantia de direitos humanos, que, muitas vezes, podem ser violadoras deles ou de outros direitos. Para tanto, as conversas entre sistemas (saúde e de justiça) devem se dar cotidianamente, sob o risco de retrocedermos, pois as estruturas básicas de alinhamento conceitual e político entre as instituições ainda estão se firmando. E, logo, muitas devem ser as formas de manter essa interface aquecida. Isso pode significar, por exemplo, a criação de grupos interinstitucionais de trabalho com o fim de discutir casos mensais de pedidos de internação compulsória por familiares ou de iniciativa do próprio Ministério e Defensoria Públicas; canais de comunicação mais céleres (como *e-mails*) para trocas de estratégias e históricos das pessoas com necessidades de cuidados mais intensivo; fóruns Raps de discussão sobre estratégias de cuidado contra a vontade do sujeito (trazendo a internação involuntária também para o debate); fortalecimento de decisões de alta administrativa como expressão de

³ Exceto se se tratar de ação de pensão alimentícia ou ação criminal privada (únicas possibilidades).

uma reforma psiquiátrica não judicializante; ações de planejamento das atividades em saúde mental com a participação (o quanto possível) de atores do sistema de justiça; disseminação das informações sobre a ação em urgência e emergência e elaboração de posicionamentos conjuntos entre essa Rede e a Raps para consolidação do cuidado imediato em liberdade e não judicializado etc.

Textos e contextos

A judicialização que mais nos aflige no trabalho cotidiano tem ocorrido na lógica do binômio sujeito serviço, tornando-se insuficiente se enquadrada na perspectiva contemporânea de saúde, que não se garante apenas pela quantidade de serviços e cobertura existentes em determinado território, ou por meio da violação de direitos humanos (em nome da proteção). Obviamente, esse vetor já é um avanço se, por meio dele, prevemos a relação horizontal entre sujeitos envolvidos e as ofertas disponíveis no território. Essa linha horizontal é um passo fundamental, mas a atenção psicossocial passa também por outras faces, tornando as relações componentes não de uma linha vetorial, mas de um complexo polígono. É uma geometria composta pela qualidade dos procedimentos, capacidade de negociação dos profissionais com os sujeitos envolvidos, condição salarial e empregatícia dos profissionais, continuidade da execução dos planos pactuados nas gestões anteriores, participação dos usuários, familiares e comunitários na elaboração e no monitoramento das políticas, articulação em rede com outros setoriais, como assistência social e habitação etc.

94

Proposta de estratégias para a qualificação das políticas de atenção à saúde mental

Afora as possibilidades de produção de saúde no cotidiano, na relação direta com os sujeitos envolvidos, na chamada “ponta”, também aproveitamos para compartilhar estratégias de gestão, embora não devam ser compreendidas apenas sob a responsabilidade dos gestores da política. Associamos, assim, o cenário amplo e genérico e o cenário restrito a casos concretos.

a) Qualificação das políticas de atenção psicossocial no:

i. Sistema de Saúde em geral:

- Poder Executivo: cofinanciamento, viabilidade administrativa e assessoramento técnico.
- Poder Legislativo: fiscalização dos sistemas de garantia de direitos.
- Poder Judiciário:

a. prestação jurisdicional dialogal – abertura de diálogo em rede com os sujeitos coletivos e gestão de políticas de saúde.

– Ministério Público e Defensoria Pública: incidência extrajudicial (político-jurídica) nas gestões públicas.

ii. Sistema Prisional e Sistema Socioeducativo: ampliação da interlocução e das ações de matriciamento com a atenção básica e a atenção especializada.

iii. Sistema Prisional/HCTP: ampliação da interlocução por meio da Secretaria de Estado da Saúde. Papel SES: consolidar e harmonizar as propostas dos Grupos Condutores Estaduais Raps e Pnaisp. Ampliação do debate acerca da adequação das diretrizes nacionais no sistema prisional, tendo em vista a discussão sobre *capacidade civil x periculosidade x autonomia x internação psiquiátrica compulsória*.

iv. Estratégias restaurativas: círculos restaurativos instauradores de direitos.

v. Sistema Socioeducativo: ampliação da interlocução por meio da Secretaria de Estado da Saúde. Papel SES: aprimorar os consórcios das regiões de atenção à saúde, e consolidar e harmonizar as propostas do âmbito da fundação socioeducativa e do grupo condutor estadual da Raps/Pnaisari.

É essencial, assim, que superemos os dois modelos oposicionistas apresentados durante o texto, rumo a processos criativos de desjudicialização da saúde e de judicialização dialogada da saúde.

Equipe Técnica:

Revisão Técnica (pós-consulta pública):

Ana Carolina da Conceição

Cinthia Lociks de Araújo

Daniel Adolpho Daltin Assis

Gabriela Hayashida

Pollyanna Fausta Pimentel de Medeiros

Raquel Turci Pedroso

Organização:

Ana Carolina da Conceição (CGMAD/MS)

Cesar Henrique dos Reis (CGMAD/MS)

Cinthia Lociks de Araújo (CGMAD/MS)

Daniel Adolpho Daltin Assis (CGMAD/MS)

Francisco Cordeiro (Opas/OMS no Brasil)

Gabriela Hayashida (CGMAD/MS)

Helena Rodrigues (Senad)

Leon de Souza Lobo Garcia (Senad)

Nadia Maria Silva Pacheco (CGMAD/MS)

Nara Santos (UNODC)

Pollyanna Fausta Pimentel de Medeiros (CGMAD/MS)

Rafael Franzini (UNODC)

Raquel Turci Pedroso (CGMAD/MS)

Roberta Ataides (UNODC)

Roberto Tykanori Kinoshita (CGMAD/MS)

Colaboração:

Adelia Benetti de Paula Capistrano

Alexandre Teixeira Trino

Andrea Borghi Moreira Jacinto

Anissa Rahnamaye Rabbani

Aretuza Santos Oliveira De Freitas

Barbara Coelho Vaz

Clarisse Moreira Aló

Claudio Antonio Barreiros

Daniela Piconez Trigueiros

Enrique Araújo Bessoni
Fernanda Rodrigues da Guia
Flora Moura Lorenzo
Hinara Helena Silva Pereira de Souza
Isadora Simões de Souza
Ivana Gomes de Almeida
Janaina Barreto Gonçalves
Jaqueline Tavares de Assis
Julianna Godinho Dale Coutinho
June Correa Borges Scafuto
Karen Costa Oliva
Karine Dutra Ferreira da Cruz
Keyla Kikushi
Larissa De Andrade Gonçalves
Leisenir de Oliveira
Marcel Henrique de Carvalho
Mariana da Costa Schorn
Marina Rios Amorim
Michaela Batalha Juhasova
Milena Leal Pacheco
Nadjanara Alves Vieira (SENAD/MJ)
Patricia Portela de Aguiar
Patrícia Santana Santos
Pedro de Lemos Macdowell
Pedro Henrique Marinho Carneiro
Pollyana Barbosa da Rocha
Raquel de Aguiar Alves
Rubia Cerqueira Persequini Lenza
Samia Abreu Oliveira
Taia Duarte Mota
Thais Soboslai
Thiago Monteiro Pithon
Viviane Paula Rocha

